ANNÉE 1856.

GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS.



Dirigée par le Docteur JULES GUÉRIN.

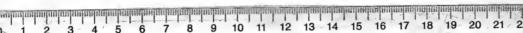
VINGT-SIXIÈME ANNÉE. — TROISIÈME SÉRIE.

TOME ONZIÈME.



PARIS.

AU BUREAU DE LA GAZETTE MÉDICALE, RUE RACINE, 10.



REVUE HEBDOMADAIRE.

REPRISE DE LA DISCUSSION SUR LA RÉVULSION.

On aurait pu croire que la discussion sur les exutoires était épuisée. Le sujet ne l'était pas, mais la manière dont on l'avait envisagé. Dans la dernière séance, grâce à deux hommes d'un esprit élevé et d'un talent incontesté, la discussion a été portée sur un nouveau terrain, ou plutôt elle a reconquis son véritable terrain. M. Parchappe, dont on n'a pas oublié la remarquable argumentation dans la discussion sur la variole, a surtout embrassé la question dans toute sa généralité : reprenant la théorie de la révulsion par le côté des idées, il l'a résumée et caractérisée avec un sens très-élevé chez les anciens et les modernes. Quant à M. Bousquet, il avait su, sous une forme moins dogmatique, semer çà et là sur les points saillants de la discussion des aperçus, des réflexions, des critiques qui disent beaucoup, mais font penser plus encore qu'elles ne disent.

Par un heureux concours de circonstances, les deux orateurs, d'accord sur les principes, se sont complétés sans se répéter. Quelque sympathie cependant que nous éprouvions pour leur talent et les doctrines qu'ils ont défendues, nous ne voulons pas que nos lecteurs se méprennent sur le sens de notre assentiment. Avant d'aborder la question telle qu'ils l'ont envisagée, nous devons faire toute réserve au profit de la vérité, de la vérité telle au moins que la GAZETTE MÉDICALE l'a posée dans ce débat.

MM. Bousquet et Parchappe partent tous les deux du vitalisme pour apprécier et juger les doctrines de la révulsion. M. Bousquet, plus préoccupé des hommes que des choses, de la forme que du fond de la discussion, s'est attaché à rétablir la doctrine de Barthez, et il a protesté avec autant de dignité que de raison contre certains jugements qui blessent plus ceux qui les entendent qu'ils ne nuisent à la mémoire de ceux contre qui on les dirige. A ce propos, on ne saurait trop applaudir à ces remarquables paroles de M. Bousquet : « On ne demande pas grâce pour l'erreur, mais égard et respect pour le génie. » On n'est que trop disposé à l'oublier aujourd'hui. Notre savant collègue, sous l'inspiration de son culte pour le législateur de Montpellier, a dit de très-bonnes choses : il serait difficile de les résumer, parce qu'elles constituent plutôt une collection d'utiles remarques qu'un ensemble d'idées; nos lecteurs pourront se dédommager en lisant le compte rendu de la séance. D'ailleurs nous retrouverons plusieurs fois la pensée et les intentions de M. Bousquet sous la forme plus méthodique et la conception plus complète du discours de M. Parchappe.

On peut applaudir sans restriction à la manière dont M. Parchappe a établi et caractérisé la doctrine de la révulsion dans les œuvres d'Hippocrate. Les aphorismes qu'il a cités l'expriment de la manière la plus explicite et la plus complète. Ce sont non-seulement les faits et les idées de la doctrine, mais encore ses inductions, sa généralisation et ses corollaires pratiques. Voilà comment il faut lire et interpréter un auteur, non d'après ses définitions, mais d'après les révélations de sa pensée intime. Le discours de M. Parchappe sur ce point pourra servir de base à une histoire de la révulsion chez les anciens. M. Parchappe a-t-il été aussi heureux en parlant de la révulsion chez les modernes? Nous ne le pensons pas. Il pose en principe l'identité de la doctrine chez les anciens et les modernes. En cela peut-être a-t-il commis une double méprise : il a un sens trop exquis pour ne pas le reconnaître. Pour lui, la doctrine de la révulsion, telle qu'il la conçoit, est une conception et une application du vitalisme. Soit; mais il n'y a pas aujourd'hui que des vitalistes qui professent et appliquent la révulsion : les physiologistes, les organiciens, les anatomo-pathologistes, les humoristes-chimistes font de la révulsion, et aucun d'eux ne l'entend comme le vitalisme. A ce premier point de vue donc, M. Parchappe a peut-être un peu rétréci l'histoire. Mais, en second lieu, le vitalisme d'aujourd'hui est-il bien le vitalisme d'Hippocrate, et la théorie de la révulsion, que notre savant confrère considère comme une application de cette doctrine, ne diffère-t-elle pas de part et d'autre autant que le principe dont elle émane? Cette proposition n'a pas besoin d'être discutée. Et si nous avons cru devoir faire ces réserves contre le point de départ de l'argumentation de M. Parchappe, c'est plus encore pour nous mettre à l'aise avec les éloges que nous sommes heureux de donner à son discours que pour en signaler les côtés vulnérables. Mais poursuivons notre examen.

Le défaut capital de tous les discours prononcés jusqu'ici dans la discussion a été d'accepter d'une manière trop facile et trop confuse les faits et les idées qu'embrasse la doctrine de la révulsion. Cette confusion n'a pas seulement eu pour effet de donner des prétextes aux adversaires de la doctrine et de la méthode, elle a eu surtout l'inconvénient d'empêcher la discussion d'avoir un point de départ et un aboutissant précis. Si quelqu'un s'était donné pour mission de faire ce tri, il aurait plus avancé la discussion que M. Parchappe lui-même qui a pris son sujet de si haut et en a si bien montré l'étendue. C'est précisément ce qui a nui à l'argumentation de notre savant collègue. Comme ceux qui l'avaient précédé, comme M. Bousquet lui-même, il a accepté sous la même rubrique les faits de dérivation, de révulsion, de perturbation, d'élimination, d'excitation, de substitution, etc., tels que les ont compris et rapportés les différents auteurs et les différentes écoles du solidisme, de l'humorisme, du chimisme, du naturisme, du vitalisme, du mécanicisme, etc. C'est par cette confusion des faits que M. Parchappe a été entraîné à la confusion des doctrines. Il voudra bien le remarquer, il ne s'agit pas ici de ces variations que subissent aux différentes époques de la science les interprétations des phénomènes de la vie données par une conception identique dans son essence, mais de différences radicales comme sont celles du vitalisme et du matérialisme. Or ce sont des différences de cet ordre que M. Parchappe a confondues. Nous sommes obligé de nous borner à cette affirmation, dont les preuves abondent dans le discours de notre savant collègue. Aussi est-ce moins une démonstration que nous donnons ici, qu'une simple opinion, qu'un avis à nos lecteurs.

Ce qui frappe surtout dans le discours de M. Parchappe, c'est une certaine tendance, nous ne dirons pas rétrograde, mais en quelque façon rétrospective ou conservatrice en faveur des idées, sinon des erreurs, du passé. Il en parle comme de choses établies, comme de vérités immuables. C'est ainsi qu'il considère la conception scientifique actuelle de l'inflammation comme une donnée fondamentale et définitive de la pathologie moderne, comme si cette logomachie appelée inflammation était autre

---

FEUILLETON.

NOTICE HISTORIQUE SUR LE PROFESSEUR MARCHAL (1),

Par le professeur FORGET (de Strasbourg).

Un touchant usage impose aux sociétés savantes la pieuse obligation de retracer la vie des membres qu'elles ont perdus.

Ce devoir qui m'est dévolu à l'égard de feu notre digne collègue M. le professeur Marchal, eût été mieux rempli par un de ceux qui ont vécu plus que moi dans son intimité, et qui, par cela même, eussent puisé dans leur propre cœur ce qui fait la véritable éloquence: la profondeur et la vivacité du sentiment. Néanmoins j'ai connu suffisamment Marchal pour l'apprécier, c'est-à-dire pour l'aimer. J'invoquerai d'ailleurs le précieux secours des deux notices déjà publiées par son fidèle et savant ami M. le professeur Stoltz, notices où l'on devra chercher tous les détails dans lesquels nous ne pouvons entrer aujourd'hui. Enfin la vie de l'homme que nous regrettons offre dans sa simplicité encore assez d'éléments d'inspiration pour qu'il nous soit doux et facile d'honorer ici sa mémoire.

Ce n'est pas d'un personnage illustre que je dois vous entretenir. N'attendez pas la révélation de ces titres glorieux qui donnent l'immortalité. Indépendamment de ce que, dans notre modeste profession, la célébrité la plus éclatante reste toujours circonscrite dans un cercle assez étroit, Marchal n'eut pour lui ni les droits éminents basés sur d'importantes et nombreuses publications, ni les succès plus éphémères d'un brillant enseignement, ni même cette renommée litigieuse que donne au praticien la faveur du grand monde.

Il s'agit tout simplement d'un médecin habile et consciencieux, ennemi du fracas et de l'intrigue; d'un professeur zélé, fidèle à ses devoirs, appliquant toutes ses facultés à se rendre digne de son ministère, et couronnant une carrière utile et honorée par le sacrifice de sa propre vie à la conservation de celle de ses semblables.

Devons-nous donc regretter de n'avoir pas à célébrer ce qu'on appelle un grand homme? L'illustration est exceptionnelle dans tous les états, et les existences glorieuses — passez-moi cette comparaison empruntée à la profession — les existences glorieuses sont comme les cas rares en médecine: elles intéressent l'imagination, mais elles sont à peu près stériles pour la pratique.

Bien plus utiles sont celles qui peuvent servir d'exemple et de règle dans la vie commune. A cet égard la vie publique de Marchal vous paraîtra bonne, et j'ajouterai facile à imiter, pour peu qu'on ait comme lui reçu de la nature une âme bonnête fortifiée par les sévérités d'une mâle éducation.

C'est assez dire que dans cette courte biographie vous ne trouverez point de ces émouvantes péripéties, de ces splendeurs si chères aux panégyristes

(1) Lue en séance publique de rentrée des Facultés, le 16 novembre 1855.

chose qu'une formule provisoire et figurée, servant à relier des phénomènes physiologiques dont on méconnaît encore le véritable caractère.

Toute sa discussion est empreinte de cet esprit rétrospectif. Nous ne parlons pas seulement de ses sympathies pour le vitalisme et tout ce qui en découle, mais de la manière dont il parle et juge les tendances et les idées de la science la plus moderne.

Aussi, en présence des faits qu'embrasse la doctrine de la révulsion, se garde-t-il de se préoccuper de leur mécanisme physiologique, de leur cause immédiate, de leur dynamisme véritable; il préfère les accepter comme conséquences des lois occultes de la révulsion et de la révulsion vitaliste. Si nous insistons sur cette observation, c'est pour expliquer notre opposition et mettre d'accord nos sympathies pour le talent et l'esprit de l'auteur avec notre éloignement pour ses doctrines.

Ce qui précède a trait aux principes, aux doctrines. Pour des praticiens cela n'aurait pas grand intérêt. Mais, on ne le remarque pas assez, les véritables révolutions dans l'art viennent surtout des révolutions dans les doctrines. Les tendances doctrinales de M. Parchappe se résolvent en applications contre lesquelles il n'est pas moins utile de se mettre en défiance. Qu'est-ce, par exemple qu'un précepte tel que celui-ci: « L'action évacuante, aussi directe que possible, est encore aujourd'hui le remède le plus salutaire et le plus efficace de la congestion sanguine et de l'inflammation? » Broussais n'aurait pas dit mieux ni autrement. C'est la seule critique qu'on veuille faire de cet axiome.

Nous reviendrons sur la discussion et, en particulier, sur le discours de M. Parchappe.

Jules Guérin.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

De l'allongement démesuré du col de l'utérus; par Th. Herpin (de Genève), docteur médecin à Paris.

Obs. I.—Madame K., femme d'un petit limonadier à Genève, me fait appeler le 17 janvier 1849. Cette femme, âgée de 42 ans, est brune, d'une taille au-dessus de la moyenne, bien conformée, d'un embonpoint médiocre; elle jouit habituellement d'une bonne santé. Elle fut mariée à 36 ans, et un an après elle mit au monde une petite fille; la grossesse avait été heureuse, l'accouchement fut naturel et les suites ne présentèrent rien de particulier. Dès lors les époques sont toujours revenues régulièrement, et aucun symptôme, jusqu'à ces derniers temps, ne s'est manifesté du côté des organes génitaux.

Les devoirs de sa profession l'obligent à être presque continuellement debout.

Madame K. est enceinte de près de trois mois, et depuis une quinzaine de jours elle éprouve le soir, où elle est toujours fatiguée, des malaises qui lui font craindre une chute de l'utérus.

Je procède au toucher, la malade étant couchée, et je trouve immédiatement à la vulve, en avant et au-dessous du méat urinaire et affleurant le bout des grandes lèvres, une tumeur ovoïde qui n'est que l'extrémité d'un corps cylindroïde, que je reconnais pour le col utérin fortement allongé. Le cylindre, que je circonscris facilement jusqu'à sa base, qui se confond avec le corps de l'utérus, a près de 6 centimètres de longueur en avant et de 9 en arrière; différence qui tient évidemment à ce que le col forme, avec l'axe de l'utérus, un angle presque droit. Je ne puis me tromper sur les dimensions de cet appendice, car il a exactement, en arrière et en avant, celle des deux phalanges de ce même doigt. Le volume du col, assez égal dans toute sa longueur, est aussi celui d'un doigt de grosseur ordinaire; sa consistance est un peu plus grande que celle du pénis dans l'état de flaccidité, organe avec lequel ce col allongé offre plus d'une similitude. L'orifice, qu'on trouve en arrière, à quelque distance de l'extrémité inférieure du cylindre, a une forme triangulaire, la base en avant et le sommet en arrière; la lèvre antérieure du col, fortement allongée, forme le bord antérieur; les bords amincis et sans saillie de la lèvre postérieure, échancrés au milieu, constituent les deux autres côtés du triangle.

Le corps de l'utérus est fort peu descendu; il n'y a pas véritablement de procidence utérine.

Le col n'est point douloureux au toucher, la femme ne souffre pas; l'apparition de ce corps entre les grandes lèvres lui donne plus d'inquiétude que de malaise.

Comme je l'ai déjà dit, cette apparente procidence n'existe guère que le soir, surtout après des journées fatigantes; le matin, en se levant, et pendant la première partie du jour, madame K. ne s'aperçoit de rien.

Je prescris une solution de sulfate de zinc au 300e à employer comme lavage et à faire pénétrer un peu dans le vagin. Je m'abstiens des injections à cause de la grossesse. J'ordonne le repos au lit prolongé, mais non continu, et je défends les approches conjugales.

Le 22, madame K. est bien; elle a exécuté fidèlement mes prescriptions; elle n'a rien senti descendre.

Le 26, au matin, je revois ma cliente. Pour la première fois depuis le traitement il y a eu, la veille au soir, la sensation de procidence; il est vrai que madame K., encouragée par le mieux-être, ne s'est pas reposée, ce jour-là, aussi long-temps qu'à l'ordinaire. La malade n'est pas encore levée; je pratique le toucher: le col utérin est réduit de 3 centimètres sur sa longueur; son volume a diminué aussi vers l'extrémité inférieure, la forme en est plus conique, la consistance beaucoup plus molle, surtout autour de l'orifice; le corps de l'utérus est un peu plus élevé, c'est-à-dire dans sa position normale. (Mêmes prescriptions.)

Le 6 février, à midi, je trouve madame K. levée depuis une heure environ. A dater de ma dernière visite le col n'est sorti qu'une fois, le 3 février; c'était dans la soirée, elle avait toussé dans la journée. Le toucher pratiqué, comme toujours, au lit, me montre le col fortement diminué; sa longueur ne frapperait pas si l'on ne connaissait les antécédents. Il a seulement 4 centimètres et demi de longueur en avant et 3 centimètres en arrière. L'allongement tient uniquement à l'accroissement du volume de la lèvre antérieure du col, car l'orifice, toujours triangulaire, est situé au milieu de la face postérieure, et de son angle supérieur au col de l'utérus, il n'y a pas plus de 1 centimètre et demi. La grosseur du col et sa consistance sont naturelles; peut-être est-il un peu plus mou qu'à l'état naturel. (Mêmes conseils.)

Le 21, le col est normal, l'orifice n'a plus la forme triangulaire; il est transversal, seulement la lèvre postérieure est fendue; c'est bien, comme je l'avais présumée, cette circonstance qui, lors de l'allongement, donnait à cet orifice ta forme triangulaire.

Le 23 (deux jours après), madame K... contracte une pneumonie, et dès lors je ne pratique pas le toucher jusqu'au 15 mars, où ma malade est en convalescence. A cette dernière date, le col est fort réduit et aminci plus réellement qu'il ne l'est à l'ordinaire à cette époque de la grossesse: quatre mois.

---

officiels. Fausser l'histoire et tromper la postérité me paraît un odieux mensonge; et si l'harmonie sociale exige trop souvent le sacrifice de nos pensées secrètes à l'endroit des vivants, il est de rigueur de n'octroyer aux morts que la vérité.

Marchal (Laurent-Joseph-Anselme) naquit à Strasbourg le 6 février 1806. Conjointement avec ses aïeux, chirurgiens renommés de génération en génération, il constitue comme une famille d'Asclépiades dont s'honore l'Alsace. Sous la direction d'un père dont la tendresse tempérait la rigidité, le jeune Marchal s'instruisit de bonne heure à lui succéder. Son enfance, sa jeunesse, paisiblement passées sur les bancs de l'école et sons le toit paternel, n'offrent rien de particulier, si ce n'est que le jeune néophyte eut assez de peine à se familiarer avec l'exercice de la chirurgie que, plus tard, il pratiqua pourtant avec prédilection. Tel est l'empire de l'habitude qu'elle peut changer nos antipathies en goûts passionnés.

Le 31 août 1829, il prit le grade de docteur, et choisit pour sujet de dissertation inaugurale la Topographie médicale de l'hôpital civil de Strasbourg (131 pages in-4o), travail intéressant et substantiel, où l'on trouve tous les documents que la tradition ait pu fournir sur ce grand établissement.

Marchal partagea d'abord, puis assuma graduellement les nombreuses attributions officielles de son père, notamment celles de chirurgien en chef de l'hôpital civil et de médecin en chef des prisons. En 1841, il publia une Notice sur les prisons de Strasbourg (162 pages in-8o avec plusieurs planches); œuvre analogue à la précédente et qui se recommande par les mêmes qualités.

Le 27 septembre 1844, Marchal fut nommé par ordonnance royale professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Strasbourg. Dès lors son existence médicale fut complète. Il n'eut plus qu'à jouir des avantages de sa position, aux nombreux devoirs de laquelle son ardeur et sa santé lui permettaient de satisfaire.

En 1848, une brillante union qui lui promettait de nombreux éléments de bonheur, lui permit de se créer une jeune famille dont bientôt, hélas! il devait être séparé. Déjà en 1831 son existence avait été gravement compromise par une blessure venimeuse qu'il se fit en pratiquant des opérations, lorsqu'en 1855, le typhus qui ravageait la prison l'atteignit lui-même et l'enleva le 2 mai dernier, à l'âge de 49 ans.

Telle est l'uniformité, tels sont les rares incidents de cette vie tranchée dans sa vigueur, alors que tout concourait à faire espérer pour notre malheureux collègue de longs jours embellis par tout ce qui paraît constituer le bonheur. Mais à cette aride chronologie ne doit pas se borner notre tâche; et bien qu'il soit généralement vrai de dire, avec Montesquieu, que l'expérience des pères est perdue pour les enfants, nous devons tâcher d'extraire de la vie d'autrui tout ce qui peut servir d'enseignement à la nôtre. A cet égard la physionomie de celui que nous avons perdu comporte quelques traits qu'il n'est pas inutile de signaler, ne serait-ce que pour la fidélité de l'histoire. Si cette esquisse et l'exégèse morale que nous en déduirons offrent peu d'intérêt aux indifférents, elles seront au moins de circonstance devant un auditoire dont presque tous les assistants ont connu Marchal, et qui, je l'espère, accueillera cet essai avec le sentiment doux et triste à la fois que

Quoique, dans le cours d'une pratique de vingt-cinq années, les occasions de toucher des femmes malades ou enceintes ne m'eussent pas manqué, jamais je n'avais rencontré un fait semblable, et cependant, par une coïncidence bizarre, quoique souvent signalée, j'en retrouvais un pareil quelques jours après avoir cessé de voir madame K...; ce fut le 25 mars que je fus appelé à le constater.

Obs. II. — Madame C... est âgée de 75 ans et sans profession; elle est de petite-taille, bien conformée; elle a été brune; elle est douée d'une grande énergie physique et morale, et admirablement conservée pour son âge. Elle a été mariée, mais n'a point eu d'enfants; elle est restée veuve à 40 ans. Elle a eu quelques maladies aiguës, mais, sauf l'affection qui fait le sujet de cette notice, sauf quelques douleurs de rhumatisme musculaire, elle a joui habituellement d'une bonne santé. Cependant elle souffre depuis longtemps de constipation, et il n'est pas rare qu'elle reste huit jours sans évacuation alvine, si elle n'y pourvoit pas par le régime ou des lavements; elle ne va jamais à la selle sans faire de grands efforts.

Vers l'âge de 50 ans, étant convalescente d'une pneumonie, en élevant fortement les bras pour ajuster un rideau, elle s'aperçut que quelque chose descendait en dehors de la vulve et fit appeler sur-le-champ son médecin. Celui-ci, qui était cependant accoucheur, sans l'examiner, sans la toucher, lui dit qu'il s'agissait d'une chute de matrice, la fit rester quelques jours au lit, lui prescrivit quelques remèdes internes, et la laissa là.

Les époques cessèrent quelques mois après pour ne plus reparaître. Depuis l'incident que nous venons de raconter, madame C... n'a jamais cessé d'être plus ou moins incommodée par le prolapsus; elle n'avait jusque-là et n'a été depuis que fort rarement et fort légèrement sujette à la leucorrhée. Elle a presque constamment senti se présenter à la vulve une tumeur d'une forme et d'un volume variables, tantôt conique, tantôt hémisphérique, tantôt globuleuse; sous cette dernière forme, la tumeur a acquis quelquefois le volume d'un œuf de pigeon. Presque toujours cet appendice rentrait au lit, et quelquefois même ne paraissait pas le jour; mais ce dernier cas était exceptionnel. Aussi, pour éviter un prolapsus complet et un accroissement de volume, madame C... portait-elle un bandage de toile en T qui soutenait la tumeur; celle-ci était souvent indolore, quelquefois irritée par la marche, quelquefois le siége de douleurs lancinantes. Cependant notre patiente ne prenait pas pour cela du repos : aimant beaucoup l'exercice, elle faisait naguère encore des promenades à pied et plusieurs lieues et des courses de montagne. Dans ces cas, il n'était pas rare que la surface de la tumeur, irritée par le frottement, tachât légèrement en rouge le linge qui servait de suspensoir; d'autres fois il n'y avait qu'un léger suintement blanc.

Médecin de madame C... depuis sept ou huit ans, elle ne m'avait parlé qu'une seule fois et fort légèrement de cette incommodité ou de sa *descente de matrice*, comme l'avait qualifiée son ancien docteur. Je n'y avais pas prêté grande attention, d'autant que ma malade, en riant le plus souvent, m'entretenait aussi en passant de quelques autres petits maux, ajoutant toujours que tout cela n'était rien et que cela ne l'arrêtait pas.

Cependant, le 24 mars 1849, à la suite d'une affection aiguë pour laquelle je lui avais donné des soins, ma malade me demanda positivement un conseil pour sa *descente* qui, depuis quelque temps, l'incommodait d'une manière habituelle. J'avoue que l'idée d'un prolapsus utérin chez une femme de 75 ans qui n'avait jamais été mère me trouva un peu incrédule. Je voulus m'éclairer par le toucher, et voici ce que je rencontrai :

Vers la partie antérieure de la vulve, au-dessous du méat urinaire et faisant saillie en dehors des grandes lèvres, je trouvai une tumeur arrondie qu'en contournant et explorant jusqu'à sa base, je reconnus être le col utérin. Il avait 6 centimètres de longueur et à peu près le volume de mon pouce; l'extrémité inférieure était terminée en olive arrondie; on y sentait au centre l'orifice sous forme d'une fente étroite et superficielle; il paraissait fermé. Le vagin, fort court, offrait très-peu de plis; le corps de l'utérus était fort léger et dans sa situation normale; on ne trouve aucune résistance autour de la base du col. Il s'agissait évidemment d'un allongement du col utérin. Cet organe, comme dans le cas précédent, était partout lisse et d'une consistance assez molle. En pressant du doigt sur l'extrémité extérieure, on le faisait rentrer; en poussant encore, on réduisait notablement sa longueur. J'engageai madame C... à prendre du repos en prolongeant le séjour au lit, et je lui prescrivis d'appliquer plus ou moins habituellement sur la tumeur une éponge imbibée d'une solution aqueuse de sulfate de zinc au 250e.

Cinq jours après, le 29, je retrouvai la tumeur avec la même forme et la même longueur; seulement la portion extérieure était desséchée, comme si elle était recouverte d'un épiderme épais; cela tenait sans doute à l'usage du topique astringent. Sentant le col s'affaisser sous mon doigt à mesure que je le poussais dans le vagin, j'essayai de continuer la pression, et je ne fus pas peu surpris, après quelques secondes, de le sentir disparaître presque entièrement, comme on fait revenir sur lui-même, par une pression continue, un corps mollement élastique; le col se trouva réduit à un petit bourrelet plissé, sorte d'ombilic au centre duquel j'enfonçais un peu le doigt. La tumeur ne s'allongeant pas quand je cessai la pression, je me bornai à inviter madame C... à ne pas quitter son lit jusqu'à nouvel ordre.

Le 5 avril, je retrouvai la tumeur comme à ma première visite, quoique la patiente n'eût pas quitté son lit; je fis la même manœuvre que le 29, je prolongeai davantage la pression, et, après avoir retiré le doigt, je m'assurai quelques minutes plus tard que le col ne s'était pas allongé. Je continuai à me borner au repos absolu.

Cependant, le 7, l'extrémité du col était encore hors de la vulve. Cette fois, après l'avoir fait presque disparaître par la compression, j'appliquai sur le bourrelet une éponge du volume d'un œuf de pigeon, trempée dans la solution de zinc. M'étant assuré, avant de quitter la malade, que l'éponge se maintenait en lieu convenable, je décidai madame C... à garder le lit.

Je passe rapidement sur les suites de cet essai; il parut d'abord réussir, à la condition de faciliter les selles par un régime et des boissons relâchantes, pourvu que la patiente restât constamment sur un canapé, qu'elle ne sortit pas et ne fit pas d'efforts, l'éponge restait en place et le col dans le vagin. Mais des efforts de défécation ayant amené une fois la sortie de cette sorte de pessaire, je retrouvai le lendemain le bout du col hors de la vulve. Pourtant l'éponge tenait le plus souvent en place. Un jour, quoiqu'elle fût immédiatement au-dessus de la vulve, le col était normal. Je croyais atteindre le but; mais le dixième jour, les grandes lèvres étaient tuméfiées et sensibles au toucher, le vagin resserré et douloureux autour du corps étranger; je dus enlever l'éponge et prescrire de nouveau le décubitus dorsal permanent.

Au bout de trois jours, l'irritation était calmée, le col n'était pas allongé; mais, dès le lendemain, des éternuments provoqués par un coryza le ramenèrent hors de la vulve.

Après une nouvelle tentative d'introduction de l'éponge médicamenteuse, en permettant à la malade de reprendre sa vie ordinaire, je pus me convaincre que, même en augmentant le volume de ce pessaire, il ne se maintenait pas solidement ou qu'il irritait la vulve et le vagin. Madame C... ne me permit pas d'autres essais, résignée qu'elle était à vivre avec son infirmité, comme elle l'avait fait pendant tant d'années avant de me consulter sur ce sujet.

Cette singulière facilité de réduction, ou plutôt d'amoindrissement que j'avais découverte chez madame C..., et que je n'avais pas essayée chez madame K..., me donnait un vif désir d'en faire la vérification chez cette dernière dans le cas où l'allongement se serait reproduit après son accouchement; mais ce ne fut que trois ans après que j'en trouvai l'occasion.

Obs. III. — Le 4 avril 1851, je fus appelé auprès de madame K... pour un

---

fait éprouver le portrait, plus ou moins ressemblant, d'un personnage digne d'estime et d'affection, qui naguère se mouvait parmi nous, plein de force et d'avenir, et dont la tombe est aujourd'hui fermée!

Nous allons successivement envisager Marchal comme savant, comme professeur, comme praticien, et finalement comme individu.

Modeste et défiant de son propre talent, redoutant l'éclat de la publicité peut-être autant que les traits de la critique, Marchal semblait avoir adopté pour devise le sage conseil d'Épicure : « Cache ta vie. » Aussi n'a-t-il guère laissé que deux mémoires imprimés, dont l'un fut obligatoire, c'est sa thèse de doctorat, et dont l'autre est peut-être également une œuvre de commande, c'est sa Notice sur les prisons, que l'époque de son apparition, lorsque la chaire de médecine opératoire était déjà vacante, nous autorise à considérer comme ayant été publiée en vue d'étayer de quelque titre scientifique les prétentions de l'auteur au professorat.

Quoi qu'il en soit, et je le dis sans adulation, ces deux œuvres sont empreintes de qualités qui font regretter la discrétion de l'écrivain. Ces qualités sont précisément celles dont il faisait preuve dans la vie courante : l'ordre, l'exactitude, la conscience, la sobriété du style et la justesse de l'expression. Combien d'auteurs en vogue et d'ouvrages renommés qui présentent des titres moins nombreux et moins solides à l'estime des savants.

Membre de la Société des sciences, agriculture et arts du Bas-Rhin, Marchal en devint le président; honneur que le scrutin lui déférait périodiquement depuis plusieurs années. Ces ovations réitérées, il les dut moins à sa position universitaire qu'à la juste appréciation de ses connaissances étendues et variées en agronomie, jointes à un caractère ferme et conciliant tout à la fois. Il était là dans son élément et travaillait avec bonheur à la prospérité de sa compagnie.

Au sein de la Société de médecine, des réunions de la Faculté et du conseil de salubrité, Marchal ne prenait que très-rarement la parole.

C'est ici l'occasion de payer à notre confrère un tribut de ma gratitude personnelle. Au fort de l'épidémie de typhus carcéraire de l'an dernier, quelques malades émigrés dans mon service d'hôpital me mirent en position de résoudre enfin la grande question pendante depuis un demi-siècle, celle de savoir si le typhus et la fièvre typhoïde sont la même maladie. La solution négative surgit de mes observations. Mais désireux de prêter à mon opinion l'appui de celle d'un praticien bien placé pour conclure, j'interrogeai le médecin des prisons sur ce qu'il avait observé chez ses nombreux malades. Ses réponses furent pleinement confirmatives de mes propres vues, et fort d'un témoignage qui m'inspirait toute confiance, j'adressai à l'Institut un mémoire qui, j'espère, marquera le début d'une nouvelle phase dans l'histoire de deux redoutables maladies; et si désormais la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde se trouve consacrée, Marchal aura sa part de cette conquête de la science. Faible et cruel honneur qu'il devait payer si cher!

Tel que nous le connaissons déjà, timide et discret, ennemi du bruit et dépourvu d'exaltation ambitieuse, Marchal se vit élever au professorat, j'ose le dire, en dépit de ses goûts, sinon de sa vocation. On a dit que cette investiture était l'objet de son ambition et combla tous ses vœux. Je le crois sans

abcès dentaire que j'ouvris, et le lendemain je me fis raconter l'histoire de l'allongement du col depuis le mois de mars 1849. J'avais vu la patiente enceinte de quatre mois; le col était très-effacé; l'infirmité avait donc complétement disparu. Pendant tout le reste de la grossesse, rien, comme cela était présumable, ne s'était manifesté. Madame K... était accouchée heureusement le 20 juillet d'un garçon bien portant et qui jouissait encore d'une bonne santé. Jusqu'au retour de couches, qui s'était montré sept semaines après, elle ne s'était aperçue de rien; mais dès lors la procidence avait été et était encore habituelle quand madame K.., se tenait debout; le col sortait fréquemment hors de la vulve et la portion extérieure avait pris plus d'une fois, m'assurait-elle, le volume d'un petit œuf de poule, gênant alors la marche et devenant douloureuse le soir quand elle était fatiguée. Cette tumeur, qui rendait tantôt difficiles, tantôt impossibles les approches conjugales, disparaissait dans le cours de la nuit, et ne se montrait de nouveau que quand la malade était restée debout pendant quelque temps.

Madame K... était depuis cinq mois sujette à un flux leucorrhéique qui, surtout récemment, était presque toujours d'un rose plus ou moins foncé; il était abondant, moins toutefois que le flux menstruel qui, au lieu de sa marche ordinaire, reparaissait depuis quelques mois toutes les trois semaines.

Je pratiquai le toucher au lit; mais la patiente ne s'étant presque pas levée depuis trois jours, me dit que je ne trouverais rien. La tumeur n'était pas extérieure en effet, mais elle arrivait très-près du bord des grandes lèvres; elle avait donc la même longueur que lorsque je l'examinai pour la première fois; seulement son diamètre était plus grand, toujours un peu plus fort à la base qu'au sommet; le tissu en était plus flasque; le triangle formé par l'orifice avait une disposition tout à fait différente de celle qu'il avait autrefois : la base était du côté du corps de l'utérus au lieu d'être rapprochée du sommet du col, et le triangle était fort allongé; sa base n'était qu'à 3 centimètres environ du corps, et son sommet à la même distance du sommet du col. Je ne prescrivis rien; je me réservai de toucher un soir madame K.., quand elle serait restée levée toute une journée.

Le 9, j'arrivai à cinq heures du soir; la malade était levée depuis huit heures, et cependant elle croyait le moment peu favorable pour un examen dans les conditions que je désirais, parce qu'elle ne s'était pas fatiguée dans la journée. Je trouvai l'extrémité du col hors de la vulve; la portion *herniée* était formée de deux lobes égaux, l'un antérieur, l'autre postérieur, chacun du volume d'une petite noix et séparés par une scissure transversale formée par l'orifice utérin; ces lobes étaient d'une consistance plus ferme que longue; cette extrémité était contenue dans le vagin, et ne formait pas comme alors un gland bifurqué; leur surface était sèche. En remontant dans le vagin, je trouvai le col ayant le volume et la consistance que je lui avais trouvés le 4; la matrice n'était pas abaissée. Saisissant la portion extérieure et la comprimant entre mes doigts, comme dans la manœuvre du paraphimosis, je diminuai facilement son volume et je la repoussai dans le vagin; alors la refoulant avec l'index, je réduisis le col à la longueur de 3 centim. à peine. les deux lobes terminaux étant du reste fort diminués. Après un moment d'attente et quelques efforts faits par la patiente, le col ne se rallongea pas. Je prescrivis de le réduire chaque soir au lit, de le repousser aussi haut que possible, puis d'introduire une éponge fine, trempée dans une solution de tannin au 70e, et enfin d'essayer le jour de maintenir l'éponge renouvelée au moyen d'un bandage en T.

Trois semaines après, le 30, je revis madame K...; elle n'avait pas commencé de suite le traitement et ne l'avait suivi que pendant une dizaine de jours. L'éponge restait en place pendant toute la nuit; mais de jour elle s'échappait très-vite, et le col ne tardait pas à la suivre. L'effet astringent du topique ne réduisait donc pas l'organe; seulement il avait tari l'écoulement auquel la patiente était, comme nous l'avons dit, sujette depuis cinq mois. au bout de dix jours, l'extrémité du col était devenue très-sensible d'abord, puis douloureuse surtout dans la marche, et il avait fallu renoncer au tannin; mais l'éponge, imbibée de lait et conservée pendant quelques nuits, avait dissipé cette irritation. La procidence était du reste, à ce que me dit madame K..., au même point qu'avant l'essai du tannin. Ma cliente ne se soucia pas d'essayer d'autres moyens topiques, et se réserva d'attendre la belle saison pour tenter l'effet d'une cure de bains d'Arve.

Un an après, ayant demandé à madame K... des nouvelles de son infirmité, elle me dit que sur le conseil de sa sage-femme, elle s'était laissé introduire un pessaire ordinaire en caoutchouc et qu'elle s'en trouvait très-bien. Elle ne permit pas un nouvel examen.

A l'époque où j'observai pour la première fois les deux cas que je viens de raconter, j'en entretins quelques-uns de mes collègues, parmi ceux qui se vouaient plus spécialement à la pratique des accouchement; aucun d'eux, même les plus anciens, n'avait rencontré de cas analogues. J'ai cherché dans les auteurs classiques et dans quelques collections si je trouverais quelques observations ou descriptions de ce genre d'altération du col; je n'ai rencontré que des descriptions incomplètes que je transcrirai aussi brièvement que possible.

(*La fin au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

ÉTUDE SUR L'ACTION COMPARÉE DU SULFATE DE QUININE, DU SULFATE DE CINCHONINE ET DU QUINIUM DANS LE TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES D'AFRIQUE; par M. le docteur LAVERAN, médecin principal de première classe.

La fréquence des fièvres intermittentes, qui répondent sur presque tous les points du globe à la cause d'insalubrité peut-être la plus générale, rend compte des tentatives nombreuses faites par la médecine pour arriver à la guérison rapide et peu coûteuse de la maladie la plus populaire.

Il existe cependant une autre cause qui explique plus justement l'engouement et l'abandon successifs de tant d'agents thérapeutiques préconisés contre cette maladie : c'est la difficulté d'en bien préciser l'action dans une affection qui, tantôt se termine sous l'influence seule du régime, tantôt résiste à la médication la plus énergique.

Invité par M. le professeur Soubeiran à étudier l'action du sulfate de chinchonine et du quinium dans le traitement des fièvres intermittentes d'Afrique, j'ai recherché successivement quelle était la marche des fièvres intermittentes abandonnées à elles-mêmes, quelle était l'action du sulfate de quinine sur le nombre des accès et les principaux symptômes, et de cette comparaison, j'ai essayé de faire ressortir la portée thérapeutique de la cinchonine et du quinium.

1° DES FIÈVRES PALUDÉENNES TRAITÉES PAR L'EXPECTATION.

Pour peu qu'on ait pratiqué dans un hôpital voisin de localités marécageuses, on est frappé du grand nombre de malades qui guérissent par le fait seul de leur éloignement des lieux où ils ont contracté la fièvre. A Blidah en particulier, où les influences de la plaine n'exercent

---

peine; mais avec son caractère il y a lieu de penser qu'il dut hésiter quelque peu en face d'un pareil honneur, et qu'en accepant cette mission glorieuse mais périlleuse, il dut céder à des volontés supérieures à la sienne, sauf à prendre ensuite bravement son parti.

Toujours est-il que cette révolution subite imprimée à sa paisible existence dut vivement impressionner son âme honnête et fière; et dès lors il se mit en devoir de se placer par un travail assidu à la hauteur de son mandat, et de faire oublier l'origine d'une faveur insigne qui ne doit être le prix que du labeur et du talent éprouvés. Ses débuts furent épineux; il dut pendant quelques années expier tacitement sa témérité. Mais le travail, le temps et l'assuétude lui venant en aide, il parvint à remplir sa mission d'une manière satisfaisante pour lui-même, pour son auditoire et pour le corps savant dont il était solidaire. Cette jeunesse studieuse et bienveillante, mais si perspicace à l'endroit des défauts comme des qualités de ses maîtres, avait fini par l'adopter, parce que, indépendamment des leçons fructueuses qu'il lui donnait, elle tenait compte au professeur de son zèle, de son assiduité, de son dévouement aux intérêts scientifiques des élèves, et de cette équité associée à la mansuétude qui formait l'essence de son caractère.

Chargé d'un enseignement accessoire, la clinique des maladies cutanées, Marchal s'en acquittait avec un succès réel; c'est qu'il était ici sur son terrain de prédilection, celui de la pratique nosocomiale, occupation de toute sa vie.

Comme praticien, nous pouvons offrir Marchal en exemple à tous nos confrères. Bien que le diplôme couvre les actes du médecin, et qu'aujourd'hui surtout nul ne soit en droit de réclamer la prééminence absolue en faveur de ses procédés curatifs, nous pouvons dire que sa pratique fut sage, éclairée, et généralement heureuse, en médecine comme en chirurgie. Mais le talent est le moindre élément de succès dans le monde, et Marchal possédait d'autres qualités plus précieuses aux yeux du public, parce qu'elles sont plus à sa portée : c'est cette sollicitude consciencieuse qui prépare et assure le succès; cette douceur, cette patience si méritoires en face de l'ignorance, des préjugés, de l'ingratitude populaires; cette affectueuse bienveillance, dont la source est dans le cœur; cette ineffable onction qui inspire et entretient la confiance, guérit quelquefois, soulage très-souvent, et console toujours.

Du reste, incapable de lutter d'activité, d'adresse et d'audace avec le charlatanisme, Marchal attendait modestement qu'on invoquât son ministère, et se retirait avec dignité devant les humiliations comme devant les manœuvres de l'intrigue. Il acceptait la participation de ses confrères avec autant de loyauté qu'il accordait la sienne, et jamais, à ma connaissance, il ne se rendit coupable de ces hideux procédés qui ont pour but de surprendre la confiance des familles, et de se substituer frauduleusement au médecin de la maison.

On s'étonnera peut-être de nous voir attacher tant de prix à des qualités aussi simples que celles qui constituent la bonne confraternité; mais si l'on y réfléchit, on verra que nous tous environnons d'une haute estime les personnes dont tout le mérite est de pratiquer régulièrement des devoirs primordiaux, tels que la probité, la sincérité, la chasteté, etc., tant nous sentons que par leur excellence, j'allais dire leur rareté, ces attributs équivalent à ces qualités exceptionnelles que nous nommons vertus.

qu'une action insignifiante, j'ai pu, depuis cinq ans, apprécier ce que peuvent les influences hygiéniques pour modifier cette affection. Des accès rebelles dans le voisinage des marais disparaissent spontanément un ou deux jours après l'entrée à l'hôpital, et tandis que les militaires traités à la caserne ont en général trois ou quatre accès, la moyenne des accès à l'hôpital est moins de deux.

Frappé de ce que cette observation a d'importance pour les malades et la bonne économie des moyens thérapeutiques, j'ai cherché à la mettre en évidence en prenant note d'un nombre suffisant de fièvres intermittentes traitées par l'expectation.

88 malades traités par l'expectation ont donné 235 accès, moyenne 2,67, maximum 7, minimum 1.

66 quotidiennes.	170	accès.	Moyenne	2,58	Maximum	4	Minimum	1
19 tierces.	56	—	—	2,90	—	7	—	1
3 quartes.	9	—	—	3	—	4	—	1

60 fièvres de première invasion ont donné 203 accès, moyenne 3,30.
28 fièvres récidivées, 32 accès on seulement 1,10.

L'intoxication palndéenne, en devenant plus ancienne, se produit par des récidives plus fréquentes, et chacune de celles-ci par un plus petit nombre d'accès; et comme la périodicité de ces récidives est régulière, on l'a souvent confondue avec celle des accès et admis des fièvres à type sextane, septimane, octane.

INFLUENCE DE L'EXPECTATION SUR LES PRINCIPAUX SYMPTÔMES.

La fièvre intermittente se caractérise par des troubles fonctionnels et des lésions. Aux premiers je rapporterai la douleur de tête, l'endolorissement des membres, l'incertitude des mouvements, les troubles plus ou moins marqués de l'intelligence, l'élévation de la température cutanée, l'accélération de la circulation, l'anxiété respiratoire, l'inappétence, l'enduit blanchâtre de la langue, la constipation, les modification de la bile et de l'urine.

Aux lésions, je rapporterai la teinte terreuse de la peau, l'engorgement de la rate et les hydropisies.

DE LA MARCHE DES ENGORGEMENTS DE LA RATE.

La lésion de la rate constante, après la mort, n'est pas toujours appréciable pendant la vie. Sur 216 malades atteints à différents degrés de fièvres paludéennes, 113 fois seulement l'engorgement était sensible à la palpation ou à la percussion. L'étendue de la matité m'a d'ailleurs donné les résultats suivants ;

						Matité en longueur.					
Fièvres	quotidiennes	42	Rate engorg.	30	fois.	Moy.	16	Max.	21	Min.	10
—	récidivées	51	—	40		—	17	—	22	—	12
—	tierce 1re invasion	12	—	10		—	16	—	20	—	12
—	récidivées.	27	—	21		—	16	—	21	—	12
—	irrégulières	35	—	26		—	17	—	22	—	11
—	rémittentes	22	—	18		—	16	—	21	—	10
—	quartes	6	—	3		—	17	—	18	—	14
Engorgement sans fièvres		15	—	15		—	20	—	29	—	17

Le jeune âge paraît faciliter l'engorgement de la rate, comme l'indiquent les chiffres suivants ;

De 6 à 10 ans.	Moyenne	12	Maximum	13	Minimum	10
De 10 à 15	—	15	—	20	—	14
De 15 à 20	—	18	—	23	—	17
De 20 à 25	—	16	—	20	—	14
De 25 à 30	—	16	—	20	—	13
De 30 à 50	—	15	—	20	—	12

La durée dn séjour en Afrique a moins d'influence que la durée de la maladie, ce qui témoigne de la facilité de l'acclimatement des Européens.

Durée du séjour.

1 mois.	Moyenne	16	Maximum	14	Minimum	12
3 mois.	—	16	—	20	—	14
6 mois.	—	17	—	20	—	10
1 an.	—	16	—	20	—	15
2 ans.	—	16	—	20	—	12
3 ans.	—	15	—	20	—	13
4 ans.	—	16	—	20	—	12
5 ans.	—	15	—	18	—	13
6 ans.	—	16	—	18	—	14
7 ans.	—	16	—	18	—	13
8 ans.	—	17	—	18	—	14
9 ans.	—	15	—	16	—	13
10 ans.	—	15	—	19	—	12

Durée de la maladie.

De 1 à 5 jours.	Moyenne	15	Maximum	23	Minimum	10
De 5 à 10 jours,	—	16	—	22	—	10
De 10 à 15 jours.	—	15	—	20	—	12
De 15 j. à 1 mois.	—	17	—	23	—	15
De 1 à 3 mois.	—	17	—	20	—	16
De 3 à 1 et 2 ans.	—	18	—	23	—	16

Expression anatomique de l'intoxication paludéenne, l'engorgement de la rate se produit avec rapidité, surtout chez les jeunes sujets, persiste aussi longtemps que la maladie, cède avec lenteur et difficulté.

Dans les fièvres intermittentes récentes, il m'a fallu, en moyenne, 4 jours pour obtenir une réduction de 1 centimètre dans la longueur de la rate, ce qui supposerait la nécessité d'un repos de près d'un mois pour la guérison d'une maladie à laquelle on ne consacre en général qu'un repos de 3 à 4 jours, nécessaire pour faire disparaître les accès et les symptômes les plus apparents. Imprévoyance aussi funeste aux malades que ruineuse pour l'administration de l'assistance publique.

Il existe sans doute des engorgements anciens qui persistent comme traces d'une maladie à jamais disparue, lésion indifférente pour la santé comme la cicatrice d'une séreuse; mais en général, tant que subsiste l'engorgement de la rate, l'imminence morbide prédomine, l'hématose est incomplète, le retour des accès menace; c'est dans ces cas que sous, l'influence des refroidissements de l'hiver, se forment dans le poumon des engorgements passifs, véritables pneumonies consécutives rebelles à toutes les médications.

Les phénomènes fonctionnels qui accompagnent les accès cèdent plus facilement que l'engorgement de la rate; toutefois une observa-

---

Tâchons maintenant, par quelques coups de pinceau, de faire revivre l'homme privé.

Marchal était de taille plus que moyenne, svelte, mais peu dégagée. Ses traits réguliers, son regard vif, expressif, sa physionomie souriante, la douceur de sa voix et les manières affectueuses qu'il savait prendre, rendaient son abord agréable, surtout à ceux qu'il affectionnait, et auxquels il tronvait d'ordinaire quelque chose d'aimable à dire. La bienveillance respirait dans ses relations, et toujours vous le trouviez disposé à vons servir, au moins de sa personne. Indulgent envers tout le monde, il paraissait craindre de médire, ou du moins les quelques traits qu'il risquait parfois dans l'intimité étaient toujours émoussés par la tolérance et la résignation. Philosophe par tempérament autant que par réflexion, il était convaincu que

« Le mal qu'on dit d'autrui ne produit que du mal. »

Il savait néanmoins établir, sans qu'il y parût, des distinctions entre les personnes qu'il voyait avec plaisir et celles qui n'avaient pas l'avantage de lui plaire. Gracieux et même expansif avec les premières, il était toujours poli, mais froid et réservé avec les antres, qu'il évitait sans affectation. Difficile et sévère dans son choix, le cercle de ses intimes était assez rétréci, et ses manifestations amicales n'en avaient que plus de prix.

Marchal fuyait les grandes réunions dont l'éclat et le tumulte effarouchaient ses goûts simples et paisibles. Il évitait même les sociétés familières où l'on aime généralement à se délasser des travaux de la journée par de futiles distractions; il leur préférait les douceurs de la vie de famille. Mais comme il fallait un aliment à son incessante activité, il se dédommageait par les promenades et les occupations champêtres. Il aimait l'équitation et cultivait avec amour une belle propriété rurale qui absorbait à peu près tous ses loisirs. Sans avoir passé par les rudes épreuves de la vie, il avait les goûts et les antipathies de l'homme désabusé des vanités mondaines : ses instincts, sons ce rapport, avaient devancé l'expérience.

Rigide envers lui-même, vigilant, actif, régulier dans ses habitudes, « dès quatre heures du matin, dit M. Stoltz, il se levait pour se préparer à ses occupations de la journée, et à six heures, dans toutes les saisons, et par tous les temps, il sortait pour se rendre d'abord aux prisons, puis dans les différents autres établissements dont l'état sanitaire lui était confié. Ses cours à la faculté, son service d'hôpital, enfin sa clientèle absorbaient tous les autres moments de sa journée.» Très-sobre d'habitude, et peu soucieux de sa parure, il paraissait ignorer l'art d'utiliser la fortune au profit du bien-être. Un jour que je l'engageais à goûter plus largement les douceurs de la vie, il me répondit d'un ton sententieux : « Un père n'est jamais riche quand il a plusieurs enfants. » Ceci me rappela le *nil nimis*, le « rien de trop » de l'apologue, et me fit réfléchir à la témérité de nos jugements qui, parfois, nous font attribuer au pur égoïsme certains actes dont la source réelle est dans un sentiment d'abnégation. Du reste, Marchal savait, à l'occasion, se faire honneur de sa fortune, et les jours de réception sa table offrait toutes les magnificences du luxe le plus raffiné.

. . . .

Nul n'est grand homme qu'après sa mort; « et combien de héros ont vécu

tion attentive de la part du malade ou du médecin permet de prévenir le retour de nouveaux accès aussi longtemps que persistent la faiblesse, la constipation, l'enduit muqueux de la langue. Comme l'engorgement de la rate, les symptômes précédents imposent la nécessité du repos et d'un régime réglé.

(La fin au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.

DU PRIX DE JOURNÉE DES ALIÉNÉS INDIGENTS DANS LES ASILES ET DE LA MANIÈRE DONT ON DOIT L'ÉTABLIR; par M. GIRARD.

L'administration des asiles d'aliénés est, d'après le médecin distingué d'Auxerre, une individualité fonctionnant, comme toute autre administration publique, en dehors de l'action des assemblées délibérantes, quel que soit le propriétaire de l'établissement.

Par suite, le prix de journée des aliénés indigents placés dans les asiles doit être calculé d'après l'élément invariable des quantités et quotités fixées par le règlement du service intérieur, et reconnues nécessaires pour la satisfaction légitime des besoins des aliénés.

Ce prix doit subir annuellement les variations des mercuriales.

Les bénéfices réalisés ou à réaliser sur les pensionnats et les produits agricoles ne doivent modifier en rien le prix de la journée, mais doivent servir avant tout, avec l'autorisation des préfets et du ministre de l'intérieur, à mettre les asiles dans les conditions légales de prospérité et de perfectionnement réclamées par la science.

Les conditions légitimes de l'hygiène et de perfectionnement de ces établissements une fois obtenues, les bénéfices ci-dessus ne doivent pas dégrever le prix de journée, mais rentrer dans les caisses des fondateurs de l'asile pour constituer un fonds limité de réserve capable d'assurer les besoins de l'institution contre toute éventualité, le surplus devant servir à couvrir tout ou partie de la subvention fournie par ses fondateurs.

RECHERCHES SUR LA PHYSIOLOGIE DE LA PENSÉE; par M. LÉLUT.

La physiologie de la pensée pour M. Lélut, c'est la recherche des conditions organiques, empiriquement déterminées, dans lesquelles, sans qu'on ait et qu'on puisse avoir la prétention de pénétrer plus avant, se manifestent les faits et les facultés de cette même pensée. C'est le même sujet qu'a indiqué Bacon, sous le titre de *doctrine de l'alliance de l'âme et du corps et de leur mutuelle impression*; c'est celui sur lequel Descartes est si souvent et si malheureusement revenu dans des exposés de mécanique cérébrale, où il faisait une aussi grande part à une inconnue, à un nom, *les esprits animaux*, qu'à l'*assistance divine* elle-même. La physiologie de la pensée est le sujet que Leibnitz croyait avoir épuisé en deux mots, où il voyait un système, les mots *harmonie préétablie*; le sujet que, de nos jours et de points de départ opposés, ont tenté d'approfondir Cabanis et Maine de Biran, dans de véritables traités des *rapports du physique et du moral de l'homme*.

Le fragment de ses recherches sur la physiologie de la pensée que publie aujourd'hui M. Lélut n'est qu'une partie des prolégomènes de son livre, une introduction relative à la nature, aux conditions et aux difficultés du sujet.

M. Lélut commence par l'étude des deux natures de l'homme, de leur rapports et de leur union. L'homme, dans la création, a trois manières d'être : il existe, il vit, il pense, et dans son corps, portion de matière qu'anime le principe de sa pensée, il porte les conditions totales ou partielles de ces trois manières d'être.

L'intelligence de l'homme a des conditions matérielles, des organes, comme la vie. Ce fait a toujours été reconnu et ne pouvait pas ne pas l'être. Il n'était pas besoin pour cela des démonstrations de la science moderne, les lumières du simple bon sens suffisaient. Les organes plus particuliers de l'intelligence et de la pensée chez l'homme, le cerveau et les nerfs, sont ou renferment aussi les organes essentiels de la vie. L'examen du cerveau et du système nerveux en général dans cette obscure période de la vie qui précède la naissance et dans les premiers mois qui la suivent, les expériences naturelles instituées par la maladie démontrent la connexion très-étroite qui existe dans le corps humain et jusque dans ses parties les plus exclusivement nerveuses, entre les conditions organiques de la pensée et les conditions organiques de la vie. C'est là le premier point à constater dans l'étude physiologique de la pensée, soit que plus tard il s'agisse de l'approfondir et de la confirmer, soit qu'au contraire on parvienne à l'expliquer, la restreindre, sinon à la faire cesser.

M. Lélut passe ensuite à la différence et à la distinction des deux natures de l'homme, quant à la manière dont sont étudiés et établis, dans chacune d'elles, les rapports de l'organe à la fonction. La notion ou formule des fonctions vitales ou plutôt corporelles est le *mouvement*; celle des fonctions intellectuelles est le *sentiment*. Dans les premières, la détermination du rapport de l'organe à la fonction est *mécanique*, puisqu'elle se déduit essentiellement d'un même coup d'œil embrassant à la fois l'organe et la fonction; on fait abstraction, bien entendu, de la partie intime, purement vitale, excitatrice, qui a son siége dans le système nerveux.

Il n'en est pas de même des fonctions intellectuelles; réductibles toutes et essentiellement au fait de conscience, elles ne tombent que sous sa lumière; sans elle, elles n'existeraient pas. Ils ne se lient, dans leur aperception, à aucune idée, à aucune conception de mouvement, d'organe, de mécanisme. Une certaine vague sensation, rapportée, dans et par suite de l'acte sensitif ou intellectuel, à telle ou telle partie du corps, à la tête, au crâne, par exemple, la relation établie par l'anatomie entre tel organe de sensation, d'émotion, et telle partie des centres nerveux; la nécessité, la condition de l'existence de ces mêmes nerfs, de ces mêmes centres nerveux, pour l'accomplissement de tel acte sensitif ou intellectuel, démontrée par les expériences physiologiques ou les maladies : tels sont, en somme, les divers moyens de démonstration de l'affectation de telle ou telle partie corporelle, nerveuse, à telle ou telle manifestation sensitive ou intellectuelle, démonstration tout à fait empirique, d'où l'on conclut et dénomme l'*empirisme* des rapports des fonctions intellectuelles à leurs organes.

---

trop d'un jour! » Combien de personnages illustres dont l'auréole glorieuse, œuvre de toute une vie, s'est éclipsée en un clin d'œil, au vent de la fatalité! Mais, par contre, combien d'existences obscures qui, tout à coup, se sont illuminées par une action d'éclat, par un trait d'héroïsme imprévu! Combien d'hommes pour qui le plus beau jour de leur vie fut, en réalité, celui de leur mort! Notre Marchal appartient à cette dernière catégorie.

Nous avons dit qu'une épidémie meurtrière moissonnait les malheureux entassés dans la prison dont il était le médecin. Esclave du devoir, intrépide en face du danger, pendant un an et plus, il brava chaque matin, avec le calme du courage qui s'ignore, cette affreuse contagion dont il devait être une des dernières victimes: semblable, — pardonnez-moi cet ambitieux parallèle, — semblable à ces héros de nos fastes maritimes qui, dans les horreurs d'un naufrage ou d'un combat naval, veillent jusqu'à la fin au salut de tous, et sombrent les derniers dans les plis de leur pavillon. Favori de la fortune, occupant un poste envié, il lui eût été si facile de se démettre honorablement de ces fonctions pénibles, dangereuses et si peu rétribuées! Mais le point d'honneur parlait trop haut, et Marchal eût redouté les interprétations injurieuses. Du reste, je ne crois pas que même l'idée lui soit venue d'esquiver le danger. Bref, il fut frappé après tant d'autres ... Une triste circonstance fit mal augurer de l'issue d'une maladie d'ailleurs si souvent mortelle : c'est que, dès le premier moment, il eut le pressentiment de sa mort. Qu'elle soit l'effet du découragement ou le secret avis de la Providence, cette fatale prévision imprime aux maladies graves un cachet positif de léthalité. Malgré les soins éclairés et dévoués des praticiens les plus habiles et d'une famille éplorée, Marchal, soutenu des secours de la religion, vit arriver son dernier jour avec la résignation de l'homme juste et courageux.

Soldat de la milice médicale, il est mort au champ d'honneur; sacrifice tellement banal dans notre humble métier qu'il se renouvelle tous les jours sans fixer l'attention d'un public blasé, qui réserve toutes ses admirations pour les drames sanglants du champ de bataille; oubliant que l'exaltation du combat et la perspective des honneurs sont d'énergiques aiguillons de gloire, dont l'absence est précisément ce qui rehausse et sanctifie le stoïcisme du médecin.....

La piété du monde païen avait consacré des autels « aux dieux inconnus » (*Diis ignotis*); il serait digne du monde chrétien d'ériger aux vertus ignorées un temple au fronton duquel on lirait en lettres d'or :

« A l'héroïsme obscur,
« l'humanité reconnaissante. »

— MM. Alquié, inspecteur du service de santé des armées, directeur de l'Ecole impériale de médecine militaire, et Mélier, inspecteur général des services sanitaires, ont été nommés médecins consultants de l'empereur.

Une difficulté plus grande encore que les précédentes vient de la nature même de la pensée, nature que traduisent et représentent, quant à l'objet de ces recherches, le mélange et la solidarité des divers ordres de faits qu'elle embrasse, l'indétermination naturelle et nécessaire des facultés dans lesquelles on la décompose. Cette indétermination est prouvée par les divergences et les contradictions de tous les systèmes de psychologie et surtout par l'étude même des faits et des facultés qui constituent la pensée; la pensée, c'est-à-dire tout résultat de l'activité de l'âme, tout ce qui, dans la personne humaine, n'est pas son corps, ses organes, sa vie et toutes leurs sortes de mouvements, comme l'ont dit Descartes et Malebranche. De toutes les manifestations affectives, instinctives, morales, perceptives, intellectuelles et volontaires, par lesquelles le *moi* se manifeste à lui-même, il n'en est pas une, qui, dans l'instant indivisible où on l'observe, ne présente plusieurs faces, sans lesquelles et sans la coexistence desquelles on ne la concevrait pas.

C'est en présence de cette nature de la pensée, en présence de cette union, de cette solidarité des faits de toute sorte qui la constituent, faits sensitifs, intellectuels, volontaires, en présence, par conséquent, de l'indétermination des facultés qu'on lui attribue, que doit être tentée, sinon faite, d'après M. Lélut, la détermination des conditions organiques qui, dans le corps qu'elle anime, sont corrélatives à ces faits et à ces facultés. C'est cet essai de détermination que l'auteur se propose de tenter dans la suite de ses recherches sur la physiologie de la pensée.

D'UNE ENDÉMIE DE PELLAGRE OBSERVÉE DANS LES ASILES D'ALIÉNÉS DES DÉPARTEMENTS D'ILLE-ET-VILAINE ET DE MAINE-ET-LOIRE; par M. le docteur BILLOD.

M. le docteur Billod a eu l'occasion d'observer une endémie de pellagre dans les asiles d'aliénés d'Ille-et-Vilaine et de Maine-et-Loire, qu'il a successivement dirigés. Il a pu compter jusqu'à 29 pellagreux à l'asile de Rennes, et 35 à l'asile de Sainte-Gemmes.

Chez tous les pellagreux des asiles de Rennes et d'Angers, les symptômes cutanés n'étaient pas également caractérisés. Mais on sait, et Strambio a particulièrement insisté sur ce point, que ces symptômes ne constituent pas à eux seuls le signe pathognomique de la pellagre, et que c'est beaucoup moins sur leur intensité que sur le développement des symptômes dits *internes* que se mesure la gravité de l'affection.

Les symptômes cutanés, digestifs et nerveux se sont montrés à des degrés divers, ensemble ou séparément, dans une même période et dans des périodes successives et en suivant une marche intermittente, rémittente ou continue. Les symptômes prédominants ont paru être les dérangements des fonctions digestives, et plus particulièrement une diarrhée séreuse que rien n'arrête et qui marque le commencement de la cachexie pellagreuse.

Les symptômes nerveux ont été très-variables; en général, la faiblesse a paru moins prononcée chez les malades de M. Billod que ne l'indiquent les auteurs qui ont écrit sur la matière. Trois fois seulement M. Billod a constaté la paralysie générale chez ses pellagreux. La plupart étaient affectés de démence avec ou sans lypémanie. La lypémanie, dans les cas où elle a été constatée, n'a pas paru revêtir les caractères de cette lypémanie avec penchant au suicide par submersion que les auteurs ont signalée comme étant spéciale à la pellagre.

La plupart des pellagreux, soit de l'asile de Rennes, soit de celui d'Angers, appartenaient à la classe des aliénés dits indigents. Si le fait de l'existence de la pellagre n'était pas spécial à ces asiles et qu'on constatât la même endémie dans la plupart des établissements de ce genre, il faudrait admettre, dit M. Billod, que le trouble de l'innervation qui caractérise l'aliénation mentale tend à créer à la longue, pour ceux qui en sont atteints, une disposition à subir les altérations qui caractérisent la pellagre. Nous considérons comme peu probable que l'observation justifie cette manière de voir.

Dans l'opinion de M. Billod, les trois séries de symptômes attribués à la pellagre n'ont rien d'essentiel dans leur développement, la diathèse à laquelle ils se rattachent pouvant très-bien ne manifester sa présence que par une seule des trois. Cela posé, M. Billod incline volontiers à admettre que la diarrhée, cette affection endémique dans les asiles d'aliénés, et qui entre pour moitié au moins dans les causes de mortalité, sans que l'on ait pu lui donner une explication plausible, se rattache en général, lors même qu'elle se développe seule et à l'exclusion de tout autre symptôme, à la disposition générale sus-mentionnée. Cette proposition nous paraît plus hasardée encore que la précédente. Assimiler à la diarrhée qui marque le commencement de la cachexie pellagreuse, la diarrhée ultime qui vient affecter les aliénés en état de manie chronique ou de démence, et plus particulièrement les paralytiques de nos asiles, puis cette assimilation, qui n'est rien moins que prouvée, une fois admise, rapprocher ce fait pathologique de la cachexie pellagreuse proprement dite, c'est se laisser emporter trop loin par l'esprit d'induction, c'est mettre en avant une hypothèse que la discussion attentive des faits viendrait renverser.

Quelques autopsies de pellagreux terminent le mémoire de M. Billod.

ASILE DE MARÉVILLE, PRES NANCY (MEURTHE); par M. le docteur E. RENAUDIN.

Nous croyons devoir signaler, dans le numéro d'octobre des ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES une notice historique sur Maréville, par M. le docteur E. Renaudin. Les médecins aliénistes liront cette notice avec intérêt et avec fruit, bien qu'elle ne puisse faire oublier assurément le MEMOIRE HISTORIQUE, STATISTIQUE ET MEDICAL, publié par M. le docteur Th. Archambault, ancien médecin en chef de cet établissement, mémoire dont malheureusement la seconde partie se fait depuis longtemps attendre.

Nous devons aussi exprimer le regret que M. le docteur Renaudin, dont nous nous plaisons d'ailleurs à reconnaître le savoir médical et le talent administratif, ait surtout fait l'histoire de Maréville au point de vue administratif, laissant trop dans l'ombre le côté médical et oubliant trop peut-être les réformes importantes, non-seulement préparées, mais accomplies, par la direction médicale instituée en 1842.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 17 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

NOTE SUR LA VISION; par M. DUBRUNFAUT.

On sait que les pupilles se contractent ou se dilatent dans diverses conditions de la vision normale, et que ces mouvements des muscles de l'iris ont en général une liaison intime avec les variations d'intensité du stimulus lumineux. M. Vallée a même émis cette conjecture : que les mouvements que l'on observe dans l'iris, quand on accommode la vue aux distances, pourraient jusqu'à un certain point être uniquement subordonnés à l'influence de la lumière. Ces mouvements, en effet, sont consécutifs au changement de convergence des axes visuels, et leur sens est bien tel que l'exigerait une explication qui les ferait dériver de l'action d'un même stimulus fonctionnant à des distances différentes. Nulle expérience décisive, y compris celle de M. Plateau, ne permet d'ailleurs d'attribuer aux iris la faculté de subir des mouvements purement volontaires, comme ceux de la locomotion, ni même des mouvements mixtes, comme ceux qu'on reconnaît aux sphincters.

On admet que dans la vision binoculaire les images formées sur les parties centrales ou correspondantes des rétines se superposent le plus souvent dans le sensorium pour produire une sensation simple, et qu'alors la sensation lumineuse perçue par chaque œil est moindre que celle qui est perçue par les deux yeux. Là se bornent nos connaissances sur cette particularité de la vision, et elles s'appliquent évidemment au simple examen de la fonction de chaque œil dans la vision binoculaire.

Si l'on regarde successivement une image, une surface blanche par exemple placée sur un fond noir, avec un œil, puis avec les deux yeux, on ne peut reconnaître aucune différence dans la sensation perçue, et l'éclat de la surface se montre le même dans les deux cas. Cette simple observation, rapprochée des faits connus, pourrait, à défaut d'autres observations, justifier l'énoncé suivant, savoir : que la quantité de lumière qui arrive au sensorium est la même pour un même stimulus, soit que la sensation lui arrive par l'intermédiaire d'un œil fonctionnant seul ou par l'intermédiaire des deux yeux fonctionnant simultanément.

En poussant plus loin cet examen, c'est-à-dire en observant ce qui se passe dans l'état de la pupille, dans les deux cas que nous venons de spécifier, on remarque qu'elle est inégalement dilatée : elle l'est moins dans la vision binoculaire et elle l'est plus dans la vision monoculaire. Si l'on accompagne ces observations de la mensuration du diamètre de la pupille dans les deux cas mentionnés, on y trouve la démonstration mathématique du théorème que nous venons d'énoncer. On reconnaît en effet que le diamètre de la pupille dans la vision monoculaire est au diamètre de la même pupille dans la vision binoculaire :: $\sqrt{2} : \sqrt{1}$.

Ce fait se vérifie dans tous les cas où la vision s'exerce sans malaise et sans contrainte, c'est-à-dire dans les limites moyennes de contraction et de dilatation des pupilles. Il se vérifie sur des vues myopes comme sur des vues presbytes, nonobstant l'impressionnabilité différente de ces vues par un même stimulus. Il se vérifie encore avec la lumière artificielle comme avec la lumière naturelle.

Si l'on rapproche ces faits de ceux qui sont connus sur l'inégalité des

faisceaux lumineux que les pupilles admettent quand nos sens sont impressionnés par des stimulus d'intensités inégales, on pourra être disposé à donner à notre théorème une forme plus générale et à attribuer ainsi à la pupille une sorte de fonction photométrique dont on pourrait au besoin tirer parti. Cette fonction existe dans certaines limites qu'on pourra déterminer, et elle peut se déduire rigoureusement de nos expériences; mais des observations faciles à faire démontrent aussi que cette interprétation des faits que nous avons signalés n'a pas une valeur absolue.

Nous ne croyons pas avoir qualité pour tirer des observations précédentes toutes les conséquences qui peuvent s'en déduire, et pour nous servir de ces conséquences pour étayer ou infirmer les doctrines physiologiques et psychologiques reçues. Nous avons voulu seulement publier des faits que nous avons communiqués à beaucoup de personnes depuis dix à douze ans que nous les avons observés, et nous avons cru que leur publication pourrait encore avoir quelque caractère de nouveauté et quelque intérêt. Nous ne terminerons cependant pas cette note sans faire ressortir une conséquence remarquable qui en découle spontanément.

La fonction régulatrice que les centres nerveux accomplissent automatiquement avec les pupilles pour n'admettre qu'une quantité constante d'un même stimulus lumineux, soit que la perception s'opère par les deux séries d'organes doubles de la vision, soit qu'elle s'opère par une seule série, prouve que chaque organe considéré individuellement, ou chaque série d'organes doubles considérée collectivement, n'a aucune sensibilité propre pour le stimulus lumineux, puisqu'ils peuvent indifféremment, dans les mêmes conditions et sans gêne apparente, livrer passage aux agents promoteurs d'une sensation simple ou double. Elle prouve que le conflit ne peut se produire ni dans chaque rétine, ni dans chaque nerf optique, ni dans chaque tubercule, ni dans chaque hémisphère cérébral, ni dans chacune de ces séries d'organes doubles, intermédiaires de perception visuelle. Elle prouve encore qu'il y a au delà de ces deux séries d'organes ou dans leurs derniers termes quelque chose qui fonctionne comme organe simple et unique de perception, qui palpe les faisceaux lumineux et les mesure avec une précision admirable pour en régler l'admission conformément à son impressionnabilité et à ses besoins. Ce quelque chose, si nos connaissances nous permettent de le matérialiser comme Descartes, Lapeyronie et Willis, ne peut être autre que le *cerveau proprement dit*. M. Flourens a en effet démontré que les lobes cérébraux, outre la fonction individuelle qui les met au service des deux yeux, fonctionnent collectivement comme organe unique des perceptions des volitions et de l'intelligence.

SUR DES CONTRACTIONS TONIQUES DES MUSCLES PENDANT LA GALVANISATION DES NERFS ANTAGONISTES; par M. REMACK (de Berlin).

D'après les observations de Nobili, de M. Matteucci et notamment de M. Eckhard sur l'influence paralysante que, dans la grenouille, le courant galvanique constant exerce sur un nerf moteur faisant partie de la chaîne, il me semblait probable que la galvanisation des nerfs moteurs dans l'homme devait mettre en jeu les propriétés toniques des nerfs et des muscles antagonistes. Partant de ce point de vue, j'ai entrepris sur des hommes sains des expériences qui ont donné des résultats les plus satisfaisants.

Quand on conduit le courant de 15 à 30 éléments de Daniell par le nerf médian, soit par sa partie brachiale, soit par sa partie antibrachiale ou par le long du nerf, les muscles extenseurs de la main se contractent et lèvent la main. Cette contraction dure jusqu'à l'interruption du courant, sans empêcher tout à fait l'influence volontaire sur les muscles fléchisseurs qui se trouvent sous l'impression paralysante du courant galvanique. La contre-action des muscles extenseurs est plus forte pendant la galvanisation des deux nerfs fléchisseurs, c'est-à-dire du nerf médian et du nerf cubital. De l'autre côté, la galvanisation du nerf radial est suivie d'une contre-action combinée de deux nerfs fléchisseurs. On peut même démontrer une opposition analogue entre ces deux fléchisseurs eux-mêmes en galvanisant seulement le nerf cubital. En général donc la galvanisation d'un des trois nerfs moteurs de l'avant-bras provoque la contre-action des deux autres nerfs.

L'effet du courant ascendant est évidemment plus fort que celui du courant descendant; pourtant, après avoir galvanisé un nerf pendant quelque temps par le courant ascendant, on observera des effets plus prononcés en changeant les électrodes. Quand le courant n'est pas assez fort, la galvanisation d'un nerf est suivie d'une lutte entre les contractions toniques des muscles antagonistes, dans laquelle quelquefois le nerf galvanisé reste supérieur. Notamment le courant descendant laisse souvent intactes ou augmente même les forces toniques des rameaux du nerf galvanisé qui partent au-dessous de l'électrode négative. Dans tous ces cas, on fera vaincre les nerfs antagonistes en renforçant le courant ou en changeant sa direction.

Cette propriété des nerfs moteurs d'être paralysés ou affaiblis par le courant galvanique, offre des différences plus grandes encore que leur excitabilité. Un appareil télégraphique de nouvelle invention de MM. Siemens et Halske, dont le courant galvanise et produit dans le même temps des contractions cloniques, permet de faire sur ce point des recherches comparatives.

Il semble, du reste, impossible d'apaiser les forces toniques d'un muscle par la galvanisation immédiate. Sous ce rapport, mes expériences sont d'accord avec les résultats décrits dans ma brochure SUR L'ÉLECTRISATION MÉTHODIQUE DES MUSCLES PARALYSÉS, dont j'ai eu l'honneur d'entretenir l'Académie dans sa séance du 27 septembre et qui démontrent, à ce que je crois, sur l'homme vivant, que l'irritabilité des muscles n'existent pas et, par cette raison, l'électrisation nommée *immédiate* n'agit que par excitation des nerfs intramusculaires.

— M. BONJEAN prie l'Académie de vouloir bien admettre au concours, pour le prix dit des arts insalubres, ses recherches sur les produits obtenus du seigle ergoté.

L'administration de ce précieux médicament a été, dit M. Bonjean, entourée de difficultés qui ont dû en restreindre l'usage tant qu'on n'était pas parvenu à isoler l'agent toxique de l'agent thérapeutique; mes recherches ayant eu pour résultat de permettre cette séparation, l'ergotine est devenue d'un emploi assez fréquent pour qu'on ait trouvé plus de profit à mettre à part les grains ergotés qu'à les laisser confondus avec les grains propres à la fabrication du pain. Depuis lors l'intérêt du cultivateur l'empêche de laisser dans la portion de seigle destinée à être convertie en farine la partie qui donnerait à cette farine des propriétés nuisibles; on n'a donc plus à redouter les effets d'une incurie qui, parfois, ne tendait à rien moins qu'à convertir en un poison le principal de nos aliments. (Renvoi à la commission des arts insalubres.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 2 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie les pièces suivantes :

1° Un rapport de M. le docteur Lecœur, médecin des épidémies de l'arrondissement de Caen, sur une épidémie de choléra qui a régné pendant les mois d'août, de septembre et d'octobre 1855 dans quelques communes du littoral du Calvados.

2° Un rapport de M. le docteur Mangin sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Saint-Julien (Vosges).

3° Les rapports des médecins des épidémies du département des Hautes-Pyrénées sur les épidémies qui ont régné dans ce département en 1854.

4° Un rapport de M. Chapel, médecin des épidémies de l'arrondissement de Saint-Malo, sur une épidémie de rougeole qui a régné dans cet arrondissement en 1855. (Commission des épidémies.)

5° Une demande en autorisation d'exploitation d'une source d'eau minérale, située à Saux, commune de Decize (Nièvre).

6° Une demande en autorisation d'exploitation de sources minérales existant à Aurensan (Gers). (Commission des eaux minérales.)

7° La recette d'un médicament, auquel le sieur Verga attribue la propriété de guérir l'hydrophobie. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

8° Le tableau des vaccinations pratiquées en 1854 dans les départements de l'Ain et du Doubs. (Commission de vaccine.)

— La correspondance non officielle comprend :

Le résumé des vaccinations pratiquées en 1854 dans le troisième canton de Reims, par M. le docteur Paris, professeur d'accouchement à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims. (Commission de vaccine.)

— M. CHARRIÈRE fils soumet à l'examen de l'Académie quatre instruments de chirurgie, savoir deux sondes et deux porte-nitrate, dont un pour les organes urinaires, fabriqués avec l'aluminium. Ces deux derniers instruments ont le mérite d'être faits avec des tubes sans assemblages, d'après le même principe que ceux en argent.

— M. BUSSY remercie l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait en l'appelant à présider ses séances. Il s'efforcera de justifier cette distinction par les soins qu'il apportera à surmonter les difficultés inhérentes à d'aussi délicates fonctions. L'Académie lui rendra d'ailleurs sa tâche plus facile, si elle ne veut pas se départir des habitudes d'ordre qu'elle observe d'ordinaire dans les discussions. Quel que soit l'intérêt de ces discussions, l'Académie a d'autres devoirs encore à remplir vis-à-vis de l'administration; il importe que les rapports confiés à de certaines commissions ne restent pas en souffrance. Le nouveau président se propose d'activer les travaux de ces commissions et particulièrement de celle du choléra de 1849 et du choléra de 1854.

Sur la proposition de M. Bussy, l'Académie vote des remercîments au président sortant, M. Jobert, et aux dignitaires du bureau pendant l'année 1855, ainsi qu'à MM. Rostan et Robert, membres du conseil d'administration.

M. Bussy rend ensuite compte de la réception qui a été faite au bureau de l'Académie, à l'occasion du jour de l'an, aux Tuileries et aux ministères de l'instruction publique et de l'agriculture et du commerce.

M. DEPAUL : Permettez-moi, messieurs, de vous remercier aussi des nouveaux suffrages par lesquels vous m'avez maintenu dans les fonctions de secrétaire annuel. Cet honneur, qui me dédommage amplement des quelques soins que je me suis efforcé d'apporter dans l'accomplissement de mes devoirs, m'impose l'obligation de redoubler de zèle et d'activité, et je n'ai pas besoin de vous dire qu'à ce double titre l'Académie peut compter sur tout mon bon vouloir.

La discussion sur le mémoire de M. Bouvier est continuée.

— MM. MALGAIGNE et DESPORTES s'étant successivement excusés de ne pouvoir prendre la parole, M. Parchappe est appelé à la tribune.

— M. le Président annonce que pendant la discussion, il va être procédé à l'élection d'une commission de onze membres chargée d'examiner dans quelles sections doivent avoir lieu les nominations à faire.

DISCUSSION SUR LES EXUTOIRES.

M. Parchappe : Dans la science de la vie et dans l'art médical tout se tient et tout s'enchaîne si étroitement, qu'il n'y a pas de question si petite qui ne puisse toujours, et qui ne doive souvent susciter les problèmes les plus graves et les plus généraux.

Le choix à faire entre les petits et les gros sétons implique l'appréciation de l'utilité, d'abord en particulier des sétons, puis, et en général, des exutoires permanents.

Or l'utilité thérapeutique des sétons petits ou gros et des exutoires permanents ne peut être justifiée ou contestée qu'à raison de l'aptitude ou de l'inaptitude de ces médications à satisfaire des indications rationnellement un empiriquement déterminées.

L'indication rationnelle des sétons et des exutoires permanents s'appuie, pour ceux qui admettent leur utilité, sur la doctrine de la révulsion.

Si, comme on l'a avancé, il n'y a jamais eu dans le passé et il n'y a pas dans le présent une doctrine thérapeutique de la révulsion qui mérite d'être sérieusement prise en considération par des médecins rigoureux, l'indication rationnelle des exutoires permanents, en tant que révulsifs, manque de base.

Ce n'est plus, dès lors, l'utilité des exutoires permanents qui est le sujet de la discussion, c'est l'existence, c'est la valeur de la doctrine de la révulsion, c'est-à-dire une grande question de thérapeutique étroitement liée aux plus grandes questions de la pathologie et de la physiologie.

Mais, à défaut d'un fondement rationnel emprunté à la science si difficile et encore si imparfaite des lois de la vie dans la santé et la maladie, l'indication des exutoires permanents peut être considérée comme répondant à ces indications purement empiriques que la thérapeutique n'a pas le droit de négliger, sous peine de perdre une grande partie de sa puissance, et que représente, par exemple, l'indication du quinquina dans les fièvres intermittentes ou du mercure dans la syphilis.

L'expérience pure a été invoquée pour et contre l'utilité des exutoires permanents.

En face des affirmations et des contradictions portant sur le fait d'expérience, se pose, non pas purement et simplement la question du choix à faire entre les autorités, mais plus largement et plus scientifiquement la question des conditions de la certitude en thérapeutique.

Ainsi, en définitive, l'examen de l'utilité des exutoires permanents aboutit logiquement et nécessairement, d'une part, à une question de physiologie pathologique, celle de la doctrine de la révulsion, d'autre part à une question de méthode philosophique, celle de la certitude thérapeutique.

Dans deux questions, celle qui se rapporte à la démonstration empirique de l'utilité des révulsifs et des exutoires, a été conduite aussi près que possible d'une solution par MM. Velpeau, Gerdy, Bouley, Leblanc.

Dans celle qui se rapporte à la doctrine thérapeutique de la révulsion, il y a encore assez d'ampleur pour que j'eusse hésité à l'aborder si les nécessités d'une discussion académique, en imposant l'obligation d'une exposition succincte et condensée, ne m'autorisaient à compter sur une patiente attention, en même temps que les difficultés du sujet me permettent d'espérer une bienveillante indulgence.

La réalité de l'existence d'une doctrine médicale de la révulsion, servant de fondement à des indications et à des médications dans la thérapeutique de tous les temps, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, ne saurait être sérieusement mise en doute.

Les remarquables discours de M. Bouvier et de M. Malgaigne lui-même me paraissent avoir démontré suffisamment, pour les besoins de la discussion, cette vérité de l'existence d'une doctrine de la révulsion se révélant dans les écrits des médecins de tous les temps, par le mot, par l'idée, par le fait, comme elle se trouve de nos jours dans notre langage, dans notre pensée, dans notre pratique.

Ce n'est pas sur ce point qu'il peut y avoir contestation durable.

La contradiction de l'honorable M. Malgaigne, bien que sa parole ait plus d'une fois dépassé sa pensée, ne porte au fond et en définitive que sur des points en effet plus controversables et aussi plus importants, d'abord sur l'identité de la doctrine, puis sur la réalité de sa valeur.

Pour vérifier rigoureusement l'identité traditionnelle de la doctrine de la révulsion, il y aurait à réaliser d'immenses recherches historiques et critiques, et pour en exposer la preuve complète ce n'est pas un discours académique qui pourrait suffire.

Heureusement il est possible d'acquérir pour soi même et peut-être de faire partager aux autres une conviction suffisante sur ce point, par une méthode beaucoup plus courte et presque aussi sûre.

Il faut d'abord s'entendre sur ce que peut être l'identité traditionnelle d'une doctrine dans le développement historique de la science médicale.

Sans aucun doute l'ensemble des vues et des connaissances qui doivent nécessairement se rattacher à toute conception, dans laquelle se trouvent impliqués les phénomènes de la vie, ne peut manquer de varier considérablement d'une époque à l'autre. Mais les différences corrélatives à l'état général de la science et à la nature des doctrines physiologiques et pathologiques dominantes dans les écoles peuvent ne pas porter sur ce qu'il y a de plus essentiel dans la conception doctrinale dont il s'agit de vérifier l'identité.

N'en est-il pas ainsi de la conception pathologique de l'inflammation?

Que les anciens et les modernes, qu'Hippocrate, Galien, Van Helmont, Boerhaave, Hoffmann, Hunter, Barthez et Broussais aient fait entrer dans leur conception de l'inflammation des vues et des connaissances fort différentes, c'est ce nul ne serait tenté de contester.

Mais tous et chacun n'ont-ils pas fait entrer dans l'idée de cette maladie, comme données essentielles et caractéristiques de son existence, le gonflement, la rougeur, la chaleur et la douleur?

Sous ce point de vue, il est évidemment permis d'affirmer l'identité traditionnelle de la conception pathologique de l'inflammation.

N'en serait-il pas de même de la conception thérapeutique de la révulsion?

N'y a-t-il pas, dans l'ensemble des faits d'où est née l'idée médicale de la révulsion, quelque chose qui, comme la tumeur, la rougeur, la chaleur et la douleur relativement à la conception pathologique de l'inflammation, représente relativement à la conception thérapeutique, pour toutes les époques et pour toutes les écoles, des données fondamentales communes et identiques?

C'est là précisément ce qui me paraît incontestable et ce qu'une vérification historique complétement faite ne manquerait pas de prouver invinciblement.

Mais, pour obtenir une démonstration suffisante de cette vérité, il n'est pas indispensable de suivre pas à pas, de grand homme à grand homme, et d'école à école, dans tout le cours des siècles, les diverses phases du développement théorique et pratique de la doctrine thérapeutique de la révulsion.

Il suffit, ce me semble, de fixer aussi exactement que possible ce qu'a été cette doctrine au point de départ, dans la médecine antique, et de rapprocher de cet exposé une appréciation non moins fidèle de ce qu'est cette doctrine à l'époque où nous vivons.

S'il y a entre les données essentielles de la doctrine à ces deux époques extrêmes une conformité réelle, il sera légitime d'en conclure, sans avoir à invoquer expressément des preuves pour les époques intermédiaires, l'identité traditionnelle de la doctrine; et ne sera-t-il pas permis d'en conclure immédiatement aussi la réalité et la valeur d'une doctrine ainsi consacrée par l'autorité universelle?

C'est à bon droit que Galien a proclamé Hippocrate l'inventeur de la doctrine thérapeutique de la révulsion.

En effet, dans les Aphorismes, celui des traités de la collection hippocratique, dont l'authenticité est la plus incontestable, se trouvent très-positivement constatées les données fondamentales de cette doctrine, très-nettement formulés ses principes essentiels.

La doctrine thérapeutique de la révulsion est implicitement contenue dans la conception hippocratique de la nature de la maladie. Elle n'est autre chose que l'application au traitement des maladies de l'une des vues essentielles à cette conception, fondée comme la conception elle-même sur les données de l'observation.

Le développement des phénomènes qui constitue la maladie, qui exprime une réaction de la vie contre la cause de la maladie, qui consiste dans une élaboration de la matière morbide, la coction, et qui a pour but l'élimination de ce que le travail du corps n'a pu vaincre, la crise doit être respectée, lorsque ce développement se produit de manière à représenter une tendance salutaire de la nature vers la guérison.

Le principe dominant de la thérapeutique hippocratique est formulé dans l'aphorisme 20 de la première section :

« Ce qui se juge ou ce qui est parfaitement jugé ne doit être ni mû ni changé par des purgatifs ou d'autres irritants, mais doit être respecté. »

Ce précepte de l'abstention, qui a eu tant de retentissement sous le nom d'expectation hippocratique, est loin de représenter, comme on a trop souvent affecté de le dire, toute la thérapeutique du médecin de Cos.

L'observation prouve que la nature, pour effectuer la guérison des maladies, se sert du déplacement du principe morbide, du transport de sa cause matérielle d'un lieu dans un autre lieu du corps. C'est dans un tel déplacement que consiste principalement la crise.

« Dans l'angine, le développement d'un gonflement au cou, d'un gonflement et d'un érythème sur la poitrine, est un bien, car la maladie se porte au dehors. » Aph. 37, s. 6, et 49, s. 7.

« Chez une femme qui vomit du sang, l'éruption des règles amène la guérison. » Aph. 32, s. 5.

« Dans les diarrhées prolongées, le vomissement spontané guérit la diarrhée. » Aph. 15, s. 6.

« Pour qui a une ophthalmie, être pris de diarrhée, c'est un bien. » Aph. 17, s. 6.

« Chez les maniaques, l'apparition de varices ou d'hémorrhoïdes guérit la manie. » Aph. 21, s. 6.

« Quand dans les fièvres l'ouïe devient dure, une hémorrhagie par les narines ou une perturbation alvine dissipe la maladie. » Aph. 60, s. 4.

La tendance de la nature à effectuer la guérison des maladies par l'élimination critique de la matière morbide doit être favorisée, et les procédés qu'elle emploie pour atteindre ce but peuvent être imités par l'art dans certaines conditions que l'observation permet d'apprécier.

L'élimination critique ne doit être provoquée que quand l'élaboration nécessaire de la matière morbide, la coction, a été accomplie.

« On ne doit purger et déplacer qu'après la coction et non dans la crudité, ni au début de la maladie, à moins qu'il n'y ait orgasme, ce qui est rare. » Aph. 22, s. 1.

L'indication d'agir subsiste quand la crise a été incomplète.

« Ce qui est demeuré au dedans après la crise, dans les maladies, produit ordinairement des récidives. » Aph. 12, s. 2.

L'élimination doit être dirigée du côté où se manifeste la tendance de la nature et par les voies que l'observation démontre favorables.

« Ce qui doit être dirigé, il faut le diriger là où est la plus forte tendance, par les voies convenables. » Aph. 21, s. 1.

Les tendances spontanées ne sont pas toutes salutaires.

« Le déplacement de l'érysipèle du dehors en dedans est un mal; du dedans au dehors, c'est un bien. » Aph. 25, s. 6.

L'observation démontre la possibilité d'imiter les procédés de la nature dans la guérison des maladies par déplacement.

« Si vous voulez arrêter les règles d'une femme, appliquez sur les mamelles une ventouse aussi grande que possible. » Aph. 50, s. 5.

« Celui qui souffre en arrière de la tête est soulagé par l'incision de la veine perpendiculaire du front. » Aph. 68, s. 5.

La méthode thérapeutique que constitue cette imitation de la nature par l'art, c'est la révulsion.

Le principe sur lequel son efficacité est fondée se résume, en s'élevant, de toute la hauteur d'un vitalisme dynamique, au-dessus d'un vitalisme humoral, dans cet aphorisme tant de fois cité :

« De deux douleurs produites simultanément, mais non dans le même lieu, la plus forte fait évanouir l'autre. » Aph. 46, s. 2.

Quelle que soit en réalité la doctrine de la révulsion fondée par Hippocrate, c'est ce que ne permettrait pas de révoquer en doute le sens si clair des aphorismes cités, rendu encore plus lumineux par les rapports de doctrine qui les unissent aux autres aphorismes du traité; mais c'est ce que démontre avec la plus irrésistible évidence le développement de cette doctrine dans l'école dogmatique qui a continué Hippocrate et dans le galénisme.

En acceptant, en expliquant, en développant les doctrines de la dérivation et de la révulsion inventées par Hippocrate, Galien n'a pas été aussi obscur et aussi peu digne de lui-même et du médecin de Cos qu'on l'a prétendu.

Il ne faut pas que la génération actuelle se laisse entraîner au mépris des grands hommes dont les conceptions occupent encore aujourd'hui une si grande place dans la pensée qui nous fait médicalement vivre et agir.

Les commentaires, les explications et les développements de Galien forment le complément nécessaire de la doctrine de la révulsion dans la médecine antique.

C'est par la doctrine pathologique du naturisme et par les doctrines thérapeutiques de la dérivation et de la révulsion que Galien justifie et explique les faits et les préceptes contenus dans les aphorismes que j'ai cités.

Ainsi, à propos du fait de la guérison des diarrhées prolongées par le vomissement spontané, il dit expressément : C'est là un exemple de ces opérations salutaires que produit la nature, que le médecin doit imiter et qui explique la révulsion.

Si la diarrhée est un bien dans l'ophthalmie, c'est à cause de l'évacuation et la révulsion par en bas des humeurs prédominantes. Exemple de l'utilité des évacuations spontanées à imiter par les médecins, ainsi que tous le font, dans le traitement des ophthalmies, en agissant sur le ventre par les lavements et les purgatifs.

Dans la guérison du vomissement de sang, chez la femme, par l'éruption des règles, il y a à la fois révulsion et évacuation du sang. L'expérience en nous démontrant l'utilité de cette opération naturelle, nous conduit, par imitation, à ouvrir chez les femmes atteintes du même mal, les veines du jarret et de la malléole.

C'est par la révulsion de bas en haut qu'agit, pour arrêter les règles, la ventouse sur les mamelles.

En recommandant la section de la veine frontale pour remédier à la douleur occipitale, Hippocrate prescrit une évacuation avec révulsion. Car la révulsion se fait dans les parties opposées. C'est ainsi que souvent des fluxions chroniques des yeux sont guéries par des évacuations sanguines au moyen de ventouses appliquées à l'occiput.

C'est en dirigeant vers des parties d'importance secondaire les tumeurs qui engendrent la maladie, que la nature produit les varices et les hémorrhoïdes, et en même temps la manie.

L'indication la plus générale de la thérapeutique est formulée en ces termes par Galien dans son commentaire sur l'aphorisme 21 de la 1re section:

Le médecin doit observer la direction du mouvement naturel; si elle est salutaire, il doit la favoriser et l'aider; si au contraire elle est nuisible, il doit lui mettre obstacle, et en même temps la dériver et la révulser.

Dans cette formule se trouvent contenus et distingués les éléments fondamentaux de la doctrine hippocratique et galénique sur l'évacuation, la dérivation et la révulsion.

L'évacuation directe s'obtient par la partie qui est le siége de la fluxion.

La dérivation est une évacuation qui s'obtient par les parties voisines du siége de la fluxion.

La révulsion s'obtient au moyen d'une évacuation ou d'une attraction dans une partie opposée au siége de la fluxion.

La dérivation se fait sur l'utérus, sur les reins et la vessie pour les évacuations alvines, et réciproquement; sur les narines pour les écoulements des yeux, des oreilles, du palais.

La révulsion se fait de l'utérus aux mamelles, des yeux à l'occiput, de la partie postérieure à la partie antérieure de la tête, comme dans les exemples précédents; des narines aux hypocondres, comme dans le cas où l'on applique des ventouses sur les hypocondres pour arrêter une hémorrhagie nasale.

La révulsion a pour but d'empêcher l'irruption d'une trop violente affluence d'humeurs sur la partie qui est le siége du mal.

Elle s'emploie de manière à attirer les humeurs au dehors quand elles se portent en dedans, et généralement dans un sens opposé à leur direction morbide, de haut en bas, d'arrière en avant, de droite à gauche, et réciproquement.

La direction à donner aux humeurs, et par conséquent le choix des méthodes évacuantes, dérivatives et révulsives, doit être subordonné à la double considération de la nature des parties et de la tendance des humeurs.

Il faut diriger sur les parties convenables. Les lieux les plus favorables pour les évacuations sont les intestins, l'estomac, la vessie, l'utérus, la peau, le palais, les narines.

Il faut choisir parmi les tendances naturelles des humeurs celles qui sont les plus favorables. Ainsi, dans les maladies du foie, la tendance des humeurs vers la poitrine, le poumon et le cœur est fâcheuse. Les deux autres tendances, l'une vers le ventre, l'autre vers les reins et la vessie, sont favorables. Dans la tendance vers le ventre, l'évacuation alvine est préférable au vomissement.

L'évacuation directe du sang est, de toutes les évacuations, la plus utile et la plus secourable.

La révulsion est le remède des fluxions encore mobiles.

La dérivation est le remède des fluxions fixées dans les parties.

Dans ce résumé fidèle de la doctrine de Galien, qui n'est au fond qu'une paraphrase de la doctrine d'Hippocrate, je n'ai pas fait entrer un certain nombre de vues particulières sur la dérivation considérée soit en elle-même, soit relativement à la révulsion. Ces vues fort obscures et fort erronées, ont été empruntées à une anatomie et à une physiologie fort imparfaites en tout ce qui se rapporte au mouvement des humeurs et du sang et aux voies de communication entre les parties. On comprend que ces vues aient donné lieu à de grands débats pour les médecins, à de grands embarras pour les critiques, et qu'elles aient dû être complétement abandonnées à l'époque où les progrès de l'anatomie et de la physiologie ont détruit les fausses notions qui leur servaient de fondement.

Mais en élaguant de la doctrine antique de la révulsion ces données complétement fausses d'une science imparfaite, et en modifiant, dans les vues vitalistes que cette doctrine exprime, le dogme humoral dont elles se trouvent si fortement empreintes, il est facile d'y reconnaître les fondements solides de ces grandes vérités d'observation, dont il appartient à la science de perfectionner, de jour en jour davantage, la théorie et les applications, mais dont le renversement n'est ni dans le pouvoir ni dans la destinée du progrès.

De la simple exposition des données fondamentales de la doctrine de la révulsion dans la médecine antique, ressort en quelque sorte immédiatement la preuve de sa conformité avec la doctrine de la révulsion dans la médecine moderne.

A peine est-il nécessaire de mettre en relief les points les plus essentiels de cette ressemblance!

La conception moderne, comme la conception antique, s'appuie sur les données d'observation pure, qui présentent la *nature*, ou le *principe de la vie*, ou les *forces vitales*, ou l'*organisme vivant*, expressions au fond synonymes, comme déterminant la guérison des maladies au moyen d'une direction des actions organiques, qui se traduit fréquemment par un déplacement du mouvement morbide, par le développement dans une partie plus ou moins éloignée du siége principal de la maladie, de phénomènes dynamiques et plastiques aboutissant généralement à une élimination matérielle.

Ainsi la conception moderne admet la réalité de la solution critique des maladies par les hémorrhagies, par les sécrétions, par les éruptions cutanées, par les engorgements cellulaires, par les abcès.

Elle admet la réalité du déplacement spontané, utile ou nuisible, de la maladie d'une région du corps à une autre région, du dedans au dehors, du dehors au dedans.

Elle invoque, pour justifier la vérité de ces données générales de l'observation, non pas seulement les faits constatés dans les aphorismes d'Hippocrate et tant de fois confirmés depuis, mais une masse innombrable de faits semblables ou analogues.

La méthode que recommande la doctrine moderne consiste aussi dans une imitation des procédés de la nature. Elle se propose, en effet, de déplacer les forces de la vie et les actions par lesquelles se manifestent ces forces en déterminant, dans un lieu autre que celui où siége le travail morbide, pour le diminuer, le remplacer, l'effacer, un travail plus ou moins semblable.

Dans la direction à donner aux mouvements de la nature ou aux forces de la vie, pour obtenir la guérison, la doctrine moderne pose aussi comme règle principale l'obligation de se conformer à ce que l'expérience a enseigné sur l'efficacité curative des actions naturelles.

Seulement, pour elle, le champ de l'observation s'est considérablement étendu, et l'expérience successive des siècles a permis de constater entre les parties où des corps se produisent spontanément et où peuvent se produire artificiellement des déplacements morbides favorables, des rapports plus intimement liés aux lois mêmes de la vie que ceux qui résultent de l'éloignement et de l'opposition dans l'espace. A cet ordre de faits se rapportent toutes les importantes conquêtes de la science moderne sur les faits et les lois de la sympathie.

Dans sa manière de comprendre ce qui constitue essentiellement l'efficacité de la méthode thérapeutique, la doctrine moderne admet les mêmes idées fondamentales, celle d'un antagonisme et d'un déplacement dynamiques celle d'une attraction exercée sur les liquides en même temps que sur les forces.

Malgré d'immenses différences dans l'état de la science en tout ce qui touche la structure et les fonctions de l'organisme, les vues relatives aux actions principales et distinctes qui peuvent être obtenues par les évacuations, suivant qu'elles s'obtiennent directement, par dérivation ou par révulsion se retrouvent encore, jusqu'à un certain point, admises dans la conception moderne, au moins en ce qui se rapporte à l'humeur par excellence, le sang.

L'action évacuante aussi directe que possible, est encore aujourd'hui le remède le plus salutaire et le plus efficace de la congestion sanguine et de l'inflammation.

La révulsion déploie surtout toute sa puissance quand l'humeur est encore mobile, c'est-à-dire dans les cas de congestion sanguine

Quand l'humeur est fixée, dans l'inflammation, la dérivation pourrait être encore conçue comme plus efficace que la révulsion, si elle était possible, et aussi facile que les anciens le croyaient.

Les applications de sangsues au voisinage de la partie enflammée semblent répondre à la dérivation antique, dans la pensée et la pratique des modernes.

Enfin, et c'est là le caractère le plus élevé de la conformité des doctrines modernes et antiques, la conception thérapeutique de la révulsion, aujourd'hui comme dans le passé, implique une conception vitaliste de la maladie.

C'est, à mon avis, une inévitable nécessité, messieurs, que bientôt l'Académie de médecine se décide à poser ou à accepter directement le débat sur la question tout entière du vitalisme. Cette question se présente ici d'elle-même toute les fois que se produit le moindre fait, que s'agite la moindre doctrine. Le choix entre les petits et les gros sétons la soulève aussi bien que la thérapeutique de la variole.

Le jour où la question du vitalisme se produira ici dans toute sa grandeur, sans aucun doute n'hésiteront pas à monter à cette tribune tous ceux qui occupent les sommets de l'enseignement des Académies et de la pratique, et alors pourront ou devront garder le silence ceux dont la position plus modeste ne saurait donner une égale autorité à leur parole.

Mais, en attendant, la force des choses imprime à chaque discussion la tendance qui est dans les besoins de la science comme dans les aspirations du plus grand nombre. Et en prenant part à la discussion actuelle au nom du vitalisme, je ne suis encore aujourd'hui que l'écho d'une voix bien autrement puissante que la mienne, la voix de l'opinion publique.

Oui, messieurs, la doctrine de la révulsion suppose le vitalisme chez les anciens, chez les modernes, chez tous.

Empirique ou dogmatique, humorale, mécanique, chimique, dynamique, animiste, spiritualiste ou même organiciste, la doctrine thérapeutique de la révulsion a toujours et partout pour fond le vitalisme.

Ne suffirait-il pas, pour le comprendre et pour le prouver, de concevoir que les doctrines antivitalistes conséquentes doivent nier la révulsion, et de constater que les médecins antivitalistes conséquents la nient?

Qu'est-ce donc, en définitive et en essence, que la doctrine vitaliste de la révulsion?

La vie, dans l'ordre physiologique aussi bien que dans l'ordre pathologique, ne peut être conçue que comme un déploiement de force au sein d'un organisme.

L'action de la force d'où dépend la vie a été considérée par les uns comme identique, par les autres comme antagoniste à l'action des forces générales qui régissent les phénomènes matériels.

La vérité est entre ces deux extrêmes.

Les forces connues de la nature inorganique ne peuvent suffire à l'intelligence, à l'explication des manifestations de la vie.

Aucun des impondérables lumière, calorique, électricité, magnétisme, ne peut être identifié à l'impondérable qui concourt aux fonctions du système nerveux.

L'attraction, l'affinité, l'endosmose, la fermentation, la catalyse, ne peuvent rendre complétement compte, même des phénomènes physiques et chimiques qui s'accomplissent dans l'organisme vivant, à plus forte raison ces forces de la nature morte ne peuvent-elles expliquer les actions véritablement caractéristiques au plus haut degré de la vie, telles que le mouvement spontané et la sensibilité.

Mais, d'un autre côté, la vie n'exclut pas l'action des forces générales de la matière. Les procédés fonctionnels des organes offrent très-fréquemment, avec les procédés physiques et chimiques, la plus grande analogie, sinon une identité parfaite.

Dans la réalisation de la vie par un organisme dans le milieu du monde, il y a concours de la force vitale avec les forces générales, et ainsi comprise, la vie n'est pas un antagonisme, mais une harmonie.

Quelle que soit la nature de la force vitale, et il n'y a pas lieu de chercher en ce moment à démontrer plus explicitement qu'au point de vue de la modalité des phénomènes, cette force ne peut être identifiée avec les forces générales du monde inorganique; le déploiement de cette force, dans l'organisme, se manifeste comme susceptible de varier capitalement sous le double point de vue de la quantité et de la direction.

A moins de renoncer aux idées et aux mots de toute science et de toute langue physiologique et pathologique, à moins de méconnaître les faits réels et leur signification évidente, il est impossible de ne pas admettre que la quantité de la vie varie en plus ou en moins, soit à divers moments dans l'organisme tout entier, soit au même moment dans les diverses parties de l'organisme, états auxquels correspondent les idées de force et de faiblesse; et aussi que pour une quantité égale de vie dans l'organisme tout entier, la répartition de la vie entre les divers organes, présente des conditions variables d'équilibre et de direction, états auxquels correspondent les idées de concentration, de dispersion, de déplacement de l'activité vitale.

Est-il nécessaire de rappeler, comme preuves, entre mille autres, dans l'ordre pathologique, les phénomènes de l'inflammation, et dans l'ordre physiologique les diverses phases du développement de l'embryon, et celles de la croissance, et notamment la dentition, la puberté, l'apparition première, le retour périodique et la cessation de la menstruation?

C'est à cette conception dynamique de la vie, quant à la quantité et à la direction, que répond logiquement l'idée de la révulsion thérapeutique, qui implique la provocation d'un appel de la vie sur un point déterminé de l'organisme, ayant pour but une rupture d'équilibre, un changement de direction, un déplacement, et par suite une diminution de concentration de l'activité vitale sur le point malade.

Ces idées impliquées dans la doctrine de la révulsion ne manquent, à coup sûr, ni de netteté ni de clarté. Mais ont-elles un fondement réel dans la nature des choses?

Ici se présente l'éternelle objection d'ontologisme que rencontrent le vitalisme et les doctrines qui s'y rattachent.

Toutes ces idées, répète-t-on sans cesse, ne sont que des abstractions sans réalité, sans portée pratique.

Mais n'y a-t-il donc de réel, même dans le monde matériel, que ce qui frappe immédiatement les sens. Dans la chute des corps, il y avait l'attraction universelle, même avant que le génie de Newton l'en fît sortir.

Est-ce que par hasard l'homme pense avec des faits? Et les idées ont-elles moins de réalité que les faits qu'elles représentent?

Les faits tels que l'intelligence peut les constater sont-ils autre chose que des réalisations d'idées, réalisations d'idées de l'homme dans l'art, réalisations d'idées de Dieu dans l'univers.

Pour être incorporée dans les organes, la force qui les fait vivants en est-elle moins réelle? On ne peut l'en séparer, soit; mais on doit l'en distinguer et tenir compte de son existence.

C'est en vain qu'on prétend que, parce que les organes sont les intermédiaires obligés de toute action vivante, il soit impossible d'agir sur la vie elle-même.

Que deviennent donc alors en thérapeutique la plupart des indications et des médications?

La médication antiphlogistique, qui tient une si grande place dans la thérapeutique, ne se propose-t-elle pas et n'obtient-elle pas pour résultat la diminution de la vie, soit généralement, soit localement? Est-ce qu'une augmentation générale ou locale de la vie n'est pas le but de la médication tonique? Quand on emploie ces médications on veut agir et on agit, en effet, sur la quantité de la vie.

Est-ce que la diminution de la vie ne peut pas être poussée jusqu'à l'abolition instantanée, comme dans l'action toxique de l'acide prussique et du chloroforme?

Dans la méthode substitutive, doctrinalement empruntée à Hunter, est-ce qu'on ne cherche pas, est-ce qu'on n'obtient pas un changement direct dans la modalité vitale des organes?

Et enfin la révulsion, est-ce autre chose qu'une idée tout aussi réelle que l'ordre de faits qu'elle représente, c'est-à-dire des faits de rupture d'équilibre dans une répartition actuelle de la vie, de déplacement de la quantité de la vie d'une partie à une autre partie de l'organisme?

Il y a donc une doctrine de la révulsion.

Cette doctrine constitue, en thérapeutique, une application rationnelle de la théorie dynamique du vitalisme.

Elle a pour base et pour règles les données fournies par l'observation des faits dans l'ordre physiologique et l'ordre pathologique.

C'est par la reproduction incessante de l'observation constante de ces mêmes faits, plus encore que par leur interprétation, nécessairement plus ou moins variable suivant les époques, que se caractérise la permanence traditionnelle de cette doctrine dans la pratique de la médecine.

Il y a lieu de continuer à lui demander son secours et son appui dans l'exercice de l'art.

Et c'est par elle qu'il est possible d'expliquer les effets curatifs que nous obtenons tous chaque jour au moyen de la révulsion temporaire dans les maladies aiguës, au moyen de la révulsion permanente dans les maladies chroniques.

M. Bousquet : S'il y a quelque désavantage à se mêler à une discussion dont on n'a pas entendu les commencements, il est heureux du moins de n'avoir pas à discuter contre l'éblouissement d'une parole ardente et passionnée. Moins qu'un autre peut-être j'aurais résisté à l'entraînement; mais avec la position que les circonstances m'ont faite, réduit à chercher dans les

comptes rendus de nos séances ce qu'il ne m'a pas été donné d'entendre de mes oreilles, rien ne saurait troubler mon attention, ni me distraire de l'objet du débat.

Je trouve d'abord que M. Bouvier, dont le zèle ne dédaigne rien de ce qui est utile, vous a communiqué un nouveau procédé de séton. Ses vues, à ce qu'il paraît, n'allaient pas d'abord au delà. Mais l'Académie n'a pu consentir à se renfermer dans les limites d'un si mince sujet, et, suivant ses habitudes, elle a agrandi le champ de la discussion. On a bientôt oublié le procédé opératoire pour ne considérer que la médication, c'est-à-dire que la révulsion et la dérivation.

Si l'art de changer le cours du sang et des autres humeurs était connu des anciens, M. Bouvier l'a prouvé en grec et en latin à quiconque aurait encore envie de le contester. En dehors des leçons de l'histoire, on sent que la révulsion a dû se présenter d'autant plus vite à l'esprit qu'elle n'est qu'une imitation des procédés naturels. La nature a été le premier médecin; elle est encore le plus grand de tous; et il est douteux, si jamais les hommes auraient entrepris de guérir les maladies s'ils n'avaient vu la nature à l'œuvre, et s'ils ne lui avaient dérobé quelques-uns des moyens dont elle se sert pour se soulager.

Des exemples d'une révulsion naturelle, on en voit tous les jours dans l'effet des hémorrhoïdes sur les congestions cérébrales, des flux diarrhéiques sur les maladies du foie et du bas-ventre; des sueurs dans les affections catarrhales, et peut-être aussi dans la plupart des mouvements critiques.

Eh bien! ce que la nature fait quelquefois d'elle-même, l'art a cru qu'il pouvait le faire à volonté. Les anciens donnaient d'autant plus d'attention à la révulsion, ils y mettaient d'autant plus de prix que, dans leurs doctrines humorales, ils croyaient voir disparaître avec les humeurs la cause même des maladies; la dérivation n'enlevait pas seulement ce qu'il y avait de vicieux dans les liquides, elle les corrigeait, elle les évacuait. C'était tout à la fois un moyen d'élimination et d'épuration.

En rompant avec l'humorisme, les médecins en ont un peu modifié le langage; on ne parle guère aujourd'hui que de révulsion, et on entend par là, non plus le déplacement des humeurs, mais le transport de l'action vitale d'un lieu à un autre. On ne veut plus des théories des anciens, mais on en conserve précieusement la pratique à laquelle on a donné des règles.

Je croyais, dans mon ignorance, que Barthez était l'instituteur de ces règles; l'érudition de M. Bouvier m'a prouvé qu'il fallait remonter beaucoup plus haut. Elles étaient en usage au temps de Galien, de sorte que Barthez, les eût-il trouvées de nouveau, n'aurait dans l'histoire que le mérite de les avoir fait revivre. Si elles sont mauvaises ces règles, M. Malgaigne a bien fait de le dire, il aurait mieux fait de le prouver. On ne demande pas grâce pour l'erreur, mais égard et respect pour le génie. Je comprends, j'aime la critique, sans laquelle il n'y a pas de science, et je lui passe tout, excepté l'oubli des bienséances, l'irrévérence du langage, à quoi j'ajoute l'infidélité des citations.

Ce qu'a dit M. Malgaigne des vues de Barthez sur la thérapeutique des fluxions n'en pourrait donner une juste idée. Ces vues ou ces règles sont au nombre de cinq; mais les deux premières sont les principales. Eh bien! la première, M. Malgaigne la tient dans l'ombre, il n'en parle pas; il a tronqué, il a mutilé doublement la seconde en en retranchant le commencement et la fin. Je prends la liberté de le compléter.

La fluxion est-elle imminente, en voie de formation ou de continuité, Barthez veut qu'on l'attire au loin. Pourquoi au loin? Parce qu'un appel fait dans le voisinage du mal, rentrant dans la sphère d'activité du mouvement naturel, pourrait le seconder au lieu de le contrarier.

Deuxième règle; au contraire, la fluxion est-elle bien formée, bien établie, à plus forte raison si elle est ancienne, il y a peu d'espoir de la déplacer par des appels lointains qui ne seraient pas entendus; il faut s'en rapprocher de plus en plus et la solliciter par des attractions immédiates et successives.

Cette règle n'est pas absolue, la quatrième y apporte une restriction que voici: néanmoins dans les maladies où l'organe d'où part la fluxion est connu, c'est sur cet organe qu'il faut porter la contre-fluxion.

Voici, en esprit et en réalité, le traitement méthodique des fluxions, tel que Barthez l'a institué; le reste est accessoire.

Le trouvez-vous, messieurs, aussi vain, aussi futile, aussi stérile qu'on l'a dit, et méritait-il l'anathème dont on l'a frappé?

Il paraît d'abord si spécieux que la raison l'accepte avant toute expérience. A une fluxion naturelle et dangereuse en soi on par l'organe qu'elle menace, on oppose une contre-fluxion dont l'art choisit le lieu; quoi de plus naturel et de plus rationnel!

Mais aux présomptions de la théorie l'empirisme a joint son témoignage. Une personne se plaint de la tête, elle met ses pieds dans l'eau et se sent soulagée; une autre est sous le coup d'une congestion cérébrale, on la saigne au pied et la tête se dégage. Hippocrate avait vu si souvent le même fait se reproduire qu'il s'était persuadé qu'il existait un vaisseau qui mettait la tête en communication directe avec les pieds. Voici maintenant une hémoptysie, l'art ouvre au sang une autre voie, et l'hémorrhagie s'arrête; une bronchite commençante, il prescrit un émétique ou la poudre de Dower, la sueur coule et emporte la maladie.

M. Bouley, qui tient si dignement la place de son père parmi nous, M. Bouley va bien plus loin; il assure qu'on arrête la pneumonie de la vache, *dans la période d'incubation*, par de larges sétons pratiqués autour du thorax. La révulsion était une des médications les plus familières à M. Double; mais il n'en usait que dans *l'imminence* des maladies; c'est le sujet de sa dissertation inaugurale. Il y soutient que, prises à ce moment, la plupart des maladies reculent et avortent. Cette idée, qu'il avait rapportée des bancs de l'école, il ne cessa de l'appliquer dans le cours de sa brillante carrière. Son révulsif de prédilection était le bain chaud; il en avait éprouvé plus d'une fois les bons effets sur lui-même; il y eut recours dans sa dernière maladie et il a dû mourir avec la conviction qu'il lui aurait sauvé la vie s'il l'eût employé plus tôt; mais il arrivait de voyage, il était trop tard.

Je fais remarquer ici qu'en présentant la révulsion comme un des procédés de cette force médicatrice que Broussais appelait si heureusement du nom de providence intérieure, en la proposant comme l'une des ressources les plus précieuses de la thérapeutique, je n'en étends pas indéfiniment l'usage; au contraire, je la limite expressément à la naissance, à l'invasion des maladies. Les fausses applications perdent les meilleures méthodes. A mesure qu'on s'éloigne de ce premier moment, la maladie prend des forces, et la révulsion n'est plus de saison, le temps en est passé pour le moment.

C'est ce qui arrive pour les phlegmasies confirmées.

J'explique ma pensée; tant que l'inflammation n'est pas faite, mais en train de se faire, la fluxion y joue un si grand rôle que si, par un moyen ou par un autre, on parvient à en changer le cours, la maladie, privée d'un de ses éléments les plus essentiels, se dissout d'elle-même; mais, lorsque l'inflammation est complète, lorsqu'elle a atteint *son état*, sa *perfection*, elle ne peut plus être considérée comme une association d'éléments divers; elle constitue un ensemble, une unité pathologique, laquelle doit fatalement se dérouler et s'accomplir dans la place qu'elle a prise. Permettez-moi, messieurs, de m'arrêter ici quelques instants, le cas me paraît digne de toute votre attention.

S'il est, en pathologie, une vérité solidement établie, c'est sans doute la tendance de l'inflammation à s'étendre, à se propager. Lisez Morgagni, l'histoire des phlegmasies chroniques qu'on ne lit plus; lisez les belles recherches de M. Louis sur la fièvre typhoïde, lisez enfin les recueils d'observations, et si, à l'expérience d'autrui, il vous convient d'ajouter la vôtre, ouvrez des cadavres, vous serez étonné des nombreuses traces d'inflammation que ces maladies laissent après elles. On en cherche dans un organe, on en trouve dans deux, trois, quatre, etc.; ce qui a fait dire à Commatini que l'inflammation est comme un stimulus sans cesse en action, lequel dispose à une seconde, celle-ci à une troisième, à une quatrième, et ainsi de suite.

Les raisons de cette diffusion sont partout, dans la contiguïté des organes, dans la similitude des tissus, dans des liens sympathiques, que sais-je? Mais peu importe le moyen; on ne tient en ce moment qu'à constater le fait et à faire voir qu'on n'en a compris ni la portée ni les conséquences.

Comment concilier, je le demande, la diffusion avec la révulsion de la phlogose? On dit, d'une part, que de sa nature l'inflammation tend sans cesse à s'étendre, et on dit de l'autre qu'il suffit d'allumer une inflammation sur un point pour attirer celle qui s'est produite sur un autre. Ici l'inflammation est cause d'elle-même, là, elle en est le remède. Mais alors comprenez que deux inflammations ne devraient, ne pourraient exister ensemble: la plus forte absorberait nécessairement la plus faible. C'était aussi le raisonnement de Pugès.

C'est en effet ce qu'enseigne le trop célèbre aphorisme: *duobus laboribus, vel doloribus*. La maxime ne gagne rien à la variante; elle est fausse dans les deux textes. Quelque actif, quelque entreprenant qu'il soit, l'art en fait presque toujours moins que la maladie. Pourrait-on comparer la douleur d'un vésicatoire avec la douleur de la pleurésie ou de la sciatique?

Et la diffusion de l'inflammation n'est pas le seul caractère qui exclut la révulsion. J'en trouve un autre dans sa marche, dans sa fixité. Elle est telle, cette fixité, que là où elle a pris naissance il faut qu'elle parcoure toutes ses périodes et qu'elle s'éteigne. Or les saignées et les révulsifs les plus irritants, rien ne saurait lui imprimer la mobilité que la nature lui a refusée et l'obliger à changer de place.

On ôterait à un malade tout son sang, on rubéfierait toute la surface du corps, qu'on ne parviendrait pas à trancher le cours de la plus petite inflammation. Si vous en doutez, pesez en vous les phlegmasies de l'extérieur et ne profitez pas de l'obscurité qui couvre celles de l'intérieur pour accréditer une opinion, consolante sans doute, mais sans fondement dans la nature. Soit une ophthalmie, un clou, une angine, un panaris, etc. On applique, par voie d'expérience, un vésicatoire, un cautère, un révulsif enfin, qu'arrivera-t-il? L'inflammation morbide diminuera peut-être, c'est dans sa nature. Mais si elle diminue, elle ne diminuera pas assez rapidement pour qu'on en puisse faire honneur à l'inflammation artificielle; on ne voit pas que l'une s'augmente de ce que l'autre perd; mais on voit clairement qu'elles marchent chacune de son côté comme si elles étaient seules, avec cette différence, bien digne de remarque, que l'inflammation morbide, née spontanément par les seules forces de la vie, ou sous l'influence des causes communes, se prolonge souvent sans mesure; elle porte donc en elle des conditions de durée et de persistance qui ne sont pas dans l'inflammation artificielle; car celle-ci a des tendances toutes contraires. On ne peut l'entretenir que par des stimulations continues et sans cesse renouvelées; sinon le vésicatoire se sèche, le cautère se ferme, le séton se cicatrise.

Heureusement tous les agents de la thérapeutique décorés du titre de révulsifs ne se ressemblent pas; il y en a de doux, comme les saignées, les bains; il y en a d'irritants, comme le vésicatoire, le cautère, le séton, etc. En second lieu, ils ont pour la plupart des propriétés distinctes que le médecin, il est vrai, ne peut séparer dans l'application; mais l'économie fait cette séparation en en prenant ce qui lui convient suivant ses besoins. La saignée n'est pas seulement propre à dévier le cours du sang, elle en tempère l'effer-

vescence en en diminuant la masse, elle affaiblit, elle rafraîchit. C'est même par là qu'elle est d'un si fréquent usage dans le traitement de l'inflammation confirmée, je dis toujours confirmée, on sait pourquoi. Dans cet état, il est peut-être assez indifférent d'ouvrir les veines du bras ou du pied; ce qu'il y a de certain, c'est que ceux qui tiennent le plus pour la révulsion ne s'entendent pas. Les uns tenant compte surtout de l'âge de l'inflammation s'en rapprochent de plus en plus à mesure qu'elle vieillit; les autres ne considérant que les communications anatomiques saignent du bras ou du pied, suivant que l'inflammation siége au-dessus ou au-dessous du diaphragme.

Les révulsifs doux ont au moins cet avantage qu'ils conviennent par toutes leurs propriétés; il n'en est pas tout à fait de même du vésicatoire, du cautère, etc. C'est à leurs propriétés irritantes qu'ils doivent d'être classés parmi les révulsifs, et c'est justement cette irritation qui les rend si difficiles à manier; car, loin qu'elle s'absorbe dans le lieu de l'application, elle se répète, elle retentit dans toute l'économie et principalement sur l'organe enflammé, en vertu du célèbre aphorisme : *Consensus unus....* qu'il n'est pas facile d'accorder avec cet autre moins célèbre : *Duobus doloribus*. Mais il est dit que tout ici sera contradictoire, principes et pratique. On ne se permettrait pas le plus léger stimulant à l'intérieur et on les prodigue à l'extérieur. Faut-il réprimer une congestion, une inflammation du cerveau ou de ses membranes, on tire un peu de sang, et, à peine a-t-on fermé la veine qu'on s'empresse de poser des vésicatoires aux jambes. Il est vrai que d'ordinaire on applique de la glace sur la tête; le feu qu'on a allumé d'une main, on cherche à l'éteindre de l'autre. L'oculiste Demours, de regrettable mémoire, employait quelquefois, quoiqu'il n'en fût pas très-partisan, le vésicatoire à la nuque contre l'ophthalmie. Mais, dès le premier pansement, il le couvrait d'un large cataplasme pour en atténuer l'effet, et il mettait un si grand prix au correctif que, plutôt que d'y renoncer, il aurait renoncé au vésicatoire. Et cette inconséquence pratique, dont je ne veux pas multiplier les exemples, a traversé les siècles, toujours suivie, toujours honorée, sous la protection d'une simple théorie, de la théorie de la révulsion.

Combien de fois un vésicatoire destiné à déplacer une inflammation n'en a-t-il pas produit une autre sans profit pour la première? J'ai plusieurs fois entendu dire à Antoine Dubois, dont je recueillais avidement les paroles, qu'il avait guéri nombre de malades atteints de difficultés d'uriner en leur faisant fermer un vésicatoire appliqué mal à propos.

Mais l'inflammation ne se maintient pas dans tout son cours également vive, également intense. Pendant que nous discourons, elle marche, elle s'adoucit, elle décline. Si la résolution s'opère, il n'y a rien à faire; mais, si elle se retarde, il faut la hâter afin de prévenir le passage de l'état aigu à l'état chronique. La révulsion reparaît alors et offre encore une fois ses services. La médecine comparée ne connaît rien de comparable. Vous avez entendu M. Bouley en prendre la défense; M. Leblanc l'a continuée en renchérissant sur son confrère. Il nous a appris, chemin faisant, qu'il existe une classe d'empiriques à qui le séton tient lieu de toutes les autres médications. Il connaît trop bien les ressources de son art pour les approuver; mais il convient qu'ils sont heureux. Heureux! il faut s'entendre; prenez un médicament, un moyen quelconque, la saignée, le fer, le mercure, l'eau pure. Donnez-le systématiquement à tous les malades, beaucoup guériront, et plus vous en aurez, plus vous compterez de succès; mais ces succès que vous revendiquez ne sont pas à vous, ils sont pour la plupart à la nature, et tout ce que vous pouvez conclure de plus favorable à vos prétentions, c'est que le moyen employé n'a pas empêché la bonne nature d'obéir à ses instincts et d'arriver à ses fins.

L'esprit de ces réflexions n'est pas de rabaisser le séton; je veux bien croire tout ce qu'en raconte l'art vétérinaire; mais je dis, et je le dis avec envie, que la médecine humaine est loin d'en tirer les mêmes avantages. Cela tiendrait-il à la différence des espèces? Après tout, qu'y aurait-il d'étonnant que ce qui convient si bien au cheval convint moins bien à l'homme? Serait-ce que les soucis, les chagrins, l'inquiétude qui s'empare de nous au moindre danger, viennent traverser les efforts du médecin et paralyser ses efforts.

M. Velpeau, dont la parole acquiert chaque jour plus d'autorité, reste fidèle à la tradition des grands maîtres. L'histoire qu'il a faite de sa vie médicale est celle de bien d'autres. Qui de nous ne s'est cru appelé un jour, un seul jour, à réformer quelque partie de la médecine? C'est une des illusions de la jeunesse, mais elle ne dure pas; à mesure que l'âge vient, il nous met en présence de la réalité, et dès lors tout change d'aspect, l'illusion s'évanouit, la raison se trouble, et après s'être flatté d'ouvrir de nouvelles voies, on retombe dans l'ornière, sinon des vieilles idées, du moins des vieilles pratiques.

Ainsi se perpétue l'abus des exutoires. Il n'est pas si loin de nous le temps où les jolies femmes portaient des cautères qu'il n'en reste encore de nombreux exemples. Il est vrai que la médecine avait mis la coquetterie dans ses intérêts; elle lui avait persuadé que c'était le moyen d'entretenir la fraîcheur du teint et de conserver longtemps des airs de jeunesse.

Nous avons sans doute des idées plus saines et plus sérieuses, mais nous accordons encore trop à la révulsion. Il n'est pas si facile qu'on pourrait le croire de détourner la nature de ses voies et de l'entraîner où elle ne veut pas aller. La révulsion n'en tient pas compte et se présente toujours pour le tenter. Les agents sont nombreux; elle a su tourner toute la matière médicale à son usage; ce qui ne peut pas s'expliquer par l'action directe des médicaments s'explique indirectement par la révulsion. Aussi son règne n'est pas près de finir. Il ne faut pas se le dissimuler, les révulsifs sont la ressource de l'ignorance qui ne sait que faire, elle l'est aussi de la science elle-même à bout de moyens. Peu de malades meurent de maladies soit aiguës, soit chroniques, qui ne portent des vésicatoires ou des sinapismes; c'est souvent un signe de détresse, c'est le cri d'alarme; et cette pratique est si bien entrée dans les idées du peuple, que le médecin qui y manquerait ne connaîtrait pas toutes les ressources de son art et n'aurait pas fait tout son devoir.

— Le dépouillement du scrutin pour la commission des onze donne les résultats suivants; ont obtenu la majorité suffisante pour valider leur élection : MM. Piorry, Bouillaud, Velpeau, Jolly, Gimelle, Cbomel, Depaul, Chevallier, Renaut, Caventon et Bouchardat.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

BIBLIOGRAPHIE.

BERETNING OM CHOLERA EPIDEMIEN I KJOBENHAVN (RAPPORT SUR L'ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA A COPENHAGUE EN 1853, COMPOSÉ ET PUBLIÉ POUR LA COMMISSION ROYALE DE SANTÉ DE COPENHAGUE); par le docteur J. R. HUBERTZ. — Copenhague, 1855.

Pendant les épidémies de 1832 à 1852, le Danemark fut à peu près respecté par le choléra, quoique ce fléau ait ravagé à différentes reprises tous les pays limitrophes et même les duchés de Schlewig et de Holstein. En 1853, pour la première fois, l'épidémie se montra au centre du royaume, dans la capitale jusque-là complétement épargnée.

Une commission royale de santé assemblée à Copenhague fut chargée d'étudier le mal et d'indiquer les remèdes. C'est le rapport statistique rédigé au nom de cette commission par le docteur Hubertz, que nous annonçons aujourd'hui. L'auteur pensant avec juste raison que l'intérêt du sujet n'est pas borné aux limites restreintes de la langue, Danoise a ajouté, dans un certain nombre d'exemplaires, quelques mots en français, surtout dans les titres des tableaux. Ces indications, jointes à quelques notes de l'auteur, nous permettent de donner une idée sommaire d'un livre qui se recommande à l'attention du public savant par l'importance des questions qui y sont traitées, la source authentique des faits qui y sont analysés et l'excellent esprit avec lequel notre confrère Danoise a traité la plupart des sujets difficiles que comportait l'étude de cette épidémie.

Le choléra, dit le docteur Hubertz, se manifesta pour la première fois à Copenhague le 12 juin 1853. L'épidémie marcha lentement et irrégulièrement pendant trois ou quatre semaines, puis elle devint plus intense et prit une marche bien plus rapide. Son apogée arriva le 27 juillet; ensuite elle alla décroissant, reprenant peu à peu sa marche lente et irrégulière jusqu'à sa disparition qui eut lieu le 1er octobre. La durée de cette épidémie fut par conséquent de cent douze jours. Il y eut 7,219 individus atteints, dont 4,737 succombèrent; ce qui fait une proportion de 557 cas et 365 décès sur 10,000 habitants.

Pour la fréquence de la maladie, le sexe féminin l'emporta, mais d'une petite fraction seulement, sur le sexe masculin. Les âges de 10 à 20 ans furent les plus épargnés; après eux, les âges de 3 à 10 ans et ceux de 20 à 35 ans se montrèrent moins disposés à contracter la maladie que les autres.

Les âges de 15 à 20 ans ont offert la mortalité la moins élevée, et même les âges de 3 à 15 et de 20 à 35 ans eurent une mortalité assez modérée. L'intensité de la maladie fut donc ainsi à peu près, pour l'âge, en raison directe du nombre relatif des individus atteints.

Pendant les premières semaines, la maladie attaqua principalement les personnes dans la force de l'âge; les enfants et les gens âgés furent alors atteints rarement. Plus tard, la maladie se répandit avec une grande violence dans toutes les classes d'âge, et elle finit enfin comme elle avait commencé, en cherchant pendant quelques semaines ses victimes parmi les hommes et les femmes robustes, négligeant les enfants et les gens âgés.

La maladie eut sa plus grande gravité pendant la période qui précéda l'apogée. Depuis le 12 juin jusqu'au 27 juillet, il mourut 69,8 malades sur 100; depuis le 28 juillet jusqu'au 1er octobre, la proportion des décès fut seulement de 58,6 sur 100.

Les différences de la mortalité dans les deux périodes, avant et après l'apogée se font remarquer aussi par rapport aux professions, aux logements; mais pour la régularité de ce phénomène, dit le docteur Hubertz, « l'individualité l'emporte sur la localité. »

A Copenhague, les rues, dont l'élévation au-dessus du niveau de la mer est à peu près égale, ont eu des différences très-marquées dans la mortalité. Dans les mêmes rues, où il n'y a point de différence d'altitude, on trouve une très-grande différence de la mortalité de l'un et de l'autre côté.

Ainsi, le quartier de Sainte-Anne-Oster et celui de Christianbavn, dont l'altitude est de 5 à 10 pieds, ont eu, l'un 811, l'autre 535 décès sur 10,000 habitants; et le quartier du Strand, dont l'élévation est la même, n'a eu que 35 décès sur 10,000 habitants.

Ainsi, la rue Nihavn, de l'un des côtés du canal, a eu 97 décès sur 10,000, et de l'autre côté 716. Dans le quartier du Strand, la plus grande élévation est de 10 pieds; les habitants de 5 rues ont été attaqués par le choléra, et les décès ont été, dans la rue Nabolos, 0; dans la rue Amagertror, 0; Lœderstrœde, 34; Gammelstrand, 57; et dans la rue de la Bourse, 114 sur 10,000 habitants.

Ainsi, le quartier Rosenborg a une élévation de 20 à 25 pieds, les habitants de 14 rues furent attaqués dans les proportions suivantes: 0, 54, 95, 98, 128, 182, 208, 227, 232, 262, 270, 308, 335, 531 décès sur 10,000 habitants. Ainsi la ruelle Saint-Gjertrudstrœde a d'un côté 127 décès et de l'autre 308; la ruelle contiguë, Tornebuskegade, d'un côté 39, de l'autre 270 décès sur 10,000 habitants. Nous enregistrons ces faits qui, selon nous, ne sont que des exceptions de détail, et qui ne contredisent pas la loi qui règlent les variations du choléra suivant l'élévation du sol.

L'auteur a observé que la maladie sévissait avec plus de rigueur dans les corps de logis qui donnent sur la cour que dans ceux qui donnent sur la rue.

Il a reconnu que les professions qui s'exécutent en plein air, les maçons, les cordiers, les charpentiers, les tailleurs de pierre, les journaliers, etc., ont été assez exposés aux attaques de la maladie.

Sur les pauvres, les ravages de l'épidémie furent considérables, et, dans plusieurs grands établissements de bienfaisance, la maladie enleva en peu de temps le quart ou le tiers de la population entière.

L'influence de l'agglomération, étudiée par le docteur Hubertz, lui a montré que des rues où la densité de la population variait de 0,88 à 1,94 habitant sur 400 pieds carrés, avaient donné les chiffres de 231, 253, 259, 312, 334, 463, 636, 659 décès sur 10,000 habitants.

Onze localités où la population est de 8 à 12 habitants sur 400 pieds carrés, ont donné 77, 84, 98, 112, 112, 169, 182, 200, 308, 352, 355 décès sur 10,000 habitants. Cinq rues où la densité de la population est de 12 à 16 habitants par 400 pieds carrés ont donné 224, 402, 498, 531, 584 décès sur 10,000 habitants.

Nous analysions dans la GAZETTE, il y a environ un an, l'ouvrage d'un coofrère distingué, le docteur Verollot (de Constantinople), sur la marche du choléra dans l'Orient, en Perse, en Arabie, en Turquie, en Russie, de 1845 à 1848. A cette occasion, nous faisions remarquer combien étaient précieux, rares et souvent inexacts en, même temps les documents sur les époques et les lieux d'invasion des diverses épidémies, dans les contrées même les plus fréquentées, les plus connues, les mieux administrées. Nous rendrons compte prochainement d'un travail fort important et peu connu sur un sujet analogue, le RESUME DES RAPPORTS OFFICIELS SUR LA MARCHE DU CHOLERA EN SUÈDE EN 1850, par le docteur Fr. Th. Berg (de Stockholm).

En attendant, nous ferons remarquer combien les documents relatifs aux épidémies cholériques dans les différents pays du globe sont importants à connaître. Pour tracer une histoire générale du choléra, il faut savoir comment s'est comporté le fléau aux différentes époques, dans des milieux différents. Plus on réunira de faits précis et bien observés sur ces questions, plus les résultats de l'induction scientifique auront de portée et de valeur. Malheureusement ces recherches sont livrées aux efforts isolés et nécessairement limités de quelques hommes dévoués. Parmi les sociétés savantes, la Société épidémiologique de Londres a seule fait des efforts pour l'étude de ces questions.

Mais pour revenir à l'ouvrage de M. Hubertz, on y trouvera, dans des tablaux spéciaux, le nombre des cas et des décès cholériques par jour, le nombre des cas et des décès par semaine, le nombre des cas et des décès par période de quatre jours, la mortalité générale de Copenhague pendant plusieurs années, la durée de la maladie avant le décès, une carte qui montre la marche de l'épidémie, un diagramme qui donne les décès et les attaques par jour.

Nous passons sous silence un grand nombre d'autres données qui font de ce livre un travail important qui sera consulté avec fruit et qui devra faire autorité pour l'histoire de l'invasion du choléra à Copenhague en 1853.

THOLOZAN.

VARIÉTÉS.

— Par arrêté de M. le préfet de police, M. le docteur Lélut est nommé président et M. Trébuchet secrétaire du conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine pour 1856.

— Par décret impérial ont été promus dans l'ordre de la Légion d'honneur, au grade d'officier:

MM. Trébuchet, secrétaire du conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, chef de bureau à la préfecture de police: vingt-six ans de services administratifs distingués, chevalier depuis 1837;

Le docteur Pamard, maire d'Avignon, chirurgien en chef des hôpitaux de cette ville depuis 1827: vingt-huit ans de services, chevalier depuis 1844;

Ont été nommés chevaliers du même ordre:

MM. Fournier, chirurgien en chef de l'hôpital de Grenoble: vingt-neuf ans de services gratuits;

Lereboullet, professeur de zoologie à la Faculté des sciences de Strasbourg: vingt-deux années de services, auteur de divers travaux scientifiques couronnés par l'Académie des sciences et par l'Académie de médecine;

Depaul, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, secrétaire annuel de l'Académie de médecine;

Raige de Lorme, bibliothécaire en chef de la Faculté de médecine de Paris depuis vingt ans: a dirigé la publication du DICTIONNAIRE DE MÉDECINE en 30 volumes;

Chatin, professeur de botanique à l'École supérieure de pharmacie de Paris: vingt-trois années de services; a rempli plusieurs missions scientifiques;

Crozat, professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours;

Constantin James, docteur en médecine, auteur de plusieurs ouvrages de médecine.

— Par décret du 26 décembre, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur:

Officiers: MM. Auban, directeur du service de santé de la marine en retraite; Villette, chirurgien de la marine de 1re classe.

Chevaliers: MM. Deverre, ancien chirurgien de marine; Gourbeil, chirurgien aide major au 4e régiment d'infanterie de marine; Bellehon, Battarel et Perrin, chirurgiens de la marine de 1re classe; Cougit et Bourayne, idem de 2e classe; Marc, idem de 3e classe; Virgile, médecin civil à la Guyane.

— Par arrêté du 20 décembre, M. le docteur Quitard est nommé professeur suppléant et chef de clinique à l'École préparatoire de Toulouse.

— L'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon est réorganisée de la manière suivante.

L'enseignement comprendra:

1° Anatomie et physiologie; 2° pathologie externe et médecine opératoire; 3° clinique externe; 4° pathologie interne; 5° clinique interne; 6° accouchements, maladies des femmes et des enfants; 7° matière médicale et thérapeutique; 8° pharmacie et notions de toxicologie.

Ces chaires sont confiées à huit professeurs titulaires.

Le nombre des professeurs adjoints, de ladite école, est fixé à trois, qui seront attachés:

A la chaire de clinique externe; à la chaire de clinique interne; à la chaire d'anatomie et de physiologie.

Le nombre des professeurs suppléants est de quatre, qui seront attachés: Aux chaires de médecine proprement dite; aux chaires de chirurgie et d'accouchements; à la chaire d'anatomie et de physiologie; aux chaires de matière médicale, thérapeutique, pharmacie et toxicologie.

Il est également attaché à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon:

Un chef des travaux anatomiques; un prosecteur; un préparateur de pharmacie et de toxicologie.

— Le corps médical de Lyon vient de faire une grande perte par la mort de M. le docteur Viricel. Ses obsèques ont eu lieu mercredi dernier. Plusieurs discours ont été prononcés sur la tombe par MM. Bonnet, de Polinière, etc.

— Aucun cas de choléra ne s'étant manifesté à Madrid depuis le commencement de novembre, un *Te Deum* y a été chanté en actions de grâces de la disparition du fléau.

Le *Semanario* fixe ainsi le nombre total des malades atteints de l'épidémie, et ceux qui sont morts durant cette dernière récidive:

Atteints.	5,501
Morts	3,697

La reine d'Espagne voulant récompenser, autant que le permet l'état du trésor public, les sacrifices des hommes de l'art qui ont « compromis leur vie avec une abnégation et un civisme inestimables, fidèles à la charité chrétienne et à l'amour de leur honorable profession, » a résolu qu'une somme de 1,000 réaux (250 fr.) serait accordée aux veuves des médecins et chirurgiens morts du choléra dans l'exercice de leur profession et en remplissant leur mission.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

CLOTURE DE LA DISCUSSION SUR LES EXUTOIRES.

L'Académie a clos la discussion sur les exutoires. S'il fallait apprécier la valeur de ce débat d'après sa durée et le retentissement qu'il a eu, il pourrait compter parmi les plus importants dont l'Académie a été le théâtre. Mais si nos lecteurs ont encore présents à l'esprit les discours prononcés, les incidents, les péripéties par lesquels la discussion a passé, ils reconnaîtront bientôt avec nous qu'il s'est agi bien plutôt d'une lutte de personnes à propos d'une question de théorie et de pratique médicales que d'une véritable discussion académique où les principes préoccupaient d'abord et les personnes ensuite. Cela est doublement regrettable pour l'Académie. Entraînée malgré elle, sans doute, dans une fausse route, elle y a perdu quelque chose de la gravité de son caractère, et ce qui n'est pas moins à regretter, elle a suspendu pendant plusieurs mois le cours de ses utiles travaux pour favoriser une exhibition de rivalités personnelles qui n'ont pas toujours brillé ni par le sérieux du fond ni par le bon goût de la forme. Mais enfin les faits sont accomplis, et il serait superflu d'insister sur un sentiment et une opinion qui ne sont que trop unanimes, et qui par conséquent n'ont plus guère besoin d'être prouvés pour être généralement partagés. Un coup d'œil général sur l'ensemble de la discussion et sur les résultats qu'elle a produits montrera une dernière fois nos appréciations sont motivées.

On n'a pas oublié le point de départ de la discussion. A propos d'une modification matérielle du séton, il est venu à l'esprit d'un membre, qui s'est rendu célèbre par une suite de paradoxes de la même portée, de prouver que le séton en particulier et tous les exutoires en général ne sont utiles en rien et ne sont bons qu'à couvrir l'impuissance du médecin et à faire souffrir les malades. Cette boutade contre la méthode a été suivie d'une attaque bien autrement délibérée contre la théorie. Il n'existait aucune doctrine quelconque de la révulsion · ni les anciens ni les modernes n'avaient songé à réduire en principes et en règles cette routine qui s'était perpétuée à travers les âges sans motifs ni preuves.

Voilà le thème de la discussion, dépouillé, on en convient, de tout l'appareil déclamatoire et théâtral, à l'aide duquel on est parvenu à en dissimuler le fond, et à provoquer et à entretenir une opposition sérieuse et quelquefois scientifique. Cette appréciation sévère n'étonnera personne. Ceux-là même qui ont été un instant fascinés par une espèce de miroitage de la parole, à la faveur duquel on a donné un semblant de vérité à ce qui n'était qu'erreur ou paradoxe, ont fini par reconnaître avec nous qu'il n'y avait dans tout cela qu'une espèce de défi jeté à la raison, à la science et à l'Académie.

Pourrait-on en douter? Voyons les questions posées et les solutions obtenues.

Les exutoires sont inutiles s'ils ne sont pas nuisibles. Comment est-on parvenu à motiver une semblable proscription? par toutes sortes d'artifices et au fond par une simple négation. D'ordinaire celui qui a la prétention de renverser ce qui est, arrive tout armé de faits et de preuves; il dit : Ceci est une erreur, et il le démontre. Dans cette discussion, on a procédé tout autrement : on a déclaré l'inutilité de la méthode révulsive, en affirmant qu'elle est inutile, et en prétextant qu'elle n'avait pas été régulièrement démontrée. Qu'est-ce que cela au fond, si ce n'est une opinion toute gratuite, une affirmation, une hypothèse sur l'insuffisance des preuves et témoignages qui ont servi de passeport aux exutoires depuis Hippocrate jusqu'à nos jours. Il n'est venu à l'idée de personne de demander compte des preuves directes qu'on n'apportait pas, et on a condescendu à opposer des autorités de vingt siècles, une tradition appuyée sur l'expérience universelle, en un mot l'évidence de chaque jour à cette critique de fantaisie, à qui il plaît de nier pour les nier les croyances les plus fermes de la science et de l'art : ce n'a été de la part de l'attaque qu'une vraie surprise, et de la part de l'Académie qu'une inadvertance. On n'y a réellement pas songé. Qu'il vienne à l'idée d'un autre avocat d'affirmer que la méthode vomitive est la pire des choses, qu'elle est toujours nuisible et que son utilité et son efficacité ne reposent sur aucune démonstration régulière; s'arrêtera-t-on sérieusement à contredire une pareille billevesée? La prendra-t-on au sérieux, et aux preuves qu'elle ne donnera pas du bien fondé de sa contradiction, ira-t-on s'évertuer à rechercher les motifs superflus d'une pratique qui se prouve par la pérennité de ses services. Eh bien! ce que personne n'eût songé à faire en faveur des vomitifs, l'Académie l'a fait gravement et pendant plusieurs séances en faveur des exutoires. Des membres sérieux sont descendus sérieusement dans l'arène ; ils ont discuté pied à pied toutes les arguties de cette nouvelle scolastique, et ils ont remporté à grand'peine, contre une faconde dont il y a eu pen d'exemples dans la science, un de ces triomphes qu'un simple appel au bon sens et à l'expérience eût rendu superflu.

Cependant il serait injuste de le méconnaître, cette négation résolue des hommes et des choses n'a pas été sans bons résultats. Elle a prouvé qu'il n'est pas de vérité si vraie qui n'ait besoin de se rajeunir en quelque façon pour se maintenir telle aux yeux de tous et avec le courant des âges et les progrès de la science. La méthode révulsive et la théorie qui lui sert de base, par cela même qu'elles datent de la plus haute antiquité, ont besoin d'être revues, émondées et complétées. Ce ne sont pas des reliques auxquelles il soit interdit de toucher comme aux choses saintes. Liberté d'examen, même pour les aphorismes d'Hippocrate. Mais cette liberté ne doit pas dégénérer en licence : il ne faut pas qu'il soit loisible au premier pygmée venu de faire redescendre les grands génies de l'art à sa taille, de proclamer Hippocrate, Galien et Barthez des rêveurs qu'une vaine crédulité a laissés depuis des siècles sur leur piédestal. Cette réserve faite, abordons une dernière fois les points de la théorie et de la méthode qui ont gagné quelque chose à la discussion; nous montrerons ensuite ceux dont elle a révélé la faiblesse ou l'insuffisance.

La question historique a gagné en lumière. L'origine antique de la doctrine de la révulsion a été mieux précisée. La Gazette Médicale, en proclamant tout d'abord la nécessité de faire deux parts dans l'histoire de la révulsion, la part des faits et la part des théories, a peut-être contribué à dissiper la confusion sur ce premier point. La méthode des exutoires existe, indépendamment des théories qui ont cherché à en motiver l'emploi ; elle s'est prouvée de tout temps en vertu des résultats qu'elle a produits indépendamment des explications qu'elle a reçues.

FEUILLETON.

UN DISCOURS A L'ACADÉMIE.

L'Académie a repris, depuis déjà plusieurs séances, la discussion sur le séton. Cela n'est pas raisonnable.

Interrompue par les travaux de la distribution des prix, oubliée depuis la séance solennelle et l'éloge de Récamier, on pouvait espérer la voir se perdre dans le renouvellement du bureau académique, et l'année nouvelle avait tous les droits pour ne pas recueillir un aussi lourd héritage.

En vérité, il est heureux pour nous d'écrire ces lignes sous la protection du feuilleton; car nous nous sentons d'humeur chagrine et capable d'user de la respectueuse légèreté que nous accorde notre place.

Il en est un peu du feuilleton, pour les patriarches de la science, comme des anciens fous dans l'ancienne royauté. Eux seuls avaient la liberté de la parole, et la franchise des génuflexions. Ils pouvaient, sans craindre une entière disgrâce, tenir tête à l'erreur et railler les abus. Leur raison se faisait bouffonne et agitait de plaisants grelots; mais la bouffonnerie était un bon moyen pour appliquer une vérité sur l'oreille de leurs majestés chatouilleuses. Mais les temps sont changés, et le feuilleton pour toute marotte se contente du bénéfice de témérité.

Dieu nous pardonne! nous ne pourrons jamais apprécier le but scientifique de la méthode, qui, à propos d'un séton, remonte à Hippocrate, environ quatre cents ans avant Jésus-Christ! On dit qu'elle est le fait d'un légitime amour de la tradition, et du puissant besoin qu'ont certains esprits d'agrandir le champ du débat : mots perfides, phrases vaines! la méthode est un travers.

Que notre lecteur, à défaut des académiciens, veuille bien accepter de notre part une légère hypothèse. Supposons le séton que M. Bouvier a présenté à l'Académie, à l'état de projet et porté sur le cou par un ophthalmique, qui arrive en consultation devant la docte assemblée. La question est très-simple; savoir si la bandelette de coton fera son chemin dans une gaîne de chair ou si on la repoussera avec perte.

Depuis plus de deux cents ans que les sciences ont appris à se connaître, la médecine moderne doit avoir conquis son propre génie et pouvoir facilement résoudre ce point de thérapeutique. *Tarare!...* on regarde à peine l'individu et son œil malade, et la discussion s'engage.

Distinguons. Hippocrate d'abord et Galien après : beaux diseurs, phrases pompeuses, traits pétillants, verve inépuisable : le séton et les exutoires, la révulsion et la dérivation : chaque orateur a son verbe, chaque verbe sa conception; le vitalisme, l'humorisme, le naturisme, l'organicisme, les théories contre les méthodes, les arguments contre les faits, le pêle-mêle est général. M. Malgaigne, en chirurgien plein de sensibilité, regarde les chevaux bardés

Elle a ainsi traversé les siècles, enrichie de l'expérience de chaque époque et de l'assentiment universel. Ses théories ont varié avec la théorie générale de la science. Une fois cette séparation introduite et acceptée dans le débat, on a marché plus à l'aise et on a mieux discerné l'origine et la perennité des faits et des idées. Quant aux premiers : ce n'est plus chose contestable ni contestée que l'antiquité de la méthode révulsive. Hippocrate, Celse, Galien, les Grecs, les Arabes, tous les âges et toutes les écoles ont consacré le fait de la méthode, et ajoutons par anticipation, la haute certitude de ses bienfaits. L'origine des théories a été moins aisément rétablie. La discussion des textes, les définitions sont toujours un écueil dans ces sortes de polémiques. Aussi, tant qu'on est resté dans cette lutte de mots et de dictionnaires, l'esprit a pu tenir la science en échec; mais du moment qu'aux mots ont été substituées les idées, la lutte n'a plus été possible : le succès de la doctrine de la révulsion s'est révélé à tous. Les aphorismes d'Hippocrate, les commentaires de Galien, les règles de Barthez et la tradition universelle n'ont plus permis de révoquer en doute l'origine, la filiation et les transformations de la doctrine. Mais c'est ici que les difficultés sérieuses recommencent.

Il est une vérité qu'on a peut-être trop méconnue, c'est que les grandes théories de la science suivent les grandes révolutions de la science elle-même : elles s'y accommodent et s'y façonnent comme les parties d'un même tout aux transformations que ce tout subit lui-même. Avec cette vérité, on comprend l'existence et la nécessité des changements profonds qu'a dû subir et qu'a subis la doctrine de la révulsion. C'est une erreur profonde de croire qu'il n'en a pas toujours été ainsi. Dans l'histoire, la pérennité des faits implique la diversité des idées. Les vitalistes, les humoristes, les solidistes, les mécaniciens, les iatrophysiciens ont tous été témoins des résultats de la méthode révulsive. Du moment qu'on admet qu'ils ont vu ces résultats, ils ont dû y réfléchir, ils ont dû s'en préoccuper et chercher à les adapter à leurs théories générales de la science. A ce point de vue, les phases de la doctrine de la révulsion auraient été un côté des phases de la science. Si nous ne nous trompons, reste donc un point de la discussion à revoir, à approfondir, à savoir : l'étude des transformatiuns qu'a subies, sous l'influence des écoles, la doctrine de la révulsion.

Un second point non moins important, c'est le perfectionnement de la méthode révulsive elle-même.

La méthode révulsive a dû se perfectionner dans ses procédés et dans ses indications. La discussion académique a beaucoup laissé à désirer sous ce rapport. Une énumération empirique, incomplète, des procédés, énumération dépourvue de toute méthode, voilà ce qui existe dans la science. L'examen de ce point de la question n'a même pas été soulevé dans la discussion. C'était le cas de montrer les perfectionnements matériels qu'a obtenus la méthode révulsive depuis les anciens jusqu'à nous; de suivre pas à pas la conquête des moyens parallèlement à la conquête des idées : une seule affirmation produite sans preuves, et restée sans réponse, voilà tout ce qui a été dit sur les procédés grossiers de la méthode révulsive des anciens comparés aux procédés plus méthodiques de la méthode moderne.

La question des indications n'a même pas été posée. On ne saurait considérer comme telle cette proclamation gratuite des abus de la méthode, et cette affirmation non moins gratuite de son abandon. Que l'on n'ait recours aujourd'hui aux sétons, aux cautères qu'avec certaine réserve, cela est vrai, et cela prouve que les habitudes plus sévères de la science moderne s'infiltrent jusque dans la pratique la plus vulgaire. Mais, de cette distinction, de cette réserve plus expérimentale, conclure à la proscription absolue, n'est-ce pas généraliser un scepticisme personnel, et se regarder dans la glace pour avoir une idée de la ressemblance humaine? L'art des indications de la méthode révulsive a donc fait un progrès : progrès empirique, caractérisé par une plus grande réserve, voilà tout, et voilà ce qui est ressorti de la discussion académique. Et cependant, en utilisant les données de la pratique la plus vulgaire, que d'observations utiles, que de considérations fructueuses, que d'éléments d'appréciations méthodiques! Sans recourir aux nécessités d'une théorie transcendante et générale, ne pouvait-on pas scinder immédiatement en deux grandes sections les indications de la méthode révulsive : la révulsion dans les maladies aiguës et la révulsion dans les maladies chroniques ; à ces deux divisions primordiales, rapporter les différences de procédés, d'exutoires, sétons, cautères, moxas, vésicatoires, et chercher s'il n'y a pas déjà dans la pratique usuelle des linéaments de méthode et de doctrine propres à servir de points de repère à une conception plus élevée. Cette question si simple n'a pas même été posée. Mais si, des desiderata de la pratique, on s'élève aux desiderata de la science, que de lacunes à combler, que d'insuffisances de la discussion !

Au point de vue des faits matériels, nous l'avons dit, personne n'a cherché à faire ressortir ce côté si intéressant, si neuf de la question. Quelle est la série des changements physiologiques, en un mot, quel est le mécanisme physiologique de la méthode révulsive? Que se passe-t-il dans la peau, dans le tissu cellulaire, dans les vaisseaux, dans les nerfs, quand on applique un vésicatoire, un cautère, un séton? Car on n'en saurait douter, la théorie vraie et la vraie valeur des exutoires est là : ce n'est que du jour où l'on connaîtra le mécanisme physiologique de son action qu'on en induira des applications thérapeutiques certaines. Observez sur l'homme et expérimentez sur les animaux, et vous obtiendrez chaque jour un anneau de plus de la chaine qui doit conduire à la vérité. Quelques aperçus dans cette direction ont été empruntés à la médecine comparée; ils ont eu l'honneur d'être bafoués : c'est ce qui pouvait leur arriver de plus heureux.

Au point de vue des idées, la discussion s'est tenue à la surface des choses. Les uns n'ont même pas essayé de demander aux doctrines ce qu'elles voulaient dire, les autres se sont bornés à les affirmer ou à les réduire à une seule : le vitalisme. Ce n'est pas le lieu de s'arrêter à chacun de ces points de vue, ni de demander à chacun compte de son scepticisme ou de sa croyance.

Toutes ces choses peuvent sans inconvénient être réservées et différées; mais, ce qui ne doit pas l'être, c'est la véritable position de la question théorique, et c'est par là que nous terminerons ce que nous avons à dire sur la discussion.

La GAZETTE MÉDICALE l'a dit précédemment : la doctrine de la révulsion est acceptée depuis l'antiquité comme une formule commode pour relier des faits nombreux. Mais, d'une part, ces faits sont-ils de même nature, sont-ils conciliables entre eux pour dire et prouver la même chose? Le moment n'est-il pas venu de procéder à un triage quelconque, à faire un départ entre toutes ces parties hétérogènes d'un

---

de sétons de M. Bouley, et s'écrie : pauvres bêtes ! M. Bouley, en homme pratique, pense aux malades de M. Malgaigne et répond : pauvres gens ! C'est bien fait; mais permettez, messieurs, on ne dit pas que le malade soit mort, on dit qu'il était fatigué d'entendre et d'attendre, et qu'il est parti...

Donc l'Académie ayant laissé s'échapper le malade, le séton a disparu; mais la méthode de la révulsion a pris sa place et la discussion a grandi d'importance. Pour nous servir d'une métaphore de M. Bouillaud, la souris a enfanté une montagne; spirituelle épigramme qui rappelle la grenouille qui veut devenir grosse comme un bœuf.

Nous faisons d'ailleurs toutes nos réserves sur le fond même de la question. Les débats sont surveillés de près par la maîtresse plume de la GAZETTE, devant laquelle notre infériorité s'incline avec déférence. Mais quel que soit le talent de notre rédacteur en chef et la tendance pratique de ses appréciations, il y a une prévision qui nous est permise et que nous acceptons en toute responsabilité ; la discussion actuelle finira sans conclusion.

Elle n'aboutira pas, parce que, dans l'état de nos connaissances, toute méthode thérapeutique est logiquement incertaine.

Elle n'aboutira pas, parce que les discussions sur la variole n'ont pas abouti, parce que jamais, en médecine pas plus qu'en philosophie, l'éclectisme n'a eu la faculté d'arriver à une solution.

Ah ! si nous avions l'honneur de porter la parole devant l'illustre assemblée, il nous semble que notre bonne volonté forcerait notre insuffisance, et que nous résumerions la situation en peu de mots et en peu d'idées. Notre discours prendrait à peu près cette allure :

Messieurs et honorés confrères,

Le gouvernement, en créant une académie de médecine, vous a imposé une lourde tâche. Une académie n'est pas autre chose qu'un lieu de vérification et de dépôt des documents et des archives de la science médicale, dont les académiciens sont les gardiens. C'est un travail d'une utilité réelle, mais d'une simplicité fatigante. Le gouvernement, d'ailleurs, vous a réservé toutes franchises, et, par l'institution des jetons de présence, il a consacré la liberté de l'abstention.

Cependant, vous n'avez pas tardé à vous trouver mal à l'aise, au sein de la tranquillité académique. On vous avait assigné un travail de vérification patiente et austère : vous deviez, en dehors de l'esprit de système et avec la seule abnégation et l'humilité d'une saine expérience, accueillir les faits, contrôler les observations et accumuler les matériaux qui donneront un jour à la médecine sa loi. Ainsi vous pouviez maintenir les vraies traditions scientifiques : devoir glorieux, mais obscur, que vos talents et une ambition plus glorieuse vous ont fait méconnaître.

L'imagination vous a séduits : votre initiative aventureuse a débordé la pensée qui vous avait réunis; d'un pupitre vous avez fait une tribune; vous étiez une assemblée de bénédictins, et vous voilà maintenant un corps délibérant et discutant.

Le fait le plus secondaire et le plus insignifiant, en apparence, sert de prétexte à une discussion altière. On pourrait croire véritablement que la souris

même tout. Il existe aujourd'hui plusieurs méthodes, plusieurs théories en présence, qui revendiquent chacune pour elle une part des bénéfices de la révulsion. Le contro-stimulisme, la méthode substitutive, la méthode dérivative, la méthode évacuative ou éliminatrice, la méthode spoliative, la méthode neutralisante, se disputent une partie de l'antique domaine de la révulsion. Le moment n'est-il pas venu de régler le compte de chacune de ces méthodes? De cette révision des titres, de ce départ, ne ressortirait-il pas l'insuffisance de la théorie générale, et la nécessité de rechercher d'autres principes pour les faits qu'il ne lui est pas possible de formuler. On arriverait ainsi au sentiment du besoin d'une théorie nouvelle, et de ce sentiment à la réalisation il n'y a qu'un pas; car dans les sciences, comme dans les institutions sociales, les grandes réformes sont presque toujours les résultats de grandes nécessités: on les trouve parce qu'on en a besoin.

JULES GUÉRIN.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

DE L'ALLONGEMENT DÉMESURÉ DU COL DE L'UTÉRUS; par TH. HERPIN (de Genève), docteur-médecin à Paris.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

La riche collection de Morgagni m'en a fourni trois cas.

Le premier, tiré de la lettre 21, § XLVII (t. III de la traduction de Desormeaux; Paris, 1822), n'est qu'une simple mention.

Il s'agit de l'autopsie d'une femme dans la force de l'âge, qui avait succombé à la rupture d'un anévrisme de l'aorte. Il y avait des hydatides autour des ovaires, peut-être plutot des kystes multiloculaires.

L'auteur, en décrivant le reste des organes génitaux, dit: « D'ailleurs à la face interne du col de l'utérus, qui était très-long ici, il y avait un mucus jaune, mêlé de noir et très-tenace. »

Voici le second fait (lettre 45, § VII, t. VII, p. 178 de la traduction):

« Prié d'examiner les parties naturelles d'une femme bounété, âgée de 25 ans, pour reconnaître ce qu'était un corps cylindrique, semblable à un pénis, qui était pendant dans l'intérieur du vagin, je vis aussitot que c'était le col de l'utérus qui était descendu au-dessous de la partie moyenne du vagin. L'orifice était étroit, eu égard surtout à ce qu'il appartenait à une femme mariée, laquelle toutefois n'avait jamais eu d'enfant, et il avait presque la forme d'un cercle; j'en vis sortir un peu de sang; car la femme avait été dans ses mois tout nouvellement. »

Le troisième cas est tiré de la même lettre § II (ibid., p. 180):

« Une vieille femme de Bologne était hémiplégique déjà depuis plusieurs années, lorsque enfin elle perdit aussi le mouvement de l'autre côté. On disait qu'un corps cylindrique lui sortait par les parties naturelles. Etant morte enfin d'une maladie de poitrine, je la disséquai à l'hôpital, vers l'an 1704. »

« . . . . Quant au ventre, je remarquai que la partie supérieure du fond de l'utérus occupait un siége un peu plus bas que dans l'état naturel, mais non point assez cependant pour me faire soupçonner que son orifice pouvait parvenir à l'endroit que j'indiquerai. Hors des lèvres de la vulve qui était considérablement dilatée, on voyait proéminer un corps long de trois ou quatre travers de doigt, d'une forme cylindrique, extrêmement épais, formé d'une substance semblable à un ligament, et lisse, si ce n'était qu'il était ulcéré à la partie inférieure. Je reconnus facilement que c'était le vagin renversé. C'est pourquoi l'orifice de l'urètre se trouvait à la partie supérieure et antérieure de ce corps; et au-dessous de lui il y avait, de chaque côté, une lacune assez ouverte. Mais au milieu de la partie inférieure était un orifice qui se changeait bientot en celui de l'utérus, à travers lequel je faisais passer sans aucune difficulté un stylet qui pénétrait jusqu'aux parois supérieures de la cavité de ce viscère. Étonné de la longueur extraordinaire de ce trajet, j'incisai le vagin, et je trouvai renfermé dans ce conduit le col de l'utérus qui était devenu beaucoup plus long qu'à l'ordinaire . . . .

» Il est évident que le poids d'un vagin aussi épais avait entraîné, vers la partie inférieure, l'utérus dont le fond aurait été un peu plus bas si le col n'eût déjà été dès le commencement, à ce que je crois, d'une telle laxité qu'il se laissa tirailler et distendre plus que toutes les autres parties pour acquérir cette rare longueur. » (Même lettre, § II.)

Leroux (de Dijon), en 1776, en a décrit un cas (1): « Dans certaines femmes, dit-il, il n'y a que la lèvre antérieure de l'*os tincæ* qui se prolonge; dans d'autres, c'est le col entier. Je l'ai trouvé sortant hors de la vulve et représentant le col d'une bouteille avec son bourrelet à l'extrémité. J'introduisis le doigt dans l'ouverture, et je le poussai jusqu'à l'orifice interne qui était fermé par les membranes de l'enfant. Dès que les douleurs se déclarèrent, le col diminua de longueur et s'effaça peu à peu à mesure que l'orifice intérieur se dilata. »

Lequid, en 1804, raconte, dans sa dissertation inaugurale, un fait que nous rapporterons aussi textuellement, mais en l'abrégeant (2): « Étant à Brest, en 1780, je fus appelé par un de mes confrères, M. J..., pour voir une femme sur laquelle il se proposait de faire la ligature d'une tumeur qu'il considérait comme un polype sorti de la cavité de l'utérus. Après avoir touché la malade, nous distinguâmes le col de l'utérus tuméfié, prolongé dans le vagin, faisant même saillie au dehors de la vulve; nous fîmes connaître à notre confrère ce que nous pensions de la nature de la maladie..... Il persista dans son premier sentiment et rejeta opiniâtrément toutes nos observations....., et il procéda le lendemain à la ligature de la tumeur qu'il considérait comme un polype, mais qui n'était formée que par le prolongement du col de l'utérus. La malade éprouva pendant l'opération des douleurs considérables; elles furent bientôt accompagnées de fièvre, avec rougeur de la face, sécheresse de la peau, et de délire qui se manifesta dans la nuit. Le lendemain, les accidents ci-dessus étaient augmentés; ils s'accrurent encore le troisième et le quatrième jour, et la malade mourut du sixième au septième.

» On trouva à l'ouverture du cadavre......... le péritoine légère-

(1) OBSERVAT. SUR LES PERTES DE SANG, ETC., p. 14.

(2) DISSERT. SUR LES POLYPES UTÉRINS. Paris, 26 prairial an XII, p. 16.

---

va enfanter une montagne; mais ne vous y trompez pas; on n'accouche jamais de plus gros que soi.

Il y a quelque temps, en étudiant l'état de la médecine en Chine, je disais aux lecteurs de la GAZETTE: « La science en Chine est une montagne sacrée sur laquelle les mandarins tournent les pouces, en proie au parfait amour de la sentence et de la doctrine du creux. » On a pu croire qu'en écrivant ces lignes, je pensais autant à vous qu'aux lettrés du Céleste Empire.

Imitant les enfants qui s'amusent à lancer dans l'air de brillantes bulles de savon, et ce personnage dont parle Molière, qui faisait des ronds dans un puits, vous enflez outre mesure la question qui se débat; les ondulations se distendent, prennent de l'ampleur et de la majesté, et puis.... la bulle crève, et vous avez délibéré dans le néant.

Et ce sera toujours ainsi. Vous avez perdu votre voie. Vos discussions sont un abus. Vous voulez trancher les questions de doctrine et formuler des idées et des lois générales: vous avez manqué à votre destinée, et vous restez courts.

Pardonnez-moi cette brusquerie de langage et laissez mon doigt se poser sur la plaie: l'acte est d'ailleurs tout médical.

Messieurs,

Vous êtes un corps sans foi ni loi.

Vous n'avez ni principe, ni doctrine, ni système.

Vous êtes les ouvriers de la science, vous n'en êtes pas l'architecte. Vous êtes les gardiens de la méthode et du célèbre axiome: « *hypotheses non fingo*. » Vous êtes une académie, c'est-à-dire l'éclectisme, et vous n'avez ni le droit ni la puissance de rien expliquer.

Le fait, ou comme la vérité, voilà votre domaine; être ou ne pas être, voilà la question.

Non certes que je veuille insinuer que chacun de vous, pris individuellement, manque aussi d'un principe, ni que je limite aux règles de la simple observation votre rôle au dehors de cette enceinte! Si vous vous borniez à obéir à ces règles, cela n'en vaudrait que mieux peut-être! mais le génie individuel a le droit de faire sa route et de forcer les passages, en toute liberté.

Quant aux principes, vous en avez tous un. Je crois d'ailleurs qu'il est impossible, dans cette tâche particulière que nous accomplissons tous dans la science, de coordonner nos études et de leur acquérir une certaine force, sans les rattacher à une idée fixe, à un système invariable. Oui certes! les systèmes abondent. Votre discussion du moment ne le prouve que trop. Il a suffi de tendre la mèche d'un séton pour voir éclater l'humorisme, le vitalisme, le solidisme, le naturisme, le chimisme et toutes les autres meurtrières qui, depuis deux mille ans, font feu sur l'espèce humaine.

Cela explique pourquoi chacun de vous se présente aux débats avec un droit de parole relatif et prononce un discours d'une valeur aussi relative; mais, tous ensemble, vous ne faites rien de bon.

Vous êtes-vous jamais demandé, messieurs, pourquoi les luttes académiques entraînent si peu les esprits, tandis que lorsqu'un réformateur de talent élève la voix, il violente et force les convictions et passionne après lui une

ment phlogosé....., les cordons sus-pubiens...... rouges, parsemés de taches bleuâtres; le col de l'utérus était environné par la ligature, et la portion du col placée au-dessous d'elle était flétrie, mortifiée, dans un état voisin de la putréfaction. La cavité de cet organe ayant été ouverte, la membrane qui en revêt la paroi parut enflammée. Les trompes utérines étaient légèrement phlogosées......; les ovaires...... sains. »

Le professeur Roux, en 1803, dans le cinquième volume de l'ANATOMIE DESCRIPTIVE de Bichat (1), s'exprime ainsi sur ce sujet: « .... Le col est sujet, sans aucune altération dans son tissu, à un allongement plus ou moins considérable qu'il faut prendre garde de confondre pendant la vie avec une chute de matrice. Il n'y a pas longtemps que j'ai observé cette disposition sur une personne à laquelle un praticien célèbre, croyant à un commencement de descente de matrice, avait conseillé l'application d'un pessaire, qui est alors complétement inutile. Je ne sais si quelque auteur indique cet état du col, mais c'est à Bichat que j'en ai entendu parler pour la première fois: il l'avait rencontré sur deux ou trois cadavres. »

Desormeaux, en 1828, dans l'article *Utérus* du DICTIONNAIRE DE MÉDECINE en 21 volumes (2), consacre un paragraphe à l'allongement du col utérin: « M. le professeur Lallemant, chirurgien en chef de la Salpêtrière, a observé que, dans un âge avancé, le col de l'utérus fait une saillie très-considérable dans le vagin. Il s'amincit quelquefois d'une manière singulière et devient fusiforme; cette déformation du col, qui s'observe aussi chez l'adulte, peut expliquer, dans certains cas, l'état de stérilité chez des femmes que leur organisation semble destiner à la maternité; le col, ainsi allongé, est quelquefois singulièrement contourné. »

Boivin et Dugès, en 1833, dans leur TRAITÉ DES MALADIES DE L'UTÉRUS (t. 1, p. 193), décrivent ainsi cette affection: « Le col de l'utérus s'allonge quelquefois considérablement. Nous avons vu que tout l'organe s'effilait en quelque sorte dans certains cas de prolapsus; mais il ne faudrait pas prendre pour des cas de prolapsus tous les cas où le col a acquis isolément une grande longueur. Tantôt c'est le col dans sa totalité qui s'allonge ainsi, et alors le cul-de-sac vaginal remonte, comme dans le prolapsus, très-haut au-dessus de son extrémité libre; mais le vagin n'est pas raccourci et le fond de la matrice peut être senti par l'hypogastre, si le sujet a peu d'embonpoint; tantôt une des lèvres acquiert cette longueur démesurée et qui peut être portée au point de la faire saillir hors de la vulve. »

Je n'ai pas la prétention de faire ici l'histoire générale de l'allongement du col utérin, en la fondant sur deux observations et quelques fragments empruntés à divers auteurs; je me contenterai de rappeler, sous forme de résumé, les principales circonstances fournies par les faits que je viens de faire passer sous les yeux du lecteur.

Chez certaines femmes et dans des cas qui paraissent rares, le col utérin peut subir un allongement démesuré; sans déplacement bien prononcé de la matrice, il peut atteindre la vulve et même la dépasser de quelques centimètres. S'il est encore tout entier contenu dans le vagin, son extrémité libre a une forme conique et les deux lèvres ne participent pas toujours également à l'élongation. La lèvre antérieure peut devenir beaucoup plus longue que la postérieure; l'orifice déformé se trouve alors en arrière à une hauteur variable.

Tant qu'il n'y a pas sortie du col, l'altération subie par cet organe n'est pas perçue par la femme elle-même, et il y a seulement incommodité quand il effleure la vulve. Mais lorsque le bout inférieur s'échappe au dehors, il se gonfle en sphéroïde, ou en demi-olive, et peut acquérir le volume d'un œuf de pigeon au moins; l'orifice se présente alors au centre de la tumeur; celle-ci, desséchée par le contact de l'air et irritée dans la marche des parties voisines, devient douloureuse, s'excorie même et provoque un suintement muqueux ou sanguinolent.

Le col, dans cette sorte d'hypertrophie apparente, reste lisse, n'a pas de sensibilité anormale et offre une consistance homogène analogue à celle du pénis en état de flaccidité; et ce n'est pas seulement par ce caractère, mais encore par la forme, qu'il ressemble à cet organe; avant de connaître ce rapprochement fait par Morgagni, j'avais été frappé de la similitude.

L'appendice utérin, ainsi déformé, est susceptible d'une facile réduction dans son volume et surtout dans sa longueur; le simple repos de la nuit fait rentrer la portion herniée; une pression prolongée ramène, ou à peu près, le col à ses dimensions naturelles; mais la compression cessant, il reprend peu à peu son volume antérieur; la station, des efforts le poussent dehors. Les progrès d'une grossesse, ou seulement l'accouchement, font entièrement disparaître l'organe, mais l'élongation se reproduit quelques semaines après la délivrance.

Cette affection n'est pas l'apanage de la vieillesse, comme semble l'avoir cru le professeur Lallemant, de la Salpêtrière; déjà Leroux et Desormeaux l'avaient signalée dans l'âge adulte. Sur les trois cas de Morgagni, l'allongement ne fut reconnu dans le dernier fait qu'à un âge avancé, mais cela ne prouve pas qu'il ne remontât pas à une date déjà ancienne; dans le premier cas, la femme était dans la force de l'âge; dans le second, le sujet était âgé de 25 ans. De nos deux patientes, l'une s'en est aperçue à 42 ans, l'autre vers 50 ans; mais, ici encore, l'élongation avait pu être graduelle et par conséquent antérieure.

Nous ne savons rien des habitudes des femmes citées par les divers auteurs: l'une des miennes, la plus âgée, souffrait depuis longtemps d'une constipation opiniâtre, et elle marchait beaucoup; l'autre était presque continuellement debout à servir dans son café; elle paraissait en outre atteinte d'une antéflexion utérine, à en juger du moins par le toucher vaginal. Dans sa troisième observation, Morgagni attribue l'allongement à la chute du vagin et à la laxité de tous les organes génitaux. L'utérus participe-t-il toujours à cette altération singulière de tissu que nous avons signalée dans le col? De quelle nature est cette altération? Est-ce un état variqueux ou œdémateux? A-t-il quelque analogie de structure avec l'allongement de la luette? L'emploi continu des astringents, des cautérisations répétées avec l'azotate d'argent réussirait-il ici comme dans la procidence de la luette? Quel serait le meilleur pessaire à employer dans ces cas?

L'observation et l'expérience ultérieures répondront à ces diverses questions. En attendant, nous pouvons dire que cette infirmité ne parait devoir entrainer aucune conséquence fâcheuse, puisque ma vieille et infatigable cliente la portait depuis vingt-cinq ans au moins. Elle

(1) Ouvr. cité, p. 281.
(2) Tome XXI, p. 106.

---

foule de disciples et d'adversaires? C'est qu'une académie est une école de travail où le fait seul est un argument. Si on voulait s'y faire la guerre, les projectiles manqueraient.

Les hommes à système ont seuls le droit de soulever des discussions, parce que, partant d'un principe, ils arriveront à une conclusion. Mais vous, on vous a institués les Pères éclectiques de la médecine, calmes comme un beau soleil d'hiver, qui éclaire, sans échauffer!

Avouez-le, cette abnégation de savant est lourde au cœur humain. Ici-bas on aime à parler et à faire parler les autres. Alors, abordez franchement et une bonne fois la question de principe. Cherchez, non une théorie secondaire, comme celle de la révulsion, mais la grande loi pathologique, d'où découlera votre certitude thérapeutique, et proclamez enfin le principe de philosophie auquel vous soumettez les phénomènes de la vie.

Vous allez croire, et non sans raison, que je demande l'impossible, tant la médecine, malgré une incontestable allure de progrès, possède peu d'éléments de synthèse morbide!

Tristesse et découragement..... la plupart des phénomènes de l'organisation animale vous sont inconnus: les lois de la physiologie humaine vous apparaissent au loin comme au travers d'un voile, que tous vos efforts n'ont pu déchirer.....

Et pourtant, sans une loi physiologique réelle, pas de conception possible en pathologie, et, par suite, impuissance absolue de parvenir à une certitude thérapeutique!

Vous savez cela, vous vous le répétez tous les jours, bien mieux que je ne puis le faire, et vous délibérez! histoire de mettre en scène Hippocrate.

Hippocrate se servait de la révulsion sans savoir pourquoi, et c'est là son premier mérite. Galien n'a eu, après lui, d'autre désavantage qu'un désir malheureux de trouver la logique des exutoires. Les héritiers de Galien n'ont, là-dessus, rien oublié peut-être, mais ils n'ont rien appris.

Vitaliste, naturaliste ou tout ce que vous voudrez, nul ne sait ce qu'est la maladie; mais tous discutent les moyens de guérison: je vous admire!

Celui qui trouvera un jour la véritable loi de la conservation des êtres, j'entends de la nutrition, celui-là, messieurs, sera le maître.

En pathologie comme en physiologie, tout est nutrition.

Trouver le mécanisme de la composition et de la décomposition incessante d'une organisation: tout est là.

Vous savez bien que ce tout est à faire et que vous en êtes à la période de pure expérimentation.....

N'importe! puisque l'Académie a de l'initiative et de la hardiesse, comme un seul homme, puisqu'ici on discute les doctrines, ici il faut un drapeau!

C'est la moindre des choses; entendez-vous sur un principe de philosophie primordiale.

Parmi tous les systèmes qui se produisent devant vous, il n'y en a, en réalité, que deux. Vitalisme dynamique, vitalisme humoral, animisme, chimie vivante du physiologisme, c'est tout un; le vitalisme, une queue de Galien. L'autre est le dogme matérialiste.

n'est pas non plus, comme on a pu le voir, un obstacle à la fécondité.

Le raccourcissement qui s'opère par le décubitus dorsal, celui bien plus marqué que produit une pression directe, expliquent très-bien la possibilité de la conception, surtout si les approches conjugales ont lieu le matin. On comprend du reste comment Desormeaux, qui ne connaissait pas cette facilité de réduction, a pu voir, dans l'allongement démesuré du col, une cause de stérilité.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

ÉTUDE SUR L'ACTION COMPARÉE DU SULFATE DE QUININE, DU SULFATE DE CINCHONINE ET DU QUINIUM DANS LE TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES D'AFRIQUE; par M. le docteur LAVERAN, médecin principal de première classe.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

DES FIÈVRES INTERMITTENTES TRAITÉES PAR LE SULFATE DE QUININE.

J'ai donné le sulfate en dissolution à la dose de 8 décigrammes pendant la saison chaude, à la dose de 5 décigrammes pendant l'hiver. La nécessité de faire prendre le médicament en ma présence par des malades qui répugnent souvent à son ingestion, m'a imposé l'obligation de faire prendre la dose en une seule fois et pas toujours à une heure convenablement éloignée de celle des accès. L'efficacité du sulfate de quinine s'est confondue souvent avec la terminaison spontanée de la fièvre. En comparant à ce point de vue les malades qui avaient eu plus de 6 accès avant leur entrée à l'hôpital à ceux qui en avaient eu moins que 5, j'ai trouvé que la moyenne des accès, pour les premiers, était de 0,70, et pour les seconds de 1,30.

56 fièvres intermittentes, traitées de cette manière, m'ont donné 50 accès, en moyenne 0,9, maximum 2, minimum 0.

30 fièvres quotidiennes,	28 accès.
18 fièvres tierces,	10
8 rémittentes,	12

ACTION DU SULFATE DE QUININE SUR L'ENGORGEMENT DE LA RATE.

Les travaux si remarquables de M. Piorry sur l'action du sulfate de quinine, sur la réduction du volume de la rate, m'imposaient l'obligation de tenir compte de ce mode d'action du médicament. Cette recherche m'était d'ailleurs rendue facile par le fait de l'admission à l'hôpital d'un grand nombre d'enfants amaigris chez lesquels le développement de la rate était aussi appréciable à la palpation qu'à la percussion. Il m'était facile de suivre par le tracé le bord saillant de l'organe, et de déterminer sûrement ses limites avant et après l'ingestion du sulfate de quinine. Malgré un vif désir de constater une action aussi curieuse, j'avoue n'avoir pu, dans aucun cas, apprécier aucun changement.

Le sulfate de quinine ne me paraît pas non plus faciliter le retour de l'organe à ses proportions normales; en suivant jour par jour la réduction de la rate chez des malades traités comparativement par l'expectation et le sulfate de quinine, j'ai trouvé à peu près le même temps écoulé pour le retrait de la rate.

La seule modification brusque de son volume qui m'ait paru saisissable a été une légère réduction pendant les accès violents. Ce fait est d'ailleurs en rapport avec une observation souvent répétée, à savoir que les grosses rates existent le plus souvent chez des sujets dont les accès ont été à peine marqués.

L'action du sulfate de quinine, si puissante contre les phénomènes fébriles en eux-mêmes : chaleur cutanée, anxiété fébrile, accélération de la circulation, douleur de la tête et des membres, m'a paru sans action sur la faiblesse, les troubles des fonctions digestives tels que la constipation, l'inappétence, les enduits muqueux de la langue. Indices de l'intoxication paludéenne, ces symptômes exigent un certain temps pour disparaître et souvent nécessitent l'emploi des évacuants. Il est remarquable d'ailleurs que leur présence ne diminue pas l'efficacité du sulfate de quinine; aussi, lorsque les accès sont violents, pénibles pour le malade ou inquiétants pour le médecin, préféré-je administrer d'abord le sulfate de quinine et combattre consécutivement des symptômes moins sérieux.

DE L'ACTION DU SULFATE DE CINCHONINE SUR LE NOMBRE DES ACCÈS.

Afin de rapporter l'action du sulfate de cinchonine aux faits précédents, il a été donné aux mêmes doses et de la même manière que le sulfate de quinine.

Les malades qui, avant leur entrée à l'hôpital, avaient eu plus de 6 accès traités par le sulfate de cinchonine, ont eu en moyenne 1 accès 70; ceux qui avaient eu moins de 5 accès en ont eu 2 à l'hôpital.

La moyenne générale a été de	2,45
Fièvres quotidiennes,	2,22
Fièvres tierces,	1,46
Rémittentes,	4,60

D'ailleurs l'action du sulfate de cinchonine m'a paru d'autant moins active que les fièvres étaient et plus récentes et plus intenses. Pendant la saison épidémique, son défaut d'efficacité ressortait de la simple observation, et était d'autant plus frappante que je me suis constamment abstenu de le donner dans les accès graves où le caractère pernicieux était imminent.

ACTION DU SULFATE DE CINCHONINE SUR L'ENGORGEMENT DE LA RATE.

Après avoir suivi, heure par heure, l'action du sulfate de cinchonine sur le développement du volume de la rate, je crois être autorisé à nier son action, soit immédiate, soit consécutive, contre une lésion dont le temps, le repos et l'éloignement des lieux insalubres peuvent seuls produire la réduction. Il en est de même pour les symptômes d'intoxication paludéenne contre lesquels le sulfate de cinchonine, pas plus que le sulfate de quinine, ne me paraît exercer d'action appréciable.

DU QUINIUM.

Le quinium a été donné en bols de 5 décigrammes préparés par le

---

Voyez et choisissez.... après mûre délibération... Plus simplement : comptez-vous.

Que les médecins du dix-neuvième siècle, qui professent des sentiments vitalistes, lèvent la main...

Hélas ! il y en a pourtant encore quelques-uns !...

Messieurs, le jour où vous aurez le courage d'un vote de principe, vous ferez un grand acte scientifique. Vos débats deviendront nécessairement moins fréquents, et, de plus, vous arracherez la jeunesse des écoles à son plus grand danger.

Jusqu'à présent les discussions académiques n'ont servi qu'à nourrir l'esprit des étudiants rêveurs et paresseux. Tous ceux qui trouvent pénible d'étudier, d'observer et d'apprendre, sont fiers de votre exemple. Ils se parent de quelques-unes de vos formules générales, et paraphrasent, avec passion, vos beaux discours autologiques.

Je termine en vous remerciant d'avoir accepté la solennelle légèreté de ce discours. J'avais d'ailleurs quelques droits à votre bienveillance, car je vous ai suivis attentivement dans la discussion présente; mieux encore, j'ai profité de vos paroles, si bien, ma foi, que je suis devenu empirique.

Pouvez-vous m'en blâmer?...

CASIMIR DAUMAS.

— On écrit de Saint-Thomas, le 2 décembre :

« Le choléra, qui s'est déclaré à Naguabo, dans l'île de Porto-Rico, vers le milieu du mois dernier, où il a fait grands ravages surtout parmi les esclaves et la basse classe, semble vouloir s'étendre dans toute l'île. Déjà il a atteint Caguas, ville distante de trois lieues de Saint-Jean. »

D'un autre côté, on écrit de Saint-Thomas à la date du 18 décembre :

« Les avis qui nous sont parvenus dernièrement de Porto-Rico sont désastreux. Le choléra continuait toujours à sévir avec beaucoup d'intensité et avait gagné la capitale de l'île où il faisait d'affreux ravages. »

— Le docteur Chambers, qui vient de mourir à Londres, était né dans l'Inde en 1786. Il a été de 1820 à 1837 l'un des praticiens les plus répandus en Angleterre. En 1837 il avait été nommé médecin du roi Guillaume IV.

— Le docteur Hubertz, dont nous analysions dans le dernier numéro de la GAZETTE le travail sur la statistique du choléra à Copenhague, vient de mourir dans cette ville.

— Dans sa séance du mois de décembre 1855, la Société de médecine pratique a renouvelé son bureau, qui se trouve ainsi formé pour 1856 :

Président.	M. Paul Dubois.
Vice-présidents. . .	MM. Caron et Bossu.
Secrétaire général. .	M. Foucart.
Secrétaire annuel. .	M. Ramon.
Secrétaire adjoint. .	M. Josias.
Trésorier	M. Moret.

simple ramollissement de la substance dans l'eau chaude, sans adjonction d'aucun excipient.

A la dose de 1 gramme, il a été sans action appréciable; à la dose de 2 à 4 grammes, il a souvent fatigué les malades, causé des douleurs d'estomac, des vomissements.

Trente malades, atteints d'accès récents traités par le quinium, ont eu 75 accès ou 2,50 par malade: rapport peu éloigné de celui obtenu pour les fièvres traitées par l'expectation et qui m'a paru devoir faire abandonner cet agent médicamenteux.

Toutefois le quinium m'a paru avoir son application spéciale pour les fièvres récidivées d'hiver devenues rebelles au sulfate de quinine. Le trouvant sans action dans les fièvres récentes, je l'ai donné aux colons qui viennent à la consultation de l'hôpital pour des fièvres erratiques invétérées, et j'en ai souvent obtenu de bons effets, comme le témoignent les observations suivantes.

Obs. I. — Pons, serrurier à Blidah, âgé de 33 ans, est atteint depuis trois ans d'une fièvre intermittente rebelle qui récidive tous les huit jours environ, sans type déterminé. Maigreur, épuisement des forces, face pâle, ventre développé, tuméfaction mal dessinée de la rate.

A dater du 14 février, deux pilules de quinium à prendre chaque jour.

Le 15, accès violent, vomissement des pilules, fatigue plus grande que dans les accès ordinaires.

Le 16, deux pilules, accès faible.
Le 17, quatre pilules, pas d'accès.
Le 18, quatre pilules, pas d'accès.
Le 19, quatre pilules, pas d'accès.
Le 20, quatre pilules, accès faible.
Le 21, quatre pilules, accès faible.
Le 22, quatre pilules, pas d'accès.

A dater du 22 février, les accès disparaissent, la nutrition est meilleure, la physionomie riante. Le quinium est continué à la dose d'un gramme jusqu'au 20 mars. Une guérison bien complète est constatée le 5 mai et persiste aujourd'hui 8 octobre.

Obs. II. — Lespinasse, âgée de 18 ans, habite Oued-Lalley, localité des plus insalubres. Depuis un an, elle a perdu sa mère et son frère. Son père est à l'hôpital pour une cinquième récidive. Elle-même y est venue trois fois pour une fièvre quotidienne qui récidive tous les quinze jours environ. Maigreur, tristesse, faiblesse, teint pâle, jaunâtre.

Le 14 février, la fièvre récidive avec violence.
Les 15, 16 et 17, accès intense à six heures du soir.
A dater du 18, je fais prendre à la fille Lespinasse quatre pilules de quinium, deux le matin et deux le soir.
Les 18 et 19, accès.
Le 20, pas d'accès.
Le quinium est pris à la dose de 2 grammes jusqu'au 25. Pas d'accès.
Du 25 février au 28 mars, la fille Lespinasse prend 1 gramme de quinium par jour, les accès fébriles ne reviennent plus, la nutrition est meilleure, et dans les premiers jours de mai toute apparence de maladie a disparu.

RÉSUMÉ.

Il me semble ressortir de la comparaison des faits:

Que la marche des fièvres intermittentes est moins rapide qu'on ne le croit, en se rapportant seulement aux symptômes des accès;

Que l'éloignement des localités insalubres, le repos et les soins hygiéniques peuvent seuls faciliter la disparition des signes de l'intoxication;

Que les accidents étudiés sous le nom d'accès ont d'autant plus d'intensité et de durée que la saison est plus chaude;

Que le sulfate de quinine est indispensable pour combattre tout accès intense;

Que les fièvres ont d'autant plus de tendance à se terminer spontanément qu'elles sont plus anciennes ou que la saison est plus éloignée des mois chauds de l'année;

Que les fièvres récidivées peuvent être traitées par la cinchonine, le quinium ou l'expectation;

Que la meilleure économie à faire par l'administration dans le traitement des fièvres intermittentes consiste à traiter complétement les malades, à ne donner du sulfate de quinine qu'à l'hôpital, à l'administrer largement dans les mois de juillet, août et septembre, en se bornant en dehors de la saison épidémique au régime tonique et à l'emploi du quinium dans le cas d'accès rebelles.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENTS.

I. REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI.

Les numéros d'avril à septembre 1855 renferment les travaux originaux suivants: 1° *Perversion irrégulièrement intermittente de la galactopoïèse; saignée du pied; guérison*, par le docteur Saurel. 2° *Quelques cas de fièvres intermittentes pernicieuses*; par le docteur B. Arnaud. 3° *Rétroversion de l'utérus dans l'état de gestation; irréductibilité du déplacement; mort du produit de la conception; élimination spontanée d'une partie de ses débris par le rectum; guérison*; par le docteur Guichard. 4° *Sur la valeur de l'homœopathie dans le traitement du choléra-morbus épidémique*; par le docteur Roux (de Cette). 5° *Observation d'épilepsie vermineuse*; par le docteur Artaud (du Gers). 6° *Sur la possibilité de rappeler à la vie les enfants nouveau-nés longtemps après la mort apparente*; par le docteur Cabaret. 7° *De l'emploi extérieur de l'ammoniaque*; par le docteur Chrestien. 8° *Sur le traitement de quelques états morbides confondus à tort avec la fièvre typhoïde*; par le docteur T. P. Desmartis. 9° *De la vie hygide et de la vie pathologique considérées dans leurs ressemblances*; par le professeur Jaumes. 10° *De l'influence qu'exercent l'hygiène et l'éducation de la femme sur la grossesse et l'accouchement*; par le docteur Mattei. 11° *Quelques mots sur l'action antidiarrhéique de la corne de cerf calcinée*; par le docteur de Larue. 12° *De la médication purgative contre la hernie étranglée*; par le docteur Sèze. 13° *De l'inoculation du venin de la vipère commune comme moyen prophylactique de la fièvre jaune*; par M. Humboldt. 14° *Observation de rétraction musculaire syphilitique*; par le docteur Tourrel. 15° *Ophthalmie monoculaire intermittente; choléra rémittent; fièvre septane larvée à l'occasion d'une lésion traumatique*, lettre par le docteur L. Saurel. 16° *Nouveau cas de fièvre éclamptique ou convulsive*; par le docteur Liégey. (Suite.) 17° *Rhumatisme préabdominal*; par le docteur Cabaret. 18° *La folie et le délire au point de vue du vitalisme*; par le docteur L. Saurel. 19° *De l'emploi et des effets du bain d'air comprimé*; par le même. 20° *De la médication purgative contre l'étranglement herniaire et le météorisme aigu de l'abdomen*; par le docteur J. Verdier. 21° *Nouvelle méthode de traitement des hernies étranglées*; par le docteur Larue. (L'auteur vante l'administration de l'extrait aqueux de belladone à la dose de 20 centig. dans une potion de 60 gr., prise par cuillerées à café toutes les dix minutes.) 22° *Observation confirmative de la théorie de M. Roche sur l'intermittence de la fièvre*; par M. Brugnier. 23° *Observation sur l'emploi du seigle ergoté dans les accouchements*; par M. Léon Lafon. 24° *Remarques sur la constitution médicale de l'automne de* 1854 *à Gondrin (Gers)*; par le docteur Artaud. 25° *Fracture comminutive de la jambe; irrigations froides; gangrène; guérison*; par le docteur Barthez (de Cette). 26° *De l'influence que certains états morbides peuvent exercer sur la marche de la phthisie pulmonaire*; par le docteur Guyton. 27° *De l'emploi extérieur des cantharides*; par M. Chrestien. 28° *Mémoire sur le traitement du bubon ramolli, d'après la méthode de M. Sirus-Pirondi*; par M. Bouisson, interne à l'Hôtel-Dieu de Marseille. (Cette méthode consiste à appliquer sur la peau, préalablement dépouillée de son épiderme par un vésicatoire, des plumasseaux de charpie imbibés de teinture d'iode. L'auteur se loue beaucoup de cette méthode.) 29° *Remarques sur le choléra de Marseille en* 1855. 30° *Des moyens propres à combattre la congestion cérébrale survenue pendant le travail d'accouchement*; par M. Cabaret. 31° *Considérations pratiques sur les fièvres typhoïdes*; par le docteur Guyton. 32° *Du chlorate de potasse dans les stomatites mercurielles gangréneuses et ulcéro-membraneuses*; par M. L. Saurel. 33° *Note sur l'emploi de l'ammoniaque liquide dans le traitement des affections scrofuleuses*; par M. J. Verdier. 34° *Choléra très-grave chez une femme enceinte; guérison après l'avortement*; par M. T. Desmartis.

RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS DANS L'ÉTAT DE GESTATION; IRRÉDUCTIBILITÉ DU DÉPLACEMENT; MORT DU PRODUIT DE LA CONCEPTION; ÉLIMINATION SPONTANÉE D'UNE PARTIE DE SES DÉBRIS PAR LE RECTUM; GUÉRISON; par M. A. GUICHARD, médecin adjoint de l'Hôtel-Dieu de Troyes.

Obs. — Une dame, dont la grossesse remontait à deux mois, fut affectée d'une rétroversion utérine. Douleurs vives, rétention des fèces et de l'urine. On essaie de réduire l'organe. La malade est placée au bord de son lit, sur les genoux, le siége élevé et soutenu par des aides. « Un doigt de la main gauche, introduit dans les voies génitales, atteint le col de l'utérus qui se trouve au-dessus de la branche horizontale du pubis; deux doigts de la

main droite, introduits avec précaution dans le rectum, vont s'appuyer sur le bas-fond de l'utérus qu'on percoit facilement à travers la paroi intestinale. Je m'efforce, par les manœuvres combinées qu'on fait en pareil cas, de réduire l'utérus : je n'obtiens rien. J'emploie la force, je ne réussis pas davantage. » Cette tentative infructueuse fut suivie dans la soirée de vomissements et de douleurs excessives; le facies était grippé, le pouls petit, défaillant. Un traitement convenable enraya ces symptômes; mais la malade conserva l'utérus rétroversé.

Un mois plus tard, vers la fin d'avril, il se déclara quelques douleurs suivies de l'évacuation d'un liquide semblable à celui de l'amnios; puis tout travail s'arrêta.

Vers la fin de juin, la pression sur l'anus avait diminué; l'abdomen paraissait moins développé. Évidemment la matrice avait cessé de s'accroître.

En août et septembre survient une diarrhée presque incoercible, qui se prolongea six semaines, puis elle cesse et est remplacée par un flux utérin très-fétide, ichoreux, qui dura huit jours. Après ces accidents, la malade put se remettre assez bien pour vaquer à ses occupations domestiques.

Au mois de décembre, après un effort fait en levant les bras au-dessus de sa tête, cette femme éprouva aussitôt une pesanteur anale et un ténesme pressant. Elle rend alors du pus avec un petit os; celui-ci fut suivi, quelques jours plus tard, de l'expulsion d'un coronal, d'une moitié de la mâchoire inférieure et d'un humérus. Après ces accidents, la guérison fut complète, et celle-ci ne s'était pas démentie depuis deux ans et demi.

Cette observation est remarquable sans doute sous le rapport des ressources que nous offre la nature dans les cas les plus compliqués; mais on peut se demander si l'art a fait ici tout ce que l'on était en droit d'en exiger. Nous sommes tenté d'en douter, en nous rappelant les faits heureux de réduction publiés dans ces dernières années. La GAZETTE MÉDICALE DE LYON a cité l'observation d'une réduction opérée avec succès pour la mère et pour l'enfant dans une grossesse datant de cinq mois. Mais pour atteindre ce résultat, l'opérateur fut obligé d'introduire non pas seulement deux doigts (ce qui ne peut permettre qu'un faible effort), mais la main *presque tout entière* dans le rectum pour repousser le fond de l'utérus. Or si la réduction est possible à cinq mois ne doit-elle pas l'être *à fortiori* lorsque la conception ne remonte qu'à deux mois?

II. GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG.

Les numéros d'avril à septembre 1855 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *La philosophie médicale devant l'Académie*; par le professeur Forget. 2° *Compte rendu et résumé de la clinique médicale de la Faculté de médecine de Strasbourg*; par M. Schutzemberger. 3° *Implantation latérale du placenta sur le col; hémorrhagie grave; spasme de l'orifice interne; enfant mort; rupture prématurée de la poche; version impossible; forceps; guérison de la mère*; par M. Ch. Lauth. 4° *Observation d'ascite par cyrrhose du foie traitée par les injections iodées; mort par hémorrhagie intestinale*; par le docteur Strohl. 5° *Etude statistique sur l'aliénation mentale dans le département du Bas-Rhin*; par le docteur Dagonet. 6° *Essai sur la chirurgie de Strasbourg*; par le docteur Michel. (Suite.) 7° *Essai sur l'affection cutanée endémique des Zibans, connue généralement sous le nom de bouton de Biskara*; par M. Weiss, ancien aide-major aux ambulances d'Afrique. 8° *Convulsion à forme éclamptique chez un homme; terminaison par la mort; autopsie; analyse du sang*; par M. Picart, interne. (Clinique de M. Forget.) 9° *Histoire anatomo-pathologique des tubercules*, rapport par le professeur Küs. 10° *Du brownisme et du contro-stimulisme; l'école française et l'école italienne*; par le docteur Biéchy.

ESSAI SUR L'AFFECTION CUTANÉE ENDÉMIQUE DES ZIBANS (AFRIQUE), CONNUE GÉNÉRALEMENT SOUS LE NOM DE BOUTON DE BISKARA; par le docteur WEISS, ancien aide-major aux ambulances d'Afrique.

L'affection cutanée, connue sous le nom de bouton de Biskara, est particulière à toutes les oasis des Zibans, mais surtout à celle de Biskara. C'est une maladie le plus souvent à forme tuberculeuse, à marche lente, obscure, et se terminant presque généralement par un ulcère rongeant et une cicatrice difforme. Elle offre ainsi beaucoup d'analogie avec le bouton d'Alep; elle présente en général quatre périodes :

1° Période d'éruption : tubercule siégeant dans l'épaisseur même de la peau.

2° Période de suppuration : pustules semblables à celles de l'ecthyma, qui se rompent et forment des croûtes analogues à du miel desséché.

3° Période d'ulcération : au-dessous des croûtes la peau devient le siége d'une ulcération rongeante, à bords frangés, taillés à pic, parfois renversés.

4° Période de cicatrisation : le fond de l'ulcère se couvre enfin de bourgeons charnus de bonne nature, surtout si on l'a excité par la cautérisation, les bords s'affaissent et la cicatrisation s'opère.

Telle est la marche générale du bouton de Biskara, qui parfois n'offre que les deux premières périodes, et n'en laisse pas moins une cicatrice ineffaçable. Son siége de prédilection est la face et les membres; jamais le tronc n'en est affecté. Rien ne prouve jusqu'ici qu'il soit contagieux.

L'étiologie de cette maladie est très-obscure; toutefois le docteur Weiss paraît en attribuer la principale origine à l'eau que l'on boit à Biskara.

Quant au traitement, tous les moyens ont échoué à peu près tant que les malades n'ont pas quitté les lieux où ils l'avaient contractée. Le changement de climat suffisait souvent pour amener une amélioration assez prompte. Le docteur Weiss pense que des soins hygiéniques bien entendus, qui auraient pour but d'éviter les refroidissements, de favoriser une douce transpiration, d'entretenir la propreté du corps et surtout la précaution de boire une quantité modérée d'eau, après l'avoir clarifiée, pourraient peut-être fréquemment prévenir la maladie.

III. BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE POITIERS.

Deuxième série (1855).

Ce bulletin renferme les travaux originaux suivants : 1° *Tétanos traumatique; opiacés; bains d'air chaud; guérison*; par M. Delaunay. 2° *Études cliniques sur les tumeurs érectiles*; par M. Cabaret (de Saint-Malo.). 3° *Herpès tonsurant guéri sans aucune médication topique*; par M. de la Mardière. 4° *Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu*; par M. Gaillard. 5° *Compte rendu du service des vénériens et des galeux de l'Hôtel-Dieu de Poitiers*; par M. Quotard. 6° *Introduction d'un haricot dans la trachée-artère; trachéotomie; guérison*; par M. Izenard.

INTRODUCTION D'UN HARICOT DANS LA TRACHÉE-ARTÈRE; TRACHÉOTOMIE; GUÉRISON; par M. IZENARD.

OBS — Une enfant âgée de 7 ans, avala brusquement un haricot qu'elle s'amusait à recevoir dans sa bouche après l'avoir jeté en l'air. Il se déclare aussitôt des accès de suffocation qui se calment d'eux-mêmes au bout d'une demi-heure. Ce calme dure quatre jours.

Le cinquième jour, il survient une toux comme croupale; on crut à une bronchite commençante. Dans l'après-midi du même jour, la suffocation devient imminente et l'on entend distinctement dans la trachée le bruit de va-et-vient produit par le haricot.

Le septième jour, la figure est violacée, le pouls petit, déprimé, la peau froide; l'enfant suffoquait. On se décide à pratiquer la trachéotomie. Bientôt le haricot vint se présenter à l'ouverture artificielle, et fut saisi avec des pinces et extrait.

Les suites de l'opération furent très-simples, et la petite plaie, dont les bords furent affrontés avec des bandelettes de taffetas gommé, fut promptement cicatrisé.

La voix seule est restée encore enrouée.

ÉTUDES CLINIQUES SUR LES TUMEURS ÉRECTILES VASCULAIRES, FONGUEUSES, ETC.; par le docteur CABARET (de Saint-Malo).

Les tumeurs érectiles congénitales restent souvent stationnaires pendant toute la vie, mais, d'autres fois, sous l'influence de stimulations directes, ou même sans cause appréciable, on les voit grossir et envahir les tissus environnants. Il devient alors d'autant plus urgent d'en opérer la cure, qu'elles s'accompagnent d'hémorrhagies incoercibles qui finissent par épuiser le malade.

Parmi les moyens divers conseillés dans ce but, M. Cabaret donne la préférence à l'excision pratiquée dans les parties saines, avec réunion de la plaie par suture entortillée. Il cite, à l'appui de son opinion, deux observations de tumeurs érectiles, dont l'une récidivée et de la grosseur d'un œuf d'oie, dans lesquelles l'excision a amené une guérison durable.

M. Cabaret nous a paru, dans son mémoire, adopter l'excision presque à l'exclusion des autres méthodes opératoires. Tout en approuvant cette opération comme une des meilleures à opposer aux nœvi, nous ne pensons pas qu'il soit prudent de rejeter complétement les autres moyens conseillés dans ce but, à savoir : la destruction de ces tumeurs par les caustiques ou les inflammations oblitérantes, qui nous paraissent préférables dans une foule de cas. Le choix de la méthode doit dépendre de la profondeur et de la situation particulière de la profondeur et de la situation particulière de la maladie, et aujourd'hui que l'on possède de nouveaux agents assez doux propres à favo-

riser l'oblitération des vaisseaux, le problème se présente sous un jour peut-être plus favorable.

(La fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 24 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

OBSERVATION DE MUTITÉ ET D'APHONIE COMPLÈTES, DATANT DE DOUZE ANNÉES, RAPIDEMENT GUÉRIES PAR L'APPLICATION DE L'ÉLECTRICITÉ D'INDUCTION, par M. SÉDILLOT.

Hirschel Sara, âgée de 30 ans, nous fut amenée à la clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Strasbourg, le 19 nov. 1855, par un de nos confrères, M. le docteur Flamant, de Sélestat.

Cette jeune femme avait été frappée, douze années auparavant, d'une mutité et d'une aphonie complètes, à la suite d'un vif mouvement de frayeur. Depuis ce moment, on avait eu recours à de nombreux traitements, par les antiphlogistiques, les révulsifs et les antispasmodiques, sans aucun résultat avantageux. La malade comprenait très-bien tout ce qui était dit autour d'elle, y répondait par ses gestes, mais était dans l'impossibilité de prononcer une seule parole et d'émettre aucun son. Lorsque nous eûmes l'occasion de l'examiner, nous constatâmes, comme on l'avait fait avant nous, une sorte de rétraction de la langue, qui était portée en arrière et en haut, et dont la pointe, dirigée contre la voûte palatine, n'était abaissée volontairement qu'avec une certaine difficulté et ne pouvait arriver au contact des arcades dentaires, malgré tous les efforts de la malade. Le tissu lingual était souple et sans altérations apparentes; la déglutition des boissons et des aliments était facile, et la santé générale n'avait pas souffert, malgré quelques attaques hystériques. La mutité et l'aphonie avaient persisté, sans nulle interruption, depuis douze ans, avaient été constatées par plusieurs médecins et étaient de notoriété publique.

Les faits que nous venons de raconter nous parurent démontrer l'existence d'une paralysie des principaux muscles extrinsèques de la langue et particulièrement des génio-glosses, paralysie étendue à l'appareil laryngé, et compromettant l'action des cordes vocales. Aucune opération chirurgicale n'était indiquée, mais il nous sembla que l'on pourrait recourir avec avantage à l'emploi de l'électricité par induction, dont on connait déjà d'heureux effets, et il fut convenu que nous mettrions en usage l'appareil de MM. Legendre et Morin, que nous possédions.

Un premier essai eut lieu le 20 novembre. L'un des fils de l'appareil fut dirigé sur la langue et y fut appliqué tantôt sur un point, tantôt sur un autre, tandis que le second fil était promené sur l'apophyse mastoïde, la partie supérieure et postérieure du cou, et il devint évident que les mouvements de la langue prenaient plus de liberté. La pointe de l'organe arrivait plus aisément à l'arcade dentaire, qui était parfois dépassée. Cette première tentative, continuée quelques minutes, ne fut pas renouvelée avant le 27 novembre, en raison d'une violente céphalalgie qui en fut la conséquence probable. L'amélioration survenue dans la mobilité linguale persista, mais n'entraîna pas d'autres changements. Le 27, l'électricité appliquée de la même manière, en présence des élèves de la clinique, eut des effets beaucoup plus remarquables. La langue atteignit l'intervalle des lèvres, les franchit, et un instant après la malade commença à parler d'une façon très-distincte, quoique la voix ne fût pas encore rétablie. La mutité, on le voit, avait disparu malgré la persistance d'un assez grand degré d'aphonie, comme on en rencontre chaque jour de fréquents exemples. La prononciation déterminait, lorsqu'elle était prolongée, des douleurs ou plutôt une sorte de tiraillement et de fatigue dans la direction des régions styloïdienne et hyoïdienne, dépendant vraisemblablement de la fatigue des muscles qui avaient recouvré leur activité. Plusieurs autres séances d'électrisation développèrent de plus en plus la voix, qui n'avait jamais été très-forte, et la malade retourna chez elle, quinze jours plus tard, parfaitement guérie.

On possède plusieurs exemples des heureux effets de l'application de l'électricité dans la mutité et l'aphonie; mais aucun qui soit aussi remarquable par l'ancienneté de la maladie et la rapidité et la perfection du succès.

On trouve dans les mémoires de l'Académie des sciences, année 1753, l'histoire d'une jeune fille de 14 ans frappée de paralysie et de perte de la parole par suite de frayeur, et qui se rétablit sous l'influence d'électrisations répétées. Le temps écoulé entre l'accident et la guérison n'a pas été nettement précisé, mais n'avait pas été de longue durée. Trois faits de même nature ont été rapportés dans un journal allemand (CANSTATT'S JAHRESBERICHT, 1843, 45, 47). L'un, dû à César Pellegrini, est celui d'un jeune homme de 24 ans, dont l'aphonie, datant de seize mois, céda à douze séances d'électrisation avec une pile de 70 éléments. Le second, dû au docteur Walter, concerne un homme de 45 ans qui recouvra la parole abolie depuis peu de temps. On avait employé un appareil électro-magnétique. La troisième observation concerne une jeune syphilitique de 24 ans, complétement aphone par suite d'une laryngite chronique, qui retrouva la voix à sa troisième séance d'électrisation.

Il serait inutile de multiplier ces exemples dont la plupart manquent d'une suffisante analogie. Nous insisterons seulement sur la fréquence des paralysies produites par un accès de frayeur, et sur l'instantanéité des guérisons parfois obtenues, même après un laps de temps très-considérable. On doit en conclure que la modification organique, probablement survenue dans le tissu nerveux à l'origine des nerfs cérébraux, si ce n'est dans quelques parties de l'encéphale, est une modification peu profonde, peu résistante à l'influence de certains excitants appropriés, et qu'une vive émotion, en donnant une forte secousse à l'appareil cérébro-spinal, peut-être, jusqu'à un certain point, comparée à l'action du galvanisme. On s'expliquerait ainsi certains faits miraculeux qui ont de tout temps excité l'attention publique et mérité l'intérêt des observateurs.

En tout cas, la guérison de notre malade montre que l'ancienneté de la mutité et de l'aphonie déterminées par une cause brusque, telle que la peur, sans lésions organiques profondes, ne doit pas être un motif de désespérer ni d'abandonner le malade dans la supposition d'une incurabilité que rien ne démontre.

— M. Junod présente une note ayant pour objet d'établir en sa faveur la priorité d'invention des *bains d'air comprimé* et de leur application à la thérapeutique.

(Renvoi à l'examen d'une commission composée de MM. Andral, Rayer, Ch. Bernard.)

— M. Desmartis, de Bordeaux, soumet au jugement de l'Académie une *Note sur l'emploi des venins en thérapeutique.*

(Commissaires, MM. Duméril, Bernard, Moquin-Tandon.)

SÉANCE DU 31 DÉCEMBRE.

M. MOREL adresse au concours, pour le prix de médecine et de chirurgie de 1856, un travail intitulé : MÉMOIRE SUR LA FORMATION DES DÉGÉNÉRESCENCES DANS L'ESPÈCE HUMAINE.

Ce mémoire est accompagné, conformément à une condition imposée aux auteurs pour ces sortes de concours, d'un résumé indiquant les parties que l'auteur considère comme neuves ou sur lesquelles il désire appeler particulièrement l'attention.

Les questions principales traitées sont les suivantes :

1° Que faut-il entendre par dégénérescence?

2° Caractères distinguant les dégénérescences des variétés naturelles dans l'espèce;

3° Action des causes dégénératrices;

4° Classification des êtres dégénérés;

5° Conditions générales du traitement.

(Réservé pour la future commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— M. ROUGET présente pour le même concours des RECHERCHES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES SUR LES APPAREILS ÉRECTILES.

(Réservé pour la future commission.)

— M. BOUNICEAU présente un sixième mémoire sur la *sangsue médicinale.* Dans cette nouvelle partie, l'auteur présente, entre autres faits, des observations suivies sur des sangsues élevées dans des réservoirs portatifs et qui se sont trouvées, au bout de vingt et un à vingt-deux mois, aptes à la reproduction de l'espèce.

(Commission précédemment nommée.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 8 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie les pièces suivantes :

1° Le rapport final de M. le docteur Causard sur une épidémie de dyssenterie qui a régné dans onze communes de l'arrondissement de Châtillon.

2° Plusieurs rapports de M. le docteur Dehée sur diverses épidémies qui ont régné dans l'arrondissement d'Arras en 1855. (Commission des épidémies.)

3° Le tableau des vaccinations pratiquées dans le département de la Seine en 1854. (Commission de vaccine.)

— La correspondance non officielle comprend :

Une observation de M. le docteur Bériguy (de Versailles) sur un cas de rupture de l'utérus au sixième mois de la grossesse. (Commissaire : M. Guérard.)

— M. BOULLAY donne lecture, au nom de la commission des eaux minérales, d'un rapport favorable au sujet d'une demande d'exploitation d'une fabrique d'eaux gazeuses artificielles.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées sans discussion.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le mémoire de M. Bouvier.

DISCUSSION SUR LES EXUTOIRES.

La parole est à M. Malgaigne.

· M. MALGAIGNE, avant de commencer son discours, dépose sur le bureau, au nom de M. Chassaignac, le TRAITÉ DE L'ÉCRASEMENT LINÉAIRE.

L'Académie se souvient, dit l'orateur, du discours par lequel M. Bouvier

avait semblé clore, il y a longtemps déjà, la discussion sur le séton et la révulsion en général. Il avait recherché s'il y avait une doctrine de la révulsion chez les anciens; s'il existait chez les modernes une doctrine et des principes de la révulsion; il avait examiné si ces doctrines étaient filles l'une de l'autre, jusqu'à quel point les principes de la médecine antique ressemblaient à ceux des modernes, si tant est qu'il en existe de nos jours. M. Bouvier avait résolu victorieusement toutes ces questions. En commençant son discours, il avait annoncé qu'il allait faire une réponse sérieuse à un discours moins sérieux qu'agréable; ce discours, c'était le mien. Au sein même de l'Académie, comme en dehors d'elle, on semblait me donner tort; les organes de la presse médicale de Paris, qui après tout, je me plais à le reconnaître, est la première presse critique du monde, se réjouissaient de voir réduites à néant mes idées subversives. Dès lors le discours de M. Bouvier devint pour moi infiniment sérieux, et je n'ai pas voulu le laisser sans réponse.

Tandis que j'avais déclaré qu'il n'y a pas, qu'il n'y a jamais eu de doctrine de la révulsion, M. Bouvier affirmait qu'il existait une doctrine et des principes de la révulsion, et, à l'exception de M. Piorry, tous les orateurs qui se sont succédé à cette tribune ont pris parti contre moi, et se sont rangés du côté de M. Bouvier.

Comme quelques-unes de mes opinions n'ont pas été bien rendues, ce qui est de ma faute sans doute, je résumerai d'abord la marche de cette discussion. Tout d'abord, à l'annonce d'un nouveau séton, je suis venu combattre le séton en particulier, et généralement tous les exutoires à demeure; c'est ainsi que je me suis trouvé conduit à discuter la doctrine même de la révulsion, dont on nous a présenté les principes comme démontrés chez les anciens et chez les modernes, ce que je nie de la manière la plus formelle. Aujourd'hui j'achèverai ce que je puis dire sur le séton, je passerai ensuite aux principes de la révulsion, et j'examinerai enfin ce qu'on doit entendre, en médecine, par des lois et par des principes, élevant ainsi le débat à une plus grande hauteur encore que ne l'a fait mon honorable adversaire.

Il y a d'abord les faits de M. Bouvier, quant à l'utilité du séton; ces faits, je ne m'y tiendrai pas; j'en ai fait la critique, et il ne me paraît pas utile d'y revenir. J'avertis seulement la presse médicale, et j'avertirai nos collègues de l'Académie que le consensus général a été troublé au sujet des observations de M. Bouvier, qui n'ont produit qu'une médiocre sensation. Le BULLETIN DE L'ACADÉMIE contient des renseignements singuliers au sujet de quelques-uns des malades de M. Bouvier; quelques-uns ont eu des récidives; une des guérisons a eu lieu sur un jeune homme que M. Bouvier déclare incurable.

M. Bouvier demande qu'on n'y regarde pas de trop près; il ne veut pas qu'on examine ses faits et sa doctrine à travers le prisme de la prévention. Je n'ai pas de doctrine de la révulsion, moi; mais si j'en avais une, je voudrais qu'on l'examinât à travers ce prisme. Les magnétiseurs, eux aussi, demandent à ce qu'on n'examine pas leurs faits de trop près, à ce qu'on ne les voie pas à travers le prisme de la prévention. Je ne voudrais pas assurément leur comparer notre honorable collègue, mais quand on est convaincu de l'excellence d'une doctrine, on ne redoute pas pour elle un examen sévère. M. Bouvier a pu se tromper, et je suis persuadé qu'il se trompe.

Je me souviens que M. Bouvier, plus sceptique en chirurgie qu'en médecine, a soumis à une sévère critique certains faits d'orthopédie; il a nié qu'on puisse réduire les luxations coxo-fémorales congénitales, et cependant d'honorables chirurgiens de Lyon, une Société médicale tout entière, déclarent l'avoir constaté. Je ne veux pas me prononcer sur ce sujet, mais je crains que M. Bouvier n'ait montré ici un peu de prévention. Pourquoi donc M. Bouvier, si sévère dans cette circonstance, l'est-il aussi peu en matière de séton? La médecine aurait-elle droit à une critique moins sévère que la chirurgie? Mais nous, qui sommes chirurgiens, nous vous demandons le droit de n'être pas moins sévères dans l'examen des faits que vous nous apportez, et je déclare que je n'ai jamais vu de faits aussi pauvres et aussi peu concluants.

De tous les orateurs qui se sont succédé à la tribune, pas un n'a apporté de faits et n'a pris la parole en faveur du séton; les uns par respect pour M. Bouvier, les autres par respect pour la vérité et pour eux-mêmes. Il y a bien des faits de M. Bonley et de M. Leblanc. J'ai eu le malheur de piquer un de nos honorables collègues, je ne parlerai donc pas du séton vétérinaire. M. Bousquet m'a d'ailleurs fourni une très-bonne raison pour m'abstenir, c'est que la médecine humaine est loin d'en retirer les mêmes avantages, ce qui peut tenir à la différence des espèces.

Quant à M. Bouillaud, il nous a dit qu'il n'avait pas d'expérience personnelle; s'il n'a pas d'expérience propre relativement au séton, c'est qu'il ne l'a pas employé, et pour qu'un homme de la valeur de M. Bouillaud n'en ait point fait usage, il faut qu'il y ait de bonnes raisons pour cela. Mais, il y a plus, M. Bouillaud a examiné tous les exutoires à demeure, et il nous a dit, en employant une expression populaire, qu'ils agissaient généralement comme un cautère sur une jambe de bois. La phrase a paru si bonne à M. Piorry qu'il l'a répétée. M. Parchappe, lui, ne s'en est guère expliqué; il nous a parlé seulement des effets curatifs que nous obtenons tous les jours dans les maladies chroniques. M. Parchappe aurait dû nous raconter en quoi consistent ces effets curatifs et les faire connaître à ceux qui ont le malheur de les ignorer comme M. Bouillaud, M. Piorry et moi.

M. Bousquet nie qu'on ait jamais guéri un phthisique avec ces exutoires; il dit, en parlant des exutoires à vie : les malades n'y gagnent rien que d'avoir deux maladies au lieu d'une; il vient un moment où toute révulsion est impuissante. Mais, tandis qu'il rejette les exutoires dans les maladies internes, il consent à les admettre dans la pratique chirurgicale. « Il est d'expérience, dit-il, que les cautères sont précieux dans quelques maladies des os, et notamment dans la maladie de Pott; » c'est-à-dire précisément dans le cas où moi, qui suis chirurgien, je leur refuse toute espèce d'efficacité, et, ici, M. Bouvier est de mon avis. M. Bousquet veut aussi du séton au cas dans quelques ophthalmies. Mais ce qu'il en dit est singulièrement atténué par ces paroles qui terminent son discours : « Il ne faut pas se le dissimuler, les révulsifs sont les ressources de l'ignorance qui ne sait que faire; ils le sont aussi de la science à bout de moyens. (L'ignorance qui ne sait que faire et la science à bout de moyens, il me semble qu'il y a là une grande ressemblance.)..... Et cette pratique est si bien entrée dans les idées du peuple (qu'est-ce que cela fait à la question) que le médecin qui y manquerait ne connaîtrait pas toutes les ressources de son art (de la science à bout de moyens) et n'aurait pas fait tout son devoir (en refusant d'obéir aux idées du peuple). Peu de malades meurent de maladies soit aiguës, soit chroniques, qui ne portent des vésicatoires ou des sinapismes. » Puisque le médecin n'a dans les exutoires que la ressource de l'ignorance qui ne sait que faire, ne peut-elle pas tout aussi bien s'en passer?

J'en terminerai avec le séton en faisant remarquer que la meilleure justification de l'initiative que j'ai prise est le choix fait par l'Académie d'une question de prix ainsi conçue : *Sur le degré d'utilité des exutoires dans les maladies chroniques*. La question est bien posée ainsi, car elle ne préjuge rien ni en bien ni en mal.

J'arrive maintenant à examiner si la médecine a des principes et une doctrine de la révulsion. J'ai dit que tout ce qui en existe chez les anciens se réduit à un ou deux passages d'Hippocrate et à une théorie fantastique, obscure, que l'on trouve dans les commentaires de Galien; dans Celse, il n'y en a pas de trace. Il y a une chose que j'ai admirée dans la réfutation de M. Bouvier, c'est que si quelqu'un veut apporter une idée nouvelle, il trouve toujours des juges sévères, exigeants; s'agit-il, au contraire, d'une chose qui ait quelque petit droit de domicile dans la science, on l'admet avec facilité, avec complaisance. Ainsi, M. Bouvier n'a pas cité un seul texte qui se rapportât exactement à ce qu'il voulait prouver, et chacun de dire qu'il avait les mains pleines de preuves et qu'il avait clairement établi l'antiquité de la révulsion en grec et en latin. Eh! bien, sans revenir sur un sujet épuisé, je dirai à M. Bouvier qu'il a mal compris Celse; je me charge de démontrer à mon honorable adversaire qu'il n'y a aucune analogie entre l'*evocare* de Celse et la révulsion proprement dite, par l'examen de maint et maint passage que je mets à sa disposition. Qu'est-ce qu'une doctrine? M. Bouvier nous l'a dit : « C'est un ensemble de faits systématisés, c'est-à-dire rapprochés par un point commun, par un fait général qui montre leur affinité, leur origine semblable. » J'accepte cette définition. S'il n'y a pas de doctrine formulée, il n'y aura donc pas de doctrine; sinon, il y aura une doctrine à faire et non pas une doctrine faite. Mais cette formule, cette systématisation n'existent nulle part. Montrez vos faits, montrez celle doctrine faite dans Hippocrate et dans Galien et ne la faites pas. M. Bouvier a recueilli des faits qu'on peut expliquer par la révulsion, et il en a fait une doctrine très-bonne, j'en conviens, mais qui n'est pas celle des anciens. Il ne nous a pas apporté un texte où se trouve la formule de la révulsion; aussi, je porte le défi aux membres de cette Académie et à la presse médicale de citer sur la révulsion autre chose que ce qu'en a dit Galien et que j'ai reproduit ici aux rires de cette assemblée. Au sujet de ce commentaire de Galien, M. Bouvier m'a accusé d'avoir altéré le texte de M. Daremberg; j'ai cité textuellement, entre guillemets, la phrase de M. Daremberg, dans laquelle celui-ci déclare n'avoir pas réussi à dissiper toutes les obscurités qui planent sur le sens même et la définition des mots et sur la doctrine que ces mots représentent. Comme l'insinuation de M. Bouvier était complètement gratuite, j'ai écrit à M. Bouvier de vouloir bien la retirer quand il en trouverait l'occasion. Il paraît que jusqu'à ce jour cette occasion lui a manqué. J'ai eu depuis une conversation avec M. Daremberg; celui-ci m'a dit : « Ma conclusion est trop forte; la doctrine de Galien est assurément obscure en beaucoup de points, mais non pas partout. » J'ai dû lui répondre : il est impossible d'en tirer quelque chose de net et de défini; il y a bien quelque chose dans Galien, mais il serait impossible qu'une intelligence humaine pût créer le chaos tout entier! Cependant M. Bouvier, tout en exaltant Galien, éprouve comme un léger remords; il nous a dit que Galien avait mêlé à la doctrine de la révulsion des idées d'humorisme mal sonnantes à nos oreilles, puis, il ajoute, peut-être à sa place eussions-nous fait pis. Ainsi M. Bouvier plaide les circonstances atténuantes; je lui accorde ceci, mais sans retirer l'accusation que j'ai portée contre Galien d'avoir plongé la science dans un véritable galimatias. Pour que la révulsion fût acquise à la science, il faudrait, comme je l'ai déjà dit : premièrement, l'intelligence de ce qu'on fait, c'est-à-dire l'histoire physiologique des révulsifs; secondement, des règles présidant à leur emploi. J'avais dit, si vous n'avez pas de doctrine, peut-être avez-vous une pratique de la révulsion? Vous venez de voir qu'il n'existait pas l'ombre d'une doctrine de la révulsion chez les anciens, la pratique de la révulsion n'existait pas davantage. Et pourtant M. Bouvier est venu nous dire : « La doctrine créée, il restait à exposer les règles, les principes qui fixent son application dans la pratique; les anciens n'y ont pas manqué. » Pour étayer cette opinion, M. Bouvier a arrangé une série de textes des anciens; mais les anciens ne se doutaient en aucune façon de ce que M. Bouvier leur fait dire. Qu'on me fasse voir un seul de ces préceptes qui fixe l'application de la révulsion et qui soutienne le contrôle de l'expérience. Il n'est véritablement pas permis de faire ainsi l'histoire de la science. Les hommes qui, comme moi, ont fouillé quinze ans dans les écrits des anciens savent combien il est difficile d'y retrouver l'équivalent de nos idées d'aujourd'hui. Prendre une vérité par ci par là, les rapprocher et en faire ressortir, par un artifice plus ou moins ingénieux, la conclusion que l'on veut en tirer, c'est faire un travail analogue à celui qui consiste à faire un centon avec des frag-

ments de vers empruntés à Virgile au hasard et nous donner cela pour du Virgile.

Mon collègue me pardonnera, mais il a constamment confondu la dérivation et la révulsion, que Galien différencie cependant. M. Bouvier applique des sétons à demeure et il les maintient après la guérison; pour révulser quoi, quand il ne reste plus rien. C'est là de la *dépuration*, l'écoulement des humeurs que l'on ne peut, en aucune façon, rattacher à la révulsion.

M. Bouillaud a bien compris le vice de l'argumentation de M. Bouvier. Vous citez des faits, lui a-t-il dit, mais vous ne nous montrez ni principe ni doctrine. Quant à M. Piorry, c'est un radical, il fait fi de la doctrine ancienne; c'est son droit, chacun suit son sentier. M. Parchappe, dans un discours remarquable par la forme et souvent aussi par le fond, nous a apporté aussi une doctrine de la révulsion antique. La doctrine de M. Parchappe n'est pas celle de M. Bouvier. En prenant les aphorismes, c'est-à-dire les écrits d'Hippocrate dont l'authenticité est le moins contestée, il a complétement mis en lumière cette très-grande vérité, peut-être au-dessus des idées de la médecine contemporaine, savoir : La maladie est une réaction de la vie contre la cause de la maladie, qui consiste dans une élaboration de la matière morbide, la coction. Quand la nature est supérieure, la coction se fait d'une manière complète et la médecine n'a pas à intervenir (excellent précepte donc je fais mon profit en chirurgie). Si la coction n'est pas complète, il faut évacuer la matière morbide. C'est ainsi que M. Parchappe entend la révulsion! Puisque M. Parchappe étudie avec tant de fruit les ouvrages d'Hippocrate, je m'étonne qu'il n'y ait pas trouvé la confirmation de ce que j'ai avancé. J'ai dit et je répète que dans les écrits hippocratiques il n'y avait pas une demi-douzaine de lignes que l'on pût rapporter à la révulsion, qu'il n'y avait pas un seul mot qui l'exprimât, qu'Hippocrate ne semblait pas même l'avoir connue de nom.

M. Parchappe, qui fait d'Hippocrate le créateur de la révulsion, nous a dit à propos de cette doctrine : « Le principe sur lequel son efficacité est fondée se résume en s'élevant de toute la hauteur d'un vitalisme dynamique au-dessus d'un vitalisme humoral, dans cet aphorisme : *duobus laboribus*. Eh bien! voilà où peut emporter une idée préconçue. Cet aphorisme est tout d'observation, c'est un fait pathologique et non une base. S'il avait eu la portée doctrinale qu'on lui prête, Galien n'eût pas manqué d'établir que cet aphorisme était le fond de la doctrine antique; pas du tout, en interprétant cet aphorisme, Galien a laissé cette considération en dehors. M. Bouvier s'est bien gardé d'expliquer comme M. Parchappe cet aphorisme qui, pour celui-ci, forme le sommet de la pyramide de la doctrine en question. Nous avons dont deux doctrines de la révulsion ancienne, celle de M. Parchappe et celle de M. Bouvier, qui ni l'une ni l'autre ne sont celle des anciens.

D'Hippocrate, M. Parchappe passe à Galien, et il se rend à lui-même ce témoignage que son résumé est fidèle. Voici comment il s'exprime : « Dans ce résumé fidèle de la doctrine de Galien, je n'ai pas fait entrer un certain nombre de vues particulières sur la dérivation considérée soit en elle-même, soit relativement à la révulsion.... Mais en *élaguant* de la doctrine de la révulsion ces vues complétement fausses, et en *modifiant*, dans des vues vitalistes le dogme humoral dont elles sont si fortement empreintes, il est facile d'y reconnaître les fondements solides de ces grandes vérités. » En élaguant et en modifiant une doctrine, est-il possible d'en faire un résumé fidèle? En élaguant et en modifiant Galien, on lui fait tenir le langage qu'on veut. Je ne veux pas affliger mon honorable collègue, M. Parchappe, mais je tiens le langage de Galien pour une énigme, et, le mot de cet énigme, personne ne l'a trouvé.

M. Bousquet a remercié M. Bouvier de lui avoir appris que les idées de Barthez étaient dans les écrits des anciens. On ne veut plus des théories des anciens, a dit M. Bousquet, mais on en conserve précieusement la pratique à laquelle on a donné des règles.

M. Parchappe est vitaliste, et il a pris soin de vous dire que les vitalistes devaient nécessairement prendre parti pour la révulsion, tandis que les antivitalistes devaient la combattre; il fait ainsi dépendre la doctrine de la révulsion de la grande question du vitalisme, dont il prévoit que l'Académie sera bientôt saisie. Eh bien! voici ma profession de foi : moi aussi je suis vitaliste, très-vitaliste; je suis vitaliste de l'école de Hunter, et je ne veux pas de ce vitalisme qui se plaît à de stériles spéculations. Je suis vitaliste avec Hunter, parce qu'il me fait voir la force vitale présidant à des actes que l'on observe et que l'on analyse. Mais vouloir prouver la révulsion par le vitalisme, *obscurum per obscurius*, me semble une entreprise impossible. Que M. Parchappe laisse donc de côté les grandes questions de doctrine, qu'il me démontre la révulsion par des faits et je l'accepterai.

Au sommet de sa pyramide de vitalisme, M. Parchappe place l'aphorisme *duobus doloribus*. M. Bousquet le déclare complétement faux dans le sens de *doloribus*, et non moins faux dans celui de *laboribus*.

Je laisse ces deux grands vitalistes s'arranger ensemble; il demeure prouvé pour moi qu'en écrivant ces deux lignes Hippocrate ne pensait pas à la révulsion. Pour ce qui est du LIVRE DES HUMEURS, je l'abandonne. Que ceux qui se seront cassés la tête, pardonnez-moi l'expression, à propos de cette énigme, veuillent bien me faire part du résultat de leurs recherches.

Voilà donc pour les anciens. Maintenant avons-nous des principes modernes au sujet de la révulsion? M. Bouvier en trouve les germes dans Hunter. Hunter, ce grand vitaliste, ce grand expérimentateur a-t-il donc véritablement semé les germes de la révulsion? Je ne lis pas moins Hunter, qui est pour moi l'Hippocrate des temps modernes, que l'Hippocrate ancien, et cette assertion m'a surpris. Les germes de la révulsion ne sont guère dans Hunter; il n'y a que deux ou trois phrases indifférentes, comme tout le monde en écrit sur la révulsion, comme j'en écris moi-même. Mais si Hunter et Pinel n'en ont planté que les germes, les principes de la révulsion doivent se retrouver dans les écrits de leurs successeurs. M. Bouvier m'a renvoyé à Broussais, Guersant, Roche, Sabatier, Cazenave et Marrotte, pour voir quels étaient les principes de l'école de Paris, en matière de révulsion, et en quoi ces principes différaient de ceux des anciens. Je porte le défi à M. Bouvier de me citer des principes au lieu de me citer des noms. M. Bouvier aurait pu me citer encore la thèse de notre regrettable collègue M. Martin-Solon, soutenue en 1839.

M. BOUVIER : Je l'ai citée dans mon discours imprimé au BULLETIN.

M. MALGAIGNE : Le BULLETIN ne répète pas toujours tout ce qui se dit à la tribune. M. Martin-Solon m'avait chargé de faire pour lui des recherches sur la révulsion dans les auteurs de l'antiquité, pour tracer l'historique de la question. Ce n'est donc pas d'hier que j'étudie ce sujet : depuis 1839, j'ai eu le temps de le méditer.

Apportez-moi un principe, nous le discuterons; mais je crains bien qu'au lieu de principes, on ne trouve dans les auteurs que nous cite M. Bouvier, que de ces considérations générales auxquelles, trop souvent, les pathologistes se livrent entre la veille et le sommeil. Ces principes de l'école de Paris, m'a dit M. Bouillaud avec toute sorte d'aménité de langage, vous auriez dû feuilleter les dictionnaires, et vous les y eussiez trouvés. Et pendant qu'il est en train ne me citer les dictionnaires que j'ai eu le tort de ne pas consulter, il m'en cite un qui ne contient pas d'article sur la révulsion. Des dictionnaires, messieurs, cela ne saurait faire autorité. M. Bouillaud, lui, n'a pas de principes en fait de révulsion; il se borne à appliquer des vésicatoires dans la pleurésie, et il se loue beaucoup de cette médication. Vous connaissez son opinion sur les exutoires dans les maladies chroniques. En causant avec M. Bouillaud, je n'en ai pas appris davantage. M. Piorry, un autre représentant de l'École de Paris, n'admet ni doctrine, ni principes de la révulsion : il veut qu'on raye du langage de la science les mots de révulsion, de dérivation.

Voilà pour l'école de Paris; ceci nous donne une petite idée de ses principes sur la révulsion. Après le discours de M. Bouvier, toute la presse s'est élevée contre les idées exagérées de M. Malgaigne. Mais une certaine dissidence se manifeste parmi mes critiques, la désunion se met dans le camp des vainqueurs. M. Bouvier confond la révulsion avec la dérivation; M. Dechambre a déclaré qu'il ne faisait pas aussi bon marché de la dérivation et veut qu'on la distingue de la révulsion; M. Sales-Girons, de la REVUE MÉDICALE, en sépare de plus la dépuration. J'ai beaucoup de respect pour M. Dechambre, mais malgré toute l'estime que je professe pour son beau talent, j'avoue ne pas bien saisir toute sa pensée. Il faudrait assembler en concile ces trois théologiens du séton pour établir le dogme de la révulsion.

Passons à Montpellier et voyons si nous serons plus heureux. Je vous ai lu des passages de Barthez et j'ai eu lieu de m'en repentir. M. Bouvier affirme que le mémoire de Barthez ne représente plus les idées actuelles de Montpellier. Où chercher ces idées? J'ai appris de notre confrère, M. Blatin, que Montpellier n'avait pas l'intention de répondre. Quand des principes sont si sains et si clairs, il ne faut pas craindre cependant de les discuter au grand jour. Un de nos collègues pouvait nous apporter la lumière sur la doctrine actuelle de Montpellier sur la révulsion; M. Bousquet nous est enfin revenu du Midi, et c'est avec une véritable satisfaction que je l'ai vu monter à la tribune. Mais, en parlant des règles de Barthez, M. Bousquet s'exprime tout d'abord ainsi : « Si elles sont mauvaises, M. Malgaigne a bien fait de le dire. On ne demande pas grâce pour l'erreur, mais égard et respect pour le génie. Je passe tout à la critique, excepté l'oubli des bienséances, l'irrévérence du langage et l'infidélité des citations. » L'oubli des bienséances! Il y a certaines choses que cette tribune supporte et certaines choses qu'elle ne doit pas supporter. Qui donc, à cette même tribune, s'est oublié à ce point de dire à l'un de ses collègues : « Il veut répandre des idées doctrinales et il s'isole de plus en plus. Comment ne le voit-il pas? c'est parce qu'il est un étranger parmi nous, etc. »

Il m'a semblé qu'ici les convenances n'étaient pas respectées. L'irrévérence du langage! Qu'est-ce à dire? Il faut respecter le génie. Ai-je donc manqué de respect pour le génie de Barthez? J'ai attaqué ses principes, je n'ai repoussé que ses erreurs. Qu'est-ce que cette idolâtrie? Parce que des erreurs se trouvaient abritées par un grand nom, je les aurais respectées? Non, respect aux grands hommes, guerre sans pitié à leurs erreurs! Lorsque je critique un système, une école, je n'amoindris pas mes adversaires, je porte mes coups à la tête, je m'en prends au porte-drapeau. Ce n'est pas moi qui vais chercher dans les bas-fonds de la littérature un Glandorp pour en faire le grand, l'incomparable Glandorp. Mais voici Barthez, un homme de génie, qui, dans deux mémoires, jette autant d'erreurs qu'ils peuvent en contenir; je n'hésite pas à m'attaquer à lui. Je le dis à la jeunesse qui m'écoute, respectez le génie quand il est vivant et même quand il est mort, mais repoussez ses erreurs. Si j'avais rencontré un homme qui m'eût rendu ce même service à une autre époque, je n'aurais pas consumé bien des veilles à étudier des choses aussi creuses et aussi vides. Le génie de Barthez, c'est dans sa doctrine des éléments qu'il faut l'aller chercher, et non pas dans ses mémoires sur la révulsion; M. Bousquet nous l'a fort bien dit lui-même.

L'infidélité des citations : Vraiment, ceci me prouve que la discussion médicale a quelque chose à gagner parmi nous. Parce que je n'ai pas reproduit en entier les cinq règles de Barthez, on m'accuse de l'avoir cité d'une manière infidèle! Mais si j'avais lu la page entière, vous n'y auriez pas tenu. Ma citation est textuelle; je l'ai placée entre guillemets; il n'y manque pas une vir-

gule. M. Bousquet, qui cite seulement deux règles de Barthez, ne les cite pas littéralement, il les fausse en les résumant. Ceux qui voudront avoir une idée exacte des principes de Barthez peuvent se reporter à son livre.

Voyons quel est, d'après M. Bousquet, la valeur du système de Barthez. « Il paraît d'abord si spécieux, dit-il, que la raison l'accepte avant toute expérience. » C'est une disposition fâcheuse pour un médecin que d'accepter ainsi une théorie avant toute expérience, et je crains qu'à Montpellier l'expérience ne vienne trop souvent en seconde ligne. M. Bousquet ajoute, il est vrai, un peu plus loin : « Mais aux présomptions de la théorie l'expérience a joint son témoignage. » Qu'y manque-t-il donc? Rien. Et cependant, à peine M. Bousquet a-t-il dit cela qu'il abandonne ce système pour en donner un autre de sa façon. Ce système, je ne l'examinerai pas; je respecte infiniment M. Bousquet, mais je ne m'occupe pas ici des idées plus ou moins spécieuses d'un individu plus ou moins haut placé dans la science, je ne m'attaque qu'aux doctrines des grandes écoles. Or, en parlant de certaines pratiques de révulsion, M. Bousquet s'exprime ainsi : « il est dit que tout ici sera contradiction, principes et pratique..., et cette inconséquence pratique (un vésicatoire à la nuque suivi d'un cataplasme), dont je ne veux pas multiplier les exemples, a traversé les siècles, toujours suivie, toujours honorée, sous la protection d'une simple théorie, la théorie de la révulsion. » Puis vient le passage de l'ignorance qui ne sait que faire, de la science à bout de moyens.

Ainsi, pas de doctrine de la révulsion, à Montpellier comme à Paris. M. Parchappe ne s'inquiète ni de Montpellier, ni de Paris; il a sa petite théorie déduite de la conception vitaliste de la maladie, je ne la discuterai pas plus que celle de M. Bousquet.

Je trouve donc qu'il n'y a ni chez les anciens, ni chez les modernes, une doctrine formulée de la révulsion, par conséquent pas de doctrine. Savoir que l'on ignore, c'est beaucoup, c'est le commencement de la science. M. Bouvier maintient cependant qu'il y a des lois et des principes, et, dans le passage que je vais citer, il élève la discussion dans les hautes régions de la philosophie médicale. « La doctrine, dit-il, n'est nullement attachée à ces explications empruntées aux idées dominantes de chaque époque. Les idées spéculatives passent; les faits, leur expression pure restent.... »

M. Bouvier : Leur expression pure!

M. Malgaigne : « Mes principes, ceux du moins dont je me suis fait le défenseur, ce sont les lois éternelles de la révulsion que nous tenons des anciens. L'interprétation de ces lois, je vous l'abandonne. Mais si ces lois ne sont pas interprétées parmi les modernes, elles n'existent plus pour nous. Voilà surtout ce que je voulais mettre en lumière. J'ai nié les faits; M. Bouvier me dit que nous serons d'accord sur le terrain des principes; je nie les principes, M. Bouvier me dit : les faits restent. Où sommes-nous? La médecine est-elle bien une science? Sans doute, le créateur a établi des lois éternelles, mais pour les affirmer il faut les connaître. Si M. Bouvier les connaît, qu'il le dise! Est-ce que quand sa cuisinière lui fait un potage, elle a une doctrine, des principes, des lois éternelles! Fait-elle de la science ou de la cuisine? Et quand toutes les cuisinières de l'antiquité auraient mis des cautères, cela suffirait-il pour faire une science exacte et pratique! Singulière manière de comprendre la philosophie de la science! Je suis heureux que, dans cette académie, il y ait des gens qui cultivent d'autres sciences, des sciences exactes, et qui sachent mieux comprendre les méthodes philosophiques. Vous admettez une loi éternelle de la révulsion, voilà M. Piorry qui la nie; je me place entre vous et lui, doutant, cherchant une doctrine.

On ne peut, dit M. Bouvier, remonter aux causes premières, mais il y a là deux ordres de choses qu'il ne faut pas confondre. De tout temps on a remarqué que les pommes tombaient; depuis fort longtemps aussi, les maçons savaient qu'il ne faut pas trop incliner les murs, c'était du métier; les architectes eurent à cet égard des principes purement empiriques sans la doctrine. Enfin, Newton arrive; il trouve une force et en étudie les effets sans remonter aux causes premières. Vous avez des faits, mais des faits empiriques, c'est la pomme qui tombe; pour arriver jusqu'à l'architecte et jusqu'à Newton, il vous reste bien du chemin à faire, surtout si vous vous imaginez l'avoir parcouru. Allez jusque-là, il vous sera permis de ne pas aller plus loin. Personne ne peut remonter aux causes premières.

Je vous avais reproché de ne pas avoir de principes, et j'ai eu maille à partir avec M. Bouley. M. Bouley m'a dit : M. Malgaigne a trop d'esprit, mais il aurait dû penser que je ne pouvais recevoir en pleine poitrine un pareil compliment sans lui répondre : Si j'ai trop d'esprit, mon cher collègue, vous en avez terriblement. Je rends hommage, pour moi, au génie de M. Bouley, qui nous a apporté, en huit jours, trois principes de la révulsion. Messieurs les chimistes, messieurs les physiciens, qui cultivez des sciences plus exactes, plus faciles que la nôtre, vous savez ce qu'il faut de travail pour découvrir un principe. Trois principes en huit jours, sans compter celui de M. Parchappe, celui de M. Bousquet; et si quelqu'un monte encore à cette tribune, vous verrez les principes s'accumuler. En présence de ces faits, je me suis réjoui d'être chirurgien, et comme je l'ai dit à un de nos maîtres, je suis heureux de voir la chirurgie rappeler la médecine à la vraie science, afin qu'on ne vienne pas dans quelques semaines, dans quelques jours, nous rapporter encore de ces considérations vagues décorées du nom de principes, écloses entre le sommeil et la veille. Il restera quelque chose de cette discussion, c'est que la science sait qu'elle ne sait rien. Je dirai cependant un mot d'un des principes de M. Bouley, c'est celui qu'a cité M. Bouillaud, et qui veut que l'intensité de l'absorption soit en raison inverse de la plénitude du système vasculaire. Ce fait, vrai en physiologie, est faux en pathologie; ce principe ne va nullement au séton. La preuve, je l'emprunterai à M. Leblanc. Notre honorable collègue nous a dit qu'autrefois il traitait la pneumonie, chez les chevaux, par des saignées copieuses sans grand succès; aujourd'hui il emploie simultanément la saignée et le séton, et cela lui réussit mieux. La saignée a certainement pourtant une action plus directe et plus puissante que le séton pour vider les vaisseaux.

Je veux résumer cette discussion en disant que, quant à la révulsion, il n'y a pas de doctrine; quant aux principes, pas de règles dans l'application.

M. Bouillaud a manifesté cette crainte, qu'en supprimant les révulsifs, je n'enlève à la thérapeutique les trois quarts de ses ressources. M. Bouvier défend aussi contre moi ce grand héritage laissé par les anciens. Mais voilà un fait que nous apprend l'histoire de la science; chaque jour on tend à se défaire de cet héritage tant vanté. Ainsi nous ne mettons plus de cautères aux phthisiques, les anciens leur en couvraient la poitrine; dans les maladies de la rate et du foie, les anciens couvraient les hypochondres de cautères; dans les affections des reins, ils en criblaient les lombes; aujourd'hui nous avons renoncé à en appliquer. Il y a un livre que nous avons exclu de nos bibliothèques, c'est le livre d'Albucasis où se trouvent décrites ces pratiques abominables, heureusement abandonnées aujourd'hui. M. Bouvier croit que les moyens de révulsion constituent une grande partie de la thérapeutique; les médecins cependant en usent de moins en moins : M. Piorry les rejette absolument.

J'ajouterai un dernier mot; j'ai été accusé d'irrévérence envers les grands hommes et ailleurs on a averti la génération médicale actuelle de ne pas imiter mon exemple. Mais, à l'exception d'un homme, que nous avons le regret de voir trop rarement participer à nos travaux, M. Andral, qui donc a plus que moi étudié les anciens? Je me plais à le dire, quand sur la foi des érudits et de la méchante critique du dix-huitième siècle, vous vous faisiez d'Hippocrate cette piètre et misérable idée d'un prêtre d'Esculape, écrivant ses aphorismes sur le registre d'un sacristain, et les empruntant aux portiques du temple d'Esculape, c'est moi qui vous ai montré dans Hippocrate un grand réformateur, c'est moi qui vous ai révélé son génie. En même temps, j'ai proclamé Galien un homme de génie. Mais parce que ces hommes avaient du génie, s'ensuit-il qu'il faille respecter jusqu'à leurs erreurs? Respect aux hommes, point de respect pour les doctrines erronées!

Je veux dire, en terminant, à notre jeunesse médicale : il y a de belles et bonnes vérités dans les écrits que nous ont laissés les anciens; il fait bon de temps en temps de reculer jusqu'à l'origine de l'art; méditez les aphorismes; la thérapeutique d'Hippocrate en chirurgie est supérieure à celle de nos jours. Mais je ne suis pas également satisfait de la thérapeutique médicale; et, lorsque vous rencontrerez une doctrine comme celle de la révulsion, qui ne repose ni sur des principes, ni sur des faits sérieux, ne craignez pas de l'attaquer hardiment et de vous demander comment de pareilles idées ont fait leur entrée dans la science. Je continuerai, quant à moi, cette œuvre que j'ai commencée. Il ne se présentera pas une de ces erreurs que je ne me présente pour la combattre, et je suis sûr de trouver de l'écho dans l'Académie pour ce *delenda Carthago*.

— L'ordre d'inscription appelle à la tribune M. Desportes; M. Bouvier, de son côté, demande à répondre à M. Malgaigne, qui l'a plus particulièrement pris à partie.

L'assemblée consultée donne la parole à M. Bouvier.

M. Bouvier : J'ai entendu avec bonheur M. Malgaigne faire, dans ses dernières paroles, l'apologie des anciens, malgré ce qu'il a ajouté au sujet du thème sur lequel nous sommes en dissidence. Suivant lui, la théorie de la révulsion n'est pas à la hauteur du génie des anciens; les pièces du procès sont entre les mains du public, le public jugera. Il m'accuse encore d'avoir fait à ma manière la systématisation des faits anciens, d'avoir donné de l'*evocare* de Celse une fausse interprétation. Je suis si peu au courant de mon sujet que je confonds tout. Je réponds en renvoyant aux Bulletins. Il n'y a pas, d'après M. Malgaigne, de théorie moderne de la révulsion, lisez les auteurs. Il n'y a pas de lois éternelles de la révulsion; M. Malgaigne voudrait trouver en médecine des principes de science pareils à ceux de la chimie, de la physique; il applique à la médecine des principes qui ne lui sont pas applicables; pour moi, je n'ai admis que des principes d'art. Quant à des forces comme celle de la gravitation, je désire qu'il en trouve sur son chemin.

Un mot encore, toujours sans répondre aux assertions de M. Malgaigne; je n'ai pas le souvenir des renseignements singuliers que contiendrait le Bulletin relativement à quelques-uns de mes malades; j'aurais déclaré l'un d'eux incurable; je laisserais des sétons à demeure à des malades guéris. On verra les Bulletins.

Il y a quelque chose de plus important, il y a la question pratique de la révulsion et on l'a à peine entamée; je résumerai brièvement la discussion à ce point de vue.

Le débat qui touche à son terme a été soulevé, on se le rappelle, à l'occasion d'une bien modeste lecture et de quelques petits malades que j'avais présentés au jugement de l'Académie.

Le but de notre honorable collègue, dans cette discussion, a été de faire rayer de la thérapeutique une médication tout entière, celle qui consiste en une suppuration artificielle du derme ou du tissu cellulaire, ou même deux ordres de médications, si l'on distingue dans l'action des exutoires, avec MM. Trousseau et Pidoux, une *médication transpositive* et une *médication spoliative*. Ce but, M. Malgaigne l'a-t-il atteint? Je ne le crois pas.

Je crois qu'il n'a ébranlé aucune conviction, qu'après cette discussion, comme auparavant, les exutoires resteront une ressource importante de la thérapeutique.

Comment en serait-il autrement?

Quels moyens notre collègue a-t-il employés pour faire prévaloir son opinion?

Les railleries, les hypothèses, les dénégations. La raillerie! M. Malgaigne y excelle, il est vrai; il vous en a donné de nouvelles preuves dans cette séance même. Mais qu'il ne s'y trompe pas; les succès de cette sorte sont loin d'entraîner toujours la persuasion. Quand nous avons bien ri aux scènes bouffonnes du MALADE IMAGINAIRE, nous ne renonçons pas pour cela à *saignare*, *purgare*, ni même à *clysterium donare*. C'est que, dans les sciences expérimentales, l'arme du ridicule s'émousse devant la force inébranlable des faits. Sont-ce les idées théoriques de M. Malgaigne qui pouvaient saper une croyance aussi générale que celle de l'utilité des exutoires? J'appelle ces idées des hypothèses: on va en juger.

Premier principe posé par notre honorable collègue: il n'y a, suivant lui, de révulsion utile que celle qui agit contre la douleur. Ainsi, un bain de pieds, un sinapisme, la grande ventouse Junod, pourront dissiper un mal de tête; mais ils ne feront rien dans la congestion qui le produit si elle ne va pas jusqu'à la douleur! Ils ne seront pas moins inutiles dans l'imminence d'une apoplexie, d'un coup de sang, s'il n'y a pas de céphalalgie! La révulsion cutanée pourra bien, en rappelant aux extrémités le rhumatisme, la goutte faire cesser des viscéralgies causées par le déplacement de ces affections; mais cette révulsion sera impuissante si la même cause se borne à produire un accès de suffocation! On voit à quelles conséquences mènerait cette théorie boiteuse, tronquée, qui mutile les faits les plus vulgaires.

Autre principe; selon M. Malgaigne, les exutoires *prolongés* ne sont d'aucune utilité, parce que l'économie finit par s'y accoutumer. D'abord, où est la preuve que cette habitude ne puisse contre-balancer efficacement une habitude morbide contraire? En second lieu, cette habitude ne s'établit qu'au bout d'un temps plus ou moins long. Jusque-là les exutoires jouissent au moins des mêmes propriétés que les autres irritations douloureuses de la peau, que ces vésicatoires volants, par exemple, dont personne ne conteste les avantages, si bien établis par notre éminent collègue M. Bouillaud.

Voilà donc, comme conséquence forcée de l'argumentation de M. Malgaigne lui-même, le séton, le cautère, le moxa en possession pour un certain temps, au même titre que le sinapisme, le vésicatoire, la ventouse, de la faculté de guérir ou d'atténuer, non-seulement des douleurs, dirai-je, mais encore des congestions, des fluxions, des inflammations, etc. Et combien de temps faudra-t-il pour faire perdre aux exutoires cette propriété? Est-ce au bout d'un mois, de deux mois, de six mois, d'on an ou davantage, qu'ils en seront privés? M. Malgaigne serait fort embarrassé de le dire.

Troisième principe; on ne doit pas admettre qu'un remède ne commence à produire de bons effets qu'après un mois ou plus de son emploi; il n'est pour rien dans la guérison si elle a lieu dans ce cas. Ainsi des exutoires, ainsi du séton, quand le mal auquel ils s'adressent ne commence à diminuer qu'au mois ou plus après leur application. Vous avez cru bonnement jusqu'ici avoir guéri des scrofuleux par l'iode, d'anciens vérolés par le mercure ou l'iodure de potassium, des dartreux par le soufre, des paraplégiques par les eaux des Pyrénées, même lorsque l'amélioration n'avait commencé qu'après un mois ou plus de l'administration de ces remèdes. Erreur, vous dira M. Malgaigne; dans ces cas-là, la guérison n'est point de votre fait; vous ne pouvez en revendiquer l'honneur que si l'amendement s'est montré avant un mois de traitement, terme de rigueur!

Avais-je tort de dire que les raisonnements *à priori* de notre collègue n'étaient guère de nature à vous toucher?

Et les dénégations à l'égard des faits *à posteriori?* M. Malgaigne ne s'en est pas fait faute.

Platon a dit dans sa RÉPUBLIQUE: « Pour être vrai médecin, il serait nécessaire que celui qui l'entreprendrait eût passé par toutes les maladies qu'il veut guérir, et par tous les accidents et circonstances de quoi il veut juger. » Mon honorable collègue n'est pas de cet avis; cela est fâcheux; pour Platon, j'entends. Mais voici que Montaigne lui vient en aide. En citant ce passage de Platon, il ajoute: « C'est raison que les médecins prennent la vérole, s'ils la veulent savoir panser. *Vraiment je m'en fierais à celui-là.* » Montaigne, qui croyait à la médecine encore moins que M. Malgaigne, se serait fié, dans ses maladies, à un médecin qui les aurait étudiées sur lui-même. M. Malgaigne, loin de là, n'accorde pas même qu'un médecin, dont il paraît d'ailleurs faire quelque cas, soit *compétent* (le mot est joli) pour juger de la marche de sa maladie et de l'effet des remèdes! Et cela à propos *d'une ophthalmie*, c'est-à-dire d'une affection des plus faciles à observer et de celles qui laissent le plus de liberté de penser! Un pareil argument ne pouvait vous convaincre. Vous avez partagé l'opinion de Platon et de Montaigne. Vous n'avez point récusé avec M. Malgaigne un témoignage de l'efficacité du séton que je fournissais sur moi-même. Vous ne repousserez pas davantage le fait du professeur Guilbert, dont l'exemple me décida à recourir à ce moyen; ni celui de notre collègue M. Henry Gaultier de Claubry, autrefois guéri d'amaurose par un séton que lui conseilla Boyer.

A ces faits, à tant d'autres que la discussion a produits, que répond M. Malgaigne? Que ce sont des *coïncidences*. Un homme est sur le point de perdre la vue; un séton le sauve; on le supprime, la maladie reparaît; le séton le guérit de nouveau: coïncidence. Une jeune fille souffre à trois reprises d'une céphalée intolérable; chaque fois le séton la dissipe: pure coïncidence. Des sétons *monstres* bâtent la résolution des pneumonies sur des chevaux, comme les vésicatoires *monstres* chez l'homme: coïncidence, toujours coïncidence; c'est un parti pris.

Cette manière ne philosopher sent fort son Marphurius; elle conduirait, voulez-vous savoir à quoi? A la négation de toute médecine. Car, il n'est pas un remède dont on ne pût nier ainsi l'action, sous prétexte de n'y voir que des *coïncidences*. Si une dialectique semblable pouvait triompher, on verrait démolir pièce à pièce cet édifice de la thérapeutique si laborieusement construit et sans cesse accru par tant d'utiles travaux. Aujourd'hui les exutoires, demain la saignée, puis le quinquina, l'émétique, l'opium, etc.; tout y passerait; car tout repose sur la même base, l'expérience. Observons scrupuleusement les éternels principes de la méthode expérimentale, qui ne datent pas d'hier, quoi qu'on en dise. Mais gardons-nous de ce pyrrhonisme outré, non moins contraire à ces principes qu'à ceux du simple bon sens; ce scepticisme exagéré n'aboutirait qu'à éteindre jusqu'aux dernières lueurs de la foi médicale, de cette foi sans laquelle le médecin reste désarmé en présence du danger, les mains pleines de ressources dont il ne sait pas se servir. Sans la foi en son art, le médecin se déconsidère aux yeux d'un public ignorant et le jette dans les bras du charlatanisme.

M. Malgaigne, lui aussi, a suivi dans un temps, à l'endroit des exutoires, les véritables règles de la méthode expérimentale; il a guéri des malades. Puis un remords de conscience le prit; *le bénéfice qu'il avait pu retirer de l'emploi des exutoires lui parut très-douteux*, et il s'abstint. C'est tout ce que nous savons de ses recherches. Assurément, telles qu'il les a énoncées, elles ne pouvaient justifier ses dénégations, relativement aux guérisons obtenues par d'autres.

Mais, après tout, n'aviez-vous pas, vous praticiens, vos propres faits, des faits journaliers? car ils abondent sur un point de thérapeutique aussi répandu. Que pouvaient des allégations sans preuve, de vagues incertitudes, des doutes aussi faiblement étayés contre ce que vous aviez vu de vos propres yeux, observé cent fois vous-mêmes? J'avais des raisons de le dire en commençant, rien de tout cela, non rien ne tout cela ne pouvait vous convertir.

Cependant j'ai hâte de le reconnaître, il restera quelque chose de l'ardente opposition de notre honorable collègue; elle n'aura pas été sans fruit. Les partisans des exutoires ont depuis longtemps signalé l'abus qu'on en a fait souvent, en les prescrivant sans indication suffisante ou même contre toute indication. Il existe sur les exutoires, et en particulier sur l'usage du garou, un petit traité peu connu, dont la première édition est de 1774. L'auteur, Agathange Leroy, passe pour s'être servi le premier du mot *exutoire*, qu'il croit lui-même avoir créé, et, soit dit en passant, ce mot a eu un succès à faire envie à notre honorable collègue M. Piorry lui-même. Or Leroy, quoique grand partisan des vésicatoires à demeure, ne manque pas de dire: « qu'il a été autant occupé d'en faire supprimer que d'en établir; » exactement comme M. Malgaigne *qui en a mis beaucoup* et qui en a *beaucoup supprimé*. Espérons que cet abus, qui subsiste encore, ne résistera pas aux vigoureuses attaques de mon honorable collègue.

Un autre résultat non moins important du débat suscité par M. Malgaigne est la question de prix proposé par l'Académie sur les exutoires à demeure. Ce n'est pas la première fois que les corps savants appellent sur ce sujet l'attention et les études des médecins. En 1790, la Société royale de médecine proposa la même question. Wanters (de Gand), Rougemont (de Bonn), remportèrent la palme, et leurs ouvrages jouissent encore aujourd'hui d'une réputation méritée. Que cet exemple stimule le zèle des concurrents! Athlètes éprouvés, jeunes athlètes, que tous à l'envi se précipitent dans la lice! Une ample moisson de faits, d'aperçus nouveaux, leur est offerte. Quel que soit le prix de leurs efforts, s'ils parviennent à combler quelqu'un de ces vides si communs dans nos doctrines thérapeutiques, ils auront bien mérité de l'Académie, de la science et de l'humanité.

M. LARREY demande la parole pour une motion d'ordre. Il a eu l'honneur d'ouvrir la discussion actuelle; il propose aujourd'hui d'en prononcer la clôture, la discussion pouvant se continuer indéfiniment sans amener de conciliation entre les opinions soutenues par M. Bouvier et combattues par M. Malgaigne.

M. BOULEY: Quand j'ai dit: M. Malgaigne a trop d'esprit, je n'avais aucune idée d'ironie; en me traitant d'homme de génie, M. Malgaigne a voulu se moquer de moi, j'accepte ceci. Mais il n'a pas réfuté un seul des faits généraux que j'ai énoncés ou des principes que j'ai formulés. J'ai, à l'école d'Alfort, des chevaux en expérience; un surtout auquel on a placé des sétons au nombre de cinq. Ce cheval a été placé dans des conditions telles qu'il peut être soumis à des pesées comparatives. Savez-vous ce qu'il a perdu dans l'espace de quinze jours? Quarante livres. Les sétons supprimés, le cheval soumis au même régime a bientôt repris son poids primitif.

Chez un autre cheval, qui avait une jambe œdémateuse, le membre a été mesuré; pendant longtemps les dimensions n'ont pas varié. Un séton a été appliqué en haut de la fesse; la jambe décroît peu à peu, à mesure que la suppuration coule. M. Malgaigne n'a fait l'honneur de discuter un de mes principes, celui-là seulement auquel M. Bouillaud s'était arrêté. En attendant que je soumette à l'Académie le résultat des expériences que j'ai entreprises, je suis bien aise de dire à M. Malgaigne que les faits généraux que j'ai énoncés ne sont pas le résultat de la réflexion d'un mardi à un autre mardi; je commence aujourd'hui ma vingtième année de pratique.

M. DESPORTES insiste de nouveau pour avoir la parole; l'Académie consultée prononce la clôture de la discussion.

M. BONNAFONT présente à l'Académie un malade auquel il a été pratiquée avec succès une autoplastie à la face.

La séance a été levée à cinq heures un quart.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DES NOUVEAU-NÉS ET DES ENFANTS A LA MAMELLE, PRÉCÉDÉ D'UN PRÉCIS SUR L'HYGIÈNE ET L'ÉDUCATION PHYSIQUE DES JEUNES ENFANTS; par M. E BOUCHUT. — Troisième édition. — Paris, 1855. chez J. B. Baillière.

A TREATISE ON THE DISEASES OF CHILDREN; WITH DIRECTIONS FOR THE MANAGEMENT OF INFANTS FROM BIRTH; by M. UNDERWOOD. — Sixième édition. — Londres, 1811.

DE MORBIS PUERORUM TRACTATUS, HIERONYMI MERCURIALIS; Lugduni, sumptibus ANTONII PILHOTTE. — 1623.

Les ouvrages classiques, qui embrassent la science dans toutes ses parties et qui passent en revue tous les sujets dont elle se compose, ne se prêtent pas facilement à l'analyse bibliographique. On peut indiquer le classement des matériaux et l'ordre suivi dans l'exposition : on peut aussi dire si l'auteur n'a pas oublié telle partie essentielle, n'a pas omis tel détail qu'il importait de faire connaître : on peut encore examiner ensuite le plan du livre, la méthode adoptée et parler enfin des qualités du style. Nos comptes rendus se hornent ordinairement à des appréciations d'ensemble. Indiquer les principales qualités et la valeur générale d'un livre nouveau, le signaler s'il y a lieu à l'attention du public scientifique et des praticiens, tel est le rôle et le hut de ces revues. Nous devons puiser dans la lecture des travaux que nous sommes appelés à juger les motifs de nos appréciations et nous devons aussi donner, quand il y a lieu, les exemples les plus propres à expliquer le sens de notre jugement.

La nouvelle édition du TRAITÉ DES MALADIES DES NOUVEAU-NÉS diffère notablement des deux éditions antérieures par les remaniements que l'auteur a fait subir à la plupart des sujets et par les additions considérables qu'il a intercalées dans plusieurs parties. C'est en quelque sorte un livre nouveau que nous avons à examiner ici, et comme le caractère à la fois classique et pratique de ce traité le recommande particuliérement à l'attention des étudiants et des praticiens, nous ferons une exception en sa faveur et nous donnerons ici le sommaire des sujets qu'il expose. L'étendue du cadre embrassé par l'auteur et la condensation des matériaux donnent au TRAITÉ DES MALADIES DES NOUVEAU-NÉS le caractère classique et pratique des *manuels*. Les développements dans lesquels l'auteur est entré en ce qui regarde la plupart des sujets importants, la discussion des points de doctrine devant laquelle il n'a pas reculé, permettent de conserver à ce livre le titre de *traité* que M. Bouchut lui a donné et l'appellation de traité pratique correspond exactement au choix des sujets et au mode d'exposition adopté.

Les personnes qui n'ont pas fait une étude spéciale des maladies des nouveau-nés ne peuvent savoir au juste quels sont les perfectionnements dont cette partie de la science a été l'objet dans ces derniers temps, les détails innombrables qu'elle comporte aujourd'hui, les obscurités qu'elle présente encore, les controverses qu'elle a suscitées et tout ce qu'il y lieu d'espérer de la continuation des efforts tentés déjà avec succès dans le hut d'éclairer l'étude si difficile de la pathologie du premier âge. Les questions de doctrine soulevées dans cette étude sont nombreuses et importantes; sur plusieurs d'entre elles notre manière de voir diffère de celle de l'auteur. Nous pourrions dire ici nos dissentiments et en exposer les motifs. Nous les passerons cependant sous silence, parce que ces divergences de doctrine ne sont pas propres au livre que nous avons sous les yeux; elles s'appliqueraient aussi hien à la plupart des traités qui paraissent de nos jours. C'est une question générale, et il sera mieux de la réserver pour la traiter un jour d'une manière complète, non plus à propos de tel ou tel ouvrage, mais dans une revue bibliographique générale.

Aujourd'hui nous devons insister principalement sur le plan du livre et sur la composition de ses différents chapitres.

Sous le titre de *Pathologie générale de l'enfance*, M. Bouchut étudie: 1° la physionomie des enfants malades, les colorations de la face et des téguments, les traits et l'expression de la face dans différentes maladies, l'expression des yeux; 2° le geste et l'attitude chez les enfants malades; 3° le développement et l'embonpoint; 4° le cri; 5° les signes fournis par l'inspection de la houche et du ventre; 6° la respiration des enfants à la mamelle dans l'état normal et dans l'état pathologique; 7° la circulation; 8° la calorification. On approuvera sans doute l'auteur d'avoir consacré la première partie de son livre à l'étude des quelques phénomènes morbides que la science moderne est convenue d'étudier sous l'appellation de pathologie générale. Cette partie de la pathologie de l'enfance est malheureusement l'une des moins avancées, et malgré le développement avec lequel elle est traitée par M. Bouchut, elle n'occupe guère qu'une petite partie de son livre.

La *pathologie spéciale* comprend :

1° *L'étude des phénomènes physiologiques consécutifs à la naissance*, la chute du cordon ombilical, son arrachement, l'exfoliation de l'épiderme;

2° *L'exposé des maladies de la tête et du système nerveux*, l'acéphalie, l'anencéphalie, la hernie du cerveau, les céphalæmatomes, la gangrène du cuir chevelu; l'amyélie, le spina hifida, l'hémiplégie faciale, la paralysie du deltoïde, le spasme de la glotte, le tétanos, la contracture des extrémités, la chorée, les paralysies myogéniques ou essentielles, l'éclampsie, les convulsions symptomatiques, la méningite, les tubercules du cerveau, l'hydrocéphale, l'apoplexie des nouveau-nés, l'hémorrhagie des méninges.

Le livre III de la pathologie spéciale traite *des maladies du nez et des fosses nasales* : le coryza, l'épistaxis.

Le livre IV est consacré aux *maladies du larynx*: le croup, le faux croup, les corps étrangers du larynx.

Le livre V dit quelques mots des *maladies du thymus* : sa suppuration, sa dégénérescence.

Le livre VI s'applique aux *lésions morbides des bronches et des poumons* : la bronchite, la pneumonie, la pleurésie, la phthisie pulmonaire, la coqueluche, l'emphysème pulmonaire, l'asphyxie des nouveau-nés.

Le livre VII traite *des maladies du cœur* : vices de conformation, établissement de la circulation indépendante, cyanose, hypertrophie, péricardite.

Dans le livre VIII, on trouve l'étude *des maladies de la bouche* : adhérence des lèvres, bourrelet muqueux, hec-de-lièvre, vices de conformation et hypertrophie de la langue, ses adhérences, la division du voile du palais, les phénomènes physiologiques et les accidents sympathiques de la dentition, l'amygdalite, la pharyngite, la stomatite (simple, ulcéreuse, aphtheuse, gangréneuse, le muguet).

Le livre IX est consacré aux *maladies de l'estomac et des intestins* : diarrhée, entero-colite, choléra-morhus, dyssenterie, ramollissement de la muqueuse gastrique, hoquet, constipation, vers intestinaux, invagination des intestins, hémorrhagies intestinales, hernies de l'abdomen.

Les livres X, XI, XII, XIII, XIV, traitent successivement des maladies *de l'anus et du rectum*, des maladies *du péritoine*, des maladies *du foie*, des maladies *des reins*, des maladies *des organes génito-urinaires*.

Le livre XV contient l'histoire *des fièvres éruptives*, de la vaccine et des éruptions vaccinales secondaires, de la variole chez le fœtus et sur l'enfant à la mamelle, de la scarlatine, de la rougeole.

Le livre XVI traite de la *fièvre intermittente* chez les jeunes enfants.

Le livre XVII, sous la dénomination de *maladies de la peau*, donne la description de l'érythème, des gerçures cutanées, de l'impetigo, de la teigne, du pemphygus, de l'érysipèle, des nœvi et tumeurs érectiles.

L'endurcissement de la peau des nouveau-nés est traité *in extenso* dans le livre XVIII, les *maladies du cou*, tumeurs cervicales et kystes dans le XIX°.

Le livre XX comprend la description de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, de la tumeur lacrymale, de l'absence congénitale de sécrétion des larmes, sous le titre de *maladies des yeux*.

Les *maladies de l'oreille*, livre XXI, comprennent l'otite et les corps étrangers.

Les livres XXII et XXIII sont relatifs au *rachitisme*, aux *fractures*, au *décollement des épiphyses* et aux *maladies des articulations*. Dans cette dernière catégorie, l'auteur comprend les vices de conformation articulaire, les pieds-hots, l'entorse, l'arthrite et le rhumatisme.

Nous nous abstenons de faire aucune remarque critique sur cette classification qui est entièrement artificielle, comme le reconnait du reste l'auteur lui-même. Les lecteurs remarqueront seulement que sur plusieurs point il eût été possible à M. Bouchut d'adopter, dans l'arrangement de ses matériaux, un plan plus conforme aux progrès actuels de la science, progrès qu'il n'a pas manqué d'enregistrer luimême. Il conviendra avec nous que l'érysipèle doit être plutôt rangé à côté des fièvres éruptives que parmi les maladies de la peau, à moins de faire entrer dans les maladies de la peau toutes les fièvres éruptives. De même à l'occasion du pied-hot, ranger cette affection parmi les vices de conformation articulaire, c'est exposer la jeunesse à méconnaître les véritables caractères de cette difformité, qui se rapproche

bien plus de la contracture des extrémités, dont l'auteur traite à l'occasion des maladies du système nerveux, que de l'entorse, de l'arthrite et du rhumatisme. Il eût été tout aussi facile et beaucoup moins contraire aux données scientifiques de ranger les pieds-bots parmi les difformités d'origine inconnue que parmi les maladies des articulations.

Pour terminer maintenant cette longue énumération, il nous reste à mentionner le livre XXIV, *Des maladies des doigts*, adhérences, doigts surnuméraires, nodus digitaires; le livre XXV, *De la croissance dans ses rapports avec les maladies des enfants*; le livre XXVI, *De la syphilis infantile*.

Ajoutons que, dans une première partie placée en tête du livre et précédant la pathologie générale, l'auteur a fait, avec assez de développement, l'histoire *de l'hygiène et de l'éducation physique des jeunes enfants*. Cette partie comprend : les soins à prendre pendant la grossesse, les accidents de la grossesse, les soins à donner aux enfants après la naissance, l'allaitement, l'histoire hygiénique et chimique du lait, le sevrage, les habitudes (exercice, sommeil, coucher), les vêtements, l'influence des maladies antérieures et des maladies actuelles de la nourrice sur la santé des enfants.

Cette analyse des matières donnera une idée des documents qu'a rassemblés avec labeur, avec conscience et avec talent M. Bouchut. Des travaux spéciaux rangent cet auteur distingué parmi les médecins qui ont fait faire de nos jours des progrès à la pathologie du premier âge. Une étude constante des maladies de l'enfant lui a fait connaître et apprécier à leur juste valeur les travaux de ses devanciers et de ses contemporains en France. Nous pouvions donc affirmer en quelque sorte d'avance que ce traité était complet et offrait l'exposé exact de l'état de la science. Si nous avons poussé si loin l'examen de la composition du livre, c'est que nous voulions donner à nos lecteurs le moyen de comparer nos connaissances actuelles sur la pathologie de l'enfance avec l'état de cette science au commencement de ce siècle et au seizième siècle. Underwood et Mercurialis nous fourniront les éléments de cette comparaison. Nous procéderons pour ces auteurs comme pour le traité de M. Bouchut; au lieu de nous arrêter à des particularités, nous passerons en revue les différents chapitres, afin de donner l'idée la plus complète et la plus exacte de l'état de la science dans les différentes époques auxquelles nous faisons allusion.

Underwood (1), dont la traduction française est bien connue, ne consacre que quelques pages à la pathologie générale de l'enfance, et il traite seulement d'une manière vague des causes des maladies des enfants et de leurs symptômes généraux, de la coloration rouge chez les nouveau-nés, de sa coloration jaune, de l'ictère, du méconium et des dangers de la rétention, de la syncope, de la toux. Il fait ensuite l'histoire de l'érysipèle, du coryza, de la constipation et du météorisme, de l'insomnie, des aphthes, des éruptions cutanées, des vomissements, de l'inflammation de l'estomac, des coliques, de la diarrhée, de la lienterie, des vers intestinaux, des convulsions, de la paralysie, du scléréme, du tétanos ou trismus, de l'épilepsie, de la dentition, des fièvres rémittentes, typhiques, mésentériques, hectiques, de la scarlatine, de la miliaire, des oreillons, de l'hydrocéphale, de la rougeole, de la variole, de la fièvre intermittente, de la coqueluche, du croup, du faux croup, du rachitisme, des scrofules, de la dysurie, de l'anasarque et de l'ascite, des maladies des reins et de la vessie, du diabète infantile, de la polydipsie, de la vaccine.

Dans le second volume, on trouve des articles développés sur les principaux sujets suivants : les ophthalmies, l'otite, la gangrène des joues, les abcès lombaires, la coxalgie, les tumeurs blanches, les incurvations du rachis avec paralysie des extrémités inférieures, les panaris, les furoncles, les luxations de la mâchoire inférieure, l'hémorrhagie des veines ranines, l'épistaxis, l'hémorrhagie ombilicale, l'ulcération de l'ombilic, l'arrachement du cordon, les hernies, l'hydrocèle, le pneumatocèle, le prolapsus de l'anus, les écoulements vaginaux, la gonorrhée purulente. — Parmi les maladies congéniales, Underwood décrit la hernie du cerveau, les tumeurs du cuir chevelu, les tumeurs lympathiques de la tête et de l'épine, la persistance du trou ovale et du canal artériel, le spina bifida, le bec de lièvre, l'imperforation du vagin, de l'anus, du pénis, le strabisme, les pieds-bots, etc.

Le volume III est une véritable hygiène de l'enfance. Il traite d'abord de la nature et des propriétés du lait de femme, des soins à donner aux enfants à partir de la naissance, de l'allaitement artificiel, de l'usage des lotions, du bain froid, de l'intertrigo, des gerçures et des excoriations, du vêtement. Ensuite l'auteur étudie l'influence de l'air, la boisson et les aliments, le sommeil et la veille, l'exercice et le repos.

Sans doute qu'en comparant ce cadre avec celui qu'a adopté M. Bouchut, on trouvera ce dernier plus complet; certains sujets sont ajoutés, certains autres retranchés ou groupés d'une façon différente; certains termes ont changé de signification; des faits plus précis ont remplacé des opinions vagues; les lésions qui correspondent aux maladies ont été mieux déterminées; les signes et la symptomatologie sont mieux caractérisés et plus nettement définis. Mais malgré ces changements, malgré ces progrès réels, la science moderne n'a fait encore que des modifications de détail à la pathologie de l'enfance telle qu'elle était enseignée au commencement de ce siècle. Nous sommes très-partisan du progrès, mais nous ne voulons point qu'on oublie le point de départ. La médecine moderne ne pourrait oublier, ne pourrait faire table rase des notions qui lui ont été léguées par l'expérience des siècles antérieurs sans effacer la plus grande partie des faits acquis à la pratique et à la pathologie.

Peut-être qu'au milieu des nombreuses préoccupations de notre époque, il paraîtra superflu à quelques esprits de faire intervenir, au sujet de la critique contemporaine, des opinions et une nomenclature qui datent du commencement du siècle. En y réfléchissant, on verra que nos successeurs nous demanderont un jour infailliblement compte de ce laisser-aller avec lequel nous traitons nos devanciers dans la carrière, et il y a lieu de craindre que le jugement de la postérité ne soit très-sévère sous ce rapport à la littérature médicale de notre époque. Sans doute, l'esprit a quelque peine à reconnaître, sous diverses dénominations, la même maladie; de tout temps, cette difficulté a existé, et Underwood que je cite a consacré un chapitre spécial aux maladies décrites par les anciens auteurs sous des dénominations hors d'usage. Les lecteurs, dit-il, pourraient rencontrer ces termes dans d'autres ouvrages et seraient dans l'embarras pour les comprendre. Il indique ainsi ce qu'il faut entendre par les mots *Lentes*, *Hispiditas*, *Achores*, *Favus*, *Psorophthalmia*, *Impetigo*, *Ranulæ* ou *Batrachos*, *Siriasis*, *Parithmia*, *Parulis*, *Inflatio*, *Crinones*, *Malum Pilare*, *Phthiriasis*, *Hydroa*, *Macies*. Par cela même, il initie ses contemporains aux doctrines de *Rhazes*, de *Paulus*, d'*Ætius*, de *Celse*, de *Fabrice*, de *Primrose*, d'*Amstrong*, d'*Hamilton*, de *Buchan*.

La comparaison des deux traités que nous venons de passer en revue avec la compilation si élégamment écrite de *Mercurialis* confirmera, nous le pensons, ces remarques et ces appréciations.

Le livre I des maladies des enfants traite dans des chapitres distincts des questions suivantes : 1° *Qui et quot sint morbi pueriles, et an sint curandi a medico*, 2° *De morbillis et variolis*, 3° *De macie*. Ces trois chapitres contiennent en quelque sorte la pathologie générale, puis viennent les titres suivants : 4° *De particularibus puerorum morbis. et primum de capitis aucta magnitudine*, 5° *De struma*, 6° *De scissuris, seu scissuris labiorum in pueris*, 7° *De tumore umbilici*, 8° *De tumore scroti id est Ramice*, 9° *De imperforatione meatuum urinæ et fæcum*, 10° *De ani procidentia*, 11° *De intertrigine*, 12° *De pernione*.

Le livre II comprend les sujets suivants : 1° *De febre puerorum in genere*, 2° *De febre synocho*, 3° *De epilepsia*, 4° *De paralysi et torpore*, 5° *De convulsione*, 6° *De vitiis locutionis in genere*, 7° *De mutitate*, 8° *De balbutie*, 9° *De vitiis sensus communis*, 10° *De immodica puerorum vigilia*, 11° *De siriasi*. 12° *De coryza, tussi et anthelitus difficultate*, 13° *De dolore et humiditatibus aurium*, 14° *De tonsillis seu paristhmiis*, 15° *De aphthis*, 16° *De Batrachio seu Ranula*, 17° *De dentitione*, 18° *De singultu*, 19° *De nausea et vomitu*, 20° *De urinæ incontinentia*, 21° *De urinæ suppressione*, 22° *De vitiis intestinorum*, 23° *De alvo nimis fusa*, 24° *De tenesmo*, 25° *De torminibus intestinorum*.

Le livre III est consacré uniquement à l'histoire des vers intestinaux qui, à cette époque, préoccupaient outre mesure les pathologistes et les praticiens; aussi *Mercurialis* entre-t-il dans les détails suivants : *De nomine et definitione lumbricorum, de causa efficiente, formali, finali, materiali lumbricorum, de loco ubi fiunt lumbrici, de nonnullis concaussis lumbricorum, de differentiis, de signis, de prognosticis, de curatione lumbricorum.*

Dans une prochaine revue, pour continuer ce sujet, nous dresserons l'inventaire des travaux faits dans ces dernières années sur la pathologie des enfants nouveau-nés; l'ouvrage de M. Bouchut nous servira de terme de comparaison, et l'occasion de cette deuxième revue sera le livre du docteur *V. Seux* (de Marseille) : RECHERCHES SUR LES MALADIES DES ENFANTS NOUVEAU-NES, SUR L'ÉTAT PHYSIOLOGIQUE DU POULS, LE MUGUET, L'ENTÉRITE, L'ICTÈRE.

THOLOZAN.

(1) TRAITÉ DES MALADIES DES ENFANTS, suivi de conseils sur l'hygiène et l'éducation physique des enfants depuis la naissance.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

[illegible]ISME ET VITALISME.

LETTRE A M. MIALHE A L'OCCASION DE SON OUVRAGE SUR LA CHIMIE APPLIQUÉE A LA PHYSIOLOGIE.

Monsieur et très-honoré confrère,

Je vous dois des remercîments, et je vous les fais bien sincères, pour votre livre intitulé : CHIMIE APPLIQUÉE A LA PHYSIOLOGIE ET A LA THÉRAPEUTIQUE, que vous m'avez fait l'honneur de m'envoyer.

Bien que la physiologie et la thérapeutique aient toujours emprunté les secours de la chimie, nous ne connaissons pas d'ouvrage spécial sur ce sujet, et nous ne pensons pas qu'il existe rien d'aussi complet que celui que vous venez de publier. Dans tous les cas, si la ligne que vous suivez n'est pas nouvelle sous tous les rapports, nous oserions affirmer que personne avant vous ne l'a suivie avec autant de talent et n'y a apporté plus de lumières.

Ce n'est donc qu'avec une extrême circonspection que nous aurons l'honneur de vous faire quelques objections et de vous demander des explications.

Il y a douze ans, nous avons publié un ouvrage ayant pour titre : ANALYSE PHYSIOLOGIQUE DE L'ENTENDEMENT HUMAIN (1). Nous prenions pour point de départ une cause première, un principe vital. Votre point de départ est tout différent ; je vous laisse parler :

« Nous aussi, nous essayions de prouver qu'à l'aide des connaissances chimiques, on peut arriver à une solution satisfaisante des actes qui paraissent les plus complexes et les plus inexplicables, sans invoquer sans cesse l'existence d'une force particulière, d'un principe vital. La vie n'est point une force spéciale jouissant d'une existence indépendante ; elle ne consiste pas non plus dans le jeu parfait et régulier de quelques fonctions même les plus importantes ; elle est dans l'agencement harmonique de tous les rouages divers ; elle est multiple : c'est l'ensemble, la réunion des actes vitaux, c'est la matière organisée en action. »

Ainsi, d'après vous, la vie, dans ses premiers éléments, dans ses premières manifestations, n'est pas le résultat de l'action d'une cause première, d'une force particulière, d'un *principe vital* ; elle est dans l'*agencement* harmonique de tous les rouages divers : *c'est la matière organisée en action*.

Cette pensée se retrouvera partout, et nous pouvons dire que c'est le principe vital, l'âme de votre travail.

Nous, au contraire, avions cru qu'il existe un principe, une cause première de la vie, principe dont l'influence se fait sentir dans la formation, la structure, la position, l'action, les fonctions de toutes les parties, et les porte avec un ordre et une prévoyance admirables, à concourir à l'existence, à la conservation et à la propagation de l'être vivant. Nous avions reconnu, dans chacune des parties constituantes de cet être, des degrés différents de vitalité, des diversités de fonctions, mais toujours sous l'empire de cette loi qui, quelles que soient les dispositions particulières des composants, les force en définitive d'agir dans un but commun.

Nous ne regardions pas la vie comme le résultat principal d'un *agencement* harmonique de rouages divers, ni tout simplement comme une matière organisée en action ; car, en raisonnant ainsi, nous aurions craint, malgré notre opinion contraire, que l'on nous accusât de comparer les organisations vivantes à ces machines que nous allons admirer au palais de l'Industrie ou au Conservatoire des arts et métiers, et dont un seul moteur détermine tous les mouvements. D'un autre côté, nous savions que, dans ces machines, chaque partie n'est mobile que dans sa masse, tandis que, chez l'animal vivant, le mouvement ou la vie se manifeste jusque dans ses composés élémentaires.

La vie est multiple, dites-vous ; vous entendez sans doute par là que le corps de l'animal est composé de parties diverses animées de mouvements nombreux ; mais si ces organes et ces mouvements tendent tous en définitive vers un but commun, la vie n'est pas multiple. C'est une unité.

Il me semble, mon cher confrère, que, comme beaucoup d'autres savants, vous confondez la simplicité avec l'unité. Vous savez très-bien cependant qu'il y a des unités simples et des unités complexes. Des corps simples et des corps composés n'ont-ils pas également leur individualité ? De ce que vous êtes un composé d'organes ayant des fonctions diverses, une vitalité relative particulière qui se manifeste par leur mode de nutrition, leur forme, leurs fonctions, mais toujours en rapport avec votre vitalité générale, et dans un but commun celui de votre existence comme individu, n'êtes-vous pas toujours et dans tous les cas M. Mialhe ? Lorsqu'on dit : La vie végétative, la vie animale, la vie intellectuelle, on signale des modifications d'existence qui ne rompent pas l'unité.

Vous admettez des lois vitales et vous rejetez comme absurde le principe vital, et comme vide de sens les mots qui le qualifient. Mais ne vous tromperiez-vous pas ? De ce qu'il y a des lois vitales, s'ensuit-il qu'il n'y ait pas de *principe*, de première loi vitale qui domine toutes les autres ? Les anciens, sous ce rapport, étaient moins exclusifs que vous lorsqu'ils disaient :

> Principiò cœlum ac terras, camposque liquentes
> Lucentemque globum lunæ, titaniaque astra
> Spiritus intus alit, totumque infusa per artus
> Mens agitat molem, et magno se corpore miscet.

Remarquez-bien qu'il ne s'agit pas ici d'une force, d'un procédé chimique, d'un *agencement*, mais d'un esprit, d'une intelligence : *Spiritus*, *mens*.

C'est beaucoup dire, mais c'est un poëte qui parle, et ce point demande des explications qui ne doivent pas trouver ici leur place.

Disons toutefois que ce n'est pas une intelligence qui est répandue et qui agit partout, mais que ce sont des causes de mouvements et d'action qui, sans intelligence qui leur soit propre, agissent comme si elles étaient intelligentes parce qu'elles sont sous l'influence d'une cause antérieure toute-puissante qui les domine et qui les dirige. Mais c'est aussi le propre de tous les instincts : cet animal qui n'a ni modèle à imiter, ni exemple à suivre, et qui pourtant, dans les principaux actes

(1) Paris, J.-B. Baillière.

FEUILLETON.

EXPOSITION DES PRODUITS DE L'INDUSTRIE.

(Onzième article.)

Instruments de chirurgie. Considérations générales : Récompenses accordées en 1851, rapport de M. Roux.

L'Exposition n'existe plus que pour l'histoire. On dira sans doute un jour mieux et avec plus d'autorité que nous ne pouvons le faire de notre temps tout ce qu'il y avait de beauté et d'utilité réelle dans cette immense entreprise d'un État qui dirigeait à la fois une grande guerre et le contrôle de l'industrie des nations. On dira aussi bien ce qui manquait à cette seconde tentative d'appréciation et de rapprochement des industries de tous les peuples. Nous avons fait voir, dans la mesure de nos moyens et de notre compétence professionnelle, l'ample moisson de faits, de détails techniques, de vues nouvelles et d'enseignements pratiques que la médecine pouvait emprunter aux exhibitions industrielles pour le perfectionnement de l'hygiène publique et privée ; il nous reste à passer en revue les cinquième et sixième sections de la douzième classe des produits de l'industrie.

Dans les titres de *médecine et de chirurgie*, d'*anatomie humaine et comparée* le catalogue comprenait : 1° les appareils et instruments d'exploration médicale et de petite chirurgie ; 2° les appareils et instruments de chirurgie ; 3° les appareils et procédés pour l'application des agents physiques et chimiques aux usages médicaux et chirurgicaux ; 4° les appareils mécaniques plastiques et physiques à usages médicaux et chirurgicaux ; 5° le matériel des dissections et autopsies ; 6° celui de la préparation et de la conservation des pièces anatomiques ; 7° celui de l'anatomie microscopique ; 8° celui du dessin et de la photographie anatomique ; 9° le matériel de la plastique anatomique et anatomo-pathologique ; 10° les préparations zoologiques. Parmi tous ces produits, les *instruments de chirurgie* se distinguent par leur importance, par leur nombre, par une concurrence et une rivalité soutenue entre différents peuples, enfin par les rapports multipliés que cette branche de l'industrie a nécessairement avec les progrès de la médecine et de la chirurgie.

L'histoire de la chirurgie presque tout entière pourrait être faite à propos des instruments auxquels les indications de la science et les besoins de la pratique ont donné naissance. C'est que de toutes les professions la chirurgie est celle qui a appelé à son aide le matériel d'instrumentation le plus varié et le plus nombreux. Indices de la multiplicité des procédés opératoires, des exigences très-diverses des méthodes curatives, les instruments de chirurgie sont la traduction fidèle de l'état de la science et des doctrines à toutes les époques. Ils ont varié beaucoup, et quant à la forme, aux dimensions, aux usages, à la qualité des matériaux employés à leur construction, à l'habileté

de sa vie, agit comme tous ceux de son espèce; cet insecte qui s'attache à une plante sur quelque partie de laquelle il trouve, par des procédés admirables, à se loger, à se nourrir, à se reproduire, agit-il avec intelligence? A-t-il la prévoyance, la conscience de ce qu'il fait? Non, sans doute, c'est une force qui le pousse, c'est une intelligence qui, sous la forme d'instinct, le dirige dans ses actes nombreux, choisis et compliqués. Et c'est ainsi qu'une cause suprême, *spiritus*, *mens*, conduit et dirige à leur insu tous les êtres de la création.

L'esprit qui se répand de toutes parts et donne les mouvements à cette masse que l'on nomme la terre n'a donc pas besoin d'être intelligent par lui-même; il n'est pas nécessaire qu'il ait la conscience de ce qu'il fait, il suffit qu'il obéisse à une intelligence qui d'avance a tout coordonné, a tout prévu.

Il en est de même du principe de la vie; il n'est pas intelligent par lui-même, il n'a pas besoin de l'être, mais il relève d'une intelligence suprême qui, par sa volonté une fois manifestée, fait, dans le présent et dans l'avenir, mouvoir la matière dans tous les sens, lui donne toutes les formes au moyen desquelles se révèlent et se manifestent tous les instincts et tous les esprits.

Que tout cela soit prodigieux, que d'y penser seulement donne le vertige, cela est possible; que l'on nous donne d'autres et de meilleures explications, nous ne les refuserons pas. Jusque-là nous croirons que l'univers est soumis à un principe qui a donné tous les mouvements, qui les a réglés entre les grands corps, et qui, par les instincts, tient sous ses lois toutes les espèces animales. Nous croirons aussi que chaque espèce, chaque être vivant, est animé par une cause première, par un principe sous l'influence duquel tout s'accroît, se coordonne et se maintient d'une manière constante dans la généralité, mais variable dans les détails.

Vos lois vitales se manifestent-elles toutes à la fois chez l'être vivant? N'y en a-t-il pas une qui a précédé toutes les autres et qui les tient sous son influence? Ce grain de blé que vous confiez à la terre a-t-il déjà besoin des lois ou des formes diverses et *successives* qui déterminent le développement de sa racine, de sa tige, de ses épis? Or si ces lois ne sont nécessaires et ne manifestent leur action que successivement, n'est-ce donc pas s'écarter des procédés logiques que de leur supposer une existence prématurée, inutile. Une première loi, celle qui préside aux premiers actes de la germination, était donc alors la seule nécessaire, la seule que l'on pût raisonnablement admettre ou supposer. Eh bien! cette loi nous l'appelons le principe vital, et vous l'appelez un *mot vide de sens*, une absurdité.

Puisque nous différons de manière de voir sur ce point important, c'est qu'apparemment l'un de nous deux se trompe; lequel? Le temps nous l'apprendra; mais vous conviendrez, mon cher confrère, qu'il me serait difficile de ne pas défendre une opinion que j'ai toujours soutenue et à laquelle je tiens plus que jamais.

Il en est des conceptions humaines, des produits de l'intelligence, comme de tout ce qui est appelé à la vie; ils ont un point de départ, un principe qui se fait sentir et qui exerce son influence dans toutes les parties. C'est ce que l'on peut observer dans les ouvrages des meilleurs écrivains, des plus profonds philosophes; ce principe est-il faux, l'ouvrage pourra briller et se soutenir, pour un temps, par des beautés de détail, mais en définitive il descendra à sa juste valeur, car rien n'est durable que ce qui est vrai. On admire le talent de l'écrivain, mais on répudie le fond de sa pensée.

Si nous avons eu tort, si nous nous sommes trompé en admettant un principe vital, nous serons le premier à nous condamner, nous déclarerons notre livre comme défectueux dans ses bases et faux dans la plupart des conséquences qui découlent de nos propositions.

Mais supposons que ce soit vous qui vous trompiez, mon cher confrère, ne pourrait-on pas dire que vous placez la science sur le lit de Procuste, ou que vous vous efforcez d'attacher le mort au vivant? Et, en effet, les substances, les agents, les procédés chimiques sont toujours les mêmes et déterminent des résultats prévus et rigoureux. Ils sont morts. L'état de nos organes, leurs fonctions et leurs mouvements de nutrition varient incessamment suivant des circonstances nombreuses et diverses, relatives à leur sensibilité, à leur mode actuel d'action et de réaction, propre ou spontanée. Ils sont vivants. On nie l'existence d'un principe, et conséquemment de propriétés vitales : c'est tout simple; par ce moyen, on rapproche le plus possible la nature vivante de la nature morte, mais, au fond, il est facile de voir que ce n'est qu'un système, qu'un paradoxe scientifique inventé pour soutenir une théorie qui contredit ce que l'ordre naturel nous montre à chaque instant.

Et que l'on ne dise pas que tout cela soit sans importance; il n'est pas douteux que des substances diverses introduites dans l'estomac n'y soient soumises à des élaborations chimiques, et c'est le côté vrai du système, mais on ne prouvera jamais que cet organe soit un vase inerte, ou presque inerte, et que les sécrétions qui s'opèrent dans l'appareil digestif soient toujours les mêmes sous tous les rapports, quelles que soient les dispositions vitales des diverses parties de cet appareil, et les substances avec lesquelles on les met en contact. Dès lors on pourra toujours contester la valeur des résultats, on pourra toujours dire que nos expériences et nos essais n'atteindront jamais cette certitude que l'on a le droit d'attendre d'une science positive.

Nous allons, sous ce point de vue, examiner quelques-unes de vos considérations générales. Nous citerons textuellement.

I.

« Les corps organisés, animaux et végétaux, présentent, comme les corps inorganiques, des phénomènes physiques d'électricité, de chaleur, de lumière, de pesanteur, d'hygrométrie, d'endosmose, et des phénomènes chimiques d'affinité, d'attraction, de composition et de décomposition. Mais tandis que les corps inorganiques subissent fatalement les lois générales de la nature, les corps organisés réagissent constamment contre l'action destructive de ces mêmes lois, en vertu d'une constitution qui leur est propre et qui, pourvue de solides et de liquides, de tissus, d'organes, de systèmes, donne lieu à des fonctions dont l'ensemble détermine ce phénomène *incompréhensible* que l'on nomme la vie.

» La vie est donc la lutte continuelle et prolongée des lois de la nature individuelle contre celles de la nature universelle. »

Ainsi ce sont des lois qui se combattent, les unes résultant d'une constitution particulière, les autres provenant sans doute du mouvement et de l'ordre universels.

---

de la main-d'œuvre. Ils ont, comme beaucoup de produits de l'industrie, un côté d'utilité réelle, d'application pratique, et un côté moins sévère, moins sérieux, moins positif: d'une part, les indications opératoires exigent d'eux des conditions essentielles de forme, d'aptitude, d'application ; d'autre part, le goût de l'époque, celui des ouvriers et des fabricants, les matériaux nouveaux que les progrès de l'industrie permettent chaque jour de faire entrer dans la composition des instruments, le perfectionnement de la main-d'œuvre, les changements de détail apportés par tel ou tel artiste, introduisent dans la fabrication des modifications infinies, très-peu importantes au fond.

Cette distinction entre le côté sérieux et élevé, entre le perfectionnement utile et une simple modification d'occasion ou de fantaisie, doit être faite souvent à propos des instruments de chirurgie. On sait que quelquefois l'idée originale ou la simplification importante est dans une altération en apparence légère de la forme des instruments ; on accordera aussi, nous pensons, que bien des changements sont inutiles et apportent simplement de la complication dans un arsenal très-compliqué déjà. Ces idées semblent avoir prévalu dans le jury de l'Exposition de 1851 où la France était représentée par deux illustrations que la mort a enlevées, MM. Roux et Lallemand, les États-Unis par le docteur Chadbourne, et l'Angleterre par MM. Green, rapporteur, Lawrence, et James Philp, fabricant d'instruments de chirurgie à Londres. Nous avons sous les yeux, avec le texte du rapport de M. Green (IN THE REPORTS BY THE JURIES), le rapport de M. Roux qui vient enfin de paraître dans la seconde partie du tome III des TRAVAUX DE LA COMMISSION FRANÇAISE SUR L'INDUSTRIE DES NATIONS, publiés par ordre de l'empereur. Ces documents méritent une attention spéciale à cause de la grande notoriété et de l'autorité qui s'y rattachent. A ces deux titres, nous leur devions ici une mention, d'autant plus que, depuis l'année 1851, il n'y a pas eu de perfectionnements bien notables dans la branche de l'industrie dont nous nous occupons.

Dans les expositions, ce qui préoccupe le plus et à juste titre les fabricants, c'est la mention qui est faite de leurs produits dans les rapports officiels ; les élus y trouvent des motifs d'encouragement, de persévérance ; les autres des occasions de rectification, d'émulation. Nous citerons une autre fois les récompenses décernées à l'Exposition de 1855. Aujourd'hui nous rappellerons celles du jury anglais en 1851. La France était représentée, sur la liste des producteurs médaillés, par M. Auzoux, pour des modèles d'anatomie humaine et comparée; MM. Burat frères, pour des perfectionnements apportés à la construction des bandages herniaires ; M. Charrière, pour sa collection d'instruments divers remarquable au point de vue de la nouveauté, de l'invention, de l'application ingénieuse, et de la grande perfection de l'exécution manuelle ; M. Luër, pour une collection d'instruments pour les maladies des yeux, où l'habileté remarquable de la façon s'associait au mérite de la nouveauté; M. Thier, pour une téterelle pour l'allaitement artificiel. L'Angleterre comptait les noms suivants : Arnott, procédés pour l'application locale du froid considéré sous un point de vue thérapeutique nouveau ; Avery, appareil réflecteur pour l'exploration des canaux longs et étroits, et spécialement l'urètre de l'homme ; Bigg, collection d'instruments de chirurgie remarquable par la main-d'œuvre et la qualité des matériaux employés à leur construction ; Caplin, corsets supportant le tronc sans serrer le thorax, appareils ortho-rachi-

Ainsi, en vertu d'une constitution qui leur est propre, les corps organisés possèdent des lois particulières qui réagissent constamment contre l'action destructive des lois générales.

Mais les lois de la nature universelle s'étendent à tout ce qui existe; on les retrouve dans tous les êtres vivants, et sans elle la vie ne serait nulle part. Cette lutte, ce désaccord entre les lois de la nature universelle et les lois de la nature individuelle, ne sont donc pas des choses aussi réelles, aussi positives qu'on pourrait le croire; tout marche ensemble vers un but déterminé, il n'y a d'opposition constanté que contre le désordre.

En définitive, la vie, suivant vous, mon cher confrère, est la lutte continuelle et prolongée des lois de la nature individuelle contre celles de la nature universelle. Or comme ces lois n'ont rien de matériel, rien qui tombe sous les sens, nous pouvons, tout en les admettant comme vous, les placer au nombre de ces choses qui n'ont de réalité que pour l'intelligence qui les a créées et qui les conserve ou les rejette, suivant le besoin qu'elle en a pour l'explication des faits ou l'exigence des théories.

II.

« Mais cette opposition constanté des lois vitales aux lois physiques, mécaniques et chimiques, ne soustrait point les corps vivants à l'*empire de* ces dernières; si, dans l'ensemble des *fonctions* qui constituent l'existence de l'homme, les unes qui président aux plus hautes facultés intellectuelles, sensibilité, conscience, volonté, mémoire, et échappent à toute investigation scientifique et demeurent un mystère impénétrable, inaccessible; les autres fonctions qui tiennent sous leur dépendance les conditions matérielles de l'existence (digestion, absorption, nutrition, etc.), sont, par la nature et la structure de leurs appareils, rattachées aux lois générales qui régissent la matière et permettent de temps en temps à la science de soulever le voile qui couvre le grand problème de l'économie vivante. »

L'empire n'est peut-être pas le mot, l'*influence* ou l'*action* conviendrait un peu mieux, il nous semble, car depuis la formation du germe jusqu'à l'âge adulte, l'être vivant s'accroît et se perfectionne, apparemment en vertu des lois vitales, mais certainement malgré l'empire des lois physiques, mécaniques et chimiques; et s'il ne se soustrait pas dans tous les sens à cet empire ou à cette influence, le succès de sa résistance est au moins prouvé par le fait de son accroissement et de ses moyens de reproduction.

Les fonctions ne constituent pas l'existence de l'homme; les fonctions sont des actes, et, dans aucun cas, les actes ne constituent l'existence ou l'essence de l'être ou de l'organe qui les exécute.

Parmi ces fonctions, les unes présidant, dites-vous, aux plus hautes facultés intellectuelles : sensibilité, conscience, volonté, mémoire, etc., échappent à toute investigation scientifique et demeurent un mystère *impénétrable, inaccessible*.

Ces hautes facultés intellectuelles qui, selon vous, sont présidées par des fonctions, sont le résultat des dernières élaborations de l'intelligence, et bien qu'elles soient absolument nécessaires à l'existence de l'espèce humaine, elles ne se présentent pas tout à coup à l'état de hautes facultés; elles sont d'abord des dispositions, puis des fonctions, et enfin des facultés ou virtuelles ou effectives. Elles ne sont pas essentielles à la vie; beaucoup d'êtres vivants ne les possèdent pas. Elles échappent, dit-on, à toute investigation scientifique et demeurent un mystère impénétrable, inaccessible. Physiquement, mécaniquement et chimiquement, cela peut être vrai.

Quant aux autres fonctions qui tiennent sous leur dépendance les conditions matérielles de l'existence (digestion, absorption, nutrition, etc.), elles permettent de temps en temps à la science de soulever le voile qui couvre le grand problème de l'économie vivante.

Il n'y a donc plus pour nous maintenant de mystère impénétrable inaccessible, à moins que ce ne soit en ce qui touche aux facultés intellectuelles, et l'on va nous dire pourquoi mille individus digèrent parfaitement une substance alimentaire qui est presque un poison pour un autre d'ailleurs bien conformé et disposé à digérer tout autre espèce d'aliment; pourquoi un verre d'eau pure fait quelquefois vomir avec de grands efforts une personne qui croit que cette eau est émétisée; pourquoi la vue ou seulement l'idée d'un objet dégoûtant porte au vomissement; pourquoi une contrariété, une mauvaise nouvelle arrête tout à coup l'appétit et trouble la digestion; pourquoi la peur excessive produit quelquefois des évacuations..... Ici nous laissons retomber le voile qui couvre le grand problème de l'économie vivante.

III.

« Depuis longues années deux opinions se disputent l'explication des phénomènes de la vie : l'une les fait dépendre du *principe vital*, force particulière représentée comme l'antagoniste de celles qui régissent la matière bruté; l'autre rejette cette force hypothétique; l'influence exercée par les agents extérieurs sur les corps organisés est pour elle une preuve que les phénomènes des fonctions animales n'ont rien de spécial et que la vie ou l'ensemble de ces phénomènes résulte simplement des modifications de la matière. »

Laissons, mon cher confrère, les opinions se *disputer* l'explication des phénomènes. Nous pensons, comme tous les philosophes, qu'il n'y a pas dans leur origine de ligne de démarcation entre les lois physiques, chimiques et vitales. Il n'y en a pas davantage entre les corps bruts et les corps organisés. Que ces derniers doivent la vie à l'action, au développement, ou à l'influence d'un principe vital plutôt qu'à des lois vitales, il n'est pas moins vrai que les êtres vivants portent la vitalité dans toutes les parties qui les constituent; que ces parties jouissent d'un mode de vitalité qui leur est propre, mais toujours en rapport avec celle de l'être qu'elles concourent à former, et que, soit en particulier, soit dans leur ensemble, elles tendent plus ou moins, suivant le degré de vie qui les anime, à résister à l'action désordonnée ou non préparée de la matière brute et des lois qui la régissent. C'est un fait.

Que des mouvements, des combinaisons de toute nature, fassent passer la matière brute à la vie, et que, parvenue à ce point, elle puisse, d'après les changements qu'elle a subis, résister aux lois physiques, mécaniques et chimiques, cela ne change rien à l'ordre des choses; mais cela prouve au moins qu'il y a des mouvements, des actes, que les procédés chimiques ne peuvent atteindre et des combinaisons qu'ils ne peuvent imiter ni produire; car ces actes ne s'opèrent qu'au moyen de la matière animée, et dans aucun cas les procédés chimiques ne peuvent donner la vie.

---

tiques et gymnastiques qui diminuent le poids du tronc et permettent d'angmenter, par l'exercice, les forces musculaires; Coxeter, collection d'instruments remarquable par l'excellence de la fabrication et la qualité de la matière première; Evans, jambe artificielle donnant un point d'appni solide snr l'étrier pour monter à cheval, collection remarquable d'instruments divers; Ferguson, collection remarquable d'instruments; Gordon, modèle anatomique, en ivoire, de la tête humaine, moutrant toutes les parties telles qu'ou les voit par la dissection; Gowing, instruments vétérinaires; Grossmith et Desjardins, yeux artificiels; Hutchinson, spiromètre; Machill, scie ostéotome circulaire; Rein, instruments acoustiques à l'usage des sourds; Simpson, collection d'instruments divers, modèle anatomique de la tête hnmaine; Towne, pièces anatomiques en cire; Weep, collection d'instruments.

L'Angleterre s'était fait ainsi une large part dans la distribntion des récompenses; l'Amérique ne comptait, parmi les élus, que Palmer, pour un modèle de jambe artificielle joignant à une grande légèreté une heureuse imitation des mouvements naturels; le Portugal, Polycarpo, pour une caisse d'instruments de chirurgie; la Suisse, le docteur Junod, pour son appareil hémospatique; la Toscane, Calamai, pour des pièces anatomiques en cire.

On remarquera que, dans cette liste des mentions accordées par le jury anglais, ne figure aucune récompense de premier ordre. Le sous-jury, composé de MM. Green, Roux, Lallemand, Chadbourne, Lawrence, Philp, avait à jnger le matériel entier des appareils thérapentiques et les instruments de chirurgie. « Rien n'était plus remarquable, dit le baron C. Dupin, que l'exposition de ces instruments. Il était impossible de mieux mettre en œuvre le cuivre, le fer et l'acier, que ne le font les Anglais; la solidité, le poli de leurs instruments ne laissaient rien à désirer; plusieurs d'entre eux faisaient voir, par des combinaisons ingénieuses, qu'ils savaient anssi se montrer créateurs au besoin. Nous étions charmés de rendre jnstice à de tels mérites Mais, au milieu de tous ces rivaux distingués, s'élevait avec un éclat incomparable un artiste du continent, qui, par la multiplicité, l'originalité des inventions et des perfectionnements, par les difficultés vaincues et les résultats obtenus, manifestait an jugement universel sa snpériorité : c'était M. Charriére, véritable enfant de ses œnvres, d'abord simple ouvrier, puis devenn par son génie le chef dn plns grand atelier de tout le continent européen.

Les membres du jury spécial des instruments de chirurgie, opinant comme le public, furent unanimes à décider qu'un Français, M. Charrière, méritait la médaille de premier ordre qu'on appelait la *médaille du conseil*. La liste des récompenses arrêtée, M. Roux, rappelé, comme M. Lallemand, par les devoirs de la profession, partirent pour la France en promettant de revenir si leur présence était jngée nécessaire. Ils ne furent pas rappelés. M. Charrière s'es trouvé rayé du premier rang sans que les deux savants français en aient été prévenus; la proposition de cette récompense n'est pas arrivée jnsqu'an conseil des présidents, qui jngeait en dernier ressort, » Dans ce conseil siégeaient M. le dnc de Lnynes, M. Dumas, M. le général Poncelet et M. le baron C. Dupin. Ils réclamèrent au nom de l'art et de la justice. Le conseil ne crut pas ponvoir décerner une récompense qu'on s'abstenait de lui proposer. On sait de quelle manière le chef de l'État réhabilita en France la renommée de M. Charrière, victime au moins de l'oubli, en le rangeant des premiers au

« Toutefois, dites-vous, l'analyse a démontré que la matière organique et la matière inorganique se composent des mêmes éléments premiers, et que des différences dans les proportions de ces éléments et dans leur mode de combinaison suffisent à expliquer l'origine de tous les principes immédiats tant du règne animal que du règne végétal. »

Qu'est-ce que cela prouve relativement à la formation, à la conservation, à la reproduction des êtres vivants? Est-on bien sûr que l'analyse nous ait tout démontré? Mais encore de ce qu'un homme connait toutes les lettres de l'alphabet, qu'il peut analyser tous les mots, toutes les phrases et les reconstruire, s'ensuit-il qu'il soit capable de faire une tragédie ou un poëme épique?

IV.

« M. le professeur Chevreul pense que lorsque tous les principes immédiats seront connus, lorsqu'ils auront été étudiés dans leur composition et dans leur propriété, nous serons en état d'expliquer, dans l'être vivant, des phénomènes qui jusqu'alors étaient rapportés à ce que l'on nomme la force vitale. »

Qui en doute? Dans le besoin de tout expliquer, pourquoi n'aurait-on pas abusé de cette idée, d'une force vitale, comme on abuse aujourd'hui des connaissances physiques, mécaniques et chimiques pour donner l'explication de phénomènes qui, en dehors du travail intellectuel et de l'observation physiologique, se refusent à toute analyse?

« Les phénomènes de la digestion, de l'absorption, des sécrétions, sont complexes et relèvent tout à la fois de la mécanique, de la physique, de la chimie; aussi Matteucci a-t-il cru devoir les désigner sous le nom de phénomènes vitaux. Mais ce serait tomber dans une profonde erreur que de supposer qu'il a voulu par là les rattacher à la force mystérieuse appelée force vitale. »

Que l'on ne craigne pas, mon cher confrère, nous nous garderons bien de faire cette supposition.

« Il en est de même pour la digestion : dire qu'elle se fait sous l'influence du suc gastrique et de la force vitale, c'est ne donner aucune explication. Mais si l'on fait voir qu'elle dépend des acides de l'estomac, des ferments salivaire et gastrique, et d'un certain degré de température; si l'on prouve que ce qui se passe dans la cavité organique de l'estomac peut également avoir lieu dans un vase inerte, en tenant compte de toutes les circonstances qui président aux phénomènes digestifs, on aura réellement démontré que l'acte de la digestion repose sur des réactions chimiques qui en donnent une théorie satisfaisante, *complète*, et l'on aura fait un grand progrès en éloignant ce mot de force vitale si vide de sens. »

En vérité, mon cher confrère, vous conviendrez que tout faibles que nous sommes, nous aurions bien lieu de nous fâcher.

Comment! vous regardez comme vide de sens ce mot force vitale, qui, pour nous, représente à l'esprit une cause à laquelle nous avions confié un petit degré d'influence dans l'exercice des fonctions de l'organisme. Mais puisque vous comparez l'estomac à un vase inerte, à une cornue, nous n'avons plus rien à dire, qu'à vous féliciter de la comparaison.

Et, en effet, cette comparaison vous paraît tellement juste que vous vous empressez de répondre d'avance aux objections que l'on voudrait y faire.

« A ceux qui professent que dans l'étude des phénomènes de la digestion on ne saurait comparer l'estomac à une cornue, nous répondons : *l'estomac peut être comparé à une cornue*, mais à la condition expresse de tenir compte de tous les éléments qui sont en présence pendant le phénomène chimique si complexe de la digestion. »

D'où il suit sans doute que les plus habiles chimistes doivent aussi être les meilleurs médecins. Avouez, mon cher confrère, que c'est là une opinion que par modestie vous avez bien voulu garder pour vous.

Mais quels sont donc ces éléments dont il faut si expressément tenir compte? Sont-ce des dispositions particulières d'un estomac qui le portent à désirer ce qui répugne à tous les autres, qui lui font digérer facilement aujourd'hui des substances, alimentaires ou non, que dans tout autre temps il aurait rejetées? Est-ce quelque affection morale qui suspend et trouble tout à coup douloureusement les fonctions gastriques? Nous ne pensons pas que l'on doive *expressément* tenir compte de tout cela lorsque la digestion s'opère dans une cornue. On veut sans doute parler d'éléments physiques, mécaniques et chimiques.

« Toutefois, lorsque les phénomènes de respiration, circulation, digestion, etc., auront été expliqués par les sciences mécaniques, physiques et chimiques, nous n'en serons pas plus avancés sur la cause première de la vie. Aussi, en étudiant le mécanisme et les lois des phénomènes de la vie animale, nous ne prétendons nullement remonter aux causes premières, pas plus que les astronomes étudiant les secrets des cieux et les lois de la gravitation universelle ne recherchent quelle est la force qui a lancé tous les mondes dans l'espace. »

Comment, mon cher confrère, vous admettez donc une cause première de la vie; vous l'admettez au moins implicitement, puisque vous déclarez que, malgré toutes les explications mécaniques, chimiques et physiques, nous ne la connaîtrons pas davantage; et là-dessus nous sommes bien de votre avis. Mais une cause première est un principe; la cause première de la vie est donc le principe de la vie ou la force vitale; et vous venez de dire que ce mot *force vitale* est vide de sens. Mais pour être vide de sens, il faudrait qu'il ne s'appliquât à rien. Or si la vie existe, quelque incompréhensible qu'elle soit, suivant vous, il s'applique à quelque chose, il indique au moins une cause, et dès lors la vie, les lois vitales dont vous avez également reconnu l'existence, et la cause première de la vie, le principe de la vie, la force vitale, ne sont donc pas des mots vides de sens, comme vous le dites; seulement ils s'appliquent à des choses dont vous ne connaissez pas la nature, mais dont il faut nécessairement avouer l'existence d'après les effets évidents.

Savez-vous, mon cher confrère, que c'est une terrible manière de raisonner que de nier l'existence de ce que nous ne connaissons pas, ou de regarder comme vides de sens les mots qui signalent des choses inconnues. Il ne faudrait donc nommer que celles dont nous connaissons la nature? Comment osez-vous dire que vous vivez, que nous avons le plaisir de nous entretenir avec vous, en vertu de ce phénomène *incompréhensible* que l'on nomme la *vie?* quel sens attachez-

---

nombre des artistes français qui avaient obtenu des récompenses de premier ordre, et que recommandaient le plus l'étendue et l'élévation des services rendus.

Cette haute faveur mérite qu'on l'explique, qu'on la motive, non pas pour les personnes qui sont au courant de la question, mais pour ceux de nos lecteurs qui sont étrangers aux progrès de la fabrication des instruments de chirurgie. Quel juge plus compétent à ce sujet que l'illustre rapporteur de la commission française, Roux, auquel nous empruntons presque textuellement les remarques suivantes :

Les premiers travaux de M. Charrière remontent déjà à plus de trente ans. Parmi les instruments les plus simples et les plus vulgaires, parmi ceux dont l'usage est le plus ancien, il y en a peu auxquels il n'ait pas touché pour en perfectionner le jeu, pour en rendre l'action plus efficace par un changement des plus simples dans la construction :

Il a débarrassé les ciseaux du clou à vis destiné à unir les deux branches, système qui permettait à la rouille d'encrasser l'entablure et les a rendus susceptibles d'être montés, nettoyés, montés de nouveau en quelques secondes, à l'aide d'un pivot par le moyen duquel les deux lames conservent toujours la même solidité.

Il a rendu ces mêmes instruments, pour certains cas, particulièrement susceptibles d'une action plus régulière et d'une coupe plus nette au moyen de l'articulation excentrique des deux branches.

Il a réduit considérablement le volume de tous les instruments faisant pinces à anneaux, des pinces à pansement, des tenettes, par le croisement simple ou le croisement double, ou le décroisement des branches. Il a rendu ces mêmes instruments, pinces, tenettes ou forceps aptes à exercer une pression continue par l'adjonction d'un petit système à crémaillière.

Les petites pinces élastiques ordinaires, telles que celles dont on use pour les dissections, ont été transformées en pinces à pression continue par le simple croisement des deux parties dont elles se composent.

Les algalies de trousse et tous les autres instruments en tube qui, pour être rendus portatifs, doivent se fractionner en deux parties, ont été soumis à un système de jonction entièrement nouveau qui leur donne une fixité et une solidité supérieures. La seringue, usitée dans les opérations chirurgicales soit pour aspirer, soit pour injecter un liquide, soit comme pompe foulante et aspirante, est devenue un instrument presque nouveau par un emprunt fait à la pompe de Bramah et par l'application du piston à double parachute ou à double valvule. Les scies de tout genre ont été perfectionnées et sont devenues d'un usage plus simple et plus sûr par une meilleure trempe et par l'amincissement des lames.

Indépendamment de ces modifications importantes qu'il a introduites et contribué à généraliser, M. Charrière a inventé la *scie à molettes*, qui a fait oublier la scie de Kleine, instrument d'un mécanisme trop compliqué. Il a construit, d'après les indications de Dupuytren, le trépan à une manivelle pour la perforation de l'os unguis, l'instrument de M. Félix Hatin pour la ligature des polypes des arrière-narines et du pharynx, ceux de M. Pierris et de M. Guyot pour faciliter les manœuvres si délicates de la staphyloraphie. A cette liste, il faut joindre les amygdalotomes, une pompe à jet conti-

vous à ce mot vie? Aucun apparemment, puisque vous ne comprenez pas la chose.

Mais encore connaissez-vous la nature des actes de l'intelligence? Non, sans doute, et pourtant vous leur donnez des noms; vous appelez *sensibilité*, *conscience*, *volonté*, *mémoire*, des choses que vous qualifiez de hautes facultés intellectuelles. Mais vous oubliez donc que tous les animaux qui ont la liberté des mouvements, qui peuvent se transporter d'eux-mêmes d'un lieu dans un autre, ont nécessairement, au moins à quelque degré, la sensibilité, la volonté, la mémoire, etc., que nos animaux domestiques, même les moins intelligents, jouissent de ces choses d'une manière évidente. Avez-vous intention de leur accorder de hautes facultés intellectuelles? Nous ne le croyons pas; il nous semble seulement que vous accordez bien libéralement sous des noms connus des choses qui vous sont inconnues.

Veuillez bien observer, mon cher confrère, que nous ne parlons pas des passions, des vertus, des vices, qui, bien qu'inconnus dans leur nature, ont aussi reçu des noms et peuvent exercer une influence notable, et quelquefois extrême, sur les actes de la vie organique.

Nous ne disons rien de ces dispositions, de ces instincts, qui naissent avec la vie, qui finissent, au moins pour la plupart, avec elle, qui tiennent sous leur influence toutes les espèces animales, et sans lesquels aucun être vivant ne pourrait par lui-même, ni conserver la vie, ni la communiquer.

Vous ne prétendez nullement, dites-vous, remonter aux causes premières, pas plus que les astronomes étudiant les secrets des cieux et les lois de la gravitation universelle ne recherchent quelle est la force qui a lancé tous ces mondes dans l'espace. C'est très-bien; mais peut-on comparer l'astronome au médecin, la gravitation universelle aux mouvements infinis en nombre, en diversité, qui constituent les fonctions vitales? L'astronome peut appliquer le calcul aux mouvements réguliers des corps célestes et s'arrêter là; il n'est pas chargé de modifier ou de changer des dispositions fâcheuses, de maintenir l'équilibre ou de le rétablir entre des actes qui ne peuvent être soumis au calcul, et qui même, dans beaucoup de cas, se refusent à l'application des lois physiques, mécaniques et chimiques. Si l'astronome peut ou doit s'arrêter là où le calcul lui fait défaut, il n'en est pas de même du médecin, dont le devoir est de porter ses investigations aussi loin que le permettent les forces de son intelligence.

Mais qui nous dit que le principe de la vie des animaux soit, sur notre globe, une cause première dans un sens absolu? N'a-t-il pas avant lui le principe de la vie universelle, l'Être suprême? Si les astronomes étudiant les secrets des cieux et les lois de la gravitation ne recherchent pas quelle est la force qui a lancé tous les mondes dans l'espace, faisons comme eux, étudions le développement des lois vitales chez les êtres qui nous entourent, et gardons pour nous notre opinion sur la cause première de la vie universelle; mais ne contestons point l'existence de ce que nous ne connaissons pas, et permettez-nous ce que vous appelez une supposition, la voici: *Tout ce qui existe pour nos sens et pour nos moyens matériels d'investigation doit avoir une cause.*

Arrêtons-nous ici, mon cher confrère; malgré quelques faibles objections, je me félicite d'être d'accord avec vous sur beaucoup de points que je n'ai pas touchés, et sur lesquels je reviendrai si vous me faites l'honneur de me répondre.

Concluons.

La vie en général est, dans ses éléments, un composé de mystères, et dans ses résultats suprêmes un ensemble de prodiges qui s'élèvent infiniment au-dessus de toutes nos conceptions et de toutes nos sciences. C'est en physiologie un hôte avec lequel il faut toujours compter: la décomposition ou l'analyse ne donne pas le secret de ses actes; la possession de tous les matériaux médiats et immédiats, de quelque nature qu'ils soient, n'apprend pas l'art de les mettre en œuvre par la synthèse. Si l'on veut me prouver le contraire que l'on produise *chimiquement*, non un animal avec ses formes, ses instincts, ses fonctions intellectuelles et ses moyens de durée et de propagation; non une plante avec ses racines, sa tige, ses fleurs et ses fruits, mais une goutte de sang, de bile, ou un brin d'herbe. Lorsqu'on aura fait tout cela, ou seulement une de ces choses, nous serons des premiers à reconnaître qu'à l'aide des connaissances chimiques on peut arriver à une solution satisfaisante des actes qui paraissent les plus complexes et les plus inexplicables, sans invoquer sans cesse l'existence d'une force particulière, d'*un principe vital*.

Recevez, etc.

COLLINEAU.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

RECHERCHES SUR L'ACTION DES POISONS SUR LE CŒUR; par M. AD. MOREAU.

PREMIÈRE PARTIE. — ACTION DU SULFATE DE CUIVRE.

Chacun sait que lorsqu'on soumet une grenouille à l'action du curare, on voit les mouvements volontaires et réflexes disparaître promptement, et les nerfs périphériques cesser d'être excitables sous l'influence d'un courant électrique; tandis que les muscles conservent la faculté de se contracter et que le cœur continue longtemps encore à battre spontanément. Témoin de cette expérience souvent faite au cours du collége de France, je me suis proposé de voir si d'autres poisons détruiraient pareillement l'excitabilité du système nerveux périphérique avant d'arrêter les battements du cœur. J'ai employé le courant électrique comme le stimulant le plus propre à réveiller cette excitabilité, et je citerai, pour montrer la valeur de ce réactif physiologique, une des conclusions du TRAITÉ DES PHÉNOMÈNES ÉLECTRO-PHYSIOLOGIQUES de Matteucci:

« Le courant électrique, dit-il, est parmi tous les agents stimulants celui qui possède pour plus longtemps la propriété d'éveiller l'excitabilité de nerf, quelque faible qu'il soit, en comparaison des autres agents stimulants. » (Matteucci, p. 251, éd. de 1844.)

La question est donc celle-ci: Lorsque les animaux succombent sous l'influence des substances toxiques, l'excitabilité des nerfs périphériques disparaît-elle toujours avant les battements du cœur?

Je résolus pour l'étudier de mettre le cœur à découvert chez des grenouilles, que je soumettais ensuite à l'action du poison, et d'exa-

---

nu, les entérotomes, les spéculum utéri de toutes sortes, divers urétrotomes ou simples scarificateurs soit de l'urètre, soit de la prostate, les différents porte-caustiques de l'urètre.

Indépendamment de tout cela, M. Charrière a simplifié le lithotome du frère Côme; il a exécuté, d'après la pensée de Dupuytren, le lithotome double; il a aidé MM. Civiale, Amussat, Leroy-d'Etiolles, Heurteloup, Ségalas, dans la réalisation d'un appareil instrumental à l'aide duquel la lithotritie est devenue une opération méthodique praticable comme la taille par la généralité des chirurgiens. « On peut dire, ajoute Roux, qu'en associant son intelligence avec celle des chirurgiens que nous venons de nommer, M. Charrière a contribué pour beaucoup à la création de la litrotritie. C'est par lui principalement et presque par lui seul qu'ont été construits les premiers instruments qui ont rapport à cette opération: le *lithomètre*, à l'aide duquel on parvient à connaître d'une manière très-approximative la forme et les dimensions d'un calcul contenu dans la vessie; les différentes sortes de pinces droites à trois branches avec tous les moyens de térébration de la pierre; l'instrument de Jacobson, les pinces à deux branches simplement coudées dont on fait usage maintenant et pour le jeu desquelles on emploie la percussion ou la pression graduée; d'autres lithotriteurs, d'un moindre volume, pour briser les minces débris d'une pierre ou briser de très-petits fragments; des lithotriteurs urétraux destinés à agir sur des fragments de pierre arrêtés dans leur trajet; la curette articulée à tige droite pour extraire les fragments ou les petits calculs retenus dans l'urètre, tous instruments dès longtemps imités par les fabricants anglais. »

Nous donnerons prochainement les titres des autres artistes français à l'Exposition de 1851, et nous signalerons les progrès qui ont été accomplis dans ces dernières années.

THOLOZAN.

— Le MONITEUR contient la liste des personnes qui, par décret du 26 décembre 1855, ont été autorisées à accepter et à porter différentes décorations d'ordres étrangers. Nous y remarquons les noms de plusieurs de nos confrères; savoir:

M. le docteur Thierry Valdajou, membre du conseil municipal de Paris, chevalier de l'ordre de Léopold (Belgique);

M. Cazenave, médecin adjoint de l'asile des aliénés de Pau, chevalier de l'ordre d'Isabelle la Catholique (Espagne);

M. Guyon, médecin inspecteur, membre du conseil de santé des armées, commandeur de l'ordre de Saint-Grégoire le Grand (États pontificaux);

M. Ribat, chirurgien auxiliaire de la marine, chevalier de l'ordre de Notre-Dame de la Conception de Villa-Viçosa (Portugal);

M. Deville, docteur en médecine, chevalier de l'ordre du Christ (Portugal);

M. Aucourt, docteur en médecine, chevalier du même ordre;

M. Malapert, médecin principal, ordre de Medjidié, 4e classe;

M. Perrin, médecin aide-major au 1er chasseurs d'Afrique, même ordre, 5e classe.

miner les propriétés des nerfs lorsque les battements du cœur auraient cessé.

Dans une expérience préalable, je mis le cœur à découvert sur plusieurs grenouilles, et les laissai dans cet état. Au bout de huit jours, elles paraissaient ne pas avoir sensiblement souffert et vivaient comme celles qui n'avaient pas subi d'opération.

Je remarquerai, relativement à cette opération, qu'il convient de ménager le quart inférieur du sternum, afin de prévenir la hernie des viscères abdominaux et de ne pratiquer l'ouverture du thorax qu'au-dessus de ce quart. On évite alors la projection en avant du ventricule et on découvre l'oreillette dont les mouvements persistent après l'arrêt de ventricule.

Je pris donc une grenouille sur laquelle le cœur était mis à découvert, et j'introduisis par une plaie faite à l'abdomen un petit cristal de sulfate de cuivre. Pendant une heure le cœur continua à battre. Au bout de ce temps, il se ralentit et cessa bientôt tout à fait. La grenouille parut avoir encore quelques mouvements volontaires, et en éprouva manifestement de réflexes qui m'obligèrent à la fixer avec quatre épingles pour mieux observer l'état du cœur. Cet organe était complétement immobile, et pendant cinq minutes que je l'observai je ne trouvai aucun frémissement.

Je préparai alors la grenouille suivant la manière usitée pour isoler les faisceaux des nerfs lombaires, et appliquant les deux extrémités d'une pince électrique sur ces faisceaux nerveux, je déterminai des mouvements violents dans les membres inférieurs.

Toutes les expériences que j'ai faites avec le sulfate de cuivre m'ont donné le même résultat.

Ainsi l'effet de ce poison, relativement à l'excitabilité nerveuse et à l'arrêt du cœur, est précisément inverse de l'effet du curare.

J'ai presque toujours mis le cristal dans une plaie faite au dos, et je dois noter une cause d'erreur qui s'est rencontrée dans plusieurs observations. Il m'est arrivé de trouver peu de temps après l'arrêt définitif du cœur les muscles des cuisses tout à fait immobiles, soit qu'on appliquât la pince électrique sur les nerfs qui s'y distribuent, soit qu'on l'appliquât directement sur la fibre musculaire. Cet effet est dû à ce que le sulfate de cuivre a passé à l'état de dissolution sous la peau jusqu'à la région fémorale dont il a imbibé les muscles. Tous les muscles qui n'ont pas subi cette action directe demeurent tout à fait contractiles, et si on prend la précaution de placer le cristal de manière à ce qu'il ne puisse en se dissolvant atteindre facilement les membres inférieurs, on trouve la contractilité musculaire conservée.

Le même effet se rencontre avec d'autres sels; je l'ai remarqué particulièrement avec ceux qui sont très-solubles.

On voit, dans l'observation que j'ai citée, que des mouvements réflexes et même des mouvements spontanés s'observaient encore chez la grenouille dont le cœur était déjà arrêté.

J'ai noté les mêmes phénomènes dans une observation d'empoisonnement par le sulfate de mercure. Lorsque je les ai observés, ils n'ont persisté que fort peu de temps après la cessation des battements du cœur. Il n'en est pas de même de l'excitabilité des nerfs périphériques sous l'influence du courant électrique. Cette propriété persiste longtemps. Il est facile de le constater plusieurs heures après la cessation des mouvements du cœur. Et lorsqu'on cesse de les réveiller dans les faisceaux lombaires isolés depuis quelque temps, on peut la rechercher dans les nerfs sciatiques que l'on dissèque avec précaution. Je l'ai, de cette manière, souvent retrouvée plus de vingt-quatre heures après le premier examen.

J'ai dit que le sulfate de cuivre déterminait l'arrêt définitif des mouvements du cœur avant l'abolition de l'excitabilité nerveuse. Parmi les autres poisons qui m'ont constamment donné le même résultat, je citerai le sulfate de mercure, le cyanure de mercure, le bichlorure et le biiodure de mercure.

DEUXIÈME PARTIE. — ACTION DU SULFATE DE STRYCHNINE.

J'ai soumis des grenouilles à l'action du sulfate de strychnine placé sous la peau du dos, soit à l'état cristallin, soit à l'état de dissolution dans l'eau. Dans ces conditions, on observe, après les phénomènes tétaniques, une période de relâchement général dans laquelle les muscles sont flasques, le cœur continue à battre. Si on pince alors la peau, on ne détermine aucun mouvement réflexe, et si on prépare la grenouille suivant la manière ordinaire, on ne remarque, pendant toute cette opération, aucun signe de sensibilité; la pince électrique portée sur les nerfs lombaires isolés ne détermine dans les muscles auxquels ils se distribuent aucune contraction appréciable; le cœur continue encore à battre quelque temps, souvent même plusieurs heures après que l'on a constaté la disparition de l'excitabilité des nerfs périphériques sous l'influence de l'électricité.

Lorsque la dose de sulfate de strychnine n'a pas été assez forte, l'excitabilité nerveuse reparait, et on peut facilement la retrouver en appliquant de temps en temps la pince électrique sur les nerfs isolés; alors, au bout d'un temps plus ou moins long, quelquefois quatre, six, douze heures ou davantage, on détermine dans les muscles auxquels ils se distribuent des contractions manifestes.

J'ai placé des grenouilles dans une atmosphère chargée de vapeurs d'éther, et j'ai constaté que l'excitabilité des nerfs périphériques disparaissait, comme dans le cas du sulfate de strychnine, avant la cessation des battements du cœur.

Je remarquerai qu'il convient de placer la grenouille de manière à ce qu'il n'y ait de contact qu'avec la vapeur et non pas avec le liquide; autrement l'imbibition des tissus détermine dans les muscles la perte de la contractilité. La pince électrique portée directement sur eux ne la réveille point; et ainsi ils ne peuvent plus servir à accuser la présence ou l'absence de l'excitabilité des nerfs.

Le retour de l'excitabilité nerveuse s'observe dans l'empoisonnement par le curare, par le sulfate de strychnine, par l'éther. Il est facile de constater avec le sulfate de strychnine, et plus facile encore avec l'éther. Dans tous les cas, il suffit de diminuer convenablement la dose du poison.

Je conclurai donc relativement à la question que je m'étais posée au commencement de ce travail, savoir :

Lorsque les animaux succombent sous l'influence de substances toxiques, l'excitabilité des nerfs périphériques disparait-elle toujours avant les battements du cœur?

L'excitabilité des nerfs périphériques persiste après la cessation des battements du cœur sous l'influence du sulfate de cuivre, du sulfate de mercure, etc.

Au contraire, cette excitabilité disparait avant la cessation des battements du cœur sous l'influence du sulfate de strychnine, du curare, etc.

J'ai examiné un certain nombre d'autres substances toxiques, et j'ai vu que les unes agissaient à la manière du sulfate de cuivre; les autres à la manière du sulfate de strychnine. Je ne les cite point, parce que je n'ai pas répété sur elles les expériences un nombre de fois suffisant.

Les expériences que j'ai faites avec le sulfate de strychnine et le chlorhydrate de morphine, au mois de juillet et au mois de novembre, m'ont fait reconnaître une différence notable entre l'énergie de ces substances à ces deux époques de l'année. Cette énergie est plus grande dans la saison chaude que dans la saison froide.

J'avais commencé des expériences sur les oiseaux dans le but de savoir si la succession des phénomènes était la même que chez les grenouilles; mais cette succession est si rapide chez ces animaux, qu'il m'a paru très-difficile de l'apprécier. Je m'abstiendrai donc de toute généralisation. C'est seulement à des expériences nouvelles qu'il faut en appeler pour affirmer que les mêmes phénomènes se passent dans le même ordre avec d'autres animaux et aussi avec d'autres substances toxiques.

CHIRURGIE PRATIQUE.

NOTE SUR UN CAS D'IMPERFORATION CONGÉNITALE DE L'ANUS ET ABSENCE D'UNE PARTIE DU RECTUM; ANUS ARTIFICIEL PRATIQUÉ AU DEVANT DE LA FOSSE ILIAQUE GAUCHE; VUES NOUVELLES SUR LE PROLAPSUS DE L'INTESTIN DANS CE CAS; RÉDUCTION ET CONTENTION FACILES DU PROLAPSUS; OBTURATION DE L'ANUS ILIAQUE PAR UN APPAREIL APPROPRIÉ; par le docteur G. GOYRAND (d'Aix).

L'observation qu'on va lire présente quelque intérêt, d'abord à cause du peu de fréquence du vice de conformation et de la rareté du succès des opérations par lesquelles on y remédie; mais ce qui la rend plus intéressante encore, c'est qu'elle m'a fourni l'occasion d'étudier l'anus artificiel pratiqué suivant la méthode de Littré, et d'arriver à des vues nouvelles et fécondes en résultats pratiques sur le mécanisme du renversement de l'intestin.

Tous les chirurgiens connaissent l'observation de Durct. Duret fut le premier à pratiquer avec succès l'anus artificiel suivant la méthode de Littré, et voici comment il décrivit l'anus résultant de son opéra-

tion : « L'intestin, large d'environ un pouce, paraissait livrer passage » aux tuniques internes, ce qui donnait à la plaie l'aspect d'un œuf » de poule. On a essayé d'introduire une canule de plomb dans la fis- » tule, tant pour s'opposer à une hernie consécutive que pour entre- » tenir une libre sortie aux excréments ; mais les cris de l'enfant ont » fait différer l'emploi de ce moyen. »

Plus tard, on ne fit rien pour contenir l'intestin. Lassus, qui vit l'opéré de Duret onze ou douze ans plus tard, dit *qu'il portait au bas-ventre un anus contre nature avec renversement de la membrane interne du rectum.* Miriel fils, qui, en 1835, a parlé de ce même opéré dans sa thèse, a dit qu'il vivait encore à cette époque (il était alors âgé de 42 ans), et a décrit son anus abdominal dans les mêmes termes à peu près que Lassus.

Ce renversement de l'intestin fut aussi observé chez une petite fille opérée avec succès par Serrand, chirurgien de la marine à Brest, en 1812 ; on ne fit rien non plus pour y remédier.

L'extroversion de l'intestin est inévitable dans l'anus artificiel établi suivant la méthode de Littré ; et s'il n'en a pas été fait mention dans les trois observations de Miriel père et dans celle de Klewig, de Colberg, toutes citées par M. Amussat, c'est que dans ces cas on s'est borné à constater le succès de l'opération, et on n'a pas décrit l'anus artificiel.

Cette procidence n'a pas occasionné d'accident grave dans les cas où l'opération a réussi ; mais on conçoit combien cet anus avec renversement de l'intestin doit être incommode.

Une étude attentive du mode de production de l'extroversion intestinale m'a conduit à la réduction et à la contention du prolapsus. La réduction opérée, rien de plus facile que d'appliquer à l'anus artificiel un obturateur qui remplace jusqu'à un certain point le sphincter de l'anus naturel. C'est là surtout ce qui me semble donner de la valeur à mon observation.

Voici le fait :

Obs. — Le 29 octobre 1852 M. Barthélemy, médecin de la commune de Fuveau, me présente un enfant mâle, né à terme le 27, qui n'a pas d'anus.

Nous examinons cet enfant très-attentivement avec MM. Barthélemy et B. Roux-Martin, médecin de la marine. Voici le résultat de notre examen :

L'enfant est chétif ; il a la voix éteinte, les jambes froides et livides ; il se livre à de fréquents efforts, pendant lesquels la face prend une teinte bleuâtre très-prononcée ; l'abdomen est volumineux, dur, tendu, plus développé dans les régions supérieures qu'à la hauteur des régions hypogastriques et iliaques.

L'appareil génital est bien conformé ; les deux testicules sont dans le scrotum.

Nous découvrons quelques traces de méconium au méat urinaire. Le premier jet d'urine est légèrement coloré par le méconium ; l'urine coule ensuite parfaitement limpide.

L'enfant repousse le sein ; il a deux vomissements dans la matinée.

Nous examinons avec soin la région ano-périnéale. Au point où devrait se trouver l'anus existe une saillie de la peau en forme de crête qui, se continuant au périnée et au scrotum avec un relief beaucoup moindre, forme le raphé.

Le plancher du bassin n'est nullement soulevé par le rectum distendu. Cette région est, au contraire, déprimée ; elle est peu développée. Les tubérosités ischiatiques sont plus rapprochées ; le coccyx semble situé plus haut qu'à l'état normal. Le doigt pressant sur la région anale refoule en haut le plancher du bassin et n'y rencontre point la résistance du cul-de-sac de l'intestin. Il est évident que ce cul-de-sac est loin de la région anale. Je suppose qu'un canal étroit, faisant suite à l'intestin, vient s'ouvrir dans l'urètre, disposition que j'ai constatée une fois par la dissection. Quoi qu'il en soit, il est urgent de donner issue au méconium ; demain il serait trop tard ; mais comment opérer ?

Je connaissais le résultat, à peu près toujours funeste, des opérations pratiquées à la région ano-périnéale, dans les cas où l'intestin se termine vers les régions supérieure ou moyenne du bassin ; et, peu disposé à ajouter un insuccès à ceux déjà si nombreux qu'on trouve dans les annales de la science, je me décidai à ouvrir l'S du colon au devant de la fosse iliaque. MM. Barthélemy et Roux-Martin, à qui je fis connaître les motifs de ma détermination, adoptèrent mon avis, et nous opérâmes immédiatement.

Il était quatre heures du soir, l'enfant était né depuis quarante-huit heures.

Je fais à la partie inférieure gauche de la paroi antérieure de l'abdomen, au devant de la fosse iliaque, une incision de 3 centimètres et demi, oblique de bas en haut et de dedans en dehors, commençant en dehors du muscle droit abdominal, et se terminant à 6 ou 8 millimètres au-dessus de l'épine iliaque antérieure supérieure. Du premier coup, j'incise la peau et la couche cellulo-adipeuse sous-cutanée. Dans ce premier temps de l'opération, l'artère des téguments de l'abdomen est ouverte et liée. J'éponge le fond de la plaie, et m'aidant de la pince et de la sonde cannelée, je divise les couches musculaires et aponévrotiques jusqu'au péritoine, que je reconnais à sa transparence. Je pince à son tour cette membrane, et au moment où je la divise, il s'en écoule un peu de sérosité. Je termine l'incision du péritoine sur la sonde cannelée, et je vois alors s'engager dans l'ouverture de la paroi du ventre l'S du colon distendue par le méconium. Cet intestin présente une teinte d'un vert très-foncé, noirâtre. Je cherche à l'attirer au dehors avant de l'ouvrir ; mais je n'y parviens qu'après avoir agrandi un peu l'incision avec le bistouri boutonné à son angle supérieur externe. L'intestin est alors amené à l'extérieur ; il a 1 centimètre et demi de diamètre. Avec une aiguille courbe, je porte derrière l'organe un double fil ciré à travers le mésocolon, et l'intestin étant ainsi fixé, je l'ouvre parallèlement à l'incision de la paroi abdominale, mais dans une étendue moindre que celle-ci. Il s'écoule à l'instant une grande quantité de méconium. L'intestin vidé s'affaisse et blanchit. J'y distingue alors nettement les bandelettes longitudinales caractéristiques du gros intestin qui ne se voyaient pas auparavant.

Après la sortie du méconium, l'abdomen est bien moins volumineux ; mais l'enfant s'agite, et dans les efforts auxquels il se livre, le colon affaissé ne remplissant plus l'incision de la paroi du ventre, des anses d'intestin grêle s'échappent au-dessus du colon ouvert ; je les réduis, et pour prévenir le retour de ce prolapsus et empêcher sûrement l'épanchement du méconium dans le péritoine, j'agrandis l'incision de l'intestin, et je réunis par la suture à points séparés les bords de cette incision avec ceux de l'incision de la peau. Trois points de suture en haut, deux en bas et un dans chaque angle réunissent parfaitement. Les bords de l'incision de l'intestin étant ainsi réunis à ceux de l'incision de la peau, la paroi postérieure de l'organe, poussée au dehors par les viscères flottants de l'abdomen, se présente sous forme d'une tumeur muqueuse, dont la saillie augmente et les plis s'effacent quand l'enfant fait des efforts.

Une petite compresse enduite d'huile est appliquée sur la saillie muqueuse, et au moyen d'une compresse plusieurs fois repliée et d'une bande en spica, j'exerce sur cette tumeur une compression modérée, dans le but de résister à l'impulsion des viscères flottants de l'abdomen.

Je recommande de réchauffer l'enfant, de le mettre au sein, de lui donner du lait à la cuiller, s'il ne peut teter. En ma présence, la nourrice se trait et lui donne un peu de lait qui provoque des nausées.

Je revois mon petit opéré à huit heures du soir, quatre heures après l'opération, et je renouvelle l'appareil. L'enfant a un peu teté et n'a pas vomi. Depuis l'opération, il s'est écoulé encore beaucoup de méconium. Le ventre est souple.

L'intestin renversé forme une saillie ovale, à surface muqueuse, d'un rouge pourpre, aux deux extrémités de laquelle se distinguent deux orifices pénétrant dans l'abdomen. Ce sont les deux bouts de l'intestin. Au moment où j'ôte l'appareil, il s'écoule un peu de méconium du bout inférieur. Je renouvelle le bandage compressif.

30 au matin. Le faciès est bon, l'enfant a un peu teté, a pris du lait à la cuiller et a dormi. Il y a eu cependant un vomissement jaune verdâtre. L'appareil est pénétré et les langes sont salis par une grande quantité de méconium. Même aspect de l'intestin ouvert. Les jambes sont encore bleuâtres et un peu froides. Même pansement. Je recommande qu'on réchauffe l'enfant. Dans la matinée, il y a encore un vomissement. L'enfant tette plusieurs fois ; mais peu chaque fois.

L'après-midi plus de vomissement. Le soir, je trouve le ventre bien souple, les jambes chaudes et bien moins livides. L'enfant rend sous mes yeux, par l'orifice supérieur de l'intestin, quelques matières jaunes verdâtres assez consistantes ; il tette davantage.

31. L'enfant a bien teté et bien dormi pendant la nuit ; ses jambes sont chaudes et d'une couleur bien moins foncée ; sa voix est forte. Il y a eu des selles assez consistantes, d'un jaune verdâtre. Le ventre est parfaitement souple. Peu après ma visite du matin, il y a un vomissement verdâtre. Dans la journée, l'enfant continue de bien teter, et rend encore quelques matières fécales semblables à celles du matin.

1er novembre. La nuit a été très-bonne ; il n'y a pas eu de vomissement depuis hier matin ; l'enfant a bien teté et bien dormi. Des matières fécales jaunes de bonne nature se sont fait jour sous le spica. La sécrétion des urines, très-peu abondante jusqu'à présent, a notablement augmenté.

2 novembre. Selle copieuse pendant le pansement.

Le soir, je vais voir l'enfant avec M. B. Roux-Martin. Nous sondons les deux orifices de l'intestin avec une bougie de caoutchouc de 3 millimètres de diamètre et très-souple. L'instrument pénètre profondément dans le bout supérieur, mais n'arrive pas au delà de 3 centimètres dans le bout inférieur. Il est évident que le cul-de-sac de l'intestin ne descend guère au-dessous de la marge du bassin.

J'enlève tous les fils des sutures, qui commencent à ulcérer les tissus.

3 novembre. Mes confrères MM. Blancard et Savournin m'accompagnent chez mon petit opéré, que nous trouvons dans un très-bon état, tetant très-bien, urinant beaucoup et rendant des matières fécales qui sont le résidu d'une parfaite digestion du lait.

4 novembre. L'enfant n'a plus besoin de mes soins ; il est emmené à Fuveau, où il sera allaité par sa mère, dont les soins vaudront mieux pour lui que ceux d'une nourrice étrangère. M. Barthélemy continuera l'application de l'appareil compressif.

Quand on a emmené l'enfant, huit jours après sa naissance, six jours après l'opération, le cordon ombilical n'était pas encore entièrement détaché. L'anus artificiel formait une tumeur semi-ovoïde, ayant 3 mètres et demi d'étendue dans son plus grand diamètre, 2 et demi de largeur, et faisant, à sa partie moyenne, une saillie qui variait entre 6 et 10 millimètres, selon que l'enfant était calme, ou s'agitait, criait et faisait des efforts.

La figure ci-jointe donne une idée assez exacte de la disposition de l'anus artificiel :

A. Tumeur formée par l'extroversion partielle de l'S du colon.
B. Orifice du bout supérieur de l'intestin formant l'anus anormal.
C. Orifice du bout inférieur.



Depuis qu'il a été rendu à sa mère, l'enfant a toujours joui de la meilleure santé.

Appelé à Fuveau pour une consultation, le 3 janvier, je vois mon petit opéré, que je trouve gros, frais, bien portant, ne le cédant en vigueur à aucun enfant de son âge. L'anus artificiel fonctionne bien ; l'extroversion de l'S du colon forme, maintenant, une tumeur bien plus volumineuse, par suite du développement de l'organe. La muqueuse de l'intestin renversé est d'un rouge moins vif que les premiers jours ; du reste, l'extroversion se réduit par une pression légère sans que l'enfant paraisse s'en apercevoir, et est très-bien contenue par un petit bandage de toile consistant en une pelote de linge qui est fixée sur l'anus artificiel par une ceinture à laquelle elle est attachée et par un sous-cuisse.

Le 3 février, on m'amène l'enfant à Aix. MM. les docteurs Piron, Roux-Martin et Rimbaud le voient chez moi. M. Piron a la bonté de dessiner l'anus artificiel d'après nature. C'est d'après ses dessins qu'ont été exécutées les figures ci-jointes, qui représentent les différents états de l'anus artificiel livré à lui-même, et le même anus avec réduction de l'intestin.

FIGURE 1.

Tumeur formée par l'extroversion de l'S du colon.
a Orifice du bout supérieur de l'intestin.
b Orifice du bout inférieur.



FIGURE 2.

La même tumeur tendue et augmentant de volume pendant que l'enfant crie ou fait des efforts.



FIGURE 3.

La même tumeur pendant la contraction péristaltique de l'intestin.



FIGURE 4.

L'anus artificiel après la réduction de l'intestin renversé.



Quand l'anus anormal n'est pas comprimé, l'S du colon se renverse en dehors et forme une tumeur ovoïde, un peu allongée, ayant près de 5 centimètres de longueur, 2 centimètres et demi de largeur et autant de saillie à sa partie moyenne, couverte de rides multipliées parallèles entre elles et affectant une obliquité légère et une direction en spirale (Fig. 1). Aux deux extrémités de cette saillie muqueuse se voient les orifices des bouts supérieur et inférieur de l'intestin. Le premier, *a*, est celui par lequel se fait la défécation. Cette tumeur présente l'aspect ordinaire de la muqueuse intestinale. Si l'enfant crie, elle augmente de volume, ses rides s'effacent en grande partie, et elle prend une teinte moins foncée (Fig. 2); quand l'enfant est en repos, on la voit par moment se contracter perpendiculairement à son axe, par un mouvement vermiculaire qui commence à sa partie supérieure externe, et se propage successivement à toute sa longueur; c'est un resserrement péristaltique qui en diminue très-notablement le volume et la réduit aux dimensions de la figure 3. Ce mouvement de contraction, en diminuant le volume de la tumeur, ride en tout sens la membrane muqueuse, qui prend alors une teinte plus foncée. Enfin, par une pression légère, on fait rentrer la partie renversée du colon, sans que l'enfant en témoigne la moindre douleur; et, après la réduction, l'anus artificiel se présente sous l'aspect d'une ouverture elliptique, de 3 centimètres et demi de longueur et 8 millimètres de largeur, dans laquelle on voit la muqueuse toute ridée (Fig. 4). L'extroversion est toujours bien contenue par le bandage de toile décrit plus haut.

L'union de la peau avec la muqueuse, au pourtour de l'anus artificiel, forme une ligne parfaitement régulière. La cicatrice qui réunit les deux membranes ne se distingue en aucun point; on dirait la ligne d'union de la peau avec la membrane colorée des lèvres.

Le petit doigt pénètre facilement dans les deux bouts de l'intestin. Introduit dans le bout inférieur, il arrive à 6 centimètres et demi de profondeur sur la marge du bassin, et n'atteint pas le cul-de-sac rectal. Une sonde de caoutchouc très-flexible arrive à 9 centimètres, et jamais au delà; c'est bien peu au-dessous du détroit supérieur.

Voilà donc bien justifié le parti que j'ai pris d'établir un anus artificiel sans avoir préalablement cherché à rétablir les voies naturelles. Si j'eusse tenté une opération par la région ano-périnéale, très-probablement je n'aurais pas atteint le cul-de-sac intestinal; et si je fusse parvenu à l'ouvrir sans léser la vessie ni le péritoine, le conduit artificiel pratiqué dans le bassin aurait eu une telle longueur, que la mort eût été encore la suite inévitable de l'opération.

L'état actuel de mon petit opéré peut être considéré comme le résultat définitif de l'opération. Il y a une extroversion partielle de l'S du colon facile à réduire et à contenir, et cette extroversion, qui se reproduit inévitablement chaque fois qu'on enlève l'appareil compressif, s'oppose sûrement au resserrement de l'ouverture elliptique de la paroi du ventre. Ainsi l'anus artificiel ne peut pas se resserrer. Si on négligeait de contenir l'intestin, à l'extroversion pourrait se joindre un prolapsus du bout supérieur, peut-être même des deux bouts.

Cette observation a été rédigée les premiers jours de février 1853; l'enfant était alors âgé de 3 mois. Le 4 juillet, je fis amener chez moi le petit opéré pour le montrer à mon ami M. le docteur Villeneuve (de Marseille), qui se trouvait accidentellement à Aix. M. Villeneuve le vit avec intérêt, et constata avec satisfaction ce beau succès chirurgical. Enfin, le 31 août, je rédigeais la note suivante :

« L'enfant, maintenant âgé de 10 mois, jouit d'une santé parfaite; il est gai, » fort et intelligent. L'extroversion de l'intestin forme une tumeur bien moin- » dre, proportionnellement, que dans les premiers mois de la vie, et est en- » core plus facilement réductible. L'ouverture de la paroi abdominale est, à » peu près, de la même grandeur qu'à l'époque où je l'ai fait dessiner (Fig. 4); » mais elle a changé de forme; ses angles se sont arrondis; elle est devenue » ovalaire. On conçoit qu'avec ces dimensions, elle ne peut plus maintenant » laisser sortir une aussi grande partie du colon iliaque. Cet intestin, devenu » beaucoup plus gros, ne s'engage plus tout entier dans l'ouverture abdomi- » nale; celle-ci ne peut en laisser passer une longueur assez considérable » pour qu'il forme au dehors ce tube à surface externe muqueuse qui a été » représenté dans les figures 1, 2, 3, et se montre sous l'aspect d'une portion » de sphère. Les rides de la muqueuse ne présentent plus, sur cette ampoule, » la régularité et le parallélisme qu'on a remarqués dans la fig. 1. Les ori- » fices des deux bouts se distinguent sur la saillie muqueuse. On voit parfois » quelques matières fécales s'échapper par le bout inférieur, en même temps » que se vide le bout supérieur. Ce sont des matières qui ont passé dans le » bout rectal, pendant que l'anus était bouché par la pelote. Le bandage de » toile contient encore très-bien le prolapsus; mais quand on enlève le petit » appareil, l'extroversion se reproduit toujours à l'instant. »

Le 17 septembre, l'enfant, jusqu'alors si bien portant, fut atteint d'un choléra infantile qui le fit périr en trois jours.

Son infirmité fut absolument étrangère aux accidents qui amenèrent la mort.

Du 25 août au 20 septembre, huit enfants de l'âge de 8 mois à 2 ans succombèrent à des accidents du même genre dans la petite commune de Fuveau, qui ne compte que 2,000 âmes de population.

On voit combien mon observation a de ressemblance avec celle de Duret; mais le chirurgien de Brest ne se rendait pas bien compte de l'état réel de l'intestin : il croyait le prolapsus formé par les tuniques internes, tandis que c'est bien toute la paroi postérieure du colon qui, se trouvant substituée en ce point à la paroi du ventre, ne peut résister à l'impulsion des viscères abdominaux, et se renverse en dehors, formant une vraie poche herniaire. Aussi la canule de plomb ne pouvait-elle convenir et ne fut-elle pas supportée. C'était l'extroversion de l'intestin qu'il fallait réduire et contenir comme une hernie. Le bandage qui a été appliqué à mon petit opéré suffirait toujours dans le

premier âge; mais, plus tard, cet appareil devrait être remplacé par un brayer en caoutchouc dont la pelote serait surmontée d'une saillie ovoïde, qui s'engagerait dans l'ouverture abdominale et servirait d'obturateur à l'anus. Si on jette un coup d'œil sur notre figure 4, qui représente l'anus artificiel avec réduction de l'intestin, on comprendra combien il serait facile d'appliquer là un appareil qui, en même temps qu'il contiendrait le prolapsus s'opposerait sûrement à la sortie des matières fécales solides.

Mon observation prouve encore, ainsi que quelques autres faits qui se trouvent jusqu'à présent en petit nombre dans les annales de la science, que, dans l'anus artificiel pratiqué suivant la méthode de Littré, on n'a point à craindre un rétrécissement qui puisse gêner la défécation. Il n'en est point ainsi de l'anus lombaire de Callisen; il existe dans celui-ci une tendance à l'oblitération qu'il faut combattre toute la vie, et qui est une cause perpétuelle de souffrance et de danger.

Je reviendrai, du reste, sur ce fait et sur les conclusions que j'en tire, dans un travail que je publierai très-prochainement.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENTS.

(Suite et fin.)

III. GAZETTE MÉDICALE DE LYON.

Les numéros d'avril à septembre 1855 contiennent les mémoires originaux suivants : 1° *De la chaleur électrique comme agent de cautérisation*, par M. Philippeaux. (L'auteur conclut que le fil de platine ne cautérise que très-superficiellement, que sa section donne lieu à des hémorrhagies, enfin que cet agent est bien inférieur au fer rouge ou autres caustiques.) 2° *Compte rendu de la clinique médicale du professeur Devaux*, par M. Posta. 3° *De l'origine glandulaire des tumeurs adénoïdes du sein, de leur migration en dehors des limites de la glande et de leur isolement consécutif*; par M. L. Ollier, interne des hôpitaux. (Suivant M. Ollier, ces tumeurs sont dues à l'hypertrophie du tissu de la glande mammaire.) 4° *Principes généraux de la clinique médicale*; par le docteur B. Teissier. 5° *Observation remarquable d'un corps étranger dans les voies aériennes; trachéotomie; guérison*; par le docteur Benoît. 6° *Du séton caustique*; par M. Bron, interne. 7° *Des extraits gommeux d'alcoolature pour l'administration des principes actifs des végétaux*; par M. Guilliermond. 8° *De la part à faire aux conditions hygiéniques dans les résultats thérapeutiques de l'emploi des eaux minérales*; par le docteur Durand-Fardel. 9° *Note sur un procédé simple et facile pour reconnaître et doser la salicine dans le sulfate de quinine*; par M. Ch. Bourlier. 10° *De la calorification dans l'état sain et dans l'état morbide*; par le docteur Alexis Chavanne. 11° *Note sur le caustique antimonique*; par M. B. Ferrand. 12° *De l'influence de la philosophie sur la marche et les progrès de la chirurgie*; par le docteur Valette. 13° *Du danger du traitement de la fluxion de poitrine par le tartre stibié surtout à hautes doses, et de la guérison de cette maladie par les saignées, les révulsifs externes et les émollients*; par le docteur Ferrez. 14° *Des alcoolatures comparées aux extraits gommeux qui en dérivent*; par M. Ferrand. 15° *Études et considérations sur les accouchements laborieux*; par le docteur Bouchacourt. 16° *Luxation coxo-fémorale congénitale simple, réduite heureusement sur une petite fille de 4 ans et demi; exposé pratique et raisonné de la méthode Pravaz*; par le docteur Gilhert d'Hercourt. 17° *De la valeur thérapeutique des bains térébenthinés*; par M. Tessier. 18° *De l'amputation sous-cutanée des membres*; par M. Diday. 19° *Utilité des préparations de cannelle, principalement dans la métrorrhagie*; par M. Chomier. 20° *Lettre à M. le professeur Bonnet sur la calorification*; par M. Lubanski. 21° *Mémoire sur les résines de jalap, de scammonée et autres analogues*; par M. Mouchon, pharmacien. 22° *Classification des maladies de la peau*; par M. Rollet, chirurgien en chef de l'Antiquaille. 23° *Quelques faits observés à Aix (Savoie)*; par M. Guillaud fils. 24° *Méningite partielle et chronique de la base du cerveau; caillot sanguin dans le ventricule moyen; céphalalgie intense; contractions douloureuses des muscles de la face; strabisme convergent; ambliopie; dyplopie*; par M. Bossu. (Clinique de M. Tessier.) 25° *Considérations sur l'étiologie de l'ergotisme gangréneux*; par M. Liégey. 26° *De l'accouchement prématuré artificiel obtenu à l'aide des douches utérines*; par M. Bouchacourt. 27° *Essai de topographie médicale de la côte Saint-André (Isère)*; par M. Robin. 28° *Quelle est la valeur séméiotique de l'écoulement du sang par les oreilles, consécutif à un coup sur la tête*; par M. Mathieu. 29° *De l'emploi du sous-acétate de plomb cristallisé dans l'hypertrophie du cœur*; par M. Brachet. 30° *Anévrisme traumatique de l'arcade palmaire ; compression prolongée sans résultat ; ligature de l'artère radiale et de la cubitale; guérison*; par M. X. Delore. 31° *Note sur un nouveau signe pour servir au diagnostic des concrétions fibrineuses du cœur*, par M. Lavirotte.

OBSERVATION REMARQUABLE DE CORPS ÉTRANGER DANS LES VOIES RESPIRATOIRES; TRACHÉOTOMIE; GUÉRISON; par le docteur BENOIT.

OBS.— Le fait s'est passé chez l'un des enfants du docteur Benoit lui-même. Cet enfant, âgé de 6 ans, tenait entre ses lèvres l'embouchure d'une petite trompette dont il fatiguait les oreilles des assistants, lorsqu'un domestique le saisit sur ses genoux et lui chatouille le cou. L'enfant devient aussitôt silencieux, la face se congestionne, ses membres deviennent flasques, et bientôt il ne donne plus aucun signe de vie.

Le docteur Benoit, appelé aussitôt, essaye d'accrocher le corps étranger (embouchure de la trompette) qui causait l'asphyxie, mais il ne peut y parvenir : comme déjà le cœur ne battait plus, il se décide à l'instant à pratiquer la trachéotomie.

N'ayant en ce moment qu'une lancette pour tout instrument, il s'en sert pour ouvrir la trachée et pratique ensuite, au moyen d'une canule, des insufflations par cette nouvelle ouverture.

Après cinq à six minutes, la respiration est parfaitement rétablie, et l'enfant a repris connaissance. Alors le docteur Benoit introduit un doigt dans les voies aériennes, et tâche d'accrocher le corps étranger qu'il sentait parfaitement. Il ne put réussir dans ses tentatives : il se décide alors à titiller la luette, manœuvre qui produit des efforts de vomissements pendant lesquels le corps métallique est expulsé. Trois points de suture ferment la plaie, qui fut entièrement cicatrisée le troisième jour, sans accident.

Cette observation est remarquable par la cause qui a produit l'asphyxie si instantanément, par la simplicité du mode opératoire employé pour ouvrir la trachée (un coup de lancette), enfin, par les suites heureuses de l'opération. C'est à ces trois titres que nous avons cru utile de mettre, avec quelques détails, cette observation sous les yeux du lecteur.

CONSIDÉRATIONS SUR L'ÉTIOLOGIE DE L'ERGOTISME GANGRÉNEUX; par le docteur LIÉGEY (de Rambervilliers).

L'auteur, après avoir rappelé que, dans les localités où il exerce, les cas ressemblant à ceux de l'ergotisme sont fréquents, les rattache à la constitution médicale insolite qui y règne depuis quelques années. La mauvaise nourriture et le manque de soins hygiéniques produisent une débilitation de l'économie qui se traduit par une chloroanémie et des névralgies intenses à la suite desquelles surviennent des affections charbonneuses ou gangréneuses sèches. C'est donc la perturbation névralgique qu'il regarde comme le principal moteur de ces maladies. M. Liégey cite deux observations pour appuyer son opinion sur cette étiologie : la courte note qu'il a insérée prouve bien qu'il a vu des malades succomber soit à une gangrène sèche, soit à une affection se rapprochant du charbon; mais elle n'indique point suffisamment les rapports complets qu'elles peuvent avoir avec le véritable ergotisme gangréneux; et c'était là ce qu'il fallait s'efforcer de prouver. Toutefois, ce rapprochement que l'auteur a essayé de faire, mérite de fixer l'attention des praticiens.

DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL OBTENU A L'AIDE DES DOUCHES UTÉRINES; par M. BOUCHACOURT.

OBS. — Une dame âgée de 38 ans, d'une bonne constitution, avait déjà eu quatre grossesses terminées toutes par des accouchements laborieux pour lesquels on fut obligé de recourir au forceps ou aux crochets. Deux enfants ont seuls pu vivre.

Cette dame, devenue enceinte pour la cinquième fois, vint consulter M. Bouchacourt. Ce praticien, après avoir recueilli les renseignements qui précèdent, et trouvé seulement 8 centimètres et quelques millimètre au diamètre antéropostérieur du détroit supérieur, conseilla l'accouchement prématuré artificiel à sept mois et demi. Ce conseil fut agréé.

La grossesse approchant du huitième mois, M. Bouchacourt fit injecter 2 litres d'eau à 30°, sous forme de douches, avec l'irrigateur Eguisier.

Cette douche fut renouvelée le même jour (3 août 1854) à neuf heures du soir. Dans la nuit, quelques douleurs lombaires se déclarent.

Nouvelles douches le 4 au matin, à neuf heures, le soir à trois heures et à neuf heures. Les contractions utérines se déclarent, mais éloignées et de courte durée. Mais le col ne s'est point dilaté.

Le 5, trois nouvelles douches espacées comme celles de la veille. Contractions plus fréquentes. Le col commence à s'entr'ouvrir.

Continuation du même moyen les 6, 7, 8 et 9 août. Le col se dilate peu; douleurs peu intenses. La malade avoue alors qu'elle a toujours eu des douleurs lentes dans les accouchements antérieurs, et qu'elle a eu après chacun d'eux des hémorrhagies abondantes.

Ces commémoratifs engagent M. Bouchacourt à joindre le seigle ergoté. Douches utérines (50 centigrammes trois fois dans la journée.)

On continue ce moyen pendant deux jours, et, sous leur influence, les contractions deviennent plus énergiques, plus rapprochées, et la malade accouche heureusement d'un garçon vivant le 11 à dix heures du soir.

Les suites des couches ont été simples, et la mère allaite son enfant, qui se porte bien.

Cette observation, que nous avons rapportée avec quelques détails, prouve avec quelle douceur et quelle efficacité les douches utérines agissent sur le col utérin, et en voyant avec quelle simplicité les choses se sont passées ici, on est fortement encouragé à adopter enfin d'une manière plus générale une pratique aussi utile et aussi innocente pour la mère et pour le fœtus.

IV. JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

Les numéros du mois d'avril au mois de septembre 1855 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Observations de morts promptes ayant donné lieu à des soupçons de crime; étude médico-légale;* par MM. Dégranges et Lafargue. (Fin.) 2° *Mémoire sur les irrigations d'eau froide dans le traitement de l'éclampsie chez les enfants;* par M. Lalesque aîné. 3° *Phimosis graves, sphacèle, chancre diphthérique; guérisons rapides;* par M. Boucherie. (Clinique du docteur Venot.) 4° *Observation de commotion cérébrale chez une jeune fille de 5 ans;* par M. Laclaverie. 5° *Observation d'une laryngite couenneuse traitée par le bicarbonate de soude;* par M. Lalesque aîné. 6° *Du tremblement des mains et des doigts, et description de deux machines orthopédiques du moyen desquelles les malades qui ont été amputés du poignet droit ou qui ont un tremblement oscillatoire de la main droite peuvent écrire;* par M. J. J. Cazenave. 7° *Des épizooties dans la Gironde;* par M. Dupont, médecin vétérinaire. 8° *Réflexions pratiques à propos du traitement abortif de la blennorrhagie;* par M. Venot. 9° *De la préférence à accorder à la resection du genou sur l'amputation du membre inférieur;* par M. Butcher. (Mémoire extrait du DUBLIN JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE, février 1855.)

RÉFLEXIONS PRATIQUES A PROPOS DU TRAITEMENT ABORTIF DE LA BLENNORRHAGIE; par le docteur VENOT, chirurgien en chef de l'hospice Saint-Jean.

Il ressort de ce travail, bien fait et véritablement pratique, les conclusions suivantes :

1° Le traitement abortif de la blennorrhagie est de précepte sérieux.

2° Les injections caustiques d'azotate d'argent sont dangereuses et n'atteignent que rarement leur but.

3° Les injections au chloroforme, faites au début de l'affection, ont donné des résultats satisfaisants sans complications fâcheuses.

4° Les injections non caustiques d'azotate d'argent ont un effet cathétérique qui, dans la plupart des cas, amène l'avortement de la blennorrhagie.

5° Le baume de copahu donné dès l'invasion arrête l'écoulement urétral ou le prévient s'il n'a pas encore paru. Cette propriété est due uniquement à une vertu spécifique imprimée à l'urine par le baume de copahu traversant le filtre des reins. De là sa complète nullité dans la vaginite, le catarrhe utérin, la balanite, etc.

6° La guérison abortive de ces dernières formes de la blennorrhagie est obtenue par les injections d'urine copaïfère *recueillie chez un blennorrhagique traité* par ce médicament.

DE LA PRÉFÉRENCE A ACCORDER A LA RESECTION DU GENOU SUR L'AMPUTATION DU MEMBRE INFÉRIEUR; par le docteur BUTCHER, chirurgien de Mercer's-Hospital.

La resection du genou, depuis Park son inventeur, a été l'objet de nombreuses discussions et d'importants travaux, à la suite desquels, en France, elle a été tout à fait répudiée comme n'ayant presque amené que des morts.

Un auteur moderne (M. Vidal, de Cassis) formule ainsi son opinion à ce sujet :

« Les resections des membres inférieurs doivent être proscrites. » (3e édit., 1851.)

M. Butcher vient essayer de réhabiliter cette opération, si formellement condamnée. Dans un tableau statistique résumant 31 cas de resections pratiquées en Angleterre, de 1850 à 1854, il cherche à démontrer que cette opération n'est point aussi dangereuse qu'on l'avait proclamé.

Sur ces 31 opérés, il ne relève, en effet, que 5 morts connues, 3 sont encore en traitement, et 23 parfaitement guéris; sur ces derniers, 14 ont recouvré complétement l'usage du membre avec une ankylose parfaite.

Or, si l'on établit une comparaison entre ces résultats et ceux que donne l'amputation, l'avantage resterait sans conteste à la resection. A quoi cela tient-il? M. Butcher semble l'attribuer à l'étendue moindre de la plaie, que, dans le cas d'amputation, à la conservation des principaux nerfs et vaisseaux du membre, enfin, surtout a ce que le canal médullaire ne demeure pas ouvert. Ces raisons suffisent-elles pour l'explication des succès? Nous n'avons point l'intention de les discuter ici; seulement nous ferons observer que les motifs allégués sont loin d'être nouveaux, et que l'on peut les invoquer tous dans les opérations antérieures où la guérison n'a été que la rare exception. Il y aurait donc lieu à examiner la question de plus près.

Quoi qu'il en soit, ce sujet mérite de fixer l'attention des chirurgiens français, et peut-être parviendront-ils à se rendre compte de ces différences si profondes pour une opération pratiquée à des époques différentes. On pourra à ce sujet consulter le tableau synoptique que nous avons donné (GAZ. MÉD., 1855, n° 36.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 7 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. BINET.

RENOUVELLEMENT ANNUEL DU BUREAU ET DE LA COMMISSION ADMINISTRATIVE.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un vice-président qui, cette année, doit être pris parmi les membres des sections de sciences naturelles.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 51,

M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire obtient. . . 29 suffrages.
M. de Senarmont 20
M. Cordier 1
M. Coste 1

M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire ayant réuni la majorité absolue des suffrages est proclamé vice-président pour l'année 1856.

M. Binet, vice-président pendant l'année 1855, passe aux fonctions de président.

CHANGEMENTS ARRIVÉS PARMI LES MEMBRES ET LES CORRESPONDANTS DE L'ACADÉMIE DEPUIS LE 1er JANVIER 1855.

Membres décédés : M. Gauss, associé étranger, le 23 février; M. Duvernoy, le 1er mars; M. Magendie, le 7 octobre; M. Sturm, le 18 décembre.

Membres élus : M. Delaunay, le 12 mars; M. Daussy, le 9 avril; M. J. Cloquet, le 11 juin; M. le vice-amiral du Petit-Thouars, le 6 août.

Associé étranger élu : Sir John Herschell, le 23 juillet.

Correspondants décédés : M. Fodera (le décès est de 1848, mais n'a été annoncé qu'en 1855); M. Braconnot, 23 janvier 1855; M. Nell de Bréauté, 3 février; M. de la Bèche, 13 avril, sir Edw. Parry, 8 juillet; M. Michaux, 23 octobre.

Correspondants élus : M. Haussmann, le 19 février; M. Malaguti, le 5 mars; M. Bonnet, le 23 avril; Delezenne, le 4 juin; M. Marshall-Hall, le 3 décembre; M. Haidinger, le 24 décembre.

Membres à remplacer : M. Élie de Beaumont, section de minéralogie, élu secrétaire perpétuel le 19 décembre 1853;

M. de Mirbel, section de botanique, décédé le 12 septembre 1854;

M. Magendie, section de médecine et de chirurgie, décédé le 7 octobre 1855;

M. Sturm, section de géométrie, décédé le 18 décembre 1855.

Correspondants à remplacer : M. Lejeune-Dirichlet, section de géométrie, nommé associé étranger le 17 avril 1854;

M. Lindenau, section d'astronomie, décédé le 21 mai 1854;

M. Herschell, section d'astronomie, nommé associé le 23 juillet 1855;

M. Nell de Bréauté, section d'astronomie, décédé le 3 février 1855;

Sir Edw. Parry, section de géographie et navigation, décédé le 8 juillet 1855;

M. Melloni, section de physique générale, décédé le 11 août 1854;

M. Wallich, section de botanique, décédé le 3 mai 1854;

M. Prunelle, section de médecine et de chirurgie, décédé le 20 août 1853;

M. Braconnot, section de chimie, décédé le 13 janvier 1855;

M. Michaux, section d'économie rurale, décédé le 23 octobre 1855.

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination de deux membres appelés à faire partie de la commission centrale administrative.

MM. Chevreul et Poncelet réunissent la majorité absolue des suffrages.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 15 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie les pièces suivantes :

1° Un rapport de M. Ancelot, médecin des épidémies de l'arrondissement de Civray, sur une épidémie de choléra qui a régné dans cet arrondissement en 1855

2° Deux rapports de M. Danvin, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Saint-Pol, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans les communes de Wael et de Willemain.

3° Le rapport final de M. Billot, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Poligny, sur une épidémie de dyssenterie qui a régné en 1855 dans la commune de Ney.

4° Cinq rapports sur une épidémie de suette et de choléra qui a régné dans plusieurs communes du département des Landes. (Commission des épidémies.)

5° *a*. Un rapport de M. le docteur de Puisaye, médecin-inspecteur adjoint des eaux minérales d'Enghien, sur le service médical de cet établissement en 1854; *b*. un autre rapport de M. de Puisaye sur l'épidémie cholérique qui a régné à Enghien pendant la même année. (Commissions des eaux minérales et du choléra de 1854.)

6° Un dossier relatif à une demande formée par les sieurs Sachs frères, à Paris, ayant pour objet l'introduction, dans le service des hôpitaux, d'un nouveau produit importé d'Allemagne, la waldwolle (laine des bois), qu'ils considèrent comme propre à la fabrication des objets de literie et comme présentant des avantages au point de vue hygiénique. (Commissaires : MM. Davenne, Blache, Bouvier.)

7° La recette d'une liqueur anticholérique du sieur Regnault, pharmacien à Châlons-sur-Marne. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

— La correspondance non officielle comprend :

Un mémoire sur le débridement à l'anneau interne dans les hernies inguinales, par le docteur H. Laforgue, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Joseph de la Grave, à Toulouse. (Commissaires : MM. Langier et Larrey.)

— M. Davenne fait hommage à l'Académie, au nom de l'administration qu'il dirige :

1° Du rapport sur l'épidémie cholérique de 1853-1854 dans les établissements dépendant de l'administration générale de l'assistance publique de la ville de Paris, par M. F. Blondel;

2° Du rapport du directeur de l'administration de l'assistance publique au préfet de la Seine sur le service des aliénés du département pour l'année 1854;

3° D'un mémoire au conseil de surveillance sur les principaux résultats du traitement des malades à domicile pendant l'année 1854;

4° Du rapport au préfet de la Seine sur la situation du service des enfants trouvés et prévision des dépenses pour 1856.

— M. Bussy adresse des remercîments à M. Davenne au nom de l'Académie.

— M. Gibert donne communication à l'Académie d'une lettre du docteur J. d'Aquino Fonceca, médecin à Pernambuco (Brésil). Cette lettre est surtout relative aux propriétés spécifiques du suc de citron contre le choléra, propriétés dont la découverte serait due au hasard. Elle contient aussi une rectification des assertions de M. da Costa (de Rio-Janeiro) au sujet de la substitution de l'hydrocèle à l'éléphantiasis des Arabes, dans les provinces du Brésil. M. le docteur d'Aquino Fonceca termine sa lettre par la demande du titre de membre correspondant.

— M. le Président annonce à l'Académie qu'elle vient de faire une nouvelle perte dans la personne de M. Martin-Solon, décédé samedi dernier à Bercy. Une députation de l'Académie a assisté à ses obsèques, conformément aux usages.

— M. Larrey lit, au milieu des marques d'un bienveillant intérêt, une notice nécrologique sur M. le docteur Ernest Cloquet, membre correspondant de l'Académie et médecin du shah de Perse, prématurément enlevé à la science à l'âge de 37 ans, par suite d'un empoisonnement inexplicable.

— M. Depaul, au nom de la commission des onze, fait un rapport dont les conclusions se résument ainsi : Il y a lieu d'élire deux membres titulaires, dont un dans la section de pharmacie, et un dans la section de chimie et de physique médicales.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

— M. Robinet lit plusieurs rapports relatifs à des remèdes secrets.

Les conclusions de ces rapports, toutes négatives, sont successivement adoptées sans discussion par l'Académie.

LITHOTRITIE ET TAILLE BILATÉRALE.

M. Ségalas donne lecture d'un rapport sur une communication de M. Cazenave (de Bordeaux) relative à la lithotritie et à la taille bilatérale.

Le mémoire de M. Cazenave est intitulé : Histoire de trois lithotrities faites avec succès : la première sur un médecin âgé de 75 ans, la seconde sur un autre médecin âgé de 45 ans, et la troisième, plus la taille bilatérale, sur un enfant âgé de 8 ans.

La première observation témoigne de la facilité de la lithotritie dans un âge avancé, quand les pierres sont petites et sans complication, et du succès complet dont cette opération peut être suivie lorsque, comme ici, elle est bien faite. On y voit aussi un exemple de l'influence heureuse que le nitrate d'argent exerce sur les inflammations chroniques de la membrane muqueuse de la vessie.

La seconde observation prouve une fois de plus que les pierres chatonnées peuvent, dans certains cas, être détruites par la lithotritie. Réunie à la première, cette observation montre, en outre, qu'à Bordeaux, comme à Paris, comme à Lyon, comme à Toulouse, comme à Amiens, les médecins qui ont la pierre ne balancent pas entre la taille et la lithotritie; qu'ils donnent la préférence à celle-ci et repoussent le bistouri.

La troisième observation montre que la lithotritie peut offrir de grandes difficultés chez les enfants, et que, dans le cas de calcul chatonné, ces difficultés peuvent être telles que le chirurgien soit obligé de recourir à la taille et de faire preuve de beaucoup d'adresse et de sang-froid pour conduire celle-ci à bonne fin.

Elle fait voir combien les moyens anesthésiques sont parfois d'une application difficile. Elle fait ressortir un fait souvent constaté par M. Ségalas, savoir, que les enfants les plus indociles cessent de l'être dès qu'ils sont assujettis et qu'ils sentent surtout qu'on est résolu à agir.

Le rapporteur ajoute que, d'après son expérience, la lithotritie aurait conservé plus de chances de succès dans le cas dont il s'agit, si, au lieu de faire une injection préalable dans la vessie ou de manœuvrer à sec, comme dans les deux dernières séances, on eût fait prendre un bain prolongé au petit malade immédiatement avant de procéder aux opérations.

Dans leur ensemble, dit en terminant M. Ségalas, ces trois observations prouvent que l'auteur suit avec zèle les progrès de l'art, qu'il s'empresse de les utiliser pour ses malades et qu'il a obtenu, pour ses travaux, la plus flatteuse récompense que puisse ambitionner un homme de notre profession, la confiance de ses confrères.

Je propose à l'Académie de remercier M. Cazenave de son intéressante communication, et de l'inviter à continuer de nous faire part des faits curieux de sa pratique.

M. Velpeau fait remarquer que M. Cazenave étant membre correspondant, le rapport ne doit pas renfermer de conclusions.

M. Bussy observe que le rapport de M. Ségalas ne se termine pas en effet par des conclusions, à proprement parler.

M. Velpeau croit avoir entendu, dans la lecture du rapport de M. Ségalas, que M. Cazenave avait appliqué des cautérisations transcurrentes au col de la vessie. La cautérisation transcurrente s'entend ordinairement d'une brûlure en forme de raie faite au moyen du fer rouge, et il ne s'explique pas comment on a pu en faire application au cul de la vessie.

M. Ségalas suppose qu'il s'agit de cautérisations en forme de raie pratiquées au moyen du nitrate d'argent.

M. Bussy : Le rapport de M. Ségalas est un simple développement du mémoire de M. Cazenave et devra trouver place au Bulletin.

M. Velpeau, après ces explications échangées, propose de renvoyer les observations de M. Cazenave au comité de publication.

M. Moreau parle dans le même sens que M. Velpeau.

M. Jules Cloquet est d'avis que les conclusions du rapport ne doivent exprimer ni approbation ni désapprobation.

La proposition de M. Velpeau est mise aux voix et adoptée.

DES ACCIDENTS QUE DÉVELOPPE, CHEZ LES OUVRIERS EN CAOUTCHOUC, L'INHALATION DU SULFURE DE CARBONE EN VAPEUR.

M. Delpech lit une note sur les accidents qui résultent, chez les ouvriers en caoutchouc, de l'inhalation des vapeurs de sulfure de carbone, accidents qui n'ont pas encore été décrits.

Des faits qu'il a observés, M. Delpech arrive à conclure :

1° Que les ouvriers en caoutchouc sont soumis à de graves accidents qui consistent :

A. Dans des troubles divers de la digestion : anorexie, nausées, vomissements, diarrhée, constipation;

B. Dans une modification profonde de l'intelligence : hébétude, perte de la mémoire, mobilité extrême, violences inexpliquées;

C. Dans une altération des plus sérieuses des fonctions du système nerveux : céphalalgie, vertiges; troubles de la vue, de l'ouïe; impuissance; paralysies variées, surtout du mouvement;

2° Que l'observation des fonctions dévolues à ceux des ouvriers qui deviennent malades et les expériences faites sur les animaux, qui subissent comme l'homme cette influence suivie des mêmes accidents, permettent de les attribuer à l'inhalation du sulfure de carbone en vapeurs;

3° Qu'il y a lieu de rechercher les moyens les plus propres à en préserver les ouvriers et de provoquer sur ce point la publication de règlements d'hygiène publique. (Comm. : MM. Michel Lévy, Grisolle, Bouchardat.)

La séance est levée à quatre heures et demie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE SEPTEMBRE 1855 ; par M. le docteur Charcot, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

2° Laryngite ulcéreuse aiguë; pseudo-coqueluche; broncho-pneumonie; bronchite pseudo-membraneuse; mort; par M. Bouchut.

M. Bouchut a publié, dans les comptes rendus de la Société de biologie, une observation de laryngite chronique ulcéreuse simple, et il a établi à cette occasion combien étaient rares les ulcérations du larynx dans le jeune âge, soit qu'on les rapporte à l'inflammation simple, soit qu'on les qu'on les attribue à l'inflammation spécifique, scrofuleuse ou syphilitique. Ce premier fait donne une grande importance à celui que le même observateur communique

à la Société. On y trouve un nouvel exemple d'ulcération du larynx, à l'état aigu, cette fois, sans phthisie laryngée, et produite par une inflammation en apparence dépourvue de spécificité. C'est un cas de laryngite aiguë simulant la coqueluche, suivie de broncho-pneumonie et de bronchite pseudo-membraneuse. En voici les détails :

Marie Kuhnminch, âgée de 5 ans, est entrée au n° 12 de la salle Sainte-Marguerite de l'hôpital Sainte-Eugénie, le 1er août 1855, et est morte le 24 du même mois.

Cette enfant, non vaccinée, habituellement bien portante, est née d'un père parfaitement sain. Sa mère est *aliénée*; elle a six frères et sœurs en bonne santé. Depuis cinq à six jours perte d'appétit, fièvre, pas de douleur, elle tousse avec quintes très-fréquentes accompagnées de *reprises sonores* semblables à celles de la coqueluche, mais très-mal caractérisées. La langue est blanche, *sans ulcération au frein; la voix est altérée.* La résonnance de la poitrine est bonne, et l'auscultation permet d'y entendre des râles muqueux et sous-crépitants généralisés. Pas de diarrhée. (Sirop d'ipécacuanha, 30 gram.)

3 août. L'enfant n'a pas vomi; un peu de diarrhée. La toux s'est encore manifestée avec des quintes semblables à celles de la coqueluche. Pouls 120. (Sirop d'ipécacuanha, 30 grammes; poudre d'ipécacuanha, 30 centigramm.)

5 août. Même état. Quintes nombreuses avec reprises rauques peu caractéristiques; fièvre très-forte; râle muqueux et sibilant dans les deux côtés de la poitrine. (Julep gommeux, 80 grammes; sirop diacode, 20 grammes; potion stibiée, 5 centigrammes.)

6 août. L'enfant n'a pas vomi et a eu un peu de diarrhée. Toux assez fréquente; plus de quintes ni de reprises, mais chaque secousse de toux produit une congestion violacée de la face avec menace de suffocation. Voix faible, enrouée, un peu de matité en arrière, à gauche et en bas; respiration bronchique a ce point, sans retentissement appréciable de la voix. Langue blanche; soif fréquente; pouls 128. Accablement considérable. (Potion stibiée.)

7 août. Pas de vomissements, un peu de diarrhée. Même état.

8 août et jours suivants. Même état; pas de vomissements.

11 août. La potion n'a produit aucune évacuation gastrique, et a occasionné de la diarrhée. Les lèvres présentent des excoriations à fond grisâtre sur les commissures, et l'accablement persiste. La voix est toujours enrouée. Toux fréquente, pénible; obscurité du son en arrière à gauche; râles muqueux et sous-crépitants dans toute l'étendue de la poitrine, mais la respiration bronchique a disparu. Fièvre assez forte; pouls 120.

On cesse la potion stibiée à cause du commencement de stomatite ulcéreuse qui vient d'être établi. (Julep; sirop diacode, 15 grammes.)

13 août. Persistance de la toux et des râles dans la poitrine; plus de matité ni de respiration bronchique. Fièvre; un peu d'appétit; diarrhée. L'enfant maigrit, et ses forces ne reviennent pas. Il se fait sur le visage une éruption de pustules d'impétigo, et il n'y en a point sur le corps. (Même prescription.)

16 août. Même état; l'enfant s'écorche le visage au niveau des pustules d'impétigo, et se met la figure en sang. Il n'y a pas d'éruption sur le corps et aux parties génitales. La toux persiste, et les mêmes râles s'entendent dans la poitrine. Accablement considérable; maigreur; un peu de diarrhée; fièvre vive; 120 pulsations. (Julep; sirop diacode, 20 grammes.

20 août. Même état, amaigrissement considérable, diarrhée. La toux persiste, et la voie enrouée, rauque, est si faible qu'on l'entend avec difficulté. Le fond de la gorge est rouge, sans fausses membranes. Il y a une petite ulcération sur la commissure des lèvres. Même état de la poitrine. Pouls à 120 (Julep; sirop diacode, 20 gr.)

23. L'enfant s'affaiblit de plus en plus; très-maigre, elle reste assise sur son lit, ne parle qu'avec peine et d'une voix éteinte; elle tousse toujours: sa poitrine est dans le même état. Diarrhée fréquente; fièvre assez forte.

24. Mort.

Nécropsie. L'ulcération de la lèvre et celles de la bouche n'ont pas le caractère de la gangrène : une simple couche grisâtre fibrineuse en couvre la surface, qui est peu profonde; elles n'ont pas d'odeur caractéristique.

La *base de la langue* est gonflée, les *papilles caliciformes* hypertrophiées; dépouillée de la saburre qui la recouvre, cette partie de la langue présente une légère teinte rouge brunâtre, ardoisée. Cette coloration de l'injection vasculaire se prononce d'autant plus qu'on approche du larynx; mais il n'y a rien de notable dans le pharynx.

L'*épiglotte* a ses deux faces très-injectées, surtout sa face laryngée, qui, même, offre une hypertrophie de la muqueuse à la partie médiane; ses bords et leur continuation vers les cartilages arythénoïdes sont comme festonnés (à cause du gonflement inégal de la muqueuse, car il n'y a pas là d'ulcération); ce gonflement hypertrophique du bord adhérent de l'épiglotte, formant une petite tumeur médiane oblongue, se prolonge dans toute la hauteur du larynx. Les *ventricules* sont comme obstrués par le gonflement de leur muqueuse; les *cordes vocales supérieures* sont d'un blanc mat qui tranche sur la rougeur générale et très-gonflées, avec ulcération linéaire sur le bord de chaque corde vocale inférieure. De plus, au niveau de l'extrémité postérieure de la corde vocale gauche et auprès de la face interne du cartilage aryténoïde, il existe une petite ulcération ovalaire de 3 millimètres, à bords inégaux taillés à pic, très-peu profonde. Toute la partie supérieure aux ventricules était dépouillée de son épiderme; et au-dessous, il suffit d'un filet d'eau très-faible pour détacher une sorte de pseudo-membrane très-mince, pâle, peu consistante, qui laisse le derme muqueux à nu, rouge, très-injecté; cette pellicule n'occupe pas tout le calibre de la trachée; mais elle se continue jusque dans quelques ramifications bronchiques des plus petites, d'où l'action d'un filet d'eau les fait sortir. Ces petites pseudo-membranes, d'un aspect pultacé, ramifiées comme les bronches, très-peu résistantes, existent dans les deux poumons, et ne semblent pas même obstruer complétement le calibre des petites bronches qu'elles occupent. Les deux poumons sont également congestionnés; les ganglions bronchiques rouges, gonflés, non tuberculeux; les intestins n'offrent rien de particulier.

BIBLIOGRAPHIE.

RECHERCHES SUR LES MALADIES DES ENFANTS NOUVEAU-NÉS, par M. V. Seux, médecin en chef de l'hospice de la Charité de Marseille. — Paris, 1855, chez J.-B. Baillière.

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DES NOUVEAU-NÉS ET DES ENFANTS A LA MAMELLE, PRÉCÉDÉ D'UN PRÉCIS SUR L'HYGIÈNE ET L'ÉDUCATION PHYSIQUE DES JEUNES ENFANTS; par M. E. Bouchut. — Troisième édition. — Paris, 1855, chez J. B. Baillière.

(Deuxième article. — Voir le numéro précédent.)

La Gazette Médicale a imprimé en 1855 (n° 24) un travail intéressant du docteur Seux sur le rôle que joue l'acidité de la bouche dans le muguet des enfants nouveau-nés. On se rappelle que cet observateur distingué ayant eu la pensée de rechercher si chez le nouveau-né la bouche était alcaline comme chez l'adulte, a trouvé : 1° que dans le premier âge de l'enfance la bouche est habituellement acide dans l'état de santé; 2° que cette acidité normale est d'autant plus prononcée que les nouveau-nés sont plus avancés en âge; 3° que l'allaitement n'est pour rien dans cette acidité. Ce n'était là qu'un des chapitres du livre que l'auteur a publié depuis et que nous avons aujourd'hui sous les yeux.

Les Recherches sur les maladies des enfants nouveau-nés comprennent des observations sur l'état physiologique du pouls, des remarques et investigations cliniques nombreuses sur le muguet, sur l'entérite, sur l'ictère. Nous avons à donner sur chacun de ces sujets les résultats obtenus par l'auteur, nous les formulerons dans les termes suivants :

État physiologique du pouls chez les nouveau-nés. Le pouls du nouveau-né, dans l'état de santé et de calme, peut varier de 80 à 164 pulsations. Dans près de la moitié des cas les nombres compris entre 120 et 140 sont ceux qu'on trouve le plus souvent; en seconde ligne de fréquence viennent les nombres compris entre 140 et 160; en troisième ligne les chiffres de 100 à 120; en quatrième ligne les chiffres supérieurs à 160; enfin en dernière ligne les nombres au-dessous de 100.

Le pouls des nouveau-nés, dit le docteur Seux, est habituellement régulier; quelquefois cependant plusieurs pulsations se succèdent rapidement, puis plusieurs autres marchent avec lenteur et ainsi de suite. Le sexe, la constitution, le plus ou moins de salubrité du lieu d'habitation, l'époque du jour et de l'année, n'exercent aucune influence sur la fréquence du pouls.

Le pouls est plus fréquent pendant les premières heures de la vie. Puis, d'un jour à deux mois, on ne peut plus noter de différences relatives à l'âge.

L'action de teter donne un peu plus de fréquence au pouls, qui conserve ce caractère pendant un quart d'heure environ après que l'enfant a quitté le sein.

Le sommeil, la veille, le calme ou l'agitation de l'enfant exercent une influence marquée sur le nombre des pulsations. Les impressions brusques, les mouvements, les efforts, augmentent immédiatement la fréquence du pouls, qui alors bat 20 et même 25 fois de plus par minute.

En comparant ces résultats avec ceux qu'a rassemblés M. Bouchut, nous trouvons des différences notables qui tiennent sans doute à la manière dont les différents observateurs ont procédé pour dénombrer les pulsations, aux circonstances pendant lesquelles ils ont opéré. M. Seux ayant eu soin de noter avec précision, dans des tableaux, le sexe, l'âge, le mois, l'heure du jour, l'état de l'enfant au moment de l'examen, le temps depuis lequel l'enfant avait teté, la constitution du sujet, son travail pourra être comparé à ceux qui ont été faits dans des conditions analogues. Quand les chiffres ainsi obtenus par des observateurs sérieux seront relevés, on pourra déduire une moyenne physiologique du pouls des nouveau-nés. Jusqu'ici la question ne nous semble pas nettement résolue, et nous donnons à titre de renseignement comparatif le tableau suivant du livre de M. Bouchut :

Dans le sein de la mère.	108 à 160
Dans la première minute de la vie. .	72 à 94
A la quatrième minute.	140 à 208

De huit jours à deux mois.	96 à 164
De deux mois à vingt et un mois . . .	96 à 160
De deux ans à cinq ans.	92 à 120
De cinq ans à huit ans	84 à 110
De huit ans à douze ans	76 à 104

RECHERCHES SUR LE MUGUET. — Ce travail, qui forme la partie la plus étendue du livre, comprend plusieurs chapitres : 1° causes ; 2° tableau de la maladie, variétés, marche, durée, terminaisons, complications: suivent vingt et une observations ; 3° symptômes ; 4° anatomie pathologique ; suivent dix-huit observations ; 5° diagnostic ; 6° pronostic ; 7° nature et siége de la maladie ; 8° traitement. On passe ainsi en revue l'histoire complète du muguet. L'auteur rappelle les opinions des classiques, et il les compare aux résultats de sa propre observation. Sur plusieurs points il observe des divergences, et il cherche à les interpréter d'une manière favorable à ses devanciers, sans diminuer la portée pratique et scientifique de ses résultats. Ne pouvant passer en revue toutes les parties de ce travail consciencieux, je m'arrêterai à quelques conclusions plus importantes : « L'inflammation joue un rôle » très-important dans le muguet. Cette inflammation se porte princi- » palement sur la bouche ; mais dans un certain nombre de cas, elle » atteint aussi le pharynx, l'œsophage, l'estomac, et surtout l'intestin. » Cette inflammation a quelque chose de spécial, puisqu'elle est ac- » compagnée d'une formation cryptogamique, qu'on ne rencontre pas » dans les autres phlegmasies des voies digestives. L'inflammation at- » teint quelquefois les follicules de Brunner et les plaques de Peyer, et » alors les lésions intestinales se rapprochent beaucoup de celles qu'on » rencontre, soit dans la fièvre typhoïde, soit dans les fièvres érup- » tives. »

Jusqu'ici les observations de l'auteur concordent à peu près avec les opinions de ses devanciers ; elles s'en éloignent par rapport aux faits suivants : 1° « L'état de la constitution ne peut pas être considéré comme une prédisposition au muguet ; sur 402 muguets dont l'auteur a recueilli l'histoire, 201 enfants étaient robustes, 140 de force moyenne, 61 faibles. » M. Seux note cependant que les nouveau-nés atteints de muguet se trouvent sous l'influence de causes essentiellement débilitantes. 2° « Le muguet n'est pas, dans toutes les circonstances de temps et de lieux, une maladie aussi grave qu'on pourrait le croire à la lecture des chiffres suivants : Auvity avait observé que sur 10 enfants affectés de muguet, il en mourait 9 ; Baron, sur 140, en a perdu 109 ; Valleix en a vu mourir 22 sur 24. L'auteur, sur 402 malades observés à l'hospice de la Charité de Marseille, du 1er février 1852 au 1er février 1853, n'a perdu que 20 malades. »

L'erreur que contribuent à rectifier les résultats de l'observation de M. Seux était déjà reconnue des praticiens. Auvity, Baron, Valleix avaient confondu les effets du muguet avec ceux des affections graves dont il est quelquefois symptomatique, et n'avaient pas compté les cas de muguet idiopathiques. « Dans la pratique particulière, écrivait M. Barrier en 1844, lorsque surtout les conditions hygiéniques sont satisfaisantes, le muguet est très-souvent une maladie sans gravité. » « Sur 42 malades dont j'ai recueilli les observations à l'hôpital Necker, dit M. Bouchut, 14 avaient le muguet idiopathique et pas un n'a succombé. » Chez les autres, l'apparition de ce cryptogame était symptomatique d'une affection viscérale ; 20 sont morts ayant : 12 une entérocolite chronique, compliquée chez 5 par la pneumonie tuberculeuse, chez 4 par une entérocolite aiguë, chez 3 par une pneumonie et sur 1 par une hydrocéphale. Les 8 malades qui restent étaient affectés d'entérocolite ou consumés par la phthisie. Ils sortirent de l'hôpital ayant encore le muguet. » Il faut donc bien distinguer les effets de l'*oïdium* du muguet de ceux des états morbides dans lesquels on le voit souvent se développer. Mais quelle est la fréquence relative du muguet symptomatique et du muguet idiopathique? Cette question est évidemment d'une solution difficile. Il faudrait pour la résoudre s'entendre préalablement sur les accidents propres au muguet et sur ceux qui sont étrangers à cet état pathologiques. Les auteurs ne nous semblent pas d'accord sur ce point.

M. Bouchut résout la question d'une manière absolue. « La mort n'est jamais la conséquence de la maladie qu'on appelle muguet. » « La présence de ces cryptogames n'ajoute rien à l'état des enfants, elle n'aggrave pas leur position ; il en est exactement la même chose de la maladie avant et après l'apparition du muguet. » « Il n'y a qu'une seule circonstance dans laquelle le muguet soit quelque chose par lui-même et mérite qu'on s'en occupe ; c'est lorsque, par la confluence de ses végétations, il apporte un obstacle matériel à l'introduction des aliments dans l'estomac. A part cet accident qui est très-rare, le muguet est fort innocent de sa nature. » Nous ne pouvons adopter complétement l'interprétation de M. Bouchut. Nous croyons que le muguet est quelquefois une simple complication, un élément nouveau survenant au milieu d'un état pathologique grave ; mais même dans cet état il exerce une influence sur l'aggravation des symptômes, ou du moins il marche parallèlement à l'augmentation du mal, à la dépression des forces. « Quand il survient dans une maladie chronique, dit M. Bouchut lui même, il indique une terminaison promptement fâcheuse. » D'un autre côté, il est bien reconnu que l'entérocolite est entre toutes ces affections celle qui paraît plus favorable au développement du muguet. N'y a-t-il pas à tenir compte de la coïncidence fréquente de ces états morbides et de leur association presque constante dans quelques localités? Sur 48 enfants cités par MM. Trousseau et Delpech, chez 14 seulement la maladie s'est présentée exempte de toute complication gastrique ou intestinale. Sur les 402 cas de M. Seux, 305 ont été sans entérite.

Ainsi il nous semble qu'il y a, suivant les circonstances de temps ou de lieu : 1° des proportions différentes entre le nombre des cas de muguet symptomatique et de muguet idiopathique ; 2° des différences notables dans la gravité du muguet idiopathique, suivant les conditions dans lesquelles on l'observe. Dans l'année 1854, sur 230 enfants atteints de muguet, M. Seux n'a eu que 14 décès qui aient pu lui être attribués. Le muguet n'est qu'un épiphénomène dans certains cas, mais dans d'autres il paraît avoir une relation avec des actes importants de l'économie ; à ce point de vue il mérite encore d'être étudié. Ne détermine-t-il pas, dans certains cas, l'état qu'on appelle l'entérocolite, de même qu'il détermine dans la muqueuse buccale les phénomènes suivants : « La muqueuse devient rouge, chaude et doulou- » reuse, son épithélium lisse et fort brillant. Vingt-quatre heures après » un ou plusieurs cônes de cryptogames apparaissent sous forme de » petits points blancs à peine visibles. Chacun d'eux est formé par » l'*oidium albicans*. »

Nous passons sous silence le chapitre qui traite de l'*entérite* pour donner quelques indications à propos des recherches sur l'*ictère des nouveau-nés*. M. Seux distingue un *ictère local* qui succède à la coloration rouge de la peau des nouveau-nés, et qui n'est à proprement parler qu'une teinte ecchymotique dépendant de la résorption lente du sang infiltré dans les tissus au moment de la naissance, et un *ictère général*, seul état qui mérite ce nom, dans lequel la coloration jaune existe dans la peau et dans la conjonctive. Le foie, dit-il avec M. Bouchut, est toujours en souffrance dans ces cas, mais il peut l'être primitivement ou consécutivement : « Tantôt l'ictère existe sans aucun autre symptôme, tantôt il y a des signes positifs d'hépatite, tantôt des indices d'entérite. » Sur 64 observations, M. Seux a trouvé 37 fois l'ictère idiopathique, 1 fois l'hépatite, 26 fois l'entérite. Le détail des observations donnera aux lecteurs désireux de poursuivre ce sujet le moyen d'apprécier la valeur des signes à l'aide desquels l'auteur a pu reconnaître l'hépatite, l'entérite, ou l'absence de toute lésion fonctionnelle ou organique du foie.

Nous donnerons ici seulement les conclusions générales : « Le mode » de développement, la marche de l'ictère n'ont pas été les mêmes » chez les 64 enfants dont j'ai recueilli les observations. On est obligé, » sous ce rapport, de classer les faits en trois catégories. Chez les en- » fants de la première catégorie, pas de douleur, pas de gonflement » dans la région du foie, aucun trouble des voies digestives. Chez le » nouveau-né placé dans la seconde catégorie, gonflement et sensibilité » de l'hypochondre droit, constipation. Chez les enfants de la troisième » catégorie, chaleur du ventre, diarrhée, mouvement fébrile. »

Tel est l'ensemble du livre de M. Seux, dans lequel nous reconnaissons une application réelle à l'observation, des connaissances nombreuses, une exposition facile, un jugement sain et pratique. Il faut savoir reconnaître que ce confrère distingué a bien mérité de la science en recueillant des faits nombreux, en se livrant à de patientes et longues investigations dans une ville où l'excitation scientifique ne germe pas facilement et qui n'avait pas produit depuis longtemps un travail original sur un point quelconque de la médecine. Il est du devoir de la presse médicale d'encourager quand il y a lieu et d'enregistrer avec soin le mouvement scientifique de la province. La France est certainement en dernière ligne en Europe sous le rapport de la diffusion de l'activité scientifique hors de la capitale, dans les villes de second et de troisième ordre. Les causes d'un tel état de choses sont faciles à comprendre : l'administration supérieure n'a jamais rien fait pour encourager la culture des sciences médicales et l'émulation scientifique en dehors des Facultés.

THOLOZAN.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE SANITAIRE.

DU TYPHUS ET DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE A PROPOS DE QUELQUES MALADIES RÉGNANTES.

Les maladies toutes spéciales que nous observions il y a quelque temps sur des hommes de provenances diverses, nous ont fourni l'occasion de décrire les symptômes d'une fièvre particulière que nous avons distinguée sous le nom de *fièvre à rechute*. Cette affection nous paraît constituer un type morbide distinct. Peu observée et mal décrite le plus souvent, elle a été confondue avec des états pathologiques dont elle diffère radicalement.

Partant de ce principe si peu soutenable que l'on connaît toutes les espèces morbides, toutes les fois qu'une maladie présente quelques caractères particuliers, on ne songe pas à les analyser afin de voir s'ils constituent seulement des accidents, des épiphénomènes, ou bien s'ils ont une signification propre, et on classe la maladie dans l'espèce dont elle se rapproche le plus. Or une expérience que l'on peut répéter tous les jours, nous a appris qu'il résulte constamment de ce système les divergences les plus grandes en matière de statistique médicale et de relevés nosologiques.

Que l'on prenne des sujets du même âge, soumis au même genre de vie, sujets aux mêmes influences morbides, que les maladies développées sur ces hommes soient observées en même temps par des médecins différents, on verra que dans la grande majorité des cas les relevés offriront les contrastes les plus frappants. La *fièvre à rechute* dont nous parlons sera prise pour une fièvre intermittente, une rémittente, une pernicieuse, un typhus, etc., etc.; la *fièvre typhoïde* sera confondue quelquefois avec un embarras gastrique, avec la fièvre continue des pays chauds ou des pays marécageux, avec le typhus, etc.; le *typhus* prendra des noms différents suivant sa gravité et quelques-uns de ses symptômes, le typhus pétéchial, le typhus des armées, le typhus des prisons, la fièvre typhoïde. Les divergences d'opinion à ce sujet deviennent trop frappantes chaque jour pour ne pas exiger une réforme du langage médical. Si des noms spéciaux ont été donnés aux maladies, c'est sans doute afin que chacun les appelant du même terme, on pût les compter et les désigner. Que si les appellations propres malgré leurs définitions ne suffisent point à amener une séparation nette, et la même pour tous, des différentes espèces morbides, il faut rejeter ces appellations qui sont un leurre pour l'esprit, puisqu'elles peuvent correspondre au fond à des objets totalement différents. Que deviendrait la science du diagnostic si perfectionné, dit-on, de nos jours, si on ne pouvait pas distinguer dans la pratique les espèces morbides les unes des autres?

Si cela arrive dans la pratique aussi généralement que nous l'annonçons, c'est que dans les écoles le diagnostic n'est point enseigné d'après des bases suffisamment larges, suffisamment sûres pour guider plus tard les adeptes : nous entendons parler seulement du diagnostic des fièvres. La question est, en effet, difficile, mais elle offre une grande importance, et elle mériterait une attention suffisante.

Dans les localités où la fièvre typhoïde est la seule affection fébrile régnante, le diagnostic de cette maladie n'offre pas de difficulté à proprement parler. On la distingue alors aisément comme chez nous des autres maladies régnantes. Mais quand on observe cette maladie dans d'autres localités, là où d'autres types fébriles existent en même temps, et les choses se passent ainsi ordinairement en Angleterre, en Amérique, dans les pays chauds, dans un grand nombre des localités très-fréquentées, les mêmes règles de diagnostic ne sont pas applicables. On distingue bien une maladie donnée d'autres maladies que l'on a coutume de voir avec elle. Si au lieu de cela, on observe des affections dont la similitude soit plus grande, et surtout dont quelques caractères soient nouveaux pour celui qui observe, la difficulté commence. Que dans des conditions analogues, la maladie à distinguer, la fièvre typhoïde par exemple, vienne à présenter des caractères nouveaux, accidentels, sur la valeur caractéristique desquels on ne soit pas fixé, comme cela arrive le plus souvent, alors la complication devient vraiment embarrassante.

Les fièvres sont des affections dont le diagnostic s'établit d'après un ensemble de signes plutôt que sur quelque phénomène pathognomonique. Les symptômes qui les caractérisent ont une grande valeur par leur réunion; pris individuellement ils ne signifient plus rien, parce qu'ils peuvent manquer chacun à leur tour. Le diagnostic est dans ces cas entièrement empirique, il n'est aucunement rationnel. Pour ne pas s'exposer à des erreurs certaines, il faut ne pas s'éloigner d'une sphère donnée et ne pas sortir de l'époque où l'observation médicale qui a tracé la règle s'est accomplie.

Si la vérité de ces remarques frappe nos lecteurs, ils seront amenés à voir que la même raison qui rend empirique le diagnostic rend les classifications tout à fait incertaines. Les classifications étant basées sur des caractères purement objectifs, et d'une importance souvent douteuse, il n'y a pas lieu d'en faire plus de cas que du diagnostic.

En rapprochant par exemple, comme on l'a fait, des espèces fébriles différentes les unes des autres, le typhus et la fièvre typhoïde, a-t-on obéi à un principe rigoureux de nosologie, ou bien n'a-t-on pas écouté plutôt l'analogie des noms que celui des maladies. Quelques faits dont nous avons été témoin récemment, nous permettent d'être très-explicite à cet égard.

En même temps que nous observions des *fièvres typhoïdes* assez graves et quelques *fièvres à rechutes*, une maladie fébrile particulière est survenue tout à coup. Bien limitée à des personnes d'une provenance spéciale, elle ne pouvait être l'objet d'aucune méprise dès qu'elle se fut dessinée suffisamment sur un certain nombre de sujets. L'esquisse symptomatique suivante que nous en donnons aux lecteurs de la GAZETTE résulte de l'analyse détaillée de dix cas; un plus grand nombre de faits observés à la même époque ont donné des résultats analogues à ceux que nous transcrivons ici : début assez lent dans la moitié des cas, un ou deux jours de prodromes, malaise, courbature. Chez les autres malades, la maladie a commencé brusquement par des frissons, suivis de chaleur, de fièvre, de céphalalgie. Deux fois les malades ont présenté après le début de la fièvre des douleurs vives dans les membres avec impossibilité des mouvements. Ces douleurs pouvaient être assimilées pour l'acuité à celles du rhumatisme aigu; elles ont disparu spontanément avant le premier septénaire. La fièvre arrivait à son apogée du deuxième au sixième jour; elle s'accompa-

---

FEUILLETON.

EXPOSITION DES PRODUITS DE L'INDUSTRIE.

(Douzième article.)

Instruments de chirurgie. Suite du rapport de M. Roux. Appréciation du rôle des fabricants et des inventeurs. Progrès de la coutellerie.

Deux autres fabricants d'instruments de chirurgie sont signalés par Roux, à cause de leur talent et de leur mérite incontestable : ce sont MM. Luer et Mathieu. Indépendamment du caractère qu'ils ont su donner à leur fabrication et qui la rendait au moins comparable à la fabrication anglaise pour le fini du travail et pour l'excellence de la trempe et du tranchant, chacun de ces deux fabricants avait envoyé à l'Exposition de Londres des objets particuliers perfectionnés ou inventés par lui.

M. Luer : « Sa pince pour la ligature des vaisseaux profonds; sa pince à mors larges et fenêtrés, pourvue d'une crémaillière, destinée à saisir les organes mous comme la langue, le col de l'utérus sans les lacérer; une nombreuse série d'instruments destinés à l'appareil de la vision et principalement pour les opérations de la cataracte et de la pupille artificielle; un spéculum *oris* remarquable par sa simplicité; un amygdalotome d'un mécanisme ingénieux; une double canule à soupape, destinée à entretenir libre le passage de l'air après toute ouverture artificielle pratiquée au larynx ou à la trachée; des brise-pierre modifiés; un forceps à double pivot; un porte-aiguille pour la ligature des artères placées profondément; une pince-gouge pour les resections à la surface des os; la pince à brides élastiques aplaties destinée à saisir les parties les plus petites d'un membre, comme le pouce, pour le soumettre à une forte extension, instrument d'une heureuse invention. »

M. Mathieu avait exposé : « des aiguilles brisées et à charnière pour l'opération de la cataracte par abaissement; un instrument pour pratiquer une pupille artificielle; un ophthalmostat à crémaillère facilement maniable à cause de son peu de volume; un spéculum *oris;* un amygdalotome dont la partie tranchante agit en sciant au lieu d'agir par simple pression; deux instruments différents pour la staphyloraphie; différents scarificateurs de l'urètre; différents brise-pierre et pulvérisateurs; un céphalotribe avec clef à pignon, double crémaillère et crochets mousses pour assurer la fixité de la tête entre les deux parties principales de l'instrument; des couteaux et des scies à amputation à manche amovible; divers objets en gomme élastique vulcanisée, tels que de larges godets pouvant faire l'office de ventouse par la seule élasticité de leurs parois; des aspirateurs du mamelon agissant par le même mécanisme, etc. »

Cette belle part faite dans une circonstance solennelle à nos fabricants

gnait d'une grande activité circulatoire, 100, 110, 120, 130 pulsations dans les cas moyens, 140 et 160 pulsations dans deux cas graves. Le pouls était petit, mou, bref; il n'y avait pas de bruits anormaux au cœur. La respiration, naturelle au début, s'accélérait avec les progrès de la fièvre; elle devenait anxieuse, saccadée, sibilante; il y avait de la toux, 30, 35, 40 inspirations par minute, 45, 50 inspirations dans deux cas graves. L'auscultation révéla des ronchus et des râles sous-crépitants 6 fois sur 10. La température de la peau s'élevait de plusieurs degrés à l'aisselle; il y avait une sensation de chaleur sèche et mordicante au toucher.

L'abdomen, un peu météorisé dès le quatrième ou cinquième jour, a présenté du ballonnement 2 fois. Il y a eu du gargouillement 7 fois. La diarrhée a été notée 7 fois au début. Elle ne durait que quelques jours. La langue est restée blanche et humide dans 6 cas, 4 fois seulement elle a été un peu visqueuse. La face un peu injectée d'abord prenait une coloration plus intense pendant le cours de la fièvre. Les yeux étaient brillants, et la conjonctive oculaire finement injectée 4 fois. L'intelligence intacte au début, s'émoussait pendant la durée de la fièvre; au deuxième ou troisième jour, il survenait de la somnolence, du subdélire la nuit, des selles involontaires. Ces accidents propres aux cas graves n'ont été observés que 4 fois. Malgré la prostration, le subdélire nocturne, les selles involontaires, quand on parlait à ces malades, quand on les faisait sortir de leur engourdissement, ils répondaient avec la plus grande lucidité à toutes les questions. Il y avait seulement un peu de lenteur dans les réponses. Ils accusaient tous de la céphalalgie, des vertiges, des éblouissements; les bourdonnements d'oreille, les prenaient dès qu'ils quittaient la position horizontale. La peau a présenté dans quelques cas une éruption rubéoliforme sur le tronc principalement, une seule fois il y avait sur l'abdomen une éruption de petites taches rosées bien prononcées. Les épistaxis peu abondantes n'ont existé que sur deux sujets. Nous avons eu 1 décès sur 10 cas, au neuvième jour de la maladie. Dans tous les cas, le mouvement fébrile diminua notablement du dixième au douzième jour, et le quinzième jour la fièvre avait entièrement cessé. Cette brusque interruption du mouvement fébrile avait quelque chose de bien remarquable. Dans l'espace de quarante-huit heures, un pouls à 120 tombait à 70 et même à 60. La pulsation restait petite et molle; la peau perdait toute chaleur, la toux et les râles disparaissaient rapidement. Dès ce moment, une alimentation substantielle et tonique pouvait être graduellement prescrite sans crainte. Mais les malades ne pouvaient se lever qu'après plusieurs jours. Les vertiges, les éblouissements, les bourdonnements, une céphalalgie sourde, les poursuivaient. Les membres inférieurs restaient affaiblis.

Tels sont les traits principaux de l'affection sur laquelle nous avons voulu appeler aujourd'hui l'attention. Nous insistons principalement sur les vertiges, sur la conservation de l'intelligence malgré la somnolence, sur l'intensité et le peu de durée du mouvement fébrile. N'y a-t-il pas dans tous ces faits quelque chose de bien spécial et de bien distinct de ce que l'on observe dans la fièvre typhoïde?

A côté de l'induction tirée des symptômes, j'ai hâte d'annoncer que la confirmation nécroscopique a pu avoir lieu et que quatre fois, sur un total général de 4 décès, elle a donné les résultats suivants: cerveau fortement hypérémié et à substance blanche et grise centrale un peu friable 3 fois; cerveau peu hypérémié et à tissu de consistance ordinaire 1 fois (seul cas où le malade soit mort dans le coma); poumons infiltrés à la partie postérieure 4 fois, dont 3 fois infiltration notable, 1 seule fois l'infiltration est à peine marquée, c'est le cas du sujet qui présentait dans les derniers moments 160 pulsations et 50 inspirations; dans ce cas, la partie antérieure des poumons était notablement emphysémateuse; rate quadruple 1 fois, triple 2 fois, ordinaire 1 fois, 1 fois à noyaux apoplectiformes, 1 fois à tissu très-ramolli; foie à peu près normal 3 fois, dans le quatrième cas il fut très-mou et très-friable; ganglions mésentériques ordinaires; quelques anses du jéjunum et de l'iléon présentent une injection assez forte de la muqueuse avec infiltration séro-sanguinolente du tissu sous-muqueux. Aucune altération notable au-dessus de la valvule. Une petite psorentérie blanche a été notée 3 fois dans l'iléon seulement, 1 fois dans l'iléon et le jéjunum. Le cœur est le seul organe qui ait présenté des altérations physiques en rapport avec quelques-uns des symptômes importants de cet état morbide. Ces altérations ont été rencontrées dans les 4 autopsies.

Le cœur était, dans tous ces cas, remarquablement pâle, la décoloration portait principalement sur le tissu musculaire du ventricule gauche, quoique ses vaisseaux fussent considérablement injectés de sang; il était en même temps très-flasque et très-friable. Le poids du cœur était, dans 3 cas, de 247, 262, 363 grammes. Les ventricules étaient notablement agrandis, surtout le gauche; il n'y avait aucune lésion valvulaire. Le cœur droit contenait, dans tous les cas, un caillot fibrineux, blanchâtre, assez résistant. Nous avons aussi trouvé que plusieurs muscles du corps, mais surtout les psoas, étaient plus pâles qu'à l'état normal, d'une teinte analogue à celle de la chair bouillie.

Il est impossible de trouver, dans cet exposé des lésions cadavériques, des motifs de rapprochement entre la maladie que nous avons observée et la fièvre typhoïde. Nous constatons pour notre part une différence fondamentale entre ces deux affections, qui sont entièrement distinctes et qui mériteraient de porter des noms totalement différents.

Les résultats que nous venons d'exposer proviennent de l'observation d'un certain nombre de cas de typhus simple de moyenne intensité. En opérant sur des sujets où le typhus complique le scorbut, la dyssenterie et d'autres affections, on a obtenu des analyses symptomatiques et anatomiques différentes. Si l'on pouvait se fier dans tous ces cas à l'exactitude des observateurs, il y aurait à leur demander comment ils font le départ des symptômes et des lésions de la dyssenterie et du scorbut de celles du typhus. Question d'une solution plus difficile qu'on ne le pense communément. On ne résout aucune difficulté en introduisant dans la science des matériaux qui ne sont pas susceptibles d'élucidation à cause de la complexité des faits qu'ils embrassent. Les maladies rares telles que le typhus méritent une description détaillée puisée dans les cas les plus simples. En partant de cette base, on pourra arriver peu à peu à l'étude des cas complexes.

De toutes façons, la spécialité des symptômes et des lésions de la maladie que nous avons pu observer depuis le commencement de cette année en fait une affection bien différente de la fièvre typhoïde et que les observateurs les plus superficiels distingueraient à première vue.

Dans une prochaine revue, nous indiquerons les rapprochements qui nous paraissent devoir être établis entre le typhus dont nous venons de parler et les maladies analogues observées précédemment. Nous

---

d'instruments par l'ex-doyen de la chirurgie française n'est pas sans quelque réserve de sa part. Il admet la part d'initiative qui revient pour beaucoup de choses à la chirurgie.

La ligne de démarcation est difficile à trancher dans la plupart des cas, entre les chirurgiens et les fabricants, on ne sait que rarement comment l'idée première d'un instrument a été formulée et quelle est la part des applications de la mécanique dans sa construction. Les tâtonnements se répètent souvent pendant longtemps avant d'arriver à une forme définitive, et ils sont alors plutôt l'œuvre de plusieurs que celle d'un seul. Les perfectionnements qui ont un mérite réel, ceux à qui revient une part incontestable d'initiative satisfont à des besoins nouveaux, étendent les limites des applications chirurgicales, reculent les bornes de l'art; à ce titre ils méritent de prendre part parmi les véritables découvertes chirurgicales. Mais ceux-là sont infiniment rares, l'histoire de la chirurgie ne nous en présente qu'un très-petit nombre d'exemples. Le plus souvent les instruments ont été fabriqués en vue d'arriver à un but prévu et défini à l'avance par la chirurgie. Tout l'appareil instrumental de la trépanation, des resections, de la taille, de la cataracte, de la ténotomie, des ligatures d'artères, se trouve implicitement préparé par les travaux des anatomistes, des physiologistes, des grands chirurgiens qui ont formulé les règles de ces opérations. Nous ne voyons nulle part sur ce terrain l'appareil ou l'instrument donner des facilités opératoires, ou préparer des résultats qui n'aient pas été primitivement recherchés.

Il en sera ainsi tant que les fabricants ne seront pas eux-mêmes anatomistes, physiologistes, pathologistes. On n'arrive à créer ou à inventer véritablement dans le domaine de la chirurgie qu'à la condition de pouvoir apprécier par soi-même et immédiatement les inconvénients de tel arrangement, les vices de tel système. L'invention à deux est très-restreinte et limitée.— *Henry*, DESCRIPTION DES INSTRUMENTS DE CHIRURGIE ANCIENNE ET MODERNE, définissait ainsi le rôle du fabricant: « Il doit imaginer la forme de chaque pièce qui compose l'instrument, il doit en régler les proportions, les leviers, calculer le jeu des bascules, des ressorts; des vis, inventer les outils propres à fabriquer les nombreuses pièces qui composent un arsenal de chirurgie. Il doit connaître non-seulement la forme, la force et les dimensions, mais encore l'usage de chaque instrument. » On peut dire aujourd'hui que ce but est atteint par tous les fabricants dont les produits ont obtenu des récompenses à l'exposition. Nous ne sommes plus au temps où *Garangeot* s'étonnant du peu d'importance que l'on attachait à la confection des instruments disait: « Ce qui nous surprend davantage, c'est que la mécanique ayant reçu depuis trente à quarante année de notables accroissements dans tous les arts, on se soit si peu appliqué à perfectionner les instruments d'un art aussi utile que la chirurgie, et que l'on ait si peu réfléchi sur leur bonne ou mauvaise structure, aussi bien que sur les utilités et les inconvénients qu'ils peuvent avoir dans la pratique. » Comment les perfectionnements de la mécanique se seraient-ils appliqués à l'époque dont parle Garangeot, les fabricants demeurant complétement étrangers aux indications opératoires anciennes et nouvelles.— Ce qui a permis de réaliser autant de progrès à notre époque, c'est la connaissance donnée aux couteliers du but opératoire à atteindre,

chercherons aussi à classer cette maladie d'après ses affinités naturelles.

THOLOZAN.

PATHOGÉNIE.

RECHERCHES SUR LES HYDATIDES, LES ÉCHINOCOQUES ET LE COENURE, ET SUR LEUR DÉVELOPPEMENT (lues à la Société de Biologie dans la séance du 22 décembre 1855); par M. C. DAVAINE.

Avant d'arriver à l'objet de ma communication, j'ai besoin d'appeler l'attention sur quelques notions préliminaires qui me serviront dans la suite de ce travail.

Le bourgeon, la gemme ou la spore chez les animaux n'ont point été, comme l'œuf, l'objet d'une étude approfondie et comparative. Je ne veux pas entreprendre ici cette étude, mais je dois rappeler quelques-uns des faits qui la concernent.

Le bourgeon ou la gemme paraît se produire par une simple extension du tissu sur lequel il naît; il est formé originairement de ce tissu; plus tard, il peut acquérir une organisation plus complexe et plus variée. Le bourgeon se forme soit à la surface externe, soit à l'intérieur d'un individu. Il reste indéfiniment attaché à cet individu, ou bien il s'en sépare spontanément; dans ce dernier cas, il l'abandonne, soit après avoir acquis jusqu'à un certain point sa forme et sa structure définitives, soit dans un état rudimentaire. Alors, qu'il soit constitué ou non comme l'animal qu'il doit former, il n'arrive pas moins à son développement complet. Le bourgeon acquiert ce développement au dehors de l'individu souche ou dans son intérieur. C'est dans ce dernier cas surtout que l'on voit les gemmes se séparer du tissu qui les a produites avant d'avoir acquis aucun organe distinct. Elles constituent quelquefois des sphères d'un très-petit volume, comparables à des ovules, mais que l'on ne confondrait pas avec ces corps par l'absence d'un chorion et d'une vésicule germinative. On a donné à ces sphères libres le nom de spores. On ne peut regarder ces spores autrement que comme des gemmes; elles se développent à la manière de celles-ci, sans fécondation et sans fractionnement. Chez les distômes, les spores se forment dans l'intérieur des larves de ces animaux; à peine visibles, elles sont déjà libres; par leur développement, elles envahissent et distendent le corps de leur mère au point de le réduire à une poche inerte, sans vie, que l'on a nommée sporocyste. Ces spores développées en cercaires, qui se métamorphoseront en distômes, ne reproduisent point l'individu dans lequel elles se sont formées, mais elles constituent des individus différents, une génération nouvelle, qui reste longtemps emprisonnée dans la précédente, et s'en distingue par sa forme, par son organisation, et plus tard par l'acquisition des organes génitaux.

Le bourgeon tantôt reproduit un individu semblable à sa souche, tantôt un individu dissemblable. La cause de cette différence me paraît tenir en partie à la nature du tissu ou des tissus qui donnent naissance au bourgeon. Ainsi chez les hydres d'eau douce, les bourgeons, qui reproduisent des individus semblables, se forment aux dépens des trois couches qui constituent le corps de l'individu-souche; tandis que la génération des méduses, dont la conformation est bien différente de celle du polype qui les produit, s'accomplit, chez les campanulaires par exemple, au moyen de bourgeons constitués primitivement par une simple dilatation, une hernie de la membrane intérieure de la campanulaire. La membrane extérieure ne prend aucune part à la formation de la méduse.

Le bourgeon qui forme un individu semblable à la souche n'est qu'une répétition de l'individu-souche; il ne constitue pas une phase nouvelle de génération; aussi chez un grand nombre d'animaux, ces bourgeons restent-ils constamment adhérents à la partie qui les a produits; il en est néanmoins qui s'en détachent et forment des individus libres comme chez les hydres d'eau douce; on pourrait les désigner par le nom de rejetons. Une fois développés, ces rejetons ont la même organisation et les mêmes propriétés que la souche.

Le bourgeon qui forme un individu dissemblable se détache en général tôt ou tard de sa souche, soit à l'état rudimentaire, soit dans un état avancé de développement. Il constitue une phase nouvelle dans l'évolution de l'animal dont il provient, une génération distincte; car souvent, autant sous le rapport de l'organisation que sous celui de la forme, il diffère complétement de l'individu qui le produit. Cette nouvelle génération est toujours un acheminement vers l'état adulte, si elle n'atteint point elle-même ce degré de perfection. Jamais cette nouvelle génération ne reproduit celle qui l'a précédée, si ce n'est par un œuf.

Les bourgeons qui forment des individus dissemblables s'observent chez les animaux sujets aux générations alternantes; s'il se produit, chez ces animaux, des rejetons semblables à la souche, ceux-ci ne font que répéter, que multiplier leur souche, tandis que les bourgeons dissemblables constituent une nouvelle phase, une phase plus avancée dans l'ensemble des périodes du développement d'un animal.

Pour résumer par un exemple la succession et la fonction des bourgeons semblables et dissemblables dans le développement d'un animal, je rappellerai ce que l'on connaît généralement aujourd'hui de la génération de certains polypes.

Un embryon semblable à un infusoire naît d'un œuf; il nage en liberté après son éclosion et va se fixer sur un corps quelconque; par son extrémité libre, il s'accroît et se transforme en polype; celui-ci se reproduit avec sa forme et son organisation par des hourgeons, qui restent adhérents ou qui deviennent libres et constituent de nouveaux polypes. A une certaine époque de l'année, le polype-souche et les rejetons produisent des gemmes, qui ne leur ressemblent nullement pour la forme et pour l'organisation; ces gemmes se séparent de leur mère encore très-imparfaites, ou étant assez avancées déjà dans leur organisation définitive; ces gemmes nouvelles forment des méduses qui ne reproduisent jamais de polypes par des bourgeons; mais ces méduses, une fois séparées du polype qui les a produites, arrivent à un développement plus parfait, acquièrent des organes génitaux, et forment des œufs qui reproduisent l'embryon d'où est sorti le polype primordial.

---

des dangers à éviter, les mécaniciens se sont alors perfectionnés progressivement par leur contact avec les opérations. C'est uniquement dans cette voie que les progrès ultérieurs doivent être cherchés et le mérite de M. Charrière est de l'avoir compris et suivi fermement depuis longtemps. » S'il est utile aux chirurgiens, dit Percy, d'avoir des connaissances dans l'art de faire des instruments, il est indispensable au coutelier artiste de connaître les opérations de chirurgie, d'y assister souvent afin de connaître le but et l'intention des opérateurs. C'est par là qu'il se distingnera des artistes vulgaires, et qu'il s'associera, en quelque sorte, à la gloire des inventeurs? »

Qu'il me montre ses instruments, disait Louis, en parlant d'un chirurgien qu'on lui vantait, je vous dirai ce que je pense de lui. Cette façon un peu leste de juger les hommes était acceptée du temps de Desault où l'on pensait que le génie et le talent d'un opérateur pouvaient se mesurer au choix de ses instruments. On en est bien revenu de nos jours et les artistes habiles que nous avons cités en sont un peu cause par l'irréprochable confection de leurs instruments. En même temps que les perfectionnements de la main-d'œuvre sont devenus plus sensibles, ils se sont généralisés davantage, et tout le monde a tenu, je veux dire les opérateurs, à avoir sinon un arsenal du premier choix, au moins des instruments irréprochables.

Du reste, chacun est à peu près réduit à se mettre avec confiance entre les mains des fabricants et à prendre leurs produits sous l'étiquette qu'il y placent. Le chirurgien est généralement très-médiocre appréciateur de la qualité des matériaux dont se composent les instruments dont il se sert. Il a de bonnes raisons à faire valoir pour excuser ce défaut de compétence. L'acier qui entre pour une si grande part dans la composition des instruments offre cela de spécial que, comme matière première, il possède quelquefois, sous des apparences presque identiques, des différences extrêmes de qualité. Or, il faut être prévenu que ces variations correspondent ordinairement à des variations de prix très-considérables. Indépendamment du prix de la matière première, les instruments d'acier tirent une valeur particulière de l'habileté avec laquelle les différentes opérations nécessaires à leur fabrication ont été étudiées et sont dirigées. Ces opérations sont assez nombreuses et très-diverses, il suffit de citer le *forgeage, la trempe et le recuit, l'émoulage, l'aiguisage et le polissage, le montage et l'assemblage*. Dans ces manipulations successives celles qui intéressent le plus le chirurgien, celles qui exercent la plus grande influence sur la qualité des tranchants sont la trempe et le recuit.

Nous ne pouvons entrer ici dans le détail de ces diverses opérations, bien qu'elles intéressent à plus d'un titre la chirurgie. Rappelons seulement quant à la qualité des instruments que l'on n'observe plus heureusement aujourd'hui, grâce à la supériorité des matières premières et de la confection, des faits analogues à ceux dont Percy se plaignait en 1801 dans un rapport au ministre de la guerre : « J'atteste ici et le souvenir m'en fait encore horreur que l'an dernier à l'hôpital ambulant de Kœnigfelden en Argovie, je mis plusieurs minutes et fis les plus grands efforts pour scier l'os dans une amputation de la cuisse. Le même inconvénient est arrivé à M. Vernet devant Zurich. » Déjà à cette époque Percy, dans son ART DU COUTELIER, avait indiqué les moyens de construire des scies excellentes. « S'il y a très-peu de scies aussi

J'arrive maintenant à l'objet de ma communication.

Les vers vésiculaires de l'homme et des animaux supérieurs sont formés d'après trois types distincts : cysticerque, cœnure, échinocoque. Le premier est un animal simple, pourvu d'une seule tête ; les deux autres sont constitués par une vésicule pourvue de plusieurs têtes de cestoïde. Il y a entre ces trois types de vers des différences plus profondes que celles qui résultent du nombre de leurs têtes ; je ne m'occuperai aujourd'hui que du cœnure et des échinocoques.

Cœnure. — Le cœnure est constitué par une vésicule plus ou moins volumineuse, de la surface de laquelle naissent un grand nombre de têtes semblables à celle des ténias. Le cœnure est contenu dans un kyste très-mince, comme le sont, en général, les kystes du cerveau ; il y est toujours solitaire. Lorsque plusieurs de ces vers vésiculaires existent dans un cerveau, ils ont chacun leur kyste distinct. La vésicule du cœnure est formée par une membrane très-mince, simple, c'est-à-dire non composée de plusieurs feuillets. Cette membrane est constituée par un stratum, dans lequel on reconnaît, non de véritables fibres, mais des fibrilles semblables à celles de la fibrine coagulée ; entre ces fibrilles existent en grande quantité des granulations élémentaires que l'on pourrait comparer, pour le volume, aux globules du lait. On n'y reconnaît aucune cellule. L'acide acétique ne change point l'aspect des fibrilles ni des granulations élémentaires.

Les corps et les têtes de cœnure qui naissent de cette membrane sont formés d'un tissu semblable. Il s'y ajoute seulement des corpuscules calcaires, des crochets, et cinq masses musculaires distinctes, une qui forme le rostre et une pour chaque ventouse.

Les têtes naissent de la vésicule par un véritable bourgeonnement ; aussi les trouve-t-on dans un état plus ou moins avancé de développement ; elles ne sont jamais libres.

La vésicule du cœnure qui produit les têtes par bourgeonnement ne produit jamais une vésicule semblable à elle-même, car l'on ne trouve point deux cœnures dans le même kyste.

Échinocoques. — Passons maintenant aux échinocoques (Rudolphi) : Ces vers vésiculaires microscopiques, pourvus d'une tête analogue à celle des ténias, sont contenus en grand nombre dans une vésicule que l'on connaît sous le nom d'hydatide ou d'acéphalocyste. Il sont attachés à la surface interne de l'hydatide ou libres dans sa cavité. La vésicule qui renferme les échinocoques, c'est-à-dire l'hydatide, est elle-même, comme le cœnure, contenue dans un kyste, mais elle n'y est pas toujours solitaire.

L'hydatide ressemble au cœnure, en ce qu'elle est une vésicule pourvue de plusieurs têtes de cestoïde ; mais si l'on étudie sa constitution, on la trouve bien différente ; elle est formée non par une membrane simple, unique, comme le cœnure, mais par deux membranes complétement distinctes quant à leur organisation, et qui forment deux vésicules emboîtées.

Examinons d'abord la vésicule intérieure : celle-ci est étendue sur la paroi interne de la vésicule externe ; mais elle ne lui est que très-faiblement adhérente et s'en détache avec la plus grande facilité. Cette vésicule intérieure est une membrane simple, d'une structure tout à fait semblable à celle du cœnure ; elle est formée par un stratum fibrillaire, infiltré de granulations élémentaires ; les fibrilles ne diffèrent point de celles du cœnure et les granulations élémentaires n'offrent d'autre différence que celle d'atteindre un volume un peu plus considérable ; comme dans la vésicule du cœnure, il n'y a point de véritables fibres, ni de cellules, et comme celle-ci elle produit par une extension de son tissu, par gemmation, des animalcules pourvus d'une tête de cestoïde, les échinocoques. Cette membrane a été décrite sous le nom de *germinale* par M. Goodsir, qui a bien vu le mode de génération des échinocoques par gemmation, et la nature de son tissu a été étudiée par M. Robin, qui a fait aussi d'excellentes recherches sur le développement des cestoïdes qu'elle produit.

Il est évident que la vésicule cœnure est l'analogue de la vésicule germinale renfermée dans une hydatide et d'où naissent les échinocoques.

Il est important de remarquer que jamais l'on n'a vu d'échinocoques se développer d'une autre partie que de cette membrane intérieure des hydatides.

Hydatide. — Examinons maintenant la vésicule extérieure ; c'est celle-ci que l'on connaît généralement sous le nom d'hydatide ; elle est formée d'un tissu qui n'a aucune ressemblance avec celui de la vésicule intérieure. La vésicule extérieure est constituée par une substance semblable, en apparence, au blanc d'œuf coagulé, homogène, sans granulations élémentaires, sans fibres ni fibrilles, sans cellules, et disposée par lames stratifiées. Toutes les lames externes, moyennes et internes (la membrane germinale exceptée), sont semblables entre elles ; elles sont toutes d'une minceur extrême et, autant qu'on en peut juger, à peu près égale ; elles ont de 2 à 3 milliêmes de millimètre d'épaisseur.

Il est évident que la vésicule extérieure n'a point d'analogue chez le cœnure.

Quoiqu'il n'y ait dans l'hydatide ni fibres ni cellules, on ne peut pas dire qu'elle n'est pas organisée ; mais elle possède, comme bien des animaux inférieurs, une organisation spéciale.

La substance de l'hydatide, que nous appellerons, pour abréger, tissu hydatique, a la propriété de produire des bourgeons, et, comme toutes les couches de ce tissu sont semblables, elles produisent toutes des bourgeons. On en trouve, en effet, chez l'homme à la surface externe, à la surface interne et quelquefois dans l'épaisseur de la membrane hydatique. Ces bourgeons conservent parfaitement tous les caractères du tissu qui les a produits. Ils sont entièrement formés par le tissu hydatique disposé, comme chez la vésicule mère, en un grand nombre de couches minces et concentriques. Aussi petits qu'on puisse les apercevoir, ces bourgeons offrent cette même organisation ; ils sont globuleux et adhèrent à la vésicule mère par un très-mince pédicule, qui se rompt avec une extrême facilité. Une fois libres, on ne reconnaît plus de différence entre eux et des hydatides de la même grosseur. Les bourgeons se séparent de leur souche avant d'avoir acquis un grand volume, et généralement ils ne dépassent pas celui d'une graine de chènevis sans devenir libres. On trouve quelquefois sur l'hydatide mère des bourgeons à tous les degrés de grosseur, depuis celle où ils ne sont plus visibles à l'œil nu jusqu'à celle d'une graine de chènevis. A côté de ces hydatides adhérentes sur leur souche, on en trouve d'autres libres dont quelques-unes peuvent être d'un plus petit volume que quelques-unes de celles qui sont adhérentes.

---

parfaites que celles que j'indique, ajoute-t-il, c'est la faute de ceux qui les achètent, parce que souvent ils ne veulent pas mettre le prix qu'il convient de donner à tous les ouvrages finis. On dira qu'un feuillet de scie n'est qu'un morceau de fer et qu'il est bien payé à 30 sols ; je puis certifier avec sincérité qu'il est impossible de le faire parfait à moins de 6 livres. »

Pendant longtemps il a été difficile d'obtenir ces tranchants doux, finis et solides qui sont si nécessaires dans les instruments destinés à diviser les parties molles ; pendant longtemps on a jugé impossible de donner à certains instruments de la force, de la résistance, de l'inflexibilité dans un petit volume. Aujourd'hui, grâces aux progrès réalisés dans l'art de manier l'acier, de l'affecter à des usages différents à l'aide des manipulations spéciales qu'on lui fait subir, les prétendues impossibilités, d'il y a quelques années, ont disparu.

Les progrès généraux de la fabrication des instruments étant ainsi indiqués, nous passerons une autre fois en revue les améliorations de détail.

Tholozan.

— La question de savoir si le médecin qui présente à l'officier de l'état civil un enfant nouveau-né est tenu de déclarer dans l'acte de naissance le nom de la mère, ou s'il peut refuser de faire cette déclaration en alléguant qu'il lui aurait été imposé de tenir ce nom secret, s'est de nouveau présentée devant la cour d'appel de Gand, par suite de l'appel interjeté par le ministère public contre un jugement du tribunal d'Ypres, qui avait donné raison au médecin. La cour de Gand, par un arrêt longuement motivé, vient de persister dans sa jurisprudence antérieure, qui donne tort aux médecins, et elle a condamné le prévenu à 50 fr. d'amende et aux dépens. C'est le cinquième arrêt que les cours de Belgique prononcent dans le même sens. — La cour de cassation française a adopté une jurisprudence contraire.

— L'Académie de médecine de Belgique, dans sa séance du 24 novembre dernier, a élevé à l'honorariat plusieurs de ses membres correspondants, savoir : MM. Simon, de Liége ; A. Uytterhoeven et Rieken, de Bruxelles ; Chélius, de Heidelberg ; Delafond et Renault, de l'École vétérinaire d'Alfort ; Amussat et Jobert (de Lamballe), de Paris ; Forget, de Strasbourg. Dans la même séance, elle a nommé membre honoraire M. le docteur de Block, professeur émérite de l'Université de Gand ; et membres correspondants, MM. Depaire, pharmacien à Bruxelles ; Bribosia fils, docteur en médecine à Namur ; Maisonneuve et Sichel, de Paris.

— M. le docteur Gluge, professeur de physiologie et d'anatomie comparée, vient d'être nommé directeur de l'Académie des sciences de Bruxelles pour l'année 1856.

On ne peut se refuser à voir dans ces hydatides adhérentes, semblables pour la forme, pour la structure et même pour le volume à des hydatides libres, le premier degré du développement de celles-ci. Ce sont des bourgeons qui, après avoir acquis un certain degré d'accroissement sur leur souche, achèveront de se développer en liberté; en effet, ne sont-ils pas pourvus d'une organisation semblable à celle de la vésicule mère? Ne sont-ils pas placés dans les conditions extérieures qui ont permis et qui permettent encore à celle-ci de se développer et de s'accroître? Serait-ce leur petit volume qui s'opposerait à leur accroissement? Mais les spores qui se développent en cercaires sont d'un volume bien plus petit encore lorsqu'elles deviennent libres. L'accroissement de gemmes libres est un fait trop commun chez les animaux inférieurs, et trop bien établi pour qu'il y ait quelque raison d'en nier la possibilité chez l'un d'eux, surtout lorsque la gemme et l'individu qu'elle doit former ont une organisation identique.

Si le bourgeon a été produit à la surface externe de la vésicule mère, l'hydatide fille se développe en dehors d'elle; elle se développe dans sa cavité, s'il a été produit à la surface interne; mais il n'y a aucune différence de nature entre le bourgeon interne ou externe, non plus qu'entre l'hydatide *endogène* ou *exogène* qu'ils produisent; aussi, chez l'homme, trouve-t-on des hydatides internes, externes et même interstitielles toutes semblables entre elles.

Les bourgeons produits sur le tissu hydatique ne deviennent jamais des échinocoques, et, de même, jamais je n'ai vu et jamais l'on n'a signalé de bourgeons hydatiques naissants de la vésicule intérieure ou germinale. Enfin, aucun observateur *n'a vu* d'échinocoques se transformer en hydatides.

Si l'on examine les hydatides secondaires d'un très-petit volume, libres ou encore adhérentes, l'on ne trouve point, dans leur intérieur, la membrane germinale, la membrane semblable à celle qui constitue le cœnure, et l'on n'y trouve pas non plus d'échinocoques. Dans des hydatides d'un certain volume, on trouve la membrane germinale et des échinocoques. J'ai vu des échinocoques dans des hydatides qui n'étaient guère plus grosses qu'un grain de chènevis; je n'en ai jamais trouvé dans celles qui n'avaient que le volume d'une tête d'épingle. On peut donc conclure que l'hydatide, après avoir acquis un certain développement, produit la membrane germinale d'où naissent les échinocoques.

Mais les échinocoques ne restent point indéfiniment fixés à la membrane germinale. Formés d'abord dans une expansion vésiculiforme de cette membrane, et constitués par un tissu semblable, ils s'isolent bientôt et restent attachés par un funicule assez mince. Ils acquièrent des crochets, des ventouses, en dernier lieu, des corpuscules calcaires. Quoique l'échinocoque soit alors constitué en grande partie par le tissu germinal, on reconnaît cependant l'existence de membranes d'une autre nature qui montrent un degré d'organisation plus avancé que celui qu'a acquis la tête du cœnure.

Enfin, le funicule se rompt ou la membrane germinale se détruit, et l'échinocoque reste libre et vivant dans la cavité de l'hydatide. Les échinocoques sont donc alors, par rapport à l'hydatide, ce que sont les cercaires par rapport à leur sporocyste; comme les cercaires, ils restent renfermés dans le corps de l'individu qui les a produits, jusqu'à ce qu'il se détruise et les laisse en liberté. Comme les sporocystes et les cercaires forment deux générations distinctes, les hydatides et les échinocoques forment deux générations distinctes, deux générations successives. Ceci deviendra plus manifeste encore lorsque nous aurons rappelé ce que nous avons dit de la génération des polypes et des méduses.

Le polype produit par gemmation des polypes semblables à lui; ces rejetons naissent du corps du polype, et l'écorce de la souche prend une grande part à leur formation; la même chose arrive pour l'hydatide qui produit par gemmation de son écorce d'autres hydatides semblables à elle. Le polype souche et ses rejetons produisent, à une époque donnée, par gemmation de la membrane interne des individus dissemblables, des méduses, qui sont une phase nouvelle et plus avancée dans l'évolution de l'animal polype; il en est de même pour l'hydatide mère et pour les hydatides filles, la souche et les rejetons, qui produisent par gemmation de leur membrane intérieure une génération d'individus dissemblables, les échinocoques.

Il y a donc, chez les hydatides comme chez certains polypes, deux générations distinctes, deux séries d'individus successives, l'une formant une phase plus avancée que l'autre. L'hydatide, en un mot, se multiplie par la formation de nouvelles hydatides et se développe par la formation des échinocoques.

On ne peut donc considérer la vésicule hydatique, comme une enveloppe protectrice des échinocoques, ni comme résultant de la fusion des vésicules de ces vers; mais les hydatides et les échinocoques forment réellement deux individualités distinctes, deux phases du développement d'un animal à génération alternante.

En comparant l'hydatide et l'échinocoque au polype et à la méduse, j'ai voulu mettre en regard deux animaux qui se reproduisent par deux ordres de bourgeons, les uns n'étant qu'un procédé de multiplication et reproduisant la phase de l'individu souche, les autres étant, en même temps, un procédé de développement, et produisant une phase plus avancée; mais je n'ai point voulu dire qu'il y eût une correspondance entre ces phases de développement, et que l'échinocoque, par exemple, fût la période de développement correspondante à la méduse. On pourrait poser la question, et la solution ne serait point difficile: la méduse est l'état adulte d'un polype, elle le reproduit par des œufs; l'échinocoque, comme la tête d'un ténia, dont il a la conformation, ne produit point d'œufs et ne pourrait être, par conséquent, dans la vie d'un cestoïde, une phase de développement correspondante à la méduse.

ANALOGIES. — Les considérations exposées ci-dessus relativement aux hydatides et aux échinocoques étant admises, il est naturel de rechercher quelles sont les analogies qui existent entre les deux autres types de vers vésiculaires et celui-ci.

Chez le cœnure, la vésicule n'est point l'analogue de la vésicule hydatique, mais seulement de la vésicule intérieure ou germinale. On peut expliquer ainsi comment, privé d'une enveloppe qui bourgeonne et se reproduit, le cœnure est toujours isolé dans son kyste. Il est possible que la vésicule du cœnure soit primitivement renfermée, comme celle qui produit les échinocoques, dans une vésicule analogue à l'hydatide, mais qui n'aurait qu'une existence éphémère.

S'il existe une analogie entre l'échinocoque et le cysticerque, en tant que ver vésiculaire, on la trouverait, sans doute, dans l'échinocoque lui-même, après qu'il s'est détaché de la membrane qui l'a produit; en effet, un échinocoque dont la tête n'est point invaginée offre la forme d'un sablier. La partie antérieure, pourvue d'une trompe, d'une double couronne de crochets et de quatre ventouses, représente la tête d'un ténia ou d'un cysticerque. La partie postérieure, séparée de la tête par un rétrécissement très-prononcé, constitue une véritable vésicule. L'échinocoque présente donc l'image d'un cysticerque réduit à la tête et à la vésicule, le corps n'étant pas développé. Cette comparaison paraîtra plus juste encore si l'on considère que la tête, avec ses crochets et ses ventouses, rentre et se loge dans la vésicule chez l'échinocoque, comme elle le fait chez le cysticerque ladrique, par exemple.

HISTORIQUE. — Après avoir exposé les rapports qui existent, suivant nous, entre les hydatides et les échinocoques, il n'est pas sans intérêt de rappeler les opinions des divers observateurs qui se sont occupés de ces vers vésiculaires.

Laennec (1804), qui ne connut point les échinocoques chez l'homme, regarda les vésicules hydatiques comme des individus doués d'une vie propre se reproduisant par bourgeonnement, et leur donna le nom d'acéphalocystes.

Rudolphi (1810) considérait l'hydatide comme un produit inanimé qui sert d'enveloppe aux échinocoques.

M. Cruveilhier (art. *Acéphalocyste*, 1829) admit que les hydatides sont vivantes, sans s'expliquer toutefois sur leur animalité.

M. Kuhn (1832) adopta les opinions de Laennec et n'eut sur les échinocoques que des connaissances très-incomplètes. Il désigna sous le nom d'acéphalocystes exogènes, les hydatides qui se produisent à la surface externe d'une vésicule mère, et sous le nom d'endogène celles qui se produisent à sa surface interne. Pour lui, l'acéphalocyste est un être d'une classe intermédiaire entre les animaux et les plantes, classe désignée par Bory sous le nom de *psychodiaires*.

M. de Siebold (dans Burdach, 1838) a vu se développer les échinocoques à la surface interne des hydatides, il a très-bien décrit leur mode de gemmation, leur indépendance à une certaine époque; il se demande si les hydatides libres dans une hydatide mère ne proviendraient pas de la transformation des échinocoques en ces vésicules; mais quant à l'origine de l'hydatide primordiale, il la laisse en question.

En 1851 (ANN. SC. NAT.), ce savant zoologiste parle des échinocoques comme de larves de ténia ayant subi une dégénérescence hydropique, « et les couches extérieures de l'hydatide formées par une masse homogène, comparable au blanc d'œuf coagulé, ne doivent être probablement considérées, dit-il, que comme une sécrétion de chaque vésicule animale (la *membrane germinale*) située dans leur intérieur. »

En 1852 (ANN. SC. NAT.), le même observateur annonce des expé-

riences sur l'*echinococcus veterinorum*, mais dont on ne peut encore rien conclure.

M. Livois (1843) considéra les échinocoques comme l'avait fait Rudolphi, c'est-à-dire qu'il donna ce nom aux animalcules à tête de ténia qu'il trouva libres dans la cavité des hydatides; il ne vit point que les échinocoques sont primitivement adhérents à la membrane intérieure de l'hydatide, et quant à cette vésicule, il ne s'explique nullement sur sa nature et sur ses fonctions.

M. Dujardin (1845) donna le nom d'échinocoque aux vésicules hydatiques elles-mêmes: « Ce sont des ampoules membraneuses, contenant » une foule de petits helminthes blancs, flottants, qui ressemblent à » des grains de sable, mais qui, sous le microscope, laissent voir leur » couronne de crochets et leurs ventouses. » M. Dujardin constate la ressemblance de ces petits helminthes avec des têtes de ténia, mais il ne s'explique point sur la relation qu'il y a entre ces têtes et la *vésicule échinocoque* qui les renferme, et *dont elles paraissent se produire par gemmation*. Quant à l'échinocoque, c'est-à-dire l'hydatide, elle paraît, dit-il, le résultat d'une formation spontanée dans les tissus vivants de divers animaux.

M. Gervais (Dict. sc. nat., 1845) compare les échinocoques à des têtes de cœnure, *en continuité directe avec la membrane interne, qui n'est que la fusion de leurs poches hydatiques*.

M. Diesing (1850) considère les échinocoques comme des animalcules qui se développent de la surface interne d'une sporocyste et qui deviennent ensuite libres dans sa cavité; la sporocyste ou l'hydatide naîtrait elle-même des échinocoques qui, perdant leurs crochets, se transforment en une vésicule, et produisent ainsi les hydatides secondaires.

M. Robin (1854) décrit d'une manière très-exacte la génération des échinocoques par gemmation de la membrane germinale; mais il regarde l'hydatide comme une membrane d'enveloppe ou protectrice des échinocoques.

Aucune de ces opinions n'est entièrement satisfaisante: ou bien elles ne donnent nullement la raison de la multiplication des hydatides, ou bien elles laissent dans le vague les relations qui existent entre les hydatides et les échinocoques; quelques-unes enfin sont complétement inexactes. On comprend toutes les difficultés qui s'opposent à la connaissance de phénomènes dont on ne peut suivre la succession par l'observation, ni par l'expérimentation; dans des cas semblables, il est permis de chercher dans l'analogie des lumières qu'elle seule peut donner; c'est ce que j'ai fait en prenant pour guide l'anatomie.

Nature des hydatides et des échinocoques, origine, développement. — Je crois donc avoir établi que les hydatides et les échinocoques forment deux phases successives du développement d'un animal; cet animal appartient évidemment aux cestoïdes; les caractères propres à cet ordre d'animaux sont manifestes dans l'échinocoque. La double couronne de crochets d'une forme spéciale, la trompe, les quatre ventouses offrent les caractères propres à la tête des ténias; les corpuscules calcaires et le mode d'invagination des deux parties qui constituent l'échinocoque confirment ces déductions. Mais les échinocoques n'acquièrent jamais dans la tumeur qui les renferme un développement plus parfait et, lorsque cette tumeur est très-ancienne, ils périssent, ne laissant que leurs crochets comme indice de leur existence antérieure.

L'observation n'ayant rien appris sur le développement ultérieur d'un échinocoque, on peut se demander si le cestoïde auquel il appartient est réduit aux deux phases de développement d'hydatide et d'échinocoque. La formation de l'échinocoque par l'hydatide s'opérant d'une manière analogue à celle que l'on connaît dans la formation de certaines phases du développement des animaux sujets aux générations alternantes, lesquels, après une série de générations dissemblables, reviennent au type primitif, il y a plutôt raison de penser que le cestoïde, qui nous occupe, se développe par une série de phases dissemblables, dont deux seulement nous sont connues. Néanmoins l'on ne peut former aujourd'hui à cet égard que des conjectures, auxquelles toutefois l'analogie et l'induction donnent un certain degré de probabilité. Ces conjectures pouvant diriger l'observateur dans des recherches sur ce sujet, disons en peu de mots ce qu'il est permis d'inférer de l'analogie et de l'induction touchant le développement de l'échinocoque et la génération de l'hydatide primordiale.

On sait que la tête d'un ténia produit des bourgeons qui restent enchaînés plus ou moins longtemps les uns aux autres; ce sont les anneaux du ténia: ils acquièrent des organes génitaux et produisent des ovules. L'analogie entre la tête d'un ténia et celle de l'échinocoque étant complète, il est à présumer que si celui-ci se développe, c'est par la production de bourgeons ou d'anneaux analogues à ceux du ténia, qui finissent par acquérir des organes génitaux. L'hydatide primordiale proviendrait donc de l'œuf formé dans ces organes génitaux; mais l'embryon contenu dans l'œuf des ténias est bien connu; s'il diffère complétement d'un échinocoque ou d'une tête de ténia, il est aussi bien différent d'une hydatide; il représente toujours un animalcule ovoïde pourvu de six crochets. L'hydatide primordiale ou solitaire devra donc se former soit par un bourgeon développé dans le corps de l'embryon, comme on le voit dans la génération des trématodes, chez celui du *monostomum mutabile*, soit par une métamorphose de cet embryon, comme il arrive dans la formation de certains polypes.

On sait encore qu'il n'existe de ténias pourvus d'organes génitaux que dans la cavité de l'intestin des animaux; il faudrait donc, pour que l'échinocoque acquît le développement d'un ténia, qu'il arrivât dans la cavité d'un intestin; mais chez quel animal? car les ténias, comme les autres entozoaires, ne se développent, suivant leur espèce, que chez un animal particulier ou chez un petit nombre d'animaux voisins par l'organisation ou par le genre de vie. La comparaison du nombre et de la dimension des crochets chez les échinocoques et chez les ténias des divers animaux donnerait peut-être des indications à cet égard. M. de Siebold, qui a fait des expériences (Ann. sc. nat., 1852) sur la transformation de l'*echinococcus veterinorum* en ténia chez le chien, ne paraît pas s'être préoccupé de ces considérations. Quoique ce savant observateur ait cru pouvoir déclarer, d'après ses expériences sur le chien, que l'*echinococcus veterinorum* se rattache à un ténia, il n'a pu cependant en déterminer l'espèce. Je ne sache pas que M. de Siebold, qui annonçait il y a quatre ans devoir publier sous peu le résultat des recherches dont il continuait à s'occuper, ait rien publié de nouveau à cet égard; il est donc probable que ses expériences n'ont pas produit le résultat qu'il en espérait.

Quant à savoir si les échinocoques chez l'homme peuvent se développer dans son intestin et former l'un des vers cestoïdes dont il est affecté, la négative est certaine; car le nombre et la dimension des crochets de l'échinocoque ne se retrouvent point dans les vers cestoïdes de l'homme; en outre, une expérience directe et décisive s'est faite souvent sous les yeux des médecins: on possède un assez grand nombre d'observations de tumeurs hydatiques ouvertes dans l'estomac ou l'intestin; les échinocoques introduits par myriades dans ces organes auraient pris de l'accroissement, s'ils y avaient trouvé les conditions propres à leur développement, et l'existence d'un grand nombre de ténias consécutive à l'ouverture d'une tumeur hydatique dans le tube digestif n'aurait pu passer inaperçue des malades et des médecins.

CONCLUSIONS.

Des faits et des considérations exposés dans ce travail, on peut tirer les conclusions suivantes:

1° L'hydatide se multiplie par gemmes;

2° Elle se développe par la formation des échinocoques;

3° L'hydatide et les échinocoques forment deux phases distinctes et successives du développement d'un cestoïde;

4° Le cœnure offre une grande analogie de structure avec la vésicule intérieure des hydatides;

5° L'échinocoque isolé de l'hydatide représente un cysticerque;

6° L'analogie et l'induction permettent de présumer que, dans certaines circonstances, l'échinocoque se développe en ténia, et que l'hydatide primordiale provient d'un embryon de ce ténia;

7° L'échinocoque ne trouve point dans le canal intestinal de l'homme les conditions de son développement ultérieur.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

NOTE SUR L'APPLICATION DE LA GLYCÉRINE A LA THÉRAPEUTIQUE EXTERNE; lue à la Société de biologie, par M. Lutton.

Vers le mois de septembre dernier, M. Demarquay, remplaçant M. Denonvilliers à l'hôpital Saint-Louis, eut l'idée d'appliquer sur certaines plaies la glycérine, dont les propriétés physiques l'avaient frappé. Les heureux résultats qu'il put constater tout d'abord l'enga-

gèrent à étendre l'emploi de cette substance à la plupart des pansements qui se font dans une salle de chirurgie. L'événement étant venu donner une valeur réelle à la glycérine considérée comme topique, on peut dès à présent la regarder comme ayant pris place dans la médication externe et comme y devant jouer un grand rôle.

En qualité d'interne du service, j'ai été témoin des nombreux essais qui ont été entrepris, et c'est parce que j'ai pu me faire une conviction dans cette opération que je prends la liberté de venir concourir à la publicité du nouvel agent de la matière médicale.

Laissant de côté l'historique de la glycérine et me contentant de dire qu'au point de vue de la médication externe, elle n'a presque point de passé, j'étudierai ses effets sous un double rapport. Je les distinguerai en effets physiques et en effets thérapeutiques.

I.

Les seules propriétés physiques de la glycérine la rendent déjà très-intéressante et remplissent pour le chirurgien un grand nombre d'indications. Vis-à-vis du cérat, que ses qualités anodines et sa vieille réputation ne mettent pas à l'abri de la critique, elle ne souffre aucune infériorité; qu'il soit même permis d'affirmer qu'elle lui est infiniment préférable.

En effet, la glycérine est un liquide onctueux, non susceptible de s'évaporer. Quoique son aspect soit celui d'une huile, elle a la constitution physique d'un sirop; aussi est-elle soluble dans l'eau. Par ses deux premières propriétés, elle empêche, comme le cérat et tous les corps gras, les pièces de pansement d'adhérer à la plaie. Par sa solubilité dans l'eau, qualité extrêmement précieuse, elle permet d'entretenir les plaies dans un grand état de propreté, sans faire beaucoup d'efforts de lavage. On ne voit jamais, sur les parties pansées avec la glycérine, ces croûtes formées de pus et de cérat qu'on ne peut enlever qu'avec la spatule, ce qui est fort douloureux pour le malade. Il est même évident, par l'observation, qu'on peut se passer la plupart du temps de laver la plaie: il suffit de l'absterger légèrement avec une éponge.

Nous verrons en effet que la glycérine modère évidemment l'abondance de la suppuration; d'un autre côté, étant une substance très-hygrométrique, elle entretient les parties dans un degré constant d'humidité et empêche les produits d'exsudation de se concréter. Il est indispensable, pour obtenir un pareil résultat, d'employer la glycérine avec abondance et d'en bien imprégner la charpie et le linge troué, tandis que, pour éviter les inconvénients propres au cérat, on recommande d'en couvrir à peine les mêmes pièces de pansement.

Maintenant on se demande si la glycérine préserve les plaies du contact de l'air aussi bien que les corps gras. D'abord l'action des corps gras, étudiée dans ce sens, est très-imparfaite; ne pouvant mouiller une surface suintante, ils s'y étendent fort mal. Nous voyons au contraire la glycérine, par une propriété tout opposée, entrer en contact beaucoup plus direct avec la partie dénudée. Elle la protége contre l'action de l'air au moins aussi bien qu'une compresse mouillée ou un cataplasme. D'un autre côté, elle mouille plus facilement la charpie, s'y imbibe mieux, et avec elle les liquides exsudés qu'elle dissout, que ne pourrait le faire le cérat dans les mêmes conditions, puisque celui-ci empêche plutôt l'imbibition des liquides aqueux, et cela d'après les lois les plus simples de la capillarité.

Les corps gras, en s'opposant à l'évaporation des humeurs sur les parties dénudées ou sur la peau même, y entretiennent une température assez élevée.

La glycérine, à cause de son affinité pour l'eau, arrête aussi l'évaporation en retenant les liquides exsudés et remplit également bien ce but. Il suffit, pour en acquérir la preuve, de se couvrir de glycérine les lèvres gercées par le froid; on sent bientôt une chaleur marquée dans ces parties, même lorsqu'on est à l'air, et on en éprouve un grand soulagement sous le rapport de la douleur.

Ainsi donc, la glycérine, par ses propriétés physiques, triomphe des corps gras employés pour panser les plaies. Blandin, raconte M. Demarquay, a cherché pendant bien longtemps un moyen de remplacer le cérat, pour lequel il n'avait pas un culte bien profond. Il a essayé différentes huiles, des solutions concentrées de matières mucilagineuses, etc.; toujours il a été obligé de revenir sous le joug du cérat. S'il avait connu la glycérine, son rêve eût été accompli.

II.

Mais là ne s'arrêtent pas les avantages de la glycérine dans le pansement des plaies. Elle possède, indépendamment des qualités que nous venons d'indiquer, une action topique très-remarquable et qui doit intéresser beaucoup plus sérieusement le chirurgien. Pour bien nous rendre compte de cette action, nous allons suivre la glycérine dans les différents cas où elle a été appliquée, nous bornant simplement à énoncer d'une manière générale ses effets salutaires. Les détails des observations trouveront mieux leur place dans un travail plus important que celui-ci, travail qu'il ne nous appartient pas d'entreprendre.

Disons d'abord que le premier effet de l'application de la glycérine sur une surface dénudée est un léger picotement qui va quelquefois jusqu'à la cuisson, mais qui se calme bientôt et n'est jamais bien vivement accusé par le malade.

Plaies simples. — Dans les plaies ordinaires, accidentelles ou chirurgicales, et exemptes de complications, la glycérine, employée comme le cérat, n'a aucune action bien manifeste. Elle conduit à la guérison au moins tout aussi rapidement que la plupart des topiques neutres et ne se fait guère remarquer que par le peu d'abondance de la suppuration, ce qui du reste est une des qualités essentielles et générales de la glycérine. En outre, on remarque qu'il ne se produit presque jamais d'exubérance des bourgeons charnus.

Brulures. — Dans les différents degrés de brûlure, la glycérine est d'un emploi extrêmement commode, et en même temps elle a une action très-efficace. Nous avons vu des malades sur lesquels on avait pratiqué la cautérisation transcurrente pour des tumeurs blanches, des sciatiques, etc., s'opposer à ce qu'on les pansât à la glycérine, parce que, disaient-ils, la glycérine guérissait trop vite et ne tirait pas assez. Rien n'a été frappant comme l'heureux effet de la glycérine et la commodité de son emploi dans un cas de brûlure au deuxième degré de la face et des avant-bras produits par l'explosion d'une mine, chez un des malades de la salle Saint-Augustin.

Diphthérite des plaies. — Tout le monde connaît l'aspect que prennent les plaies de l'hôpital Saint-Louis durant les premiers jours de leur production. Elles offrent une surface grisâtre, presque diphthéritique, qui ne se déterge que lentement. Sous l'influence de la glycérine, cet état, plus inquiétant que grave, du reste, ne se manifeste pas à un degré aussi prononcé. La plaie prend bien vite un aspect rosé et sans exubérance des bourgeons charnus.

Pourriture d'hôpital. — Ici nous trouvons la porte d'entrée de la glycérine à l'hôpital Saint-Louis. C'est pour un cas bien avéré de pourriture d'hôpital que la glycérine a été d'abord employée. Cet accident, étendu sur une vaste surface de suppuration consécutive à une brûlure, avait été vainement combattu par le quinquina, le jus de citron, et même l'acide azotique monohydraté et le fer rouge. Sans doute si, matériellement, il avait été possible d'employer ces deux derniers moyens sur toute l'étendue du mal, on aurait guéri, puisque quelquefois détruire s'appelle guérir. Mais la glycérine a eu un effet tout aussi salutaire et moins destructeur. La pourriture d'hôpital a été éteinte dans ce cas; elle l'a été dans deux autres cas qui se sont déclarés à la même époque dans le service.

Abcès, foyers purulents; clapiers. — Dans les plaies profondes, dans les foyers anfractueux, la glycérine a été également employée. On l'introduisait à l'aide d'un plumasseau de charpie, ou même comme injection. Ici l'abondance de la suppuration a été singulièrement diminuée, et, partant, la durée de la cicatrisation a été moindre. Logiquement, M. Demarquay était autorisé à faire des injections dans des abcès froids, dans des abcès par congestion, dans des abcès en contact avec des os enflammés. Il l'a fait, et les plus heureux résultats sont venus donner une grande valeur à cette pratique.

Ulcères. — Nous avons vu la glycérine réussir encore admirablement dans le pansement des ulcères. Les ulcères les plus chroniques, variqueux, gangréneux, etc., se détergent rapidement sous son influence; la surface ulcérée hourgeonne, se comble peu à peu et se cicatrise. Bien entendu que le repos est toujours un auxiliaire puissant et indispensable.

Chancres. — Cette action promptement détersive de la glycérine sur les plaies de mauvaise nature a engagé M. Demarquay à l'employer dans le pansement des chancres. Évidemment la glycérine ne peut rien contre la spécificité de ces ulcères; mais la rapidité avec laquelle leur surface s'est nettoyée, l'aspect de bon aloi qu'ils ont bientôt pris, ont pu être remarqués par tout le monde. L'époque de neutralisation et de cicatrisation n'en a pas paru sensiblement moins éloignée du début de l'ulcère; mais il faut dire que l'observation n'a encore rien de précis à cet égard, et d'ailleurs on peut déclarer ici que rien n'est commode

comme le pansement des chancres du prépuce avec de la charpie imbibée de glycérine.

Dans les ulcères vénériens appartenant aux accidents de transition, l'effet topique, aidé du traitement général, a été très-avantageux aussi.

MALADIES DU COL DE L'UTÉRUS. — Dans la série des essais que l'heureuse action de la glycérine engageait à poursuivre de jour en jour, il était tout naturel de comprendre les affections utérines ulcéreuses. En effet, les moyens locaux sont certainement les plus efficaces dans le traitement de ces maladies, toutes les fois qu'on peut agir localement. Déjà MM. Trousseau et Aran ont essayé dans ces cas la glycérine; mais ils n'ont pas paru très-satisfaits de son emploi. Cependant M. Demarquay s'en est bien trouvé dans les ulcérations simples ou granuleuses du col. Lorsque l'ulcération paraissait trop chronique ou que le col était un peu gros et tuméfié, on n'a pas négligé d'employer les différents caustiques, entre autres le fer rouge. Alors la glycérine, imbibant un tampon de ouate n'était plus appliquée que comme moyen de pansement; or, avant et après la chute de l'escarre, les sécrétions, habituellement si abondantes et si fétides dans cette partie, se faisaient remarquer par leur quantité extrêmement modérée.

Enfin, M. Demarquay commence à employer la glycérine dans les vaginites. Mais, pour ces affections comme pour celles du col de l'utérus, on ne peut rien dire de bien concluant. L'action de la glycérine est, dans ces cas, plutôt en voie de démonstration que démontrée.

Nous venons de passer rapidement en revue les diverses circonstances où la glycérine a été mise en usage. Nous avons vu qu'elle produisait des effets très-marqués et que son efficacité thérapeutique n'était pas contestable. Un fait domine toute cette action thérapeutique : la glycérine modère l'abondance de la suppuration. En outre, elle possède une influence styptique, difficile à déterminer, en vertu de laquelle toute plaie impure et compliquée tend à redevenir simple et par conséquent à se guérir rapidement. Ici se borne l'explication que l'on peut donner de cette heureuse influence. Peut-être pourrait-on en reculer les limites, en invoquant quelques-unes des propriétés chimiques de cette substance si remarquable sous tous les rapports; mais, pour le thérapeutiste, il suffit d'avoir indiqué un médicament utile. Que chacun vérifie les faits qu'on annonce et fournisse la contre-épreuve de ces premiers essais sur une substance dont M. Demarquay aura l'honneur d'avoir généralisé l'emploi dans la médication externe.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION DE TUBERCULES MILIAIRES DANS LE CERVELET; HÉMORRHAGIE CÉRÉBELLEUSE; MORT PROMPTE; par M. FLEURY, professeur de clinique externe à l'École préparatoire de médecine de Clermont.

OBS. — Le nommé Perot (Pierre), de Gerzat, âgé de 15 ans, travaille habituellement dans une fabrique de sucre où sa principale occupation consiste à râcler des betteraves.

Sa mère, nous dit-il, sans avoir jamais été alitée, tousse depuis deux ans; son père est fort et vigoureux; quant à lui, il s'est toujours bien porté jusqu'au moment où se sont manifestés les premiers symptômes de l'affection qui le conduit aujourd'hui à l'hôpital.

Il y a trois mois environ, il ressentit, sans cause connue, des douleurs vives au front; de là elles gagnèrent les reins en suivant le trajet de la colonne vertébrale; la flexion du tronc les exaspérait. Quelques bourdonnements se faisaient aussi sentir dans les oreilles.

Il cessa dès lors toute espèce de travail et fut consulter un médecin qui lui fit appliquer un vésicatoire derrière chaque oreille et qui lui conseilla de prendre des bains de pieds sinapisés.

Cette médication ne produisit aucun effet avantageux.

Des sangsues furent alors placées derrière les oreilles; un vésicatoire fut appliqué à la nuque; son état ne s'améliora pas, les douleurs allèrent au contraire en augmentant, et bientôt la vue s'affaiblit. Il lui semblait qu'il avait constamment devant les yeux un nuage qui enveloppait les objets qu'il cherchait à examiner.

D'autres désordres ne tardèrent pas à se manifester. La marche devint difficile et il lui fut bientôt impossible de faire quelques pas sans le secours d'un bras.

Ses parents alarmés le conduisirent à l'Hôtel-Dieu de Clermont, où il fut reçu le 15 septembre.

J'examine les yeux : ils n'offrent aucun trouble appréciable; la pupille paraît seulement plus dilatée qu'à l'état normal sans que cette modification dans sa circonférence soit plus sensible d'un côté que de l'autre. En fermant alternativement les paupières, l'enfant nous dit qu'il distingue encore les objets de l'œil droit, mais qu'il ne voit rien du gauche.

Lorsqu'il marche, ses jambes fléchissent, il craint de tomber et une force invincible le pousse toujours à gauche.

L'amaurose me paraît donc symptomatique d'une affection du cerveau, et je soupçonne l'existence de tubercules dans l'hémisphère gauche de cet organe. Quelle en pourrait être la cause?

L'enfant dit bien qu'il s'est couché à l'ombre un jour qu'il était couvert de sueur, qu'il a marché pieds nus dans la boue, que la demeure de ses parents est humide et malsaine. Toutes ces influences réunies ont bien pu jouer un certain rôle dans le développement de cette affection, mais il faut aussi faire intervenir une prédisposition individuelle, car les conditions hygiéniques dont il parle, les travaux auxquels il se livre sont les mêmes que ceux des autres enfants de son village.

Un cautère est appliqué derrière le cou; le malade s'en trouve bien pendant quelques jours, la céphalalgie diminue, la démarche est un peu moins chancelante. Il peut manger la demi-portion.

Dans la nuit du 19 au 20 septembre, des douleurs violentes se font sentir à la tête, il pousse des cris, s'agite dans son lit, mais bientôt il paraît se rendormir.

A la visite du lendemain, nous le trouvons couché sur le ventre, il ne répond pas aux questions qu'on lui adresse, et nous remarquons en le soulevant qu'il a vomi; les paupières sont gonflées, les yeux larmoyants; une salive écumeuse sort de la bouche; il peut néanmoins se tenir un instant sur ses genoux.

Des sinapismes sont promenés sur les membres inférieurs; ils ne produisent aucun effet; la mort survient au bout d'une heure. La respiration est restée toujours calme, c'est l'état comateux qui a dominé.

A l'autopsie, nous remarquons que les ventricules du cerveau sont distendus par une énorme quantité de sérosité. En divisant sur la ligne médiane toute la portion de l'encéphale contenue dans la cavité crânienne, on constate l'existence d'une hémorrhagie récente dans les hémisphères du cervelet; elle est plus étendue à droite qu'à gauche.

Les parois de ce foyer apoplectique offrent un ramollissement pultacé de la substance cérébelleuse et sont infiltrés de sang.

En y faisant tomber un filet d'eau, on trouve à gauche de petites granulations qui s'écrasent avec facilité sous les doigts, en donnant la sensation de tubercules miliaires.

Les autres parties de l'encéphale sont intactes; les membranes extérieures n'offrent rien d'anormal.

Il est donc probable qu'une infiltration tuberculeuse a été le point de départ des accidents qui se sont manifestés chez cet enfant, et qu'une hémorrhagie du cervelet en a été la conséquence.

Celle-ci n'était certainement pas de nature à entraîner une mort aussi prompte, mais l'épanchement qui s'est fait dans les ventricules du cerveau, par la compression qu'il a exercée sur tout l'organe, n'a pas été étranger à une terminaison aussi rapidement funeste.

Cette observation n'est certes pas de nature à jeter un grand jour sur le diagnostic des affections cérébrales, encore moins à étayer l'opinion des auteurs qui ont eu la prétention de localiser les fonctions du cerveau.

Que devions-nous raisonnablement supposer? que l'amaurose qui existait à gauche, sans lésions matérielles appréciables de la rétine, coïncidant avec un affaiblissement du membre pelvien du même côté, devait dépendre d'une altération de l'hémisphère droit du cerveau.

Au lieu de cela que trouvons-nous? une lésion du cervelet, et plus tard une apoplexie cérébelleuse.

L'âge de l'enfant, ses occupations habituelles, l'humidité à laquelle l'exposait une habitation malsaine, pouvaient faire croire à l'existence d'une affection tuberculeuse. C'est en effet ce qui a existé.

Comment expliquer la paralysie des nerfs optiques, qui ont une origine toute différente? On pourrait même douter de l'action croisée des fibres du cervelet, à moins d'admettre que les tubercules miliaires qui tapissaient la paroi gauche du foyer sanguin ont été refoulés par l'épanchement de sang, et que, dans le principe, ils existaient dans l'hémisphère droit du cervelet.

Pourrons-nous invoquer le fait actuel en faveur de la physiologie?

L'anatomie pathologique est bien souvent venue en aide à cette science lorsqu'il s'est agi de déterminer les fonctions d'un grand nombre d'organes. Mais tout ce qui se rattache au système nerveux échappe aux investigations les plus minutieuses.

Quelles sont, en effet, les fonctions attribuées au cervelet?

Pour les uns, il est le siége de l'amour physique.

Pour les autres, il préside à la sensibilité générale.

D'autres prétendent qu'il est le régulateur des mouvements

Tous s'accordent à reconnaître qu'il n'a pas sous sous sa dépendance les facultés intellectuelles.

Est-ce une simple coïncidence que cet affaiblissement de la vue? ou bien l'amaurose que nous avons observée chez notre petit malade dépend-elle d'une autre cause?

De ce qu'un fait est inexplicable, on ne peut pas en conclure qu'il n'existe pas; mieux vaut se retrancher derrière son ignorance.

Cet enfant n'était pas encore arrivé à la puberté, il eût été difficile de juger de l'influence qu'avait pu avoir sur l'appareil génital la lésion du cervelet.

La céphalalgie est un symptôme presque toujours signalé dans les observations du docteur Andral, mais cela ne prouve rien en faveur de son action sur la sensibilité générale.

Quant aux mouvements, on ne peut point douter de l'influence qu'a eue sur eux cette lésion du cervelet.

Cette observation viendrait donc à l'appui de l'opinion émise par MM. Flourens et Magendie.

Ce n'est pas, il est vrai, sur un fait unique que l'on peut fonder une théorie, mais c'est en s'aidant de l'anatomie pathologique, des vivisections, des expériences sur les animaux, que l'on est arrivé à déterminer les fonctions d'un organe. C'est une pierre ajoutée à l'édifice.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. ASSOCIATION MEDICAL JOURNAL;

By John Rose Cormack.

Les livraisons hebdomadaires d'avril à septembre 1855 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *De la respiration et du pouls sous l'influence du chloroforme;* par M. Snow. 2° *Lésions de la tête suivies de mort chez des enfants;* par M. Prichud. 3° *Cas de lithotomie, opération pratiquée sur la ligne médiane;* par M. Hinton. 4° *Moyen de prévenir l'entrée de l'air dans l'opération de la paracentèse thoracique;* par M. Walker. 5° *Leçons cliniques sur la chirurgie au collége de la Reine à Birmingham;* par M. Parker. 6° *Traitement moderne des fractures;* par M. Hunt. 7° *Remarques sur la pathologie, le diagnostic et le traitement de la pneumonie;* par M. Routh. 8° *Note sur le foramen ovale;* par M. Thudicham. 9° *Cas de plaie par arme à feu;* par M. Norman. 10° *Doctrines ancienne et moderne concernant le cancer;* par M. Henry. 11° *Cas dans lesquels une violence exercée sur l'œil rendit l'iris invisible;* par M. Solomon. (M. Solomon cite quatre cas où un coup violent porté sur l'œil fut suivi de la séparation de l'iris d'avec la choroïde. Les humeurs conservèrent néanmoins leur transparence. Deux des patients furent complétement amaurotiques; un troisième pouvait lire des lettres d'un demi-pouce.) 12° *Cas de convulsions puerpérales avec albuminurie;* par M. Grantham. 13° *Cas de diabète sucré aigu traité avec succès;* par M. Ward. 14° *De l'asperge comme diurétique;* par M. Jeaffreson. 15° *Excision de l'articulation du genou suivie de succès;* par M. Pemberton. 16° *Une des formes curables de surdité;* par M. Westropp. 17° *Luxation et fracture comminutive de l'astragale, ablation de l'os, guérison avec une fausse articulation utile;* par M. Houghton. 18° *Imperforation du rectum opérée avec succès;* par M. Jacobs. 19° *Accouchement difficile, péritonite, mort;* par M. Trend. 20° *Tumeur de la joue, extirpation de l'os maxillaire supérieur droit;* par M. Jones. 21° *Dégénérescence graisseuse du cristallin, cas dans lequel de nombreuses opacités ressemblant à des paillettes d'or étaient disséminées dans un cristallin;* par M. Solomon. 22° *Digitale dans la névralgie;* par M. Hardwicke. 23° *Imperforation du rectum opérée avec succès;* par M. Mann. 24° *De la maladie en général et de la pathologie en particulier;* par M. Harrinson. 25° *Deux cas mortels, l'un d'apoplexie et l'autre d'épilepsie survenus dans la même famille;* par M. Duan. 26° *Cas d'excision de l'articulation du cou-de-pied;* par M. Colton. 27° *Squirrhe du pancréas et du duodénum;* par M. Bartrum. 28° *Vice de conformation de l'œsophage;* par M. Mason. (Un enfant né le 24 décembre 1854 mourut sept jours après. Il vomissait tout le lait qu'il prenait, et quoiqu'il s'approchât avec avidité du sein de la nourrice, le lait ne pouvait dépasser le bord inférieur du sternum. A l'autopsie, on reconnut que l'œsophage se terminait en cul-de-sac un peu au-dessus de la bifurcation de la trachée.) 29° *Leçons sur la folie, professées à l'École de médecine de Bristol;* par M. Davey. 30° *Mort par suite de rupture de la vessie, occasionnée par un coup de pied;* par M. Portes. 31° *De la maladie en général et de la pathologie en particulier;* par M. Harrington. 32° *Du bruit de pot fêlé et de ses modifications, observé plus particulièrement dans les bronchites chroniques des enfants;* par M. Cockle. 33° *Cliniques chirurgicales;* par M. Langston Parker. 34° *Leçons sur la folie;* par M. Davey. 35° *Statistique de la vie dans le district de Cantorbéry, comparée à celle des autres districts.* 36° *Renversement de l'utérus, ablation par la ligature, mort;* par M. Coats. 37° *Clinique médicale de l'hôpital Saint-Thomas;* par M. Bennett. 38° *Paralysie des enfants;* par M. Torry. 39° *Classification nosologique des fièvres ayant pour but de servir de guide pour le diagnostic et le traitement;* par M. Laycock. 40° *Cas de tétanos traumatiques traités avec succès;* par M. Cowdell. 41° *Cas de concrétion intestinale chez un cheval;* par M. Rigden. 42° *Propriétés thérapeutiques de l'acide carboazotique;* par M. Moffat. 43° *Cas d'empoisonnement par le chlorure de zinc;* par M. Willis. 44° *Cas de convulsions avant le travail, avec perte de la vision;* par M. Roscow. 45° *Cas d'empoisonnement mortel par des saucisses allemandes;* par M. Michael. 46° *Cas de maladie de la membrane du tympan;* par M. Westropp. 47° *Du mode de présentation des enfants morts dans l'accouchement;* par M. Duncan. 48° *Des entozoaires, spécialement de ceux qui existent dans le corps humain;* par M. Jordan. 49° *Cas d'iléus occasionné par un cancer fibreux existant à l'entrée du cœcum;* par M. Sandwith. 50° *Luxation du fémur sur la face externe de l'os des iles, réduite huit mois après l'accident;* par M. Gisborne. 51° *Cas de déglutition d'un demi-souverain;* par M. Mallett. 52° *Observations sur les enquêtes judiciaires à propos d'un cas d'abcès du cerveau et sur l'administration du chloroforme;* par M. Bottomley. 53° *Nature et traitement de certaines formes de paralysie;* par M. Braid. (Nous reviendrons ailleurs sur cet article.) 54° *De l'éducation dans les écoles paroissiales, de son influence sur la folie et l'aberration mentale;* par M. King. 55° *Cas de polype de l'utérus enlevé au moyen de la ligature;* par M. Webb. 56° *Sur le cancer;* par M. Pope. 57° *Leçons cliniques de chirurgie;* par M. Parker.

EXCISION DE L'ARTICULATION DU GENOU, SUIVIE DE SUCCÈS; par M. Pemberton.

Obs. — Edwin Fowel, âgé de 12 ans, de constitution strumeuse, fut admis à l'hôpital de Birmingham le 20 décembre 1853, ayant une maladie du genou gauche qui durait depuis quatorze mois. La jambe malade formait un angle droit avec la cuisse. La circonférence du genou avait 3 pouces et demi de plus que celle du côté opposé; il y avait quatre ouvertures fistuleuses dont trois communiquaient avec des os cariés. La diarrhée et la fièvre hectique s'étant déclarées, une opération fut jugée nécessaire

Le 8 février 1854, l'enfant ayant été soumis au chloroforme, M. Pemberton procéda à l'extirpation de l'articulation. Il fit une incision un peu en dehors et au-dessus du condyle interne, passant au devant de l'articulation, au-dessous de la rotule dont il divisa les ligaments d'insertion. Le lambeau ainsi formé fut renversé et l'intérieur de l'articulation mise à découvert. Le fémur ayant été débarrassé des parties molles désorganisées fut scié au-dessus des condyles. On en fit autant pour la tête du tibia. Les extrémités articulaires furent ainsi enlevées après avoir fait une dissection attentive des parties molles qui se trouvaient au-dessous. L'hémorrhagie fut peu considérable; aucune ligature ne fut nécessaire. La longueur des os enlevés dépassait 3 pouces et demi; 2 pouces et demi appartenaient au fémur et 1 pouce au tibia. La rotule fut laissée en place, après avoir été ruginée à sa surface inférieure. La tête du péroné fut laissée intacte. L'opération terminée, la jambe fut mise en ligne droite avec la cuisse. Le lambeau qui contenait la rotule fut placé aussi immédiatement que possible sur les parties sous-jacentes sans l'aide de sutures. La jambe entière fut placée dans une gouttière. Quatre mois après l'opération, la guérison était à peu près parfaite.

Les deux membres ayant été mesurés, la différence qui existait entre eux correspondait exactement à la longueur des os enlevés, c'est-à-dire 3 pouces et demi. M. Pemberton vit l'enfant le 23 avril dernier; la réunion paraissait être ligamenteuse. L'enfant pouvait aller partout, à l'aide d'un bâton et d'un talon relevé.

DÉGÉNÉRESCENCE GRAISSEUSE DU CRISTALLIN; CAS DANS LEQUEL DE NOMBREUSES OPACITÉS, RESSEMBLANT A DES PAILLETTES D'OR, ÉTAIENT DISSÉMINÉES DANS UN CRISTALLIN; par M. Solomon.

Obs. — Henri S., armurier, d'apparence délicate, entra à l'hôpital de Birmingham le 25 novembre 1852, affecté de conjonctivo-sclérotite aiguë et d'altération de la vision résultant d'un coup produit par une parcelle de fer qu'il travaillait. Trois ans auparavant un accident semblable lui avait fait perdre l'œil droit.

En examinant cet œil qui était amaurotique, M. Solomon découvrit de nombreux petits corps, de couleur d'or, aussi fins que des grains de sable, répandus dans toute la partie postérieure de la substance du cristallin qui était transparent dans toutes les autres parties. Elles n'avaient pas d'éclat à l'obscu-

rité, tandis qu'elles en avaient beaucoup à la lumière solaire; elles tremblaient lorsque l'œil se mouvait rapidement. L'iris n'éprouvait aucun mouvement. Le globe de l'œil avait perdu sa tension naturelle, ce qui indiquait la dissolution de l'humeur vitrée. Les yeux paraissaient d'égal volume; mais au toucher l'œil droit était moins proéminent. La capsule postérieure du cristallin était transparenté; il en était de même de la capsule antérieure, excepté la moitié supérieure, qui était marquée transversalement de 4 lignes opaques restant de vaisseaux capillaires. Le pigment de la choroïde avait sa couleur noire normale; la pupille était circulaire, de grandeur naturelle, insensible à la lumière et presque autant à la belladone et à son alcaloïde; l'iris avait une couleur plus sombre, et était peut-être plus épaisse que celle de l'œil correspondant; elle avait perdu quelque chose de son état normal et de son apparence fibreuse. On remarquait en elle quelque chose de semblable à un corps étranger; le corps aqueux et la cornée étaient pellucides. Il y avait sur la sclérotique de nombreux vaisseaux déliés dont quelques-uns étaient tortueux; d'autres n'offraient pas le même aspect, mais se terminaient tout à coup par des points noirs à environ un huitième de pouce de la cornée. C'était le résultat de l'état variqueux des veines choroïdiennes. La conjonctive était très-injectée.

Une particularité de ce cas, qui le distingue de tous les autres de ce genre qui ont été observés, dit M. Solomon, c'est que la transparence de la face antérieure du cristallin (M. Landrew a observé un cas semblable, Rev. méd.) laissait voir les particules de cholestérine (car telle était la nature de ces petits corps) dans la position exacte dans laquelle elles s'étaient formées dans l'origine.

M. Solomon a trouvé sept cas dans les journaux, dans lesquels des corps ressemblant à ceux qu'il a décrits ont été observés. On peut lire un mémoire intéressant publié dans la Gazette Médicale (1848, p. 884), par M. Hervier, d'après les cliniques de M. Pétrequin (de Lyon), sur le synchisis étincelant. Le cas que cite M. Solomon ferait le huitième connu selon lui.

Dans cinq cas on les a observés dans l'humeur aqueuse, et une seule fois dans l'humeur vitrée, après une opération de cataracte lenticulaire ou capsulaire. Dans six cas, les patients étaient amaurotiques. Dans deux, la vision était bonne, mais accompagnée de mouches volantes. L'humeur vitrée était le siége de ces corps brillants. Le cristallin était transparent dans un de ces deux cas. Dans l'autre, l'opération par abaissement avait été pratiquée sept ans auparavant, et avait été suivie de cataracte capsulaire. Ce fut trois semaines après l'opération que les particules de cholestérine constituant l'affection dite synchisis étincelant furent observées.

Renversement de l'utérus; ablation au moyen de la ligature; mort; par M. Coats.

Obs. — Morgan, âgée de 44 ans, avait eu six enfants; elle avait eu le dernier quatorze ans auparavant; le travail avait été bon, mais le placenta n'était pas sorti immédiatement. L'accoucheuse la fit sortir du lit, lui dit de se tenir droite et de souffler dans une bouteille, le placenta sortit immédiatement sans autre intervention; elle retourna au lit, et deux heures après elle éprouva des douleurs très-vives. Elle prit de l'huile de ricin, et une heure après elle alla à la chaise. Ce fut alors qu'elle s'aperçut qu'une grosse tumeur sortait de la vulve; elle envoya chercher l'accoucheuse qui ne put dire ce que c'était. Le docteur Jackson fut appelé, et il chercha à la faire rentrer, mais il ne put y parvenir. Quelques heures après, il fit de nouveaux efforts sans pouvoir réussir davantage. Quatre jours après, les docteurs Jackson et Davis tentèrent de nouveau la réduction: la femme pense qu'elle fut opérée. Trois mois se passèrent avant qu'elle pût reprendre ses occupations ordinaires; alors eut lieu le retour des règles; celles-ci continuèrent à être régulières pendant les six mois qui suivirent. A cette époque, la perte de son enfant et un vol commis dans sa maison lui causèrent un grand chagrin.

Depuis lors jusqu'au jour où M. Coasts la vit (quatorze ans plus tard), elle ne fut plus menstruée, mais elle eut des pertes tous les trois ou quatre jours, accompagnées de douleurs dans les reins et dans les hanches. L'estomac était très-irritable; il y avait perte d'appétit.

Le 3 juin, M. Coats qui la soignait depuis trois ans et qui lui avait ordonné diverses préparations de fer et des injections, fut appelé. Il trouva la femme Morgan au lit et ayant une hémorrhagie considérable. Elle était complétement anémiée; le pouls petit et irritable. Elle avait l'aspect d'une personne souffrant de quelque maladie organique. M. Coats ayant pratiqué le toucher vaginal crut d'abord qu'il avait affaire à un polype, mais ne trouvant pas l'orifice de l'utérus, il soupçonna un renversement de l'utérus.

Le 4 juin, après avoir appliqué le spéculum qui ne lui fut d'aucune utilité, il l'examina avec soin *par le vagin* et il ne trouva qu'un *cul-de-sac* parfait. Il fut alors persuadé par l'examen auquel il s'était livré et par l'historique du cas que cette tumeur était un utérus renversé.

Le 8 juin, il l'appliqua, au moyen de la canule de Gooch, une ligature autour de l'extrémité de la tumeur; il éprouva peu de difficulté à la nouer. Pouls 116, très-petit. (Poudre d'opium, 1 grain, et mélange composé de sesquicarbonate de soude, teinture d'opium, éther nitrique et eau de menthe poivrée.)

La ligature tomba le quatorzième jour. M. Coats sortit la canule.

Le quinzième jour la malade ne dormit pas, mais elle n'éprouva pas de douleurs. La langue était très-sèche; la malade prit peu de nourriture. Il y avait un peu d'écoulement noir. La malade se plaignait lorsqu'on touchait le sternum et l'épigastre; elle paraissait très-affaiblie. (Mélange de camphre et d'acétate d'ammoniaque à prendre toutes les deux heures.)

Le seizième jour, douleur de l'abdomen très-vive; la malade ne pouvait prendre aucune nourriture. (Une dose de calomel et d'opium.) Mort à sept heures du matin.

M. Coats pense que la ligature est le moyen le plus convenable pour enlever l'utérus, lorsqu'il est renversé et qu'on ne peut le réduire.

Il est à regretter qu'on ait laissé s'écouler quatre jours avant de faire les nouvelles tentatives de réduction qui paraissent avoir réussi; car on sait que la réduction est d'autant plus facile qu'elle se fait plus près du moment où l'accident est arrivé, une fois qu'on a donné à la nouvelle accouchée le temps de se remettre de l'ébranlement produit par l'accouchement. En outre, on aurait dû, une fois la réduction opérée, appliquer un bandage approprié et surveiller la malade. Quant à la nécessité de l'opération, sans examiner la question de savoir si l'amputation n'eût pas été plus favorable, on peut se demander si les symptômes étaient assez graves pour nécessiter une opération si formidable et la plupart du temps mortelle. Nous pensons qu'on aurait pu s'en dispenser. Encore quelque temps et la ménaupause étant arrivée, probablement tous les accidents auraient cessé. Nous avons vu deux cas où les choses se sont passées ainsi.

Deux cas de tétanos traumatique traités avec succès; par M. Charles Cowdell.

Obs. I. — Le 5 février 1852, J., fermier, âgé de 28 ans, eut les trois doigts de la main gauche écrasés; une partie fut enlevée, l'autre fut pansée.

12 février. La plaie suppurait.

Le 14, amputation à l'articulation métacarpienne.

Le 16, nuit agitée et sans sommeil.

Le 23, M. Cowdell ayant été appelé et voulant examiner la langue, vit que le malade ne pouvait ouvrir la bouche suffisamment pour la montrer. Il se plaignait de douleur et de difficulté pour avaler. Les mâchoires étaient contractées, l'articulation indistincte. Le bras blessé éprouvait des secousses convulsives. Une forte solution d'hydrochlorate de morphine fut appliquée sur la plaie qui était propre et suppurait abondamment. (Toutes les quatre heures, mélange contenant 3 grains de sulfate de quinine et 1 drachme de sulfate de magnésie (la quantité s'élevant à 18 grains de quinine par jour), et une pilule contenant un demi-grain d'extrait de belladone, une dose de morphine par nuit. Bouillon de bœuf, vin d'Espagne et mouton.)

A dater de cette époque, 23 février, les progrès de la maladie semblèrent s'arrêter. Cependant comme le trismus persistait, la dose d'extrait de belladone fut augmentée. Il en avait pris un grain. On lui ordonna un grain et demi toutes les quatre heures qu'il prit le jour suivant. On augmenta aussi graduellement la quantité de quinine à la dose de 6 grains toutes les quatre heures. Sous l'influence de ce traitement, le trismus cessa bientôt. La belladone produisit bientôt des symptômes de narcotisme, elle fut abandonnée. Pendant ce temps, la blessure guérit ou à peu près.

Obs. II. — Le 12 février 1855, P., négociant, âgé de 25 ans, eut l'index de la main droite tellement endommagé par un fusil de chasse qu'on dut en faire l'amputation immédiate. Lorsque M. Cowdell le vit, il y avait rigidité des muscles de la face; la mâchoire était contractée, les muscles de l'abdomen étaient aussi rigides; contractions des muscles du bras et de la main, avec crampes dans les muscles de la cuisse et de la jambe droite; pouls faible à 120-130. Pas de sommeil. Constipation opiniâtre. 20 minimes de teinture d'opium qu'on répétera s'il est nécessaire. (2 grains d'extrait de belladone toutes les six heures et 4 grains de quinine toutes les quatre heures. Bouillon de bœuf et vin d'Espagne.)

16 février. Les urines et les selles étant supprimées, on pratique le cathétérisme régulièrement pendant plusieurs jours, et on donne un lavement composé de térébenthine, huile de ricin, etc., en trois fois. Un lavement composé d'un drachme de chloroforme et amidon sembla agir *comme un charme*.

21 février. Les progrès de la maladie paraissent complétement arrêtés. Cependant on n'avait pas encore obtenu d'amélioration matérielle. On augmenta la dose d'extrait de belladone à 3 grains, mais administrée à des intervalles plus longs, douze heures. La quinine fut aussi donnée à la dose de 6 grains toutes les quatre heures (36 grains par jour), unie au sulfate de magnésie dilué avec l'acide sulfurique.

26 février. Les symptômes avaient diminué de beaucoup; les intestins et la vessie se vidaient spontanément; la bouche pouvait s'ouvrir davantage; les contractions et les spasmes de la main avaient diminué. M. P. dormait

bien. Le pouls était au-dessous de 90 et plus fort. La belladone, ayant produit le narcotisme, fut suspendue; la dose de quinine et le vin furent aussi diminués. La plaie était guérie.

LUXATION DU FÉMUR SUR LA FACE EXTERNE DE L'OS DES ILES RÉDUITE HUIT MOIS APRÈS L'ACCIDENT; par M. F. GISBORNE.

Obs. — W. Woodings, âgé de 45 ans, le 20 décembre 1854, en traversant un pont en bois, mit le pied dans un trou et tomba. Il fut traité par un chirurgien qui, n'ayant pas reconnu la nature de l'accident, lui fit appliquer des sangsues, des vésicatoires, etc. Il fut médicamenté pendant plusieurs mois, et comme dernière ressource il fut envoyé à l'hôpital de Derbyshire le 1er août 1855, comme affecté de sciatique chronique. M. Gisborne l'ayant examiné trouva la cuisse droite fléchie partiellement et appuyée sur le membre opposé. Le membre était raccourci de plus de 3 pouces et avait diminué de volume. On sentait distinctement la tête du fémur sur l'iléum, mais on pouvait très-peu la faire mouvoir. Une consultation fut provoquée, et on décida de tenter la réduction.

Le 7 août, Woodings ayant été soumis à l'action du chloroforme, on imprima des mouvements de rotation au membre pour détruire les adhérences. On fit ensuite l'extension graduelle au moyen de poulies, et au bout de quinze minutes environ l'os rentra dans sa cavité, en faisant entendre un bruit sensible. La rotation s'effectuait; cependant le trochanter semblait plus proéminent que celui du côté gauche; cela provenait probablement du changement de position, et de l'émaciation des muscles voisins, et probablement en partie de quelque matière nouvelle déposée dans l'acétabulum. Le membre opéré avait la même longueur que l'autre. Il fut entouré pendant quelques jours de longues attelles.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 14 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. BINET.

MM. Bourguignon et Delafond demandent l'autorisation de reprendre momentanément un travail sur la pathologie comparée de la gale, qui a été honoré par l'Académie d'un encouragement au concours pour les prix de médecine et de chirurgie de 1854, travail qu'ils se proposent de compléter conformément aux indications données dans le rapport sur ce concours.

— M. Raciborski, en adressant pour le concours de médecine et de chirurgie un exemplaire de l'œuvre qu'il a publiée sous le titre de Rôle de la menstruation dans la pathologie et la thérapeutique, fait remarquer que ce nouveau travail est en quelque sorte le développement de ses recherches sur l'ovulation chez la femme, recherches qui, dans un précédent concours, ont été l'objet d'une mention honorable.

(Renvoi à la future commission.)

— M. Girard de Valbonne exprime le désir de connaître le jugement qu'aura porté la commission du legs Bréant sur un ouvrage concernant l'origine, la marche et le traitement du choléra épidémique, ouvrage qu'il a précédemment adressé à l'Académie.

L'ensemble des communications présentées à ce concours doit être l'objet d'un rapport général qui n'a pas encore été fait.

— L'Académie renvoie à l'examen de la section de médecine constituée en commission spéciale du concours pour le prix du legs Bréant :

1° Un mémoire adressé de Rome par M. Sabbatini sur l'efficacité des bains généraux chauds de chlorure de calcium dans le traitement du choléra-morbus asiatique.

Ce mémoire, écrit en italien, est accompagné de deux opuscules sur le même sujet, publiés par l'auteur, et d'un opuscule également relatif à sa méthode de traitement et imprimé à Venise.

2° Un mémoire sur le traitement du choléra, adressé de Montbron (Charente), par M. Eyssartier.

Ce mémoire est transmis par la Faculté de médecine, à laquelle il avait été adressé par erreur.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 22 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie les pièces suivantes :

1° Deux rapports de MM. les docteurs Viard et Guéncan sur une épidémie de dyssenterie qui a régné dans plusieurs communes de l'arrondissement de Semur (Côte-d'Or). (Commission des épidémies.)

2° Un mémoire intitulé : Histoire médicale du typhus qui a sévi sur les condamnés du bagne de Toulon, du mois de mars au mois d'août 1855, par M. le docteur Barrallier. (Commissaires : MM. Michel Lévy, Ferrus et Mélier.)

3° Un rapport de M. le docteur Gaillard, médecin à Poitiers, sur l'épidémie de choléra qui a régné à Charroux (Vienne) en 1855. (Commission du choléra.)

— La correspondance non officielle comprend :

Un exemplaire du compte moral publié par l'administration de l'assistance publique pour l'année 1854, transmis par M. Davenne.

Une observation intitulée : Consolidation d'une fracture du tibia obtenue au moyen d'un vésicatoire appliqué sur l'endroit fracturé, par M. le docteur Montrol. (Commissaire : M. Robert.)

Plusieurs lettres adressées par MM. Wurtz, Regnault et Figuier, qui demandent à être compris parmi les candidats à la place vacante dans la section de chimie et de physique médicales. (Renvoi à la section constituée en commission.)

MM. Poggiale, Gobley et Boudet adressent des demandes semblables pour la place vacante dans la section de pharmacie. (Renvoi à la section de pharmacie constituée en commission.)

NÉPHRITE PRODUITE PAR LA BRUSQUE CESSATION DE LA RÉTENTION PARTIELLE D'URINE EXISTANT DEPUIS LONGTEMPS.

M. Leroy-d'Etiolles adresse sur ce sujet une note dont nous extrayons ce qui suit :

Il arrive assez souvent que, dans un âge avancé, la vessie ne se vide qu'incomplétement, tantôt par suite de la diminution de la contractilité, plus souvent par l'effet du développement d'un obstacle mécanique au col de la vessie tel que valvule, bourrelet, tumeurs prostatiques. Cette rétention partielle, méconnue pendant des mois, des années, va en augmentant pour l'ordinaire, et il arrive un moment où l'urine, ne pouvant couler librement dans son réservoir naturel, reflue dans les uretères, les bassinets et les calices qu'elle tient dans un état de macération anormale, d'où finit par résulter l'inflammation que l'on a désignée par le mot *pyélite*. La fréquence toujours croissante des besoins d'uriner et l'altération de l'urine finissent par éveiller l'attention; le cathétérisme est pratiqué après la miction naturelle et la sortie d'une quantité d'urine égale ou supérieure à celle qui avait été expulsée spontanément, ne laissant pas de doute sur la rétention d'une portion de ce liquide.

Il y a indication de suppléer par la répétition quotidienne du cathétérisme à l'insuffisance de l'évacuation naturelle jusqu'à ce qu'un traitement approprié ait fait disparaître, s'il est possible, la cause de la rétention. Tels sont les moyens de diagnostic et de traitement. Mais voici ce qui a lieu quelquefois et ce que l'on ignore généralement.

La déplétion subite de la vessie, des uretères, des bassinets et des calices, que détermine l'introduction de la sonde, produit dans ces cavités l'effet du vide d'une ventouse, d'où résultent l'hypérémie, l'inflammation, l'apoplexie rénale.

Cette conséquence funeste d'un traitement indispensable n'est pas heureusement très-fréquente; car M. Leroy-d'Etiolles dit ne l'avoir observée d'une manière franche et nette qu'une demi-douzaine de fois sur plus d'un millier de cathétérismes pratiqués dans les circonstances précitées. Il ne tient pas compte, il est vrai, des cas plus nombreux dans lesquels cette opération a été pratiquée, *in extremis* pour ainsi dire, dans des circonstances où l'abondance du pus dans l'urine et la fièvre hectique dénotaient une altération profonde des organes et faisaient présager une mort inévitable.

M. Leroy-d'Etiolles indique deux précautions pour mettre, autant que possible, le malade à l'abri de l'espèce de néphrite qu'il signale :

1° Faire usage d'une sonde de petit calibre qui fasse couler lentement l'urine ;

2° Ne pas épuiser complétement l'urine pendant les premiers jours.

Ces précautions sont parfois insuffisantes, comme le prouve la narration d'un fait remarquable annexée au mémoire; mais du moins en les observant,

dit M. Leroy-d'Etiolles, on agit conformément aux règles de la prudence et de la bonne chirurgie. (Commissaires : MM. Amussat et Laugier.)

EAUX MINÉRALES.

M. O. HENRY, au nom de la commission des eaux minérales, donne successivement lecture à l'Académie :

1° D'un rapport sur l'eau minérale de Bismensdorff.

L'analyse démontre que cette eau est presque identique à celle de Pullna et analogue aussi à celle de Sedlitz. Ce sont les sulfates de magnésie et de soude qui en sont la base et qui lui donnent ses principales propriétés purgatives.

Avant d'accorder ou de refuser l'autorisation d'introduire en France l'eau de Bismensdorff, la commission juge utile d'avoir de nouveaux éclaircissements et des documents plus précis sur les propriétés médicales de cette source. (Adopté.)

2° D'un rapport sur une eau minérale découverte à Miers, département du Lot.

Les expériences exécutées dans le laboratoire de l'Académie de médecine ayant fourni des résultats contradictoires avec ceux obtenus par le comité d'hygiène du département du Lot, la commission estime qu'il y a lieu de soumettre cette eau à de nouvelles analyses et de s'assurer si la source dont il est question se trouve dans des conditions légales d'exploitation. (Adopté.)

3° D'un rapport sur l'eau minérale de Sarcey (Rhône).

On reconnaît une assez grande analogie entre l'eau de Sarcey et celle de Charbonnières, à laquelle elle est même un peu supérieure en principes ferrugineux. Les propriétés de l'eau de Sarcey, déjà constatées, s'expliquent aisément d'ailleurs par la composition chimique. La commission propose de répondre au ministre qu'il y a lieu d'autoriser l'exploitation. (Adopté.)

4° D'un rapport sur l'eau minérale de deux sources naturelles du Plan de Phazy, arrondissement d'Embrun (Hautes-Alpes).

Les essais faits dans le laboratoire de l'Académie indiquent que l'eau de ces deux sources est saline, de la même nature et d'une composition presque identique. Les sels qui la minéralisent comprennent principalement: le chlorure de sodium, les bicarbonates terreux et les sulfates de chaux, de soude et de magnésie. Ces sources offrent de plus une grande ressemblance avec d'autres eaux déjà connues, telles que celles d'Encausse, d'Aulus, etc. La commission propose, en conséquence, de répondre au ministre qu'il y a lieu de régulariser l'exploitation de ces sources. (Adopté.)

TRAITEMENT DES NÉVROSES CONVULSIVES.

M. JOLLY donne lecture d'un rapport sur un travail de M. le docteur Michéa intitulé : APPLICATION DES PRINCIPES ACTIFS DE LA VALÉRIANE ET DE LA BELLADONE AU TRAITEMENT DES MALADIES CONVULSIVES ET PRINCIPALEMENT DE L'ÉPILEPSIE, DE L'HYSTÉRIE ET DE LA CHORÉE.

Le rapporteur expose les recherches comparatives de M. Michéa dans le traitement de ces affections avec la poudre de valériane et de belladone, l'extrait de ces mêmes substances, deux formes qui ne lui ont donné que des résultats négatifs ou incertains. Il discute ensuite l'amélioration ou la guérison complète que l'auteur du mémoire annonce avoir obtenue chez plusieurs malades et notamment chez quatre épileptiques, en leur administrant la préparation qu'il désigne sous le nom de sel valérianique d'atropine et qui résulte de l'association de l'acide valérianique et du principe actif de la belladone.

Le rapporteur, en considérant les faits de guérison spontanée ou de cessation temporaire de ces affections, déclare ne pouvoir admettre qu'avec réserve les conclusions de l'auteur; il l'invite à tenter de nouveaux essais et à en communiquer les résultats à l'Académie.

Conclusions : Dépôt aux archives, remercîments à l'auteur. (Adopté.)

MÉDICATION BROMO-IODURÉE.

M. BRICHETEAU lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Lunier, intitulé : RECHERCHES PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR LA MÉDICATION BROMO-IODURÉE.

L'auteur, après avoir cherché à établir que cette médication a pour effet de stimuler la sécrétion pancréatique, et de faciliter ainsi la digestion des matières grasses, rapporte un assez grand nombre de faits cliniques observés surtout chez les aliénés, et dans lesquels l'usage de cette médication a été suivi du rétablissement des fonctions digestives et nutritives.

La commission propose de remercier l'auteur de sa communication, de l'engager à poursuivre ses recherches, et de déposer son mémoire dans les archives de l'Académie. (Adopté.)

DES ROMANS AU POINT DE VUE MÉDICAL.

M. COLLINEAU lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Delenda, ayant pour titre : DES ROMANS ENVISAGÉS AU POINT DE VUE MÉDICAL.

Le rapporteur résume les considérations développées dans son travail dans les conclusions suivantes :

1° Les mouvements intellectuels, insaisissables par tout autre moyen que par la pensée, sont, suivant l'usage qu'il sait en faire, ce que l'homme a de plus libre, de plus précieux, de plus utile et aussi de plus pernicieux.

2° Malgré les dangers incontestables des mauvaises publications, l'expérience acquise depuis des siècles prouve que les exercices de l'esprit sur tous les sujets sont évidemment favorables aux progrès de l'intelligence et de la civilisation, à l'amélioration des rapports sociaux et des mœurs, rappellent l'homme au sentiment de sa dignité, de ses droits et de ses devoirs, développent et justifient l'instinct et les principes religieux qui servent de base à la morale, à nos dernières consolations, à notre dernière espérance.

3° Dans l'immense variété des mouvements intellectuels, il y a des choix à faire; mais l'influence de l'époque, du caractère individuel, du sexe, de l'âge et des vicissitudes de la vie, se fera toujours sentir en premier lieu, toutefois sans arrêter constamment le progrès et les aspirations de la pensée ou de l'âme, qui, par sa nature, tendra toujours, *en définitive*, vers le vrai, le bon et le bien.

4° On doit signaler des tendances intellectuelles, les paradoxes dangereux pour l'ordre social, les mœurs et la santé, mais on ne peut proscrire *d'une manière absolue* aucune littérature, ni en général rien de ce qui, en exerçant la pensée, tend à développer l'intelligence. Si quelque chose peut soutenir et faire aimer la vertu, c'est le tableau du vice et de ses conséquences.

5° Les avantages et les dangers de la lecture sont relatifs aux dispositions physiques et morales du lecteur, autant et plus qu'à la nature du sujet qui appelle son attention.

6° Dès lors, il est dans les attributions et du devoir du médecin d'indiquer aux chefs de famille le genre de lecture qu'il faut permettre et celui qu'il faut *repousser*, suivant le caractère et les dispositions particulières des individus

7° Sous ces rapports divers, la question dont il s'agit, proposée par M. Delenda et soutenue par les hommes éminents qu'il a cités, est beaucoup plus importante et plus médicale qu'on aurait pu le croire au premier aperçu.

8° Sans avoir reçu aucune mission spéciale à cet égard, les médecins n'ont jamais manqué à ce que réclamaient de leur savoir et de leur expérience l'hygiène et la morale.

La commission propose le dépôt du mémoire de M. Delenda aux archives et des remercîments à l'auteur.

Après cette lecture, une discussion s'engage entre MM. Bussy, Adelon, Isid. Bourdon, Larrey, Cazeaux, Dubois (d'Amiens), Bouvier et Collineau, sur la question de savoir si le rapport de M. Collineau devra trouver place dans le BULLETIN ou être renvoyé au comité de publication.

L'Académie, consultée, décide que le rapport sera inséré au BULLETIN.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

DE LA CURE RADICALE DES HERNIES INGUINALES ET D'UN NOUVEAU MOYEN DE L'OBTENIR (mémoire couronné par l'Académie chirurgicale de Madrid); par M. A. VALETTE, chirurgien en chef désigné de la Charité de Lyon. — In-8°, 1854. — Paris, chez V. Masson.

Les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE n'ont pas oublié que c'est dans ce journal (mai 1852) que M. Valette a publié ses premières recherches sur la cure radicale des hernies inguinales.

Depuis cette époque l'auteur, de plus en plus convaincu qu'il était dans la bonne voie, ne s'est appliqué qu'à modifier ses procédés sans changer de méthode; et dans le nouveau mémoire qu'il vient de faire paraître, si la question est traitée à un point de vue plus général, si les résultats définitifs de l'opération sont mieux appréciés, il s'agit toujours de l'invagination des téguments dans l'ouverture herniaire combinée avec la cautérisation. Le second travail a donc, à un moindre degré que le premier, l'attrait de la nouveauté et de l'originalité, mais il a le mérite de la maturité et d'une épreuve clinique plus complète.

Supposant connu le premier procédé de M. Valette, voici en quoi consiste le second, ou plutôt sur quelles parties de l'opération ont surtout porté les perfectionnements.

L'appareil instrumental se compose toujours d'un embout en bois destiné à maintenir les téguments refoulés dans l'anneau, d'une ceinture qui sert à fixer cet invaginateur, et d'une aiguille traversant un canal courbe dont l'invaginateur est creusé.

Dans le premier temps de l'opération le chirurgien, après avoir réduit la hernie, fait l'invagination des téguments avec le doigt indicateur poussé aussi loin que possible. Un gorgeret est ensuite substitué au doigt, afin de faciliter l'introduction de l'invaginateur. Au troisième et au quatrième temps, l'invaginateur est introduit et fixé sur la ceinture.

Enfin, au cinquième, l'aiguille logée dans le canal de l'invaginateur est poussée au dehors, et vient transpercer, vers le point le plus élevé, la peau invaginée et la paroi antérieure du canal inguinal.

Dans le premier procédé de M. Valette, ce temps de l'opération n'était pas le dernier; il restait encore à pratiquer la cautérisation sur le paroi abdominale, à partir du point de sortie de l'aiguille, dans une étendue de 3 à 4 centimètres. Cette cautérisation devait être profonde et renouvelée assez souvent pour détruire toute l'épaisseur des tissus, de dehors en dedans, jusqu'à la rencontre de l'invaginateur.

Dans le nouveau procédé, c'est autour de l'aiguille que se fait la cautérisation. Il y a là, soit pour le manuel opératoire, soit au point de vue du résultat définitif une différence assez importante entre les deux procédés pour que nous y insistions.

A 3 ou 4 centimètres de la pointe de l'aiguille, se trouve une fenêtre destinée à recevoir une petite quantité de pâte de chlorure de zinc. Au-dessus et au-dessous de cette fenêtre, deux petites ouvertures laissent passer un fil à l'aide duquel on fixe la bandelette caustique. Or c'est précisément cette partie fenêtrée de l'aiguille qui, lorsque la pointe a traversé les tissus, se trouve en contact avec eux. C'est donc autour d'elle que se forme l'escarre et que s'établit le travail d'élimination, puis de cicatrisation, qui a pour résultat de faire adhérer la peau invaginée avec le canal qu'elle remplit.

On avait reproché avec raison au premier procédé de M. Valette de faire à la paroi antérieure de l'abdomen une plaie très-large, et tout en oblitérant le canal inguinal, de diminuer sa résistance en remplaçant dans une trop grande étendue ses plans musculaires et fibreux par un tissu de cicatrice.

On aurait pu ajouter que le caustique, pour atteindre toute l'épaisseur des tissus, devait être appliqué à plusieurs reprises; qu'il en résultait pour les malades de vives douleurs renouvelées à chaque cautérisation, et que le traitement, toujours de longue durée, risquait souvent d'être compromis soit par les dérangements de l'appareil, soit par l'insuffisance de la cautérisation, celle-ci pour être efficace devant nécessairement arriver jusqu'à l'invaginateur.

Le nouveau procédé n'a pas ces inconvénients. La cautérisation ne se faisant plus de dehors en dedans, couche par couche, mais étant, en quelque sorte, interstitielle, du premier coup la peau invaginée et la paroi antérieure du canal sont comprises dans la même escarre. Cette escharre elle-même n'est pas assez étendue pour que les tissus normaux soient inutilement sacrifiés et les adhérences achetées au prix d'un affaiblissement notable de la paroi abdominale.

Mais la méthode de M. Valette, même avec ces modifications qui en rendent le manuel opératoire beaucoup plus simple et le succès plus certain, convient-elle donc à toutes les hernies? Non sans doute; et M. Valette lui-même est le premier à en restreindre les indications.

Ce sont surtout les hernies très-volumineuses qu'il attaque, ces tumeurs énormes qui ne peuvent être contenues qu'imparfaitement et qui ne sont plus une infirmité, mais une véritable maladie. Dans ces cas le canal est détruit; il est remplacé par un orifice plus ou moins large, et c'est cet orifice que le bouchon cutané vient fermer en contractant des adhérences à son pourtour antérieur.

Pour juger la méthode, c'est à ce point de vue qu'il faut se placer. On apprécierait mal les résultats de l'opération si l'on ne tenait pas compte du degré avancé de la maladie et de la gravité des lésions auxquelles elle est appelée à remédier.

M. Valette a opéré quatorze malades, tant avec l'ancien procédé qu'avec le nouveau.

Chez ces malades la hernie avait en moyenne le volume de la tête d'un fœtus à terme. Un seul avait une tumeur n'excédant pas le volume d'un œuf de poule; mais un autre était porteur d'une hernie énorme qui le forçait à garder le repos au lit et occasionnait des troubles graves des fonctions digestives.

Chez tous, après l'opération, la hernie était rentrée et ne ressortait pas. Mais il faut ajouter qu'*à tous le chirurgien recommande de continuer à porter un bandage*.

C'est à l'aide surtout de cette précaution que plusieurs des opérés de M. Valette ont pu se livrer à des travaux pénibles sans voir reparaître leur infirmité. La plupart même, revus plusieurs mois ou plusieurs années après le traitement, conservaient encore les bénéfices de l'opération. Mais chez quelques-uns la récidive a eu lieu. L'un est venu subir une seconde opération pour une tumeur, beaucoup moins volumineuse, il est vrai, que la première; chez deux autres la hernie a également fait une nouvelle pointe sous le bandage.

Malgré ces desiderata, il y a là encore de beaux résultats à constater. Les récidives elles-mêmes sont encore des demi-succès; bien différentes de celles qui surviennent après les tentatives faites pour combler d'autres ouvertures où la brèche, après l'opération, est toujours plus large qu'auparavant. Aucune méthode n'a peut-être encore fait autant, et il est difficile de faire plus pour la cure radicale des grosses hernies. Mais il faut bien convenir que cette nécessité de porter un bandage afin de soutenir la cicatrice, si elle ne témoigne pas de l'inefficacité du moyen, marque au moins le degré de la maladie où le procédé de M. Valette est applicable : c'est lorsque déjà le bandage ne suffit plus pour maintenir exactement la réduction.

Du reste, quelques revers qu'ait eus l'invagination simple avec suture, telle que la pratiquait M. Gerdy, il n'y a plus de doutes à conserver sur l'innocuité absolue de l'invagination combinée avec la cautérisation, comme le pratique M. Valette.

Les quatorze opérations mentionnées plus haut n'ont pas donné lieu à des accidents; beaucoup d'opérés n'ont même pas eu une minute de fièvre : nouvelle preuve de la supériorité du caustique sur l'instrument tranchant qui revient de droit à la clinique lyonnaise, de plus en plus confiante dans le moyen auquel elle doit déjà la cure radicale des varices, et qu'elle généralise chaque jour davantage.

Les hernies sont divisées par M. Valette en trois catégories :

1° *Hernies congénitales ou bien se produisant dans les premières années de la vie, le sujet n'ayant pas plus de* 15 *à* 16 *ans*. Il conseille de les traiter par la compression exercée au moyen d'un bandage imaginé par lui et réunissant les avantages du système anglais et ceux du système français.

2° *Hernies d'un volume moyen, d'un œuf de poule au plus, le canal inguinal conservé, le sujet ayant de* 15 *à* 30 *ans*. Pour celles-là il conseille encore la compression et les topiques astringents, et à leur défaut le procédé de M. J. Guérin, c'est-à-dire l'incision sous-cutanée multiple du canal, puis de nouveau la compression et les topiques.

3° *Hernies qui rentrent dans les conditions précédentes, avec effacement du canal inguinal converti en anneau, volumineuses chez des sujets n'ayant pas plus de* 50 *à* 55 *ans*. C'est pour ces dernières que l'auteur réserve sa méthode.

Sur tous ces points nous serions d'accord avec M. Valette, si depuis la publication de son mémoire un procédé déjà ancien, mais abandonné, puis repris en sous-œuvre, ne venait d'avoir de beaux et légitimes succès : nous voulons parler de l'injection iodée faite dans le sac herniaire.

Qu'une pareille injection, pratiquée avec les précautions nécessaires, jouisse d'une innocuité complète, c'est ce qu'il est bien permis d'espérer en présence des effets obtenus dans d'autres cas, sur d'autres séreuses, par le même moyen. Qu'elle soit apte à guérir radicalement les hernies vaginales, congénitales ou autres, cela résulte de la nature même de ces hernies où l'issue des viscères est due moins à une dilatation des anneaux fibreux qu'à la persistance du canal de communication de la tunique vaginale avec le péritoine.

Dans les hernies non vaginales, il est assurément plus logique d'agir sur les anneaux que sur le sac. En agissant sur les anneaux, comme le font MM. Guérin et Valette, on a plus de chance d'arriver à l'oblitération complète de l'ouverture herniaire. Mais même dans cette catégorie de hernies, l'adhésion des parois du sac est-elle donc indifférente? Après l'avoir provoquée, quand on a créé un obstacle réel, quoique partiel, à l'issue des viscères, ne peut-on pas, en faisant porter au malade un bandage de précaution, empêcher le retour de la maladie? C'est ce que de nouvelles tentatives nous apprendront; car le procédé par injection du sac n'a pas encore fait ses preuves, et ses premiers succès sont loin d'avoir été obtenus dans les circonstances difficiles où celui de M. Valette a déjà réussi.

Quoi qu'il en soit, on ne peut pas dire aujourd'hui qu'en présence d'une hernie le chirurgien soit désarmé. La cure radicale n'est plus à l'état d'espérance : c'est une réalité. Et, ce qui est bien digne de remarque, c'est de le voir empruntant ses moyens aux grandes méthodes qui dominent pour ainsi dire la chirurgie contemporaine : les sections sous-cutanées, l'injection iodée et la cautérisation. Tant il est vrai que l'art n'est qu'une application des principes généraux de la science et que certaines idées justes en chirurgie peuvent faire simultanément le tour de la médecine opératoire.

Pour connaître la méthode dans tous ses détails, on pourra consulter la discussion soulevée dans la GAZETTE MÉDICALE, année 1851.

J. ROLLET.

VARIÉTÉS.

— CONCOURS POUR LES MÉDECINS DES HÔPITAUX ET HOSPICES CIVILS. — Nous apprenons de source certaine que la *commission administrative* des hôpitaux et hospices civils de Marseille vient de décider qu'à l'avenir le personnel médical attaché aux établissements de bienfaisance publique se recrutera par la voie du concours.

Un concours s'ouvrira probablement au mois de mai prochain pour un certain nombre de places de médecins et de chirurgiens agrégés. Nous applaudissons à cette mesure qui était désirée depuis longtemps par les vrais amis du corps médical et des malades. Nous félicitons la commission d'avoir pris ainsi une initiative de progrès qui la mettra dorénavant à l'abri des sollicitations de toute nature et des influences puissantes qui devaient s'exercer chaque fois à propos des nominations. Le concours donne une garantie effective aux malades qui sont obligés de se faire traiter dans les hôpitaux; il est l'expression la plus facile des connaissances scientifiques et pratiques qu'exige un grand service d'hôpital; il entretiendra parmi les jeunes médecins une noble et salutaire émulation.

— L'Académie des sciences tiendra sa séance publique annuelle le lundi 28 de ce mois.

M. Flourens y lira l'Éloge historique de l'illustre géologue Léopold de Buch.

— Par arrêté en date du 14 janvier 1856, M. Coste, professeur de clinique chirurgicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille, est nommé directeur de ladite école, en remplacement de M. Sue, dont la démission est acceptée.

— Par arrêté en date du 14 janvier 1856, M. Béchet, professeur adjoint à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy, est nommé professeur titulaire de pathologie externe et de médecine opératoire à ladite école.

M. Demange, professeur adjoint à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy, est nommé professeur titulaire de pathologie interne à ladite école.

— Par arrêté en date du 19 janvier 1856, M. Bœckel est nommé prosecteur près la Faculté de médecine de Strasbourg.

—Par décret du 12 janvier M. le docteur Lesguillon, médecin aide-major, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

—L'Académie des sciences et des lettres de Montpellier avait mis au concours, pour 1855, la question des *paralysies indépendantes de toute lésion appréciable des centres nerveux*. Elle vient de décider qu'il n'y avait pas lieu de décerner le prix de 500 francs; mais elle a accordé, à titre d'encouragement, une médaille d'honneur en or à M. Macario, docteur en médecine à Lyon.

— Le gouvernement sarde vient de promulguer un nouveau règlement pour le service sanitaire de la prostitution à Turin. M. le docteur Sperino est nommé inspecteur de ce service.

—Le concours pour l'internat dans les hôpitaux de Montpellier s'est terminé par la nomination de M. Pécholier.

— M. le docteur Soulé père, ayant accompli ses six ans de titulariat, a cessé ses fonctions de médecin à l'hôpital Saint-André de Bordeaux; il est remplacé par M. le docteur Moussons.

— M. le docteur Gellie vient d'être nommé médecin titulaire des prisons de la même ville, et M. le docteur Burguet fils, médecin adjoint.

— Le conseil d'administration de l'Université de Bruxelles vient de nommer MM. Hanchamps, Thiry, Pigeolet et Rossignol, professeurs ordinaires à la Faculté de médecine.

M. Crocq, chef des travaux anatomiques, a été nommé professeur extraordinaire.

M. H. Guillery, prosecteur adjoint, a été chargé, en remplacement de M. Bossignol, de la conservation des pièces anatomiques.

— Le conseil d'administration des hospices de Bruxelles, de concert avec l'administration de l'Université, vient de réorganiser les cours de clinique sur une vaste échelle, de manière que toutes les parties de la science médicale puissent avoir leur enseignement pratique.

Ont été nommés professeurs de clinique :

A l'hôpital Saint-Pierre : 1° M. Victor Uytterbœven, pour les maladies internes; 2° M. le baron Seutin, pour les maladies chirurgicales; 3° M. Thiry, pour les affections syphilitiques et cutanées; 4° M. Is. Henriette, pour les maladies des enfants;

A l'hôpital Saint-Jean : 1° M. Graux, pour les maladies internes; 2° M. Deronbaix, pour les maladies chirurgicales et l'ophthalmologie;

A la Maternité : M. Van Huevel reste chargé de la clinique des accouchements du grand hospice; M. Crocq est chargé d'une clinique spéciale sur les maladies cancéreuses;

A l'hôpital militaire : M. Lebeau continuera sa clinique des maladies internes.

—PRIX D'ASTLEY COOPER.—Le sixième prix triennal de trois cents livres (7,500 fr.) fondé par sir Astley Cooper, sera décerné à l'auteur du meilleur essai ou traité *sur la structure et les fonctions de la glande thyroïde*.

La condition exprimée par le testateur est « que les essais ou traités écrits en vue d'obtenir ce prix contiendront des expériences et des observations originales, inédites, et que ces essais ou traités seront, autant que le sujet le comportera, illustrés par des pièces anatomiques et des dessins, lesquels pièces anatomiques et dessins seront ajoutés au musée de l'hôpital de Guy, et deviendront dès lors, conjointement avec l'ouvrage lui-même, au point de vue de l'exploitation exclusive et des droits d'auteur, la propriété de l'hôpital, et seront concédés à ce titre par un transfert du candidat qui aura remporté le prix. »

C'est la volonté du fondateur qu'aucun médecin ou chirurgien ou autre fonctionnaire actuellement attaché à l'hôpital de Guy ou à l'hôpital Saint-Thomas, ni aucune personne alliée aux médecins, chirurgiens ou fonctionnaires attachés à ces hôpitaux ne puissent être admis à concourir pour ce prix. Mais à ces exceptions près, le prix d'Astey Cooper est mis au concours dans le monde entier.

Les mémoires, écrits en anglais, ou, s'ils sont écrits en une autre langue, accompagnés d'une traduction anglaise, devront être envoyés, avant le 1er janvier 1859, à l'adresse des médecins et chirurgiens de l'hôpital de Guy, audit hôpital.

Chaque mémoire doit porter une devise qui le distingue des autres, et être accompagné d'un pli cacheté contenant le nom et l'adresse de l'auteur. Le pli annexé au mémoire couronné sera seul ouvert. Les essais ou traités qui n'auront pas obtenu le prix, ainsi que les pièces anatomiques et les dessins destinés à les illustrer, resteront déposés au musée de l'hôpital de Guy, jusqu'à ce qu'ils aient été réclamés par leurs auteurs ou les fondés de pouvoir de leurs auteurs.

— La Société de médecine de Lyon a procédé à l'élection d'un vice-président en remplacement de M. Th. Perrin, qui passe de droit à la présidence.

M. Lecoq a été nommé au premier tour de scrutin et à l'unanimité.

C'est la première fois qu'un membre de la section de médecine vétérinaire est chargé de représenter la compagnie. L'élévation du caractère du nouvel élu, les services rendus à la science qu'il cultive avec succès et à l'école qu'il dirige avec une fermeté toute paternelle, la netteté de sa parole, justifient un hommage qui s'adresse à la fois à l'homme, au savant et au fonctionnaire.

MM. Diday, secrétaire général; Pasquier, archiviste; Teissier, trésorier n'étant pas arrivés au terme de leurs fonctions, continuent à faire partie du bureau.

—A peine un journal cesse-t-il de paraître qu'il est remplacé par un autre. La GAZETTE MÉDICALE DE TOULOUSE vient de mourir, et déjà l'on annonce la prochaine naissance de l'UNION MÉDICALE DE LA GIRONDE. La ville de Bordeaux possède déjà un recueil mensuel estimé (le JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX), qui compte plusieurs années d'existence.

— Le docteur Auzoux, auteur de l'ANATOMIE CLASSIQUE, a commencé le dimanche 13 janvier, à une heure, son cours d'anatomie humaine et comparée.

Ce cours sera continué les dimanches suivants à la même heure.

Les jeudis à la même heure :

1° Conférences sur la leçon du dimanche;

2° Expériences chimiques et physiologiques propres à faire apprécier les conditions qui favorisent, empêchent ou modifient les fonctions par lesquelles la vie s'entretient.

3° Considérations hygiéniques et physiologiques appliquées à l'homme, au cheval, à tous les animaux domestiques.

Des places seront réservées pour les dames et les personnes qui en feront la demande.

— L'asile de Saint-Robert, département de l'Isère, est un des établissements d'aliénés qui ont été le plus améliorés depuis quinze ans. De grands travaux, dont le plan d'ensemble a été conçu par le médecin-directeur, M. Evrat, y sont maintenant en voie d'exécution. Le changement de l'architecte chargé de leur direction, loin de les ralentir, aura pour résultat, nous l'espérons, d'en hâter l'achèvement.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

CHIMISME ET VITALISME.

RÉPONSE A LA LETTRE DE M. COLLINEAU EN DATE DU 19 JANVIER.

Monsieur,

L'honneur que vous m'avez fait, dans la Gazette Médicale du 19 janvier 1856, de soumettre à la critique quelques-unes des opinions consignées dans les préliminaires de la chimie appliquée à la physiologie et à la thérapeutique, m'obligeait à une réponse.

Malgré mes efforts pour être clair et éviter des interprétations très-éloignées de ma pensée, j'ai été mal compris, et je trouve important de défendre d'abord ce qui est dans mon livre, et de préciser ensuite autant que possible les termes de la discussion.

I.

Pour ce qui est de mon livre, je vais vous prouver, à votre grand étonnement sans doute, que nous ne différons nullement d'opinion là où vous croyez avoir fait contre moi les attaques les plus violentes.

§. — J'ai dit : « La vie n'est point une force spéciale, jouissant d'une » existence indépendante : elle ne consiste pas non plus dans le jeu par- » fait et régulier de quelques fonctions, même les plus importantes, elle » est dans l'agencement harmonique de tous les rouages divers, elle » est multiple : c'est l'ensemble, la réunion des actes vitaux, c'est la » matière organisée en action. »

Immédiatement vous concluez de cette phrase que, pour moi, la vie, dans ses premiers éléments, dans ses premières manifestations, n'est pas le résultat d'une cause première, d'une force particulière, d'un principe vital! Mais je n'avance rien de semblable : quand je parle de la vie dans sa manifestation, je ne m'occupe nullement de son essence, de sa cause première, ni d'un principe ou force vitale dont je me propose plus loin de déterminer la signification.

Puis vous ajoutez : « Nous, au contraire, avions cru qu'il existe un » principe, une cause première de la vie (c'est justement ce qui n'est » pas en question), principe dont l'influence se fait sentir dans la for- » mation, la structure, la position, l'action, les fonctions de toutes les » parties, et les porte avec un ordre et une prévoyance admirables à » concourir à l'existence, à la conservation et à la propagation de l'être » vivant. Nous avions reconnu, dans chacune des parties constituantes » de cet être, des degrés différents de vitalité, des diversités de fonc- » tions, mais toujours sous l'empire de cette loi qui, quelles que soient » les dispositions particulières des composants, les force en définitive » d'agir dans un but commun. Si les organes et les mouvements ten- » dent tous, en définitive, vers un but commun, la vie n'est pas mul- » tiple, c'est une unité. »

Sauf la différence de l'expression, on ne peut trouver dans votre phrase et dans la mienne autre chose que ceci : La vie, pour se manifester, nécessite des organes; ces organes donnent lieu à des fonctions, à des actes dont l'ensemble, la réunion tendent vers un but commun. Pour vous, la vie est une unité; pour moi, c'est l'ensemble, la réunion des actes vitaux : nous sommes parfaitement d'accord. Et quand vous niez que la vie soit multiple, vous niez que la vie se compose d'organes, d'appareils, dont chacun est indispensable à sa manifestation; car on ne peut concevoir un homme ou un animal qui manquerait soit d'innervation, soit de respiration, soit de circulation, etc.

Mais dans tout ceci, encore une fois, il n'est nullement question de la cause première, du principe essentiel de la vie.

§. — Quand je prétends que « les corps organisés, en vertu d'une » constitution qui leur est propre, réagissent constamment contre » l'action destructive des lois générales de la nature, » vous trouvez que cette lutte, ce désaccord entre les lois de la nature universelle et les lois de la nature individuelle ne sont pas des choses aussi réelles, aussi positives qu'on pourrait le croire. Mais cependant vous devez reconnaître, comme moi, que le chaud, le froid, le sec, l'humide, etc., exercent constamment sur les corps vivants une action désorganisatrice contre laquelle ils réagissent sans cesse.

Vous vous récriez sur ce que je conclus que « la vie est la lutte con- » tinuelle et prolongée des lois de la nature individuelle contre celles » de la nature universelle; » et pourtant vous admettez certainement la définition de Bichat: *La vie est l'ensemble des fonctions qui résistent à la mort.* Bichat explique ainsi sa définition : « Tel est le mode d'exis- » tence des corps vivants, que tout ce qui les entoure tend à les dé- » truire. Les corps inorganiques agissent sans cesse sur eux : eux- » mêmes exercent les uns sur les autres une action continuelle; bien- » tôt ils succomberaient s'ils n'avaient en eux un principe permanent » de réaction. Ce principe est celui de la vie; inconnu dans sa nature, » il ne peut être apprécié que par ses phénomènes : or le plus général » de ces phénomènes est cette alternative habituelle d'action de la part » des corps extérieurs, et de réaction de la part du corps vivant, alter- » natives dont les proportions varient suivant l'âge. »

Eh bien! qu'ai-je dit autre chose? en quoi ma pensée diffère-t-elle de celle de Bichat?

§. — Vous semblez encore me reprocher d'avoir avancé que : « si » dans l'ensemble des fonctions qui constituent l'existence de l'homme, » les unes qui président aux plus hautes facultés intellectuelles : sen- » sibilité, conscience, volonté, mémoire, etc., échappent à toute inves- » tigation scientifique et demeurent un mystère impénétrable, inac- » cessible; les autres fonctions, qui tiennent sous leur dépendance les » conditions matérielles de l'existence (digestion, absorption, nutri- » tion, etc), sont, par la nature et la structure de leurs appareils, rat- » tachées aux lois générales qui régissent la matière et permettent de » temps en temps à la science de soulever le voile qui couvre le grand » problème de l'économie vivante. »

Mais puisque je considère les fonctions de l'intelligence comme un mystère impénétrable, inaccessible, je me garde bien de l'aborder, et je me réserve uniquement l'étude des fonctions organiques. Ici, malgré cette déclaration formelle, vous n'en persistez pas moins dans l'argumentation d'une cause première dont il n'est nulle part question dans mon livre, et vous vous plaisez à confondre l'existence manifestée par des actes avec la cause première de l'existence, en disant : « Les » fonctions ne constituent pas l'existence de l'homme : les fonctions » sont des actes, et dans aucun cas les actes ne constituent l'existence » ou l'essence de l'être on de l'organe qui les exécute. »

FEUILLETON.

VARIA.

Ce titre n'est pas nouveau dans la Gazette. Feu le docteur Mathanasius qui, à une époque reculée, écrivait des feuilletons sous le pseudonyme de Réveillé-Parise, avait adopté cette étiquette, sous laquelle il mettait bout à bout quelques rogatons de philosophie, d'histoire, de critique et de morale. C'était un écrivain retors qui savait s'épargner de temps en temps, comme Boileau le disait de La Bruyère, la partie la plus difficile du métier, les transitions. Nous allons, au moins en cela, suivre aujourd'hui ces illustres exemples.

*
**

Un signe infaillible qu'une science n'est pas constituée, c'est quand elle est encore une sorte de propriété commune. Nul portier n'hésitera pas à définir ma maladie, à indiquer sa cause, à prescrire le remède et à prédire l'issue; il s'en croit le droit et paraît l'avoir, car on n'hésitera pas davantage à écouter sa sentence et souvent à la suivre. Cette position de la médecine est celle qu'elle avait il y a deux mille ans.

*
**

Vita brevis, ars longa, experientia fallax, judicium difficile. Ce premier mot de la science médicale est fort beau, mais il n'est pas encourageant; et on a lieu d'être surpris qu'après avoir écrit ce premier aphorisme, Hippocrate ait pu écrire le second. Il faut croire que le maître des maîtres l'aura ainsi placé en tête de tous les autres pour leur servir de passeport et d'excuse. Il a voulu nous avertir qu'il ne fallait ni prendre les siens sans compter, ni en faire d'autres nous-mêmes sans y bien réfléchir. C'est à la fois une leçon de modestie et une règle de prudence qu'il nous donnait. Or, nous n'avons presque jamais bien compris, ce semble, ni l'exemple, ni le précepte. L'esprit médical, allant d'un extrême à l'autre, a constamment flotté entre un dogmatisme téméraire ou un lâche et énervant scepticisme. La médecine aurait donc besoin d'être soumise à une *critique*, analogue à celle que Kant a fait subir à la philosophie Par cette opération, cruelle sans doute, mais en définitive salutaire, elle perdrait beaucoup de ses prétentions ambitieuses et de ses droits usurpés, mais du moins elle verrait clair dans ses affaires, et pourrai vivre avec sécurité et honneur dans un domaine étroit mais incontesté. Jusqu'ici la médecine, science, art et profession, n'a eu que des détracteurs ou des apologistes, des croyants ou des incrédules; elle n'a été attaquée et défendue que par des raisons d'avocat; on a plaidé pour ou contre; il n'y a pas eu jugement. Mais où est le Kant qui pourrait et voudrait nous dire notre fait? Faut-il l'aller chercher dans quelque chaire ou dans une académie? Quelque part qu'il se trouve, il doit se montrer, car son temps est venu.

A quoi je réponds : Les fonctions constituent l'existence de l'homme, mais jamais les fonctions n'ont rien révélé sur son essence ou sa cause première.

Quant aux fonctions qui tiennent sous leur dépendance les conditions matérielles de l'existence : digestion, absorption, nutrition, etc., vous devez nécessairement convenir que la chimie a fait faire quelques progrès dans la connaissance des fluides animaux, du sang, du suc gastrique, de la bile, etc,; dans l'appréciation des phénomènes d'oxydation, de digestion, d'absorption, etc., et que par conséquent la science a pu de temps en temps soulever le voile qui couvre le grand problème de l'économie vivante. Et ce voile ne sera pas violemment abaissé devant les faits que vous voulez bien citer, tels que ceux-ci : « Un verre d'eau pure fait quelquefois vomir avec de grands efforts » une personne qui croit que cette eau est émétisée; la vue ou seule» ment l'idée d'un objet dégoûtant porte au vomissement; une con» trariété, une mauvaise nouvelle arrête tout à coup l'appétit et » trouble la digestion; une peur excessive produit quelquefois des » évacuations. »

Tout ceci rentre dans le système des passions dépendantes de la vie organique; mais c'est un édifice écroulé dont les décombres menacent de ruine la statue de l'illustre Bichat.

Tous ces cas doivent être rapportés au système nerveux, à l'influence nerveuse, à l'innervation; et c'est justement le système nerveux que nous n'avons pas voulu étudier, et qu'aucun chimiste n'a eu la prétention de soumettre au creuset du laboratoire pour en expliquer les fonctions.

§. — En reconnaissant que les substances diverses introduites dans l'estomac sont soumises à des élaborations chimiques, vous êtes encore de mon avis; et c'est à bon droit que vous vous élevez contre cette comparaison de l'estomac avec un vase inerte; mais vous avez tort de me faire honneur de cette comparaison, elle appartient tout entière aux vitalistes, et je ne l'ai acceptée qu'avec cette restriction : « Oui, l'estomac peut être comparé à une cornue, à la con» dition expresse de tenir compte de tous les éléments qui sont en pré» sence pendant le phénomène chimique si complexe de la digestion. »

Or ces éléments sont l'innervation, la température, les sucs sécrétés, les acides, les ferments, les carbonates et chlorures alcalins, la circulation, l'endosmose, etc. — Mais, direz-vous, ce n'est plus une cornue. — Justement, ce n'est plus une cornue de verre, un vase inerte, c'est un corps pourvu de tout ce qui est nécessaire à l'accomplissement des opérations digestives, opérations dont les chimistes cherchent à connaître et expliquer les phénomènes et non les causes.

Je ne crois donc pas plus que vous que l'estomac puisse être comparé à une cornue de verre, à un vase inerte. Mais quand j'aurais la sottise de le croire, il ne s'ensuivrait pas que les plus habiles chimistes doivent aussi être les meilleurs médecins : étrange conclusion dont je vous laisse toute la responsabilité, et qui n'a d'autre motif que de me jeter à la tête : « Avouez, mon cher confrère, que c'est là une opinion » que, par modestie, vous avez bien voulu garder pour vous. »

Je me borne à répondre que l'étude des phénomènes physiologiques ne peut être confondue par personne avec l'étude des désordres déterminés par la maladie; que la connaissance de l'anatomie, de la physiologie, de la chimie, de la physique, de la pharmacie, ne constitue nullement l'art médical, l'art de guérir; qu'il existe une grande différence entre le pharmacien et le médecin, entre celui qui prépare et celui qui applique. Et cependant le médecin descend souvent des hauteurs où il se tient, pour prendre, dans une modeste officine, des renseignements et même des conseils sur les matériaux qu'il doit employer, tout simplement parce qu'il n'a pas suffisamment étudié les éléments de son art.

§. — Je pense donc, monsieur, que, bien que chimiste, je suis parfaitement d'accord avec les vitalistes en professant que la vie est l'ensemble, la réunion des actes vitaux; qu'elle est la lutte continuelle et prolongée des lois de la nature individuelle contre celles de la nature universelle; qu'elle se manifeste par des fonctions et des actes qui constituent son existence mais nullement sa cause première; que l'estomac ne peut être comparé à une cornue qu'à la condition expresse de réunir dans cette cornue tous les éléments qui concourent à l'accomplissement des phénomènes de digestion.

II.

Jusqu'à présent je me suis appliqué à me maintenir dans le droit chemin, dont vous vous efforciez de me faire sortir, maintenant je vais chercher à préciser le véritable fond de la question, à déterminer les expressions dont il faudrait se servir pour se comprendre, et à montrer combien votre argumentation est étrangère à tout ce qui existe dans mon livre.

§. — Vous avez, il y a douze ans, publié un ouvrage ayant pour titre : ANALYSE PHYSIOLOGIQUE DE L'ENTENDEMENT HUMAIN ; vous y étudiez les facultés de l'âme, les opérations de l'esprit, les fonctions intellectuelles, en un mot, ce qu'il y a de plus immatériel, de plus insaisissable dans la vie.

Moi, depuis vingt ans, je cherche comment les corps qui, répandus dans la nature entière, existent également dans l'économie humaine, tels que oxygène, alcalis, acides, chlorures, ferments, métaux, etc., se comportent en présence de l'activité de la vie ; s'ils sont soumis à de nouvelles lois; s'ils forment des combinaisons différentes de celles qui se présentent ordinairement dans la nature; si ces combinaisons donnent lieu à des produits qui puissent être analysés ou imités par la science ; si, pour le rétablissement de certaines fonctions, il ne suffirait pas d'introduire l'élément chimique qui fait défaut. Tel est uniquement le sujet de mon livre; par conséquent, je m'adresse à ce qu'il y a de plus matériel, de plus saisissable dans le corps humain.

Comment, avec des études si différentes et si nettement tracées, avez-vous pu penser que j'empiétais sur votre domaine et que je portais défi aux vitalistes en niant une cause première, un principe vital?

Eh! d'abord, je pourrais dire comme Bichat : « Que nous importe la » connaissance de ces causes premières? Est-il besoin de savoir ce que » sont la lumière, l'oxygène, le calorique, etc., pour en étudier les » phénomènes? De même ne peut-on, sans connaître le principe de la » vie, analyser les propriétés des organes qu'elle anime? »

§. — Cependant il y a nécessité de s'entendre sur ces mots : *cause première, principe vital, force vitale.*

J'avoue que je ne puis comprendre à quoi vous appliquez le mot de principe : tantôt c'est une cause suprême qui conduit et dirige à

***

Ces deux tendances opposées, auxquelles s'abandonne la médecine, le dogmatisme et le scepticisme, sont inégalement et différemment fâcheuses. La première l'est surtout par ses conséquences pratiques. Le dogmatisme, en effet, poussé au *faciamus experimentum*, ce qui est très-redoutable lorsqu'il s'agit, comme disait Baglivi, de *pelle humanâ*. Le scepticisme, conduisant à l'inaction, est en général inoffensif, mais il est la mort de la science et de l'art, un suicide intellectuel. Ces deux vices alternent d'ordinaire; quand l'un sévit avec force l'autre s'affaiblit à proportion, jusqu'à ce que, poussé à bout par les excès de son antagoniste, il se révolte et reprend le dessus.

Le scepticisme peut aisément régner, pour ainsi dire, *incognito*. Il ne s'affiche pas, et pour cause; à moins cependant qu'il ne s'avise de se faire dogmatique, de se poser systématiquement, espèce de contradiction dont il y a plus d'un exemple. En général, il agit sourdement et en traître, tandis que le dogmatisme va le front levé et avec fracas. Du reste, la médecine, — à quoi servirait de le dissimuler? — est le terrain favori, le lieu d'élection du scepticisme. Simple accident dans les autres sciences, il est comme un produit naturel dans la nôtre. La plupart des mécréants systématiques de la médecine, qui ont fait quelque bruit, ont été des médecins. Sextus empiricus, Corneille Agrippa, Léonard de Capone étaient médecins; et c'est un médecin, le savant Sprengel, l'historien de la médecine, qui, de nos jours, dressait, sous le nom d'Arcésilas, un réquisitoire *in formâ* contre la science à laquelle il avait consacré les travaux de toute sa vie. Notons pourtant que son scepticisme, ainsi que celui de bien d'autres mécontents, n'était pas universel. Il gardait dans un coin de son cerveau une petite idole, la doctrine de l'*excitement*, c'est-à-dire le brownisme qui était, pour le quart d'heure, la divinité en crédit. Ainsi avaient fait avant lui, et ont fait après lui, ces fougueux réformateurs, Thémison, Galien, Paracelse, Stahl, Silvius, Cullen, Brown, Rasori, Broussais, qui prétendirent ne rien laisser debout dans la science, sauf, bien entendu, leur personnalité. Quoi qu'il en soit de ces contradictions, *quas parum humana cavet natura*, toujours est-il que les corps les plus meurtriers qu'ait reçus la médecine sont partis de tout temps de notre camp, et ce n'est pas non plus un simple effet du hasard, si le catalogue des philosophes sceptiques compte tant de médecins. Il n'y en a pas moins de six parmi ceux de l'antiquité dont les noms nous sont parvenus, et les premiers promoteurs du pyrrhonisme philosophique moderne, furent le médecin C. Agrippa, par son libelle *de incertitudine et vanitate scientiarum*, le médecin F. Sanchez, par son fameux *quod nihil scitur*, le médecin espagnol Martin Martinez, par sa *philosophia sceptica*. Ce ne sont pas là des rencontres fortuites. Elles ne montrent que trop l'affinité des tendances sceptiques avec l'étude et l'exercice de la médecine.

Aujourd'hui c'est probablement au scepticisme plutôt qu'au dogmatisme que nous avons affaire. On l'a bien vu dans les dernières discussions doctrinales à l'Académie. Mais pour relever la croyance scientifique défaillante, c'est un pauvre moyen que d'évoquer les spectres de doctrines vermoulues. Le scepticisme ne consentira pas, et à aura raison, à s'incliner devant ces mannequins. Il faut lui opposer, non pas de vieux mots et de vieux noms,

leur insu tous les êtres de la création ; tantôt c'est un esprit qui se répand de toutes parts et donne les mouvements à cette masse que l'on nomme la terre, et qui n'a pas besoin d'être intelligent par lui-même et d'avoir la conscience de ce qu'il fait, puis qui devient le principe de la vie ; tantôt c'est une loi vitale qui a précédé toutes les autres et qui les tient sous son influence ; enfin, c'est une première loi qui préside aux premiers actes de la germination.

Faut-il en conclure que Dieu et la création, le monde et les lois de la gravitation universelle, l'âme et sa manifestation dans l'homme, la vie des plantes et la germination, sont pour vous un seul et même principe ?

Pour moi comme pour tout le monde, il existe dans l'homme une cause première : *spiritus, mens, esprit, intelligence, archée, âme*. Et je vous laisse chercher, si bon vous semble, quels sont les liens qui unissent une substance immatérielle à un corps matériel.

Cette cause première se manifeste par des actes intellectuels et par des actes organiques : elle ne réside ni dans le cerveau, ni dans le cœur, ni dans le foie, ni dans le centre épigastrique, etc. ; elle a le système nerveux pour instrument des actes intellectuels, volontaires et sensitifs, et les différents viscères pour instruments des actes matériels propres à la conservation du corps.

Elle est parfaitement représentée par la définition de M. de Bonald : intelligence servie par des organes.

C'est ainsi que, sans être nulle part acte ou organe, elle préside à toutes les fonctions soit intellectuelles, soit organiques, dont l'ensemble constitue le phénomène de la vie.

Voilà pour la cause première : si vous voulez l'appeler principe vital ou force vitale et ne point donner à ces mots d'autre attribution, j'y consens et la discussion est terminée, car nous pensons tous deux une seule et même chose.

§. — Mais si, par extension ou par abus, vous appliquez le mot de *force vitale* à une force exclusive réservée aux êtres organisés, indépendante de toute loi, concourant à un certain but sans être la condition essentielle d'une série de phénomènes dépendants les uns des autres, se subdivisant dans chaque organe pour lui donner une vie particulière et presque intelligente, je persiste à soutenir que, dans cette acception, le mot de force vitale est vide de sens.

En effet, c'est par la force vitale que le foie secrète la bile, que l'estomac opère la digestion, que les reins séparent du sang les éléments de l'urine, etc. ; exactement de même que c'est par une force dormitive que l'opium fait dormir.

Et encore c'est par la force vitale que s'accomplit l'absorption : la force vitale donne aux pores une vie propre, une intelligence particulière en vertu desquelles ils s'ouvrent aux substances utiles et se ferment aux substances nuisibles (alors ils ne devraient jamais livrer passage aux poisons). Or, que penser de la force vitale des pores, quand il est prouvé qu'il n'existe point de pores, et que l'absorption s'effectue par un phénomène physique d'endosmose dont les lois sont parfaitement déterminées ?

Je suis donc bien dans mon droit de rejeter de pareilles forces vitales qui n'expliquent rien, et ne sont bonnes qu'à entraver la recherche de la vérité et à fournir matière aux discussions.

§. — Je ne parlerai pas, monsieur, des mouvements, des combinaisons de toute nature qui, selon vous, font passer la matière brute à la vie, de sorte que vous prêtez à des combinaisons de toute nature une énergie créatrice que les chimistes n'auraient jamais soupçonnée ; je ne relèverai pas non plus votre prédilection pour le système philosophique que vous développez avec complaisance, système qui ayant à l'avance tout prévu, tout coordonné, prive l'homme de toute liberté morale ; car je n'ai point la prétention d'être un psychologiste ni un métaphysicien, encore bien moins un chef d'école, j'ai voulu rester tout bonnement un pharmacien chimiste.

Je crois avoir prouvé que, en cherchant à démontrer que les lois de la nature subsistent dans l'organisme aussi bien que dans la matière inanimée et que les connaissances chimiques peuvent s'appliquer avec succès à l'étude des fonctions d'assimilation et de desassimilation, je n'ai nullement attaqué ni méconnu la cause première, l'essence même de la vie ; j'ai seulement rejeté l'hypothèse de force vitale ou principe vital inventée par les esprits paresseux pour s'exempter de toute recherche et explication scientifiques.

Je n'ose guère ajouter qu'en présence de ces explications si simples, l'argumentation dont vous m'avez fait l'honneur perd complétement son motif et tombe d'elle-même.

Je ne vous en suis pas moins reconnaissant de m'avoir fourni l'occasion de mieux développer ma pensée, et vous prie de me croire votre respectueux serviteur.

MIALHE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

QUELQUES PROPOSITIONS SUR LES FIBROMES OU TUMEURS FORMÉES PAR LES ÉLÉMENTS DU TISSU CELLULAIRE, AVEC DES REMARQUES SUR LA NOMENCLATURE DES TUMEURS (lues à la Société de Biologie dans une séance du mois d'octobre 1855) ; par M. A. VERNEUIL, agrégé à la Faculté.

Le meilleur moyen de s'entendre sur les choses consiste à s'entendre d'abord sur les mots.

A la suite de la présentation d'une tumeur fibreuse de la région cervicale, une discussion s'est engagée à la Société de biologie. M. Verneuil, qui l'avait provoquée, a formulé sa manière d'envisager le sujet dans les quelques propositions suivantes :

1° Toutes les tumeurs constituées par les éléments, parfaits ou imparfaits du tissu cellulaire, à l'état d'homogénéité ou de mélange, avec une petite proportion d'autres éléments anatomiques normaux, constituent au point de vue anatomique une famille très-naturelle.

2° On doit comprendre dans cette famille les tumeurs fibreuses, fibroplastiques, à éléments fusiformes ou à noyaux, fibro-colloïdes, fibrocelluleuses, fibro-vasculaires, les tumeurs dites fibroïdes, chondroïdes, desmoïdes, les sarcômes, les tumeurs fibro-nuclées, les *recurrent fibroid tumours*, les tubercules sous-cutanés douloureux, la plupart des névrômes, quelques exostoses dites fibreuses, quelques tumeurs de la peau, des indurations du tissu cellulaire sous-cutané (dans quelques cas d'éléphantiasis partiel) ou sous-muqueux, etc., etc.

---

mais une doctrine solidement édifiée sur les résultats et avec les matériaux de la science moderne et sur les principes d'une philosophie élevée et indépendante. Ce n'est qu'ainsi qu'on parviendra à faire au scepticisme sa part, au dogmatisme la sienne. La médecine, ainsi que la philosophie, est à ce prix.

*
**

En dehors des médecins, c'est-à-dire des faux frères, la médecine n'a guère eu à subir que les déclamations sans portée de quelques beaux-esprits, tels que Pline, Rousseau et Voltaire, et les épigrammes ou les satires des poetes ou des romanciers. Elle a facilement secoué ces traits légers qui ne dépassent pas l'épiderme. Parmi ces plaisanteries, il en est une dont je veux vous régaler parce qu'elle est bonne. Elle est en latin de cuisine, et n'en vaut que mieux :

Si vis sanari de morbo nescio quali,
Accipias herbam, sed quam vel nescio qualem,
Ponas nescio quò, sanabere nescio quandò.

*
**

Vous avez lu sans doute le joli petit livre de M. Flourens sur la *découverte de la circulation du sang*. Si vous ne l'avez pas lu, hâtez-vous de le faire. C'est un friand morceau de critique historique et scientifique, un bijou de grand prix par la matière, monté et ciselé par une main d'artiste.

Mais, à propos de découvertes, ne seriez-vous pas curieux de savoir ce que c'est, en général, que découvrir ? La question n'est peut-être pas aussi impertinente qu'elle en a l'air. M. Flourens ne paraît pas s'être avisé de la poser ; et c'est bien dommage, car il l'aurait certainement examinée et probablement résolue. Elle nous est cependant venue en la fantaisie en relisant son ingénieux opuscule.

Qu'est-ce que découvrir, inventer, dans l'ordre des sciences, des arts ? On s'accorde assez à dire que c'est *créer*, faire ou produire quelque chose qui n'était pas. Aussi est-ce le propre du *génie*. A ce compte, les inventeurs seraient en quelque façon des poëtes, — poete veut dire *faiseur*, — et, au temps jadis, en effet, les poëtes étaient appelés des *trouveurs* (trouvères, trobadori). Les trouveurs de la science ne pourraient qu'être flattés de ce rapprochement.

Il y a des degrés dans ce qu'on appelle les découvertes, et aussi des espèces. Toutes ne supposent pas la même force d'esprit, et l'une ne ressemble pas à l'autre. L'opinion ne tient pas assez compte de ces différences. Elle mesure, en général, le mérite de l'inventeur sur la valeur pratique de la découverte plutôt que sur sa valeur spéculative, comme produit de l'intelligence. Règle étroite et fausse ! car, sur ce pied, l'invention de la machine à tisser doit primer la découverte des lois du raisonnement, et Jacquart, *proh pudor !* prendre le pas sur Aristote ! Le philosophe Kant, grand connaisseur en tout genre de mérite et de science, estimait que la découverte des premiers éléments de la démonstration mathématique est plus glorieuse pour son auteur (qu'il s'appelât Thalès ou de tout autre nom), que celle du fameux cap d

3° La multiplicité extrême des dénominations qu'on trouve dans les auteurs et même dans les plus modernes est fâcheuse, en ce qu'elle tend à faire méconnaître les affinités étroites qui lient toutes les tumeurs homœomorphes de nature fibreuse. Si nombreux que soient ces mots, ils sont encore insuffisants pour qualifier les variétés innombrables de siége, d'apparence extérieure, d'évolution clinique, etc. Augmenter encore ces dénominations, non-seulement serait sans avantage pour l'anatomie pathologique et la pratique, mais n'aurait pas d'autres résultats que de surcharger la mémoire et d'obscurcir les descriptions. Il importe, au contraire, de restreindre le plus possible la synonymie, en ne conservant qu'un nom générique commun à toutes ces tumeurs, puis un petit nombre de dénominations pour les espèces; en ajoutant à ces mots un adjectif qualificatif, à sens bien arrêté, puis la désignation du siége anatomique, on pourrait sans néologisme définir avec toute la clarté désirable la totalité des productions pathologiques qui nous occupent.

4° Il y aurait lieu de faire à cet égard une réforme de langage analogue à celle qui a été si profitable à l'étude du cancer et qui consisterait à adopter un nom générique quelconque; celui de fibrôme, par exemple, qui a déjà été employé dans ce sens, me paraîtrait acceptable; il se rangerait par sa terminaison à côté d'autres mots dont l'usage est vulgaire, et qui s'appliquent également à un développement exagéré d'éléments anatomiques et de tissus simples. Je rappelle les qualifications d'épithéliomes, de lipômes, d'enchondrômes, de névrômes, etc.

5° Ce n'est pas seulement au point de vue de la pathologie générale et de la taxonomie que la formation d'une famille générale des fibrômes est nécessaire, elle est exigée également par l'anatomie pathologique elle-même; en effet, si on persiste à distinguer radicalement les tumeurs fibreuses proprement dites, les tumeurs fibro-plastiques, les tumeurs colloïdes, etc., etc., on sera arrêté à chaque instant par des difficultés insurmontables, et une tumeur étant donnée, il sera souvent impossible de savoir s'il faut la ranger dans une des classes artificielles que l'on aura créées; à chaque instant l'histologie donnera un démenti à l'apparence extérieure, et réciproquement. Il est tout aussi impossible de conclure de la composition anatomique à l'issue probable du mal, c'est-à-dire d'adopter pour bases de distinction la malignité et la bénignité. S'il est vrai que les tumeurs fibreuses pures soient en général moins funestes que les tumeurs fibro-plastiques; s'il est vrai que les tumeurs colloïdes soient moins sujettes que les précédentes à récidiver, à se généraliser; si elles déterminent ordinairement moins de désordres de voisinage, on ne peut que tenir compte de ces particularités, mais nullement s'en servir comme de bases de classification, tant les exceptions qu'elles comportent sont nombreuses.

De tous les modes de distinction dichotomiques, la division des tumeurs en malignes et bénignes est certainement une des moins sûres, des plus hasardeuses, comme la clinique le montre tous les jours, et comme nous avons cherché à le démontrer dans une autre occasion.

6° Il est un fait qui tend encore à effacer les barrières qu'on élève entre les tumeurs fibreuses et les tumeurs fibro-plastiques; si ce fait n'a pas été souvent constaté, si la démonstration n'en est pas péremptoire, au moins il est assez évident pour qu'on en tienne un grand compte : je veux parler de la composition anatomique différente d'une même tumeur à différentes phases de son développement. Je ne veux pas aborder ici les questions de savoir si les éléments fibro-plastiques se transforment toujours en fibres de tissu cellulaire et si toute tumeur fibreuse a inévitablement passé par la phase fibro-plastique. Je suis convaincu du contraire, et je crois que certaines tumeurs sont, restent et resteront fibro-plastiques depuis leur apparition jusqu'à leur développement le plus avancé. Je crois aussi que des tumeurs fibreuses si *jeunes*, si peu volumineuses qu'elles soient, sont et seront toujours fibreuses, ce qui revient à dire que les fibres de tissu cellulaire peuvent s'organiser directement dans un blastème amorphe et sans passer par l'état fibro-plastique. Mais dans d'autres cas on ne peut méconnaître les changements qui surviennent dans une même production, changements en vertu desquels une tumeur manifestement fibreuse en certains points ou destinée à devenir principalement fibreuse renfermera dans son intérieur une très-grande quantité d'éléments fibro-plastiques, si elle s'accroît très-rapidement, si elle est très-vasculaire, si elle existe chez un sujet jeune, si elle est en état de récidive, etc., etc.

Il peut être utile de fournir quelques exemples. J'ai examiné récemment un polype fibreux de la base du crâne implanté sur l'apophyse basilaire et envoyant des prolongements dans le pharynx, les fosses nasales, l'orbite, etc., etc. C'était bien là un exemple de ces polypes si rebelles, si funestes, connus sous le nom de polypes fibreux du pharynx. Or en général ces tumeurs sont composées de tissus fibreux pur; elles sont ordinairement très-dures, très-adhérentes, d'un blanc nacré à la coupe, criant sous le scalpel, offrant en un mot tous les caractères de la tumeur fibreuse classique. Ces tumeurs ont de coutume un accroissement peu actif; elles grossissent lentement, et lorsqu'on les opère, elles datent fréquemment de plusieurs années.

Dans le cas que j'ai examiné, le tissu était fibreux à l'œil nu; mais cependant il était rosé, parcouru par des vaisseaux très-abondants, assez peu cohérent en certains points pour devenir presque friable entre les doigts, et l'examen microscopique y distinguait une très-grande proportion d'éléments fibro-plastiques, nucléaires et fusiformes, et les parties fibreuses elles-mêmes traitées par l'acide acétique renfermaient beaucoup de noyaux placés bout à bout et juxtaposés; dans d'autres points de la tumeur le tissu fibreux était beaucoup plus pur et formait des faisceaux entre-croisés et fortement serrés les uns contre les autres; ailleurs les mailles de cette trame fibreuse interceptaient des espaces remplies de matière colloïde amorphe parsemée de noyaux libres.

La tumeur était donc au moins autant fibro-plastique que fibreuse, mais il est important de remarquer que son début ne remontait guère au delà de quatre mois, que l'accroissement avait été très-rapide, que le volume était énorme eu égard à sa durée, et que la rapidité des progrès était attestée par la destruction, l'enfoncement des lames osseuses de la plupart des cavités correspondantes de la face.

L'enfant était jeune, il avait 8 à 10 ans : il mourut sans avoir été opéré, par le seul fait de cette tumeur. Il est difficile de ne pas voir une relation intime entre la composition anatomique et la marche de la maladie. Avec une évolution plus lente, la tumeur eût été sans doute fibreuse, comme le sont ordinairement les polypes de la base du crâne. Peut-être si la mort n'était pas survenue, la tumeur devenant de plus en plus vasculaire et envahissante, aurait-elle présenté plus complété-

---

Bonne-Espérance pour Barthélemy Diaz et Vasco de Gama. S'il est vrai que Galien soit l'inventeur de la quatrième figure du syllogisme (1), cette curiosité logique fait certes plus d'honneur à son esprit et à l'esprit humain, que la découverte du muscle poplité, du tron de Botal et des *nates* et *testes*.

Tel a découvert une planète, un nouveau corps simple ou censé simple, un ganglion nerveux microscopique, et s'est fait un nom pour cela, qui n'y a guère mis plus du sien que le laboureur qui, en creusant la terre, trouve une médaille ou une terre cuite antique. Ces espèces de découvertes s'appelleraient mieux des rencontres, des trouvailles. C'est un peu ainsi que Colomb, croyant aller en Asie, tomba sur l'Amérique.

Dans l'ordre spéculatif, scientifique, la découverte gît dans l'*idée*. Les faits ne sont rien, car, en eux-mêmes, ils ne valent qu'autant qu'ils expriment, manifestent, réalisent l'idée. L'idée ne vient donc pas, comme on le ressasse sans cesse, à la suite des faits, et à titre de simple corollaire; loin de là, les faits ne sont des faits que par la signification que leur donne l'idée.

Il est pourtant d'usage parmi nos savants, tous bons baconistes, de dire que la théorie doit suivre les faits et non les faits la théorie. Cette formule est passée à l'état d'axiome; elle est comme l'A, B, C de la logique scientifique. Elle est cependant très-contestable en principe et, en fait, l'exemple des théories dont l'esprit humain fait le plus volontiers parade (le système copernicien, la gravitation newtonienne, la circulation du sang, etc.), lui donnerait tort. Ce qui trompe en ceci, c'est qu'on confond la *démonstration* de l'idée avec sa *conception*. Il faut sans doute des faits pour démontrer l'idée, ou, en d'autres termes, il faut, pour que l'idée soit *vraie*, qu'elle soit *vérifiable*; mais vérifier n'est pas découvrir. La découverte est la conception du principe idéal, régulateur des faits. C'est là l'œuvre créatrice et architectonique de l'esprit.

Ce n'est donc pas précisément faire l'histoire d'une découverte ou invention que d'énumérer les ébauches plus ou moins informes qui l'ont précédée. Ces précédents, en effet, n'acquièrent une valeur, comme éléments ou jalons de la pensée nouvelle, qu'à la lumière fournie par cette pensée même. La connaissance des valvules des veines fut, dit-on, un acheminement à la théorie de la circulation. Rien de moins sûr. Il serait plus exact de dire que c'est l'idée de la circulation qui a fait reconnaître le rôle fonctionnel des valvules; et de fait, leur vraie fonction a été méconnue, même par leur inventeur, jusqu'à Harvey. C'est qu'Harvey avait, pour ouvrir la serrure, la clef qui man-

(1) C'est sur le seul témoignage d'Averroës que cette modification de la théorie aristotélique du syllogisme a été attribuée à Galien, dont tous les écrits sur la logique sont perdus. Il paraît qu'un de ces écrits vient d'être retrouvé dans un couvent du mont Athos. M. Daremberg se propose de traduire et publier ce petit ouvrage qu'il croit authentique, et dans lequel se trouvent quelques indications de la figure galénique. Nous saisissons cette occasion d'annoncer que le second volume des ŒUVRES DE GALIEN, depuis longtemps sous presse, paraîtra prochainement, et de prier notre savant et excellent confrère d'excuser le retard involontaire de la GAZETTE MÉDICALE dans le compte-rendu de son important et beau travail. Nous comptons réparer ce péché de paresse lors de la publication du second volume.

ment, au contraire, les caractères de la tumeur fibro-plastique.

J'ai vu à plusieurs reprises des tumeurs offrant le même siége, ayant eu à peu près la même marche, et qui différaient à peine par les détails de durée, d'origine, etc. Leur aspect extérieur était presque le même, et pourtant de ces tumeurs, les unes étaient franchement fibreuses, les autres nettement fibro-plastiques. Tout portait à considérer les maladies comme identiques ou au moins comme très-analogues, et à mettre les détails de structure au second rang. M. Denonvilliers m'adressa, l'an dernier, une tumeur de la pulpe du doigt, développée dans le tissu cellulaire sous-cutané. Cette production adhérait à peine aux os et aux tendons fléchisseurs, elle soulevait la peau, qu'elle avait même perforée par pression de dedans en dehors; elle était entièrement composée de noyaux fibro-plastiques et d'éléments fusiformes libres ou seulement juxtaposés sans cohésion. (Voir à la fin du mémoire obs. A.) M. Huguier me remit, dans ces derniers temps, une tumeur ayant le même siége, les mêmes rapports, les mêmes signes: l'apparence extérieure était un peu différente, le tissu, plus homogène, résistait au scalpel. L'examen microscopique montrait un tissu fibreux, bien développé, avec quelques rares éléments fibro-plastiques. (Obs. B.)

Autre exemple: Les tumeurs sous-cutanées douloureuses sont le plus souvent de nature fibreuse. J'en ai examiné deux, dans ces derniers temps, qui étaient entièrement composées de ce tissu. Mais une troisième me fut apportée; elle avait amené absolument les mêmes symptômes, identiquement les mêmes caractères extérieurs de couleur, de forme, de volume, sauf une résistance beaucoup moins grande, car elle se laissait presque écraser sous la pression forte des doigts, elle n'était guère constituée que par des éléments fibro-plastiques. Il était impossible de mettre en doute la similitude de ces cas et de ne pas reconnaître qu'on avait affaire à la même affection, malgré les différences de structure.

Notre savant collègue, M. Broca, cita un fait qui vient encore à l'appui. Dans une des observations les plus célèbres de généralisation de tumeurs fibro-plastiques arrivée après plusieurs récidives, il eut l'occasion de faire l'examen de la tumeur primitive et de la première récidive. Ces deux productions étaient purement fibreuses.

J'ai à mon tour examiné les derniers produits, et entre autres les dépôts de la plèvre et du poumon. Ils étaient essentiellement composés d'éléments fibro-plastiques. La conclusion est facile à tirer; il est possible que si la diathèse se continue après l'extirpation d'une première tumeur à structure fibreuse, les manifestations secondaires affectent les caractères du tissu fibreux embryonnaire, c'est-à-dire du tissu fibro-plastique.

Sans multiplier, comme il serait facile de le faire, les exemples de ce genre, ne voit-on pas combien est artificielle la distinction entre les tumeurs fibro-plastiques et les tumeurs fibreuses, et les efforts qu'on tente dans ce sens ne rappellent-ils pas les difficultés qu'on avait à distinguer le squirrhe de l'encéphaloïde, le cancer cru du cancer mou ou ramolli, l'encéphaloïde du fongus hématode, etc., etc.? On sait de nos jours de combien de manières toutes ces variétés de cancer peuvent se combiner, et l'on n'attache qu'une importance relative à ces divisions, qui ont tant préoccupé les anatomo-pathologistes du commencement de ce siècle.

7° La famille des fibrômes étant établie, il est utile et il devient commode de former des genres et des espèces fondées sur la composition anatomique, c'est-à-dire sur la proportion plus ou moins considérable de tel ou tel élément constituant. Il convient aussi de tenir compte de l'association de divers tissus aux éléments dérivés du tissu cellulaire, ce qui donne naissance à des tumeurs mixtes formant la chaîne entre les fibrômes et d'autres familles, comme les enchondrômes, les lipômes, les adénômes, les exostoses.

8° Les éléments constituant des fibrômes sont donc de trois espèces:

1° Éléments essentiels ou fondamentaux,
2° Éléments accessoires,
3° Éléments associés.

Ces derniers manquent ou sont en quantité très-minime dans les fibrômes vrais. Quand, au contraire, ils prédominent, la dénomination de la tumeur doit changer et les éléments du tissu cellulaire deviennent à leur tour associés ou accessoires. Nous en dirons un mot plus loin.

9° Les éléments essentiels sont des noyaux fibro-plastiques, des cellules fibro-plastiques, des corps fusiformes avec ou sans noyau, puis des fibres réunies en masse fibroïde ou en faisceaux plus ou moins distincts et isolés, rectilignes ou flexueux, serrés ou lâchement entrelacés, de manière à circonscrire des aréoles, puis enfin une matière ou espèce de suc interstitiel, plus ou moins gélatiniforme et visqueux, transparent, incolore ou opalin et légerement rosé; je n'ai pas besoin de décrire ces divers éléments, n'ayant pas l'intention de tracer ici l'histoire des fibrômes.

Les éléments accessoires sont des vésicules adipeuses, des gouttelettes ou des granulations graisseuses, du sang épanché, des corpuscules granuleux de l'inflammation, des fibres élastiques, ordinairement rares, puis des vaisseaux. La vascularité est extrêmement variable, et suivant qu'elle est plus ou moins marquée, les aspects extérieurs des produits morbides sont très-différents. Le nombre des vaisseaux a également une influence bien marquée sur la marche de la maladie. La vascularisation exagérée paraît être, suivant M. Michon, un phénomène fréquent des tumeurs fibreuses du périoste, qui prennent plus ou moins tardivement les caractères des tumeurs pulsatiles improprement appelées anévrismes des os. (Société de chirurgie, 1855.)

Les éléments associés sont ou bien des vestiges de l'organe dans lequel le fibrôme s'est développé (1), ou bien l'indice d'une hypertrophie concomitante des éléments de cet organe. Ils sont très-variables: je puis citer les tissus nerveux, osseux, cartilagineux, glandulaire, les cytoblastions, etc., etc.

10° Les fibrômes vrais ne renferment parfois que des éléments essentiels et à peine quelques éléments accessoires. Certains d'entre eux sont même presque absolument homogènes, c'est-à-dire que leur masse entière est composée de la même variété de tissu fibreux au même degré de développement. Ainsi j'ai vu des tumeurs du derme dans

(1) C'est de cette manière que du tissu fibreux ou cellulaire peut entrer dans les fibrômes comme élément associé et préexistant au dépôt pathologique.

---

quait à Fabrice d'Acquapendente. Ces antécédents font bien partie de l'histoire de la science, mais non de l'histoire de la découverte.

M. Flourens, dans son excellent petit livre, a fait l'histoire de LA CIRCULATION DU SANG, mais a-t-il fait celle de la découverte de Harvey? Il semble supposer qu'on n'est arrivé là que pas à pas, par pièces et morceaux. Césalpin a vu ceci, Colombo cela, Fabrice une autre chose, Servet une autre encore..., très-bien! Mais l'*idée!* cette idée que le sang, formé de l'aliment, versé dans la cavité droite supérieure du cœur, en sort par la cavité inférieure du même côté, passe de là, après avoir traversé les poumons, dans la cavité supérieure gauche, de celle-ci dans la cavité inférieure, puis de là par les artères jusque dans les dernières ramifications du réseau capillaire, et puis enfin de ce réseau revient par les veines dans la cavité droite du cœur à son point de départ; cette conception d'un mouvement circulaire du sang dans un système continu de canaux revenant sur eux-mêmes, qui l'a eue le premier? qui, le premier, l'a explicitement formulée avec la pleine conscience de son contenu et de sa vérité? c'est celui-là, et celui là seul qui a connu et fait connaître la circulation du sang. Les autres, à parler rigoureusement, n'en ont su ni beaucoup, ni peu. Probablement même ils l'auraient niée, si elle leur avait été présentée comme une conséquence de leurs propres travaux. Harvey lui-même ne nia-t-il pas les vaisseaux chilifères (*lactés*) d'Aselli, et le réservoir de Pecquet, qui n'étaient au fond que des compléments du mécanisme circulatoire, des confirmations de sa théorie générale?

Il y parut bien lorsque Harvey annonça sa découverte. Malgré tous ces prétendus précurseurs, il ne rencontra d'abord que des incrédules et des opposants. Ce n'est que plus tard, lorsqu'il fallut se rendre à l'évidence, qu'on retrouva la circulation partout, dans Fabrice, dans Colombo, dans Césalpin, dans Servet, dans Fra Paolo Sarpi, et jusque dans Galien et Érasistrate. C'est là la marche ordinaire. Tout inventeur vivant doit s'attendre à être d'abord nié, puis volé au profit des morts. M. Flourens remarque, en vingt endroits, et non sans quelque amertume, ces protestations de l'ignorance contre la vérité, ces dénis de justice à l'égard du génie. Il a raison, car rien ne choque l'intelligence et le sentiment moral comme l'erreur obstinée et envieuse, qui repousse la lumière en haine de celui qui porte le flambeau. Mais ce n'est pas toujours, ni même le plus souvent par des motifs intéressés que les plus belles découvertes sont d'ordinaire méconnues, combattues, repoussées. Cette opposition a des causes plus générales, plus profondes, nécessaires, et par conséquent, jusqu'à un certain point, légitimes. Il y a toujours, dans le milieu scientifique où se produit une idée nouvelle, des motifs plus ou moins valables de résistance. Les inventeurs ne sont communément ni modestes, ni modérés, ils sont exigeants, impérieux, contempteurs et censeurs. Or les hommes veulent bien être instruits, mais non humiliés, et il est naturel qu'ils n'acceptent pas volontiers une science qu'on leur présente explicitement comme une démonstration de leur ignorance. En outre, il y a des faux prophètes dans la science comme ailleurs, et tout ce qui est nouveau n'est pas pour cela nécessairement vrai. Toutes les vérités sont combattues! Sans doute, mais toutes les erreurs le sont aussi. Ce n'est pas comme vérités, c'est comme nouveautés qu'on les suspecte et qu'on les repousse. Ce n'est même pas d'ordinaire l'élite des esprits qui s'échauffe rapidement et prend parti

lesquelles on ne trouvait absolument rien antre chose que des fibres tout à fait semblables aux fibres du derme voisin. J'ai vu, par contre, des masses considérables uniquement constitués par des noyaux fibro-plastiques ou bien par des éléments fusiformes; dans d'autres, toute la masse solide ne montrait que des faisceaux fibreux, cohérents, rectilignes, très-difficiles à dissocier. Parfois la matière colloïde l'emporte tellement sur les éléments fibreux que ceux-ci ne jouent plus que le rôle de charpente ou de sac multiloculaire. Quand les tumeurs sont ainsi très-homogènes elles sont ordinairement peu riches en vaisseaux; mais il faut bien qu'on sache que cet état homogène est sans contredit le plus rare.

11° Sans cesser d'être des fibrômes vrais, ces tumeurs peuvent être mélangées dans toute leur étendue ou dans certaines parties d'éléments accessoires, tels que des granulations graisseuses, des corpuscules granuleux, des épanchements sanguins, etc., etc. Cette addition n'est souvent que la suite des complications qui sont survenues pendant le cours de la maladie. Ainsi, dans quelques fibrômes anciens, à marche lente et ayant été à plusieurs reprises le siége de douleurs et de phénomènes inflammatoires, on trouvera non-seulement des corpuscules granuleux, mais encore une infiltration graisseuse des éléments fibro-plastique ou de la gangue fibroïde qui compose la production morbide. (V. obs. D.) Cette accumulation de matière grasse changera l'aspect du tissu de manière à faire croire, dans quelques cas, à des dépôts tuberculeux, cette apparence, que M. Lebert a décrite sous le nom de *matière phymatoïde*, n'est pas propre au cancer ni aux tumeurs des glandes, elle se rencontre en une foule de cas, et je l'ai observée en particulier dans un cas d'enchondrôme.

12° Les tumeurs fibro-plastiques sont exposées, dans des cas rares, il est vrai, à un travail de ramollissement. Ce changement d'aspect n'est pas toujours, comme on le croyait autrefois, le signe d'une inflammation antécédente, il résulte tout simplement du fait de l'acte de désassimilation qui liquéfie spontanément les éléments anatomiques dont la nutrition ne s'effectue plus. D'où il suit que la cohésion du tissu peut diminuer beaucoup par place, et permettre ainsi des ruptures vasculaires, des épanchements sanguins interstitiels ou en foyer, en un mot, de véritables apoplexies ou des suffusions sanguines. Il n'est pas rare de rencontrer ces lésions surajoutées dans l'intérieur des fibrômes. On doit encore reconnaître que des contusions, des frottements, des irritations survenues, par exemple, à la suite de ponctions exploratrices, peuvent amener le même résultat. (V. plus loin l'obs. de M. Larrey.)

Je dois ranger encore, parmi les éléments accessoires ou accidentels, divers dépôts terreux ou calcaires auxquels on donne le nom improd'ossifications. Des circonstances de durée, de marche, donnent communément l'explication satisfaisante de cette addition.

13° Une association assez commune dans les fibrômes consiste dans la présence de cavités kystiques remplies ou non de liquides et situées soit au centre, soit à la périphérie de ces tumeurs. L'aspect en est quelquefois très-modifié. Il est facile de se rendre compte de ces mutations. Le tissu fibreux ou fibroïde, qui est la base des tumeurs qui nous occupent jouit en général d'une grande cohésion : fibres, noyaux, éléments fusiformes, sont souvent très-serrés les uns contre les autres, mais parfois aussi ils sont lâchement unis et très-mobiles; il se présente alors deux cas : ou les interstices sont remplis par une matière amorphe très-consistante, visqueuse, colloïde, qui est emprisonnée dans les mailles fibreuses, et ne diminue que peu la consistance générale de la masse, ou bien cette matière interposée est très-ténue, fluide comme la sérosité qui infiltre le tissu cellulaire dans l'œdème, et alors les fibres lâchement unies sont susceptibles de se déplacer très-aisément les unes sur les autres. Dans des circonstances semblables, j'ai vu des tumeurs fibreuses présenter une fluctuation fausse, il est vrai, mais si trompeuse, qu'on n'hésitait pas à reconnaître une tumeur liquide. L'exemple le plus frappant m'en a été fourni par une énorme tumeur fibreuse développée sur la lèvre antérieure du col utérin; plusieurs accoucheurs très-distingués, croyant reconnaître une fluctuation très-manifeste, firent sans succès, bien entendu, des ponctions avec le trocart.

Je pus faire l'examen de cette pièce et la trouvai uniquement constituée par des faisceaux de tissu cellulo-fibreux; mais ces faisceaux, très-lâchement unis ensemble, formaient un tissu aréolaire à larges mailles abreuvées de liquide, et se déplaçant les unes sur les autres avec la plus grande facilité. On aurait dit d'une masse de tissu cellulaire qui aurait depuis plusieurs jours macéré dans de l'eau albumineuse. La tumeur, étendue sur une table, était comme diffluente et fuyait sous la pression, et cependant elle résistait très-bien à la déchirure, et cependant le liquide interstitiel n'était nulle part réuni en collection, ce qui explique comment les ponctions n'avaient amené aucune diminution dans le volume. (Obs. C.)

Dans certains cas, cette dissociation des faisceaux fibreux peut aller plus loin et permettre la formation d'aréoles, de lacunes plus ou moins spacieuses, plus ou moins bien limitées et régulières, et dans l'intérieur desquelles du liquide peut s'amasser. Il en résulte des collections liquides interstitielles susceptibles à leur tour de présenter tous les aspects qu'on rencontre, par exemple, dans les véritables hygromas du tissu cellulaire sous-cutané. J'ai eu l'occasion d'observer tout récemment un cas de ce genre : une énorme tumeur fibro-plastique sous-mammaire présentait dans son intérieur des lacunes, véritables géodes remplies de sérosité un peu visqueuse. J'ai reconnu sans peine leur mode d'apparition.

Quant aux cavités kystiques périphériques vides ou remplies de liquide, elles sont très-communes autour des tumeurs fibro-plastiques ou fibreuses; elles sont l'effet des frottements, de la mobilité, de la consistance des fibrômes qui creusent, dans le tissu cellulaire voisin, des cavités par un mécanisme tout à fait analogue à celui qui donne naissance aux bourses séreuses sous-cutanées. J'ai étudié les faits de cet ordre (Massot, thèse de Paris, 1854, DES HYGROMAS PROFONDS OU DES KYSTES SÉREUX QUI COMPLIQUENT LES TUMEURS), et j'ai démontré que les tumeurs qui nous occupent réalisent précisément à un très-haut degré les conditions qui président à la formation de ces lacunes du tissu cellulaire.

14° Pour ne pas étendre à l'infini cette simple note, qui serait, par ses développements, l'objet d'un long et intéressant travail, je ne dirai qu'un mot des éléments que j'ai dit *associés*. Les tissus fibreux et fibro-plastiques peuvent se développer ailleurs que dans le tissu cellulaire, et dès lors les fibrômes peuvent renfermer soit des filets nerveux, soit des culs-de-sac glandulaires, soit des ossifications, soit des fibres musculaires, etc., etc. On peut dire en général que le développement exa-

---

pour une découverte. Ce sont les faibles, les ignorants, les mêmes qui font la fortune des faux systèmes et forment la clientèle des fous ou des charlatans. Il ne faut donc pas tant honnir et injurier les opposants. Riolan, que Thomas Bartholin appelait *maximus orbis et urbis parisiensis anatomicus*, n'était ni un ignorant, ni un sot, et les *circulateurs* n'étaient pas tous des aigles!

L. PEISSE.

— Par décision du 19 janvier, les concours pour la nomination d'un certain nombre de chirurgiens de marine, qui doivent s'ouvrir le 1er avril prochain, auront pour objet :

A Brest, 5 places de chirurgien de première classe, dont une pour la Guyane; 9 de chirurgien de deuxième classe; 9 de chirurgien de troisième classe, dont une pour la Martinique et 2 pour le Sénégal.

A Toulon, 2 places de chirurgien de première classe, dont une pour Mayotte; 7 de chirurgien de deuxième classe, dont une pour la Guadeloupe et une pour le Sénégal; 7 de chirurgien de troisième classe.

A Rochefort, 2 places de chirurgien de première classe; 3 de chirurgien de deuxième classe, dont une pour le Sénégal; 3 de chirurgien de troisième classe, dont une pour le Sénégal.

— M. le docteur Auguste Millet, professeur suppléant à l'école de médecine de Tours, vient d'être nommé chevalier de l'ordre de Léopold de Belgique.

— La librairie de J.-G. Calve, à Prague, est chargée d'offrir un prix de la valeur de 1,100 francs pour le meilleur mémoire examinant d'une manière critique et raisonnée une série de propositions sur la cause, la nature, le traitement, les préservatifs du *choléra* et sur l'acclimatement progressif du choléra-miasme, tirées d'un ouvrage (publié en allemand) par M. le docteur G.-J. Heidler) médecin des eaux de Marienbad. Cet ouvrage est intitulé VERSUCHES EINES NEUEN EMPIRISCHEN BEGRÜNDUNG DER CHOLERA-WISSENSCHAFT (Essai de fonder une nouvelle science du choléra, basée sur l'empirisme).

Les médecins ou savants qui voudront concourir pour ce prix trouveront un programme détaillé indiquant les propositions en question et les conditions plus particulières du prix au bureau de la GAZETTE MÉDICALE.

Les mémoires, écrits en français, anglais, allemand ou italien, doivent être adressés avant la fin du mois de juillet 1856.

— M. le docteur G. Marchand, médecin adjoint de l'asile des aliénés, est nommé professeur de médecine légale à l'école de médecine de Toulouse, en remplacement de M. Caussé, démissionnaire.

géré que l'hypergénèse des éléments du tissu cellulaire donne le plus souvent lien à l'atrophie, à la disparition plus ou moins complète des autres tissus, et, en un mot, à une substitution plus ou moins radicale. Cependant l'hypertrophie peut porter simultanément sur deux éléments, comme cela s'observe par exemple dans le lipôme ou dans certaines tumeurs fibreuses du périoste; dans ces dernières, il est commun de voir le travail de l'ossification envahir des portions très-étendues du fibrôme périostique.

M. Gosselin montrait dernièrement à la Société de chirurgie une tumeur de la région parotidienne qui renfermait à la fois beaucoup de tissu fibreux, des culs-de-sac glandulaires, sans donte provenant de la parotide, et enfin des masses cartilagineuses très-notables.

Même complexité pour certaines tumeurs cutanées qui offrent un mélange de tissu adipeux et fibreux et de vaisseaux capillaires et veineux très-dilatés.

Nouvelle difficulté pour les névrômes qui renferment bien plus de tissu cellulaire ou fibro-plastique que d'éléments nerveux.

Le même embarras se présente pour les glandes. J'ai observé des ganglions lymphatiques qui étaient presque complétement fibreux. J'ai vu un ovaire gros comme la tête d'un enfant presque entièrement formé de tissus fibreux et fibro-plastique. Le même tissu se rencontre à la mamelle; il y a même une variété d'hypertrophie de cet organe dans laquelle la forme des culs-de-sac est conservée; mais ces culs-de-sac, généralement très-volumineux, sont complétement constitués par des éléments fibro-plastiques fusiformes, l'épithélium ayant tout à fait disparu.

Comment faire pour dénommer ces tumeurs mixtes dans lesquelles on ne rencontre que des tissus normaux ou, pour mieux dire, des éléments homœomorphes?

Comment faire encore pour désigner dans la nomenclature anatomique certaines tumeurs des gaînes tendineuses ou même des bourgeons charnus exubérants, dans lesquels on trouve un mélange de vaisseaux, de cytoblastions, de cellules d'épiderme, de globules de pus de matière amorphe?

Il y a là une difficulté réelle qu'il ne faut pas dissimuler, et qui nous met toujours devant les yeux la complexité si grande qui s'attache à toutes les études biologiques.

L'existence des tumeurs mixtes est très-fréquente, et c'est un point sur lequel, depuis bien longtemps déjà, j'appelle l'attention. Au point de vue de la nomenclature, une solution approximative de cette question est seule possible. On ne peut s'en tirer qu'en faisant entrer dans la dénomination deux mots, l'un indiquant l'élément hypertrophié, l'autre le système, dont un des tissus est hypertrophié. C'est ainsi qu'on peut appeler *fibrôme nerveux*, le névrôme; *fibrôme glandulaire*, l'hypertrophie glandulaire avec prédominance des éléments du tissu cellulaire; *fibrôme vasculaire*, certains nœvi à cloisons résistantes. On comprendrait bien également les mots *fibro-chondrôme*, *fibro-lipôme* (voir obs. E); si l'élément vasculaire était assez développé pour mériter une mention, on pourrait ajouter encore une épithète et dire *fibrôme périostique vasculaire*.

Sans faire de néologisme et en combinant seulement les mots vulgaires entre eux, on pourrait sans peine éviter une périphrase et caractériser clairement une tumeur. Si je disais, par exemple, fibrôme colloïde mammaire, ou fibro-névrôme nucléaire, je serais certainement plus court et tout aussi clair que si je disais tumeur fibro-colloïde de la mamelle, ou névrôme formé par des noyaux fibro-plastiques.

En supposant même que les dénominations ne soient pas beaucoup abrégées, il resterait toujours un avantage important, celui de créer les familles morbides, de rapprocher autant que possible ce qui peut et doit l'être, et de s'appuyer sur une unité de langage plutôt que sur une foule d'expressions et de termes variables et arbitraires.

Si tout le monde avait la bonne volonté de prendre les bases précédentes pour intituler les cas de tumeurs qui sont publiés; si chacun s'appliquait à perfectionner une nomenclature qui seule offre de l'avenir et de la clarté, il n'est pas douteux que le langage y gagnerait beaucoup, et qu'il serait surtout plus facile de rassembler les matériaux quand on voudrait composer l'histoire didactique des tumeurs. On verrait disparaître alors les vagues dénominations de polypes, d'engorgements, d'indurations, d'hypertrophies, d'exostoses; on cesserait de s'exténuer à trouver une définition supportable du mot *tumeur*, et quand on s'entendrait mieux sur les mots, il est probable qu'on serait moins éloigné de s'entendre sur les choses.

(La suite au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE LA DIPHTHÉRITE PAR L'EAU DE VICHY ET PAR LE BI-CARBONATE DE SOUDE; par C. BARON, médecin des hôpitaux.

En donnant des soins à une dame arrivée récemment de Vichy, où elle avait pris les eaux pendant six semaines, et affectée de pleuro-pneumonie, j'avais été frappé de voir que le sang tiré plusieurs fois de la veine, quoique d'un rouge très-foncé, ne se formait pas en caillot couenneux, mais conservait la consistance d'une bouillie molle et grumeleuse. Des causes susceptibles de donner lieu à cette anomalie, il m'avait semblé que la plus probable était l'action de l'eau de Vichy sur le sang.

Au printemps de l'année 1851, en traitant un garçon de 5 ans, affecté d'une diphthérite des fosses nasales du pharynx et des amygdales, j'eus l'idée de mettre à profit l'observation du fait précédent, et d'appeler à mon aide la vertu anti-plastique que j'avais reconnue à l'eau alcaline pour combattre la formation pseudo-membraneuse. Dans ce premier cas, toutefois, ne sachant encore si l'eau de Vichy serait efficace, j'employai aussi le traitement généralement usité pour la diphthérite, et en particulier la cautérisation. Mais celle-ci ne pouvait être appliquée que très-imparfaitement sur plusieurs des régions occupées par les fausses membranes. L'enfant guérit, quoiqu'une diphthérite aussi étendue que celle dont il était atteint, et ayant envahi les fosses nasales, soit toujours une maladie extrêmement grave.

Encouragé par ce résultat presque inespéré, je continuai à mettre en usage l'eau de Vichy dans le traitement des diphthérites, et je fus assez heureux pour obtenir la guérison de celles qui n'avaient pas envahi le larynx. Cependant, comme ces cas heureux n'étaient pas encore en assez grand nombre pour que, surtout dans une affection aussi grave, je me crusse déjà autorisé à agir avec moins de circonspection, je continuai à employer concurremment les autres moyens dont l'usage est habituel.

Espérant arriver plus promptement, par le concours de mes confréres, à la connaissance exacte du degré d'utilité de l'eau alcaline, j'insérai dans la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, numéro du 16 août 1851, une note par laquelle j'annonçais que j'avais employé plusieurs fois l'eau de Vichy dans le traitement de la diphthérite, et que ce moyen me paraissait utile; que les faits qui m'avaient amené à cette opinion n'étaient pas assez nombreux, pour que je me crusse autorisé à la regarder comme incontestable; mais, que j'espérais, en publiant le résultat de mes essais, engager quelques-uns de mes honorables confrères à les répéter, afin que l'on arrivât plus promptement à apprécier exactement la véritable valeur du moyen thérapeutique que j'indiquais.

Mon appel, je crois, ne fut pas entendu (1). Mais quoique privé du contrôle, et, je l'espérais, de la confirmation, que d'autres praticiens eussent donnés à mes expériences, en les vérifiant, je continuai néanmoins à administrer l'eau de Vichy dans la diphthérite, et j'eus lieu de m'en féliciter, puisque les malades ainsi traités guérirent.

Enhardi par un assez grand nombre de succès, je ne doutai plus de l'efficacité de l'alcali, et je hasardai alors de renoncer à l'emploi de la plupart des autres moyens. Je n'ai pas eu à regretter d'avoir modifié ainsi ma thérapeutique, car, depuis que les alcalins l'ont constituée presque intégralement, je n'ai perdu, dans ma pratique particulière, que deux malades.

L'un était une petite fille de 2 à 3 trois ans, née avant terme, fort chétive, souvent affectée d'inflammations intenses et tenaces des voies respiratoires, déjà malade depuis six jours lorsque je fus appelé auprès d'elle, et chez laquelle je constatai, dès ma première visite, des fausses membranes dans les fosses nasales et le pharynx, et à l'isthme du gosier. Encore, après trois et quatre jours de traitement, une amélioration très-sensible s'était manifestée, tant dans les symptômes généraux que dans les symptômes locaux, la formation couenneuse un s'était pas étendue au larynx, et il était permis d'espérer une terminaison favorable, lorsqu'à la suite d'un refroidissement dû à un peu de relâche dans la rigueur des précautions hygiéniques, de la part des pa-

(1) Cette communication resta ignorée même des médecins qui s'occupèrent de ce sujet; car M. J. Lemaire (DE L'EMPLOI DU BICARBONATE DE SOUDE COMME ANTIPHLOGISTIQUE, MONITEUR DES HOPITAUX, 1853, nos 83, 84, 85); et M. Marchal de Calvi (COMPTE RENDU DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, UNION MÉDICALE, 10 avril 1855. MÉMOIRE SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DE L'ANGINE COUENNEUSE, UNION MÉDICALE, 12, 15, 17 mai, 2 juin 1855), ne paraissent pas en avoir connaissance.

rents qui s'y croyaient autorisés par l'amélioration notable qu'ils reconnaissaient, une recrudescence survint et mit fin aux jours de la malade. L'autre insuccès se rapporte à un enfant de 3 à 4 ans, que l'on ne put soumettre au traitement par les alcalins que pendant trente-six ou quarante heures, et dont la mort, ai-je appris, fut déterminée par une épistaxis que l'on n'arrêta pas assez promptement.

Hors ces deux cas, je n'ai perdu, dans ma pratique particulière, aucun malade affecté de diphthérite, excepté, toutefois, ceux chez lesquels la formation pseudo-membraneuse avait déjà envahi le larynx lorsque l'administration des alcalins fut commencée. Il est facile de concevoir, en effet, que, dans cette dernière condition, la maladie est trop rapidement mortelle, pour que l'on ait le temps de modifier l'état du sang.

A l'hôpital, je n'ai pas été aussi heureux, parce que l'administration des médicaments et l'application des soins hygiéniques laissent beaucoup plus à désirer ; parce que la condition de séjour est bien moins favorable ; que, très-souvent, plusieurs enfants placés dans la même salle sont, en même temps, atteints de diphthérite, coïncidence qui donne à celle-ci une sorte de caractère épidémique, infectieux ou contagieux, et aussi parce que la forme adynamique est, proportionnellement, beaucoup plus commune à l'hôpital que dans la ville. Néanmoins, à l'hôpital, j'ai obtenu aussi une proportion de guérisons bien plus considérable par les alcalins que par les autres modes de traitement, et un assez grand nombre de malades ont guéri, qui, j'en ai la conviction, auraient succombé s'ils avaient été traités différemment.

C'est à l'eau de Vichy que j'ai d'abord eu recours. C'était l'alcalin le plus usuel, le plus simple. Plusieurs fois, n'ayant pas cette eau minérale à ma disposition, je l'ai remplacée par une solution de bicarbonate de soude dans un litre d'eau. Très-souvent j'ai employé, soit au lieu de l'eau de Vichy, soit simultanément, une potion de 60, 100 ou 120 grammes, contenant du bi-carbonate de soude. De cette dernière manière, on administre l'alcali dans un excipient peu abondant, ce qui est préférable lorsque la déglutition est difficile ou douloureuse, lorsque les enfants se refusent à boire, ou que l'on craint de fatiguer l'estomac par l'ingestion d'une trop grande quantité de liquide.

Je me suis abstenu d'administrer le sous-carbonate de soude, parce qu'il est trop irritant. Les carbonates de potasse et d'ammoniaque ont été employés avec succès par plusieurs médecins (1), et je suis disposé à les croire aussi très-efficaces. Mais je préfère le sel de soude qui se trouve normalement, en notable quantité, dans les humeurs de l'économie.

Je prescris, ordinairement, à prendre en vingt-quatre heures, une ou deux bouteilles d'eau de Vichy, suivant l'âge ; souvent, en même temps, selon l'intensité de l'inflammation et l'imminence du danger, une potion contenant 1 ou 2 grammes de bi-carbonate. Lorsque la potion est prise seule, elle contient de 3 à 6 grammes de bi carbonate, et lorsqu'il y a beaucoup de fièvre, lorsque l'inflammation est intense, ou étendue, ou rapidement envahissante, deux de ces potions sont données en vingt-quatre heures. J'augmenterais la quantité de bicarbonate si les urines n'étaient pas encore alcalines. Pour un adulte, la dose est de 4, 5, 6, 10 grammes. Elle doit être d'autant plus forte que la maladie est plus intense, et que son siége exige un plus prompt soulagement. Lorsque l'on a administré d'abord une forte dose, il est prudent de diminuer aussitôt qu'une amélioration notable est obtenue, afin de ne pas s'exposer à produire sur le tube digestif un malaise qui pourrait résulter de l'administration prolongée d'une dose élevée, et forcer à suspendre l'emploi du médicament. Dans la plupart des cas, je préfère une dose modérée qui amène doucement la guérison, sans fatigue pour le tube digestif. Les malades doivent boire souvent, afin qu'il passe incessamment dans le sang une certaine quantité d'alcali. On s'assure que ce passage n'est pas interrompu, en voyant une, deux ou trois fois chaque jour, et à différentes heures, si les urines sont continuellement alcalines. Il est bien de ne donner, à la fois qu'une petite quantité de boisson, afin que l'estomac n'éprouve aucune fatigue.

C'est ordinairement de vingt-quatre à soixante heures après le début du traitement que l'amélioration commence à se manifester, de cinq à dix jours après ce début, que la disparition complète des fausses membranes est obtenue. Cette guérison n'est pas ordinairement plus lente dans les cas d'inflammation intense que dans ceux d'inflammation modérée : il est vrai que, dans ces derniers, l'alcali est ordinairement administré à dose un peu moindre que dans les autres.

Il n'est pas très-rare de voir la maladie augmenter et les fausses membranes s'accroître pendant deux ou trois jours, malgré l'ingestion du sel de soude. Il faut, néanmoins, continuer l'emploi du médicament, augmenter un peu la dose, si les urines ne sont pas ou ne sont que très-faiblement alcalines. Peu à peu la médication altérante prend le dessus sur l'état morbide, et l'amélioration ne tarde pas se manifester.

La boisson alcaline est ordinairement continuée, à la même dose, pendant trois ou quatre jours au delà de la disparition complète de l'exsudation pseudo-membraneuse, et ensuite la dose est graduellement diminuée pendant trois ou quatre jours. Cependant, si la formation pseudo-membraneuse est suspendue sans qu'il y ait en même temps cessation de la fièvre, la quantité de l'alcali est un peu diminuée, deux ou trois jours seulement après la disparition des fausses membranes ; mais l'administration du médicament est continuée néanmoins tant que durent la fièvre et l'inflammation, et un peu au delà de leur cessation. Les cas de cette sorte ne sont pas, au reste, très-communs ; car ordinairement la fièvre cesse avant la disparition de la couenne.

Chez un petit nombre de malades qui ne pouvaient ou ne voulaient pas boire, j'ai remplacé les boissons par des lavements alcalins ; mais ce mode d'administration du médicament m'a paru insuffisant et plus infidèle.

C'est surtout dans la forme d'inflammation franche avec réaction générale prononcée, teinte rouge cerise des membranes enflammées, soit au-dessous, soit autour des couennes, turgescence des tissus, couenne dense, blanche, un peu saillante au-dessus de la surface de la membrane, chez les sujets doués d'une constitution sanguine, que le succès par les alcalins est le plus manifeste.

Le résultat est moins heureux lorsqu'il y a coïncidence d'adynamie, de cachexie ou d'une maladie chronique qui a affaibli le sujet ; lorsque celui-ci est faiblement constitué ; lorsqu'il y a prostration, mollesse, faiblesse ou petitesse du pouls ; quand les tissus enflammés présentent peu ou point de gonflement, la muqueuse autour des fausses membranes, une teinte violette, rouge brun ou lie de vin foncée ; quand la fausse membrane est grisâtre ou d'un gris noirâtre, terne, à surface inégale, peu saillante, déprimée, même, dans certains cas, molle, peu épaisse, couvrant un fond grisâtre, parsemé ou non de points rougeâtres ou gris noirâtre, violacé, bleuâtre, ou d'un rouge pâle, quelquefois une érosion superficielle. Quoique l'administration de l'alcali soit moins avantageuse pour cette dernière forme de diphtérite que pour la forme franchement inflammatoire, elle n'y est cependant pas inutile (1). Pour la forme adynamique, j'ai l'habitude d'administrer les alcalins à dose un peu moindre que quand la maladie est franchement inflammatoire, parce que l'état du sang semble indiquer cette modification de la thérapeutique (2).

Il y a aussi quelques légères modifications, suivant les différences de tempérament, de santé antérieure ou actuelle ; cependant aucune constitution, presqu'aucun état de santé antérieure ne contre-indiquent absolument l'emploi des alcalins. La diarrhée même, à moins qu'elle ne soit considérable, n'est pas une contre-indication absolue ; mais elle exige une quantité moindre de boisson alcaline qui, à faible dose, n'est pas relâchante. La diarrhée muqueuse contre-indique plus l'emploi du médicament que les autres formes de dirrhée. Pour les sujets qui, par le fait d'une maladie antérieure, vomissent fréquemment ou facilement,

(1) Caron, Czekinski, Wolf, Hellewag, Voss, Hufeland, Darfmuller (Marchal de Calvi, UNION MÉDICALE, 2 juin 1855).

(1) Plusieurs cas d'inflammations viscérales, traitées avec succès par M. J. Lemaire (loc. cit.), au moyen du bicarbonate de soude, se rapportent précisément à des individus faibles et délicats. Toutefois, et ces cas ne sont pas toujours faciles à distinguer de ceux de diphthérite adynamique, il n'est pas rare d'observer la diphthérite franchement inflammatoire chez des sujets d'une faible constitution ou affaiblis par des maladies antérieures. Alors les alcalins réussissent beaucoup mieux que dans la diphthérite véritablement adynamique.

(2) Il est probable que, dans la forme adynamique, la quantité de fibrine du sang est moins augmentée que dans la forme franchement inflammatoire, ou, peut-être, la fibrine a-t-elle seulement dans celle-là plus de tendance à se séparer des autres éléments du sang. La séparation plus facile des éléments du sang les uns des autres a été, en effet, reconnue dans plusieurs cachexies, diathèses, maladies générales, dans lesquelles il y a débilité de l'organisme. Dans la dernière hypothèse, je me demande si, dans la forme véritablement adynamique, il est préférable d'employer les alcalins ou les acides. C'est une question que je me propose d'étudier cliniquement.

Une présomption en faveur de l'augmentation de la quantité de fibrine du sang, dans la forme franchement inflammatoire, c'est que l'on trouve ordinairement alors, dans le cœur et dans les gros vaisseaux, des caillots fibrineux plus consistants et plus étendus que chez les enfants qui succombent à la plupart des autres maladies.

on devra préférer les potions contenant le bicarbonate de soude, à l'eau de Vichy. Il faut employer les alcalins avec réserve, chez les individus qui, par leur nature ou par le fait d'un état morbide général ou local, ont des hémorrhagies fréquentes ou faciles. C'est ainsi que le seul cas dans lequel je doive peut-être regretter d'avoir prescrit les alcalins, est celui d'un enfant que j'ai précédemment cité, et qui succomba à une épistaxis. Cet enfant, ai-je dit, ne prit d'eau de Vichy que pendant un très-court espace de temps, et il avait commencé à avoir des épistaxis avant l'administration de cette eau. Il ne serait donc pas juste d'accuser ce traitement d'avoir provoqué l'hémorrhagie. Mais comme l'administration des alcalins est susceptible de favoriser le développement de ce symptôme, je me serais sans doute abstenu de la prescrire, si l'existence de l'épistaxis eût été à ma connaissance. Dans un autre cas, chez un adulte, des sangsues furent appliquées à la région des malléoles, et donnèrent lieu à un très-abondant écoulement de sang, suivi, pendant plusieurs jours, d'une faiblesse assez prononcée. Le malade prenait en même temps de l'eau de Vichy, et n'en avait encore bu que les deux tiers d'une bouteille avant de mettre les sangsues. Si la petite quantité d'eau alcaline ingérée fut la cause de cette hémorrhagie, il faut conclure que ce médicament a une action bien promptement dissolvante sur le sang, et qu'il peut être médiocrement utile, même au début, d'associer les émissions sanguines aux alcalins; l'emploi de ceux-ci rend, ordinairement d'ailleurs, celui des autres superflu.

Au contraire, beaucoup de maladies concomittantes de la diphthérite, loin d'empêcher l'emploi des alcalins, sont elles-mêmes des indications favorables à cet emploi. Ainsi ces médicaments font aussi partie du traitement de la plupart des inflammations qui compliquent le plus souvent la diphthérite : je n'ai plusieurs fois administré contre des trachéites et des bronchites intenses, ou des pneumonies coïncidant avec la diphthérite, d'autres médicaments actifs que les alcalins. D'ailleurs j'étais, en général, dans ces cas, éloigné de recourir aux médications les plus ordinairement mises en œuvre contre ces inflammations, par la crainte de débiliter les sujets.

J'ai vu l'alcali produire un peu de diarrhée muqueuse, mais seulement dans quatre ou cinq cas, sans doute parce que je n'emploie pas ordinairement le médicament à dose assez forte pour que cet inconvénient puisse être commun. J'ai entendu, au reste, des médecins émettre l'opinion que cette diarrhée, loin d'être un inconvénient, devait être regardée comme avantageuse. Je ne partage pas cette opinion : cette diarrhée est le résultat d'une excitation ou légère inflammation de la muqueuse intestinale; j'administre l'alcali afin d'atténuer l'état inflammatoire du sang, et je craindrais d'agir contrairement à ce but en suscitant une nouvelle inflammation dans le tube digestif. De plus, il ne me semble pas rationnel de provoquer des inflammations chez des sujets chez lesquels l'holopathie diphthéritique tend à déposer ses produits, partout où une inflammation se développe. Je fonde aussi mon opinion sur ce que j'ai vu plusieurs fois l'affaiblissement résultant de la diarrhée spontanée ou artificielle être funeste dans cette affection, dans laquelle, au contraire, il est important de conserver les forces des malades. Enfin, la diarrhée peut avoir encore pour inconvénient de forcer à suspendre l'administration des alcalins.

Chez deux ou trois malades seulement parmi ceux assez âgés pour rendre compte de leurs sensations, l'eau de Vichy, soit à cause de sa composition, soit par suite de la quantité de liquide ingérée, détermina un peu de pesanteur à la région de l'estomac. Une fois seulement elle fut vomie. Dans ces cas, la potion avec le bicarbonate de soude la remplaça avec avantage.

Tels sont les seuls accidents, légers et bien rares, que j'ai observés. Chez presque tous les sujets, l'administration de l'alcali ne détermine aucune espèce de malaise. Il est difficile de supposer, d'ailleurs, que les alcalins soient nuisibles dans la diphthérite, car si l'on contestait leur vertu antiplastique (1), on ne pourrait, du moins, se refuser à admettre leur efficacité comme antiphlogistique, prouvées par les expériences cliniques de Mascagni (2), de MM. Gendrin, Prévost (de Genève), Lebert (3), J. Lemaire, et de plusieurs autres praticiens.

Les inconvénients presque nuls de l'alcali sont-ils comparables avec les accidents fâcheux qui peuvent résulter de presque tous les autres moyens de traitement; de la cautérisation, que j'ai vue plusieurs fois avancer évidemment la mort des malades (1); du sulfate de cuivre qui, dans deux cas, m'a paru avoir un résultat semblable; du tartre stibié qui, même à dose vomitive, a provoqué chez quelques-uns des enfants soumis à mon observation une diarrhée débilitante et funeste; des autres purgatifs, dont l'administration peut avoir le même danger; des émissions sanguines qui peuvent aussi produire un affaiblissement nuisible? Enfin, quoiqu'il soit presque naïf de l'ajouter, peut-on comparer les inconvénients du traitement par les alcalins avec ceux de la trachéotomie, si souvent inutile dans l'affection diphtéritique, et si grave, tant par l'opération elle-même que par ses conséquences?

Est-il un traitement plus simple, plus commode et plus facile à administrer que celui par les alcalins (2)? Ni l'eau de Vichy ni la potion avec le bicarbonate n'ont une saveur désagréable. Celle-ci est aromatisée avec une eau distillée; l'autre peut être mêlée, au moment de la boire, avec une infusion édulcorée. Elles ne causent aucune répugnance aux malades, comme plusieurs des médicaments usités communément dans la diphthérite. La forme liquide rend l'ingestion de l'eau de Vichy et de la potion alcaline plus facile que celle d'autres médicaments administrés en poudre ou en pilules, pour des enfants qui ne savent pas avaler ces dernières, et dans une maladie qui augmente la difficulté de la déglutition. Le traitement par les alcalins ne cause ni agitation, ni douleur, ni effroi aux malades, comme cela a lieu souvent pour les sangsues. Il n'est pas effrayant pour les malades et pour les personnes qui les entourent, pénible, douloureux, et l'on pourrait même ajouter, quelquefois, brutal, comme la cautérisation. Les alcalins ne présenteraient-ils d'autre avantage que celui de dispenser de cette dernière opération, on devrait déjà les regarder comme utiles.

Toutefois, et c'est dans certains cas un avantage, les alcalins peuvent être employés concurremment avec les autres moyens de traitement, et loin de nuire à l'effet de ceux-ci, ils sont souvent, au contraire, susceptibles d'aider à leur action. Ainsi, l'emploi des alcalins permet d'espérer, pour la trachéotomie, des suites moins fréquemment funestes; et ces deux moyens de traitement sont susceptibles de se prêter aide mutuellement. En effet, l'opération étant pratiquée d'urgence pour empêcher l'asphyxie imminente, peut prolonger assez l'existence pour que l'alcali exerce sur le sang sa modification antiplastique, et amène la cessation du dépôt pseudo-membraneux (3). Aussi, avec l'administration des alcalins, le prolongement des fausses membranes dans les bronches n'est-il plus pour moi une contre-indication à l'opération de la trachéotomie. Peut-être même serait-il permis de supposer que l'alcali, par son action antiphlogistique, rendrait plus difficile le développement de la pneumonie, qui suit si fréquemment la trachéotomie. L'alcali et les émissions sanguines se corroborent aussi mutuellement dans la diphthérite franchement inflammatoire. J'ai souvent combattu la diphthérite adynamique par l'emploi simultané de l'alcali et du quinquina. Très-fréquemment aussi, j'ai employé le premier moyen avec la cautérisation, les vomitifs, etc.

Les alcalins permettent d'alimenter les sujets, soit, si ou le juge convenable, pendant l'existence de la maladie, soit après la cessation de celle-ci, dans la convalescence, pendant les premiers jours de laquelle, ainsi que je l'ai dit, je continue leur administration. Loin de gêner la digestion, ils la facilitent, propriété qui n'est pas toujours sans utilité chez des sujets dont il importe souvent de soutenir ou de reparer les forces.

La modicité du prix du bicarbonate de soude est encore un avantage de ce médicament.

Ce n'est pas seulement comme moyen curatif que j'ai mis en usage l'alcali, mais aussi comme préservatif, et je crois que, pour remplir ce dernier but, il a aussi beaucoup d'utilité. J'ai fait prendre, depuis le milieu de novembre jusqu'à la fin d'avril, époque pendant la durée de laquelle les affections diphthéritiques sont plus communes, l'eau de Vichy à plusieurs enfants, âgés de 18 mois à 6 ans, en ville et à l'hôpital. Aucun de ceux qui ont été soumis à ce régime préventif, en ville,

(1) L'efficacité des alcalins dans le traitement des chancres pultacés (Melchior Robert, UNION MÉD., 8 mai 1855) et dans celui de l'artérite (Sère, UNION MÉD., 24 mai 1855, dans laquelle ils agissent, sans doute, principalement en empêchant la formation des concrétions sanguines vasculaires ou en les dissolvant, est une présomption en faveur de leur vertu antiplastique.

(2) J. Lemaire, *loc. cit.*

(3) Lebert, PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE, t. I, Paris, 1845.

(1) Voir Marchal (de Calvi), *loc. cit.*, Alliès (de Trouville), QUELQUES APERÇUS SUR LE MODE DE TRAITEMENT DE L'ANGINE SCARLATINEUSE. (UNION MÉD., 31 mai 1855.)

(2) Il résulte de cette simplicité du traitement que beaucoup de personnes, habituées à mesurer la gravité de leurs maladies au nombre et à l'appareil imposant des remèdes, sont fort étonnées lorsqu'elles apprennent, après leur guérison, qu'elles ont traversé une affection qui leur inspirait tant d'effroi.

(3) L'une des observations rapportées dans l'intéressant mémoire de M. Jules Lemaire vient à l'appui de cette assertion.

n'a depuis lors été affecté de la maladie. C'est là, je l'avoue, plutôt une présomption qu'une preuve de l'efficacité de la précaution, parce que ces enfants ne sont pas en grand nombre, et qu'il est douteux qu'ils eussent été affectés de diphthérite s'ils n'eussent pas pris d'eau de Vichy. Toutefois, la plupart étaient dans l'âge et avaient la constitution les plus propres à favoriser le développement de cette maladie; quelques-uns même en avaient déjà été affectés précédemment; plusieurs étaient sujets à l'angine tonsillaire, à la laryngite, à la trachéite. Les frères et sœurs de plusieurs, d'une constitution semblable et placés dans les mêmes conditions, avaient succombé à la diphthérite; de plus, pour la plupart, l'expérience a été répétée pendant quatre années.

Le résultat suivant est plus convaincant. J'ai mis à l'usage du traitement préventif, depuis le commencement de novembre 1853 jusqu'à la fin d'avril 1854, 150 orphelins des deux sexes, âgés de 18 mois à 6 ans, ainsi que 300 autres enfants du même âge, déposés dans le même temps à l'hospice, pendant trois semaines, un, deux ou trois mois. Tous ces enfants étaient placés dans des salles dans lesquelles, antérieurement à l'usage de ce traitement, la diphthérite était très-commune et où elle l'est redevenue depuis que l'expérimentation a cessé. Pendant l'emploi du traitement préservatif, quoique celui-ci ne fût certainement pas administré avec autant de régularité que dans les familles de la ville, la maladie fut rare dans ces salles. Précisément dans le même temps, dans une salle du même hospice contenant des enfants qui ne faisaient pas usage du moyen préventif, la diphthérite était fort commune, quoique ces enfants ne fussent pas dans l'âge où la diphthérite se développe le plus ordinairement, puisque presque tous avaient moins d'un an.

La dose d'eau de Vichy était d'un verre en vingt-quatre heures pour les enfants de 18 mois à 3 ans, d'un verre et demi pour ceux de 3 à 4 ans, deux verres, pour ceux de 4 à 6 ans. Cette quantité était prise en deux, trois ou quatre fois.

Je n'ai vu résulter de cette pratique préventive aucun inconvénient. L'administration de la boisson alcaline offre même l'avantage de faciliter la digestion, quelquefois d'augmenter l'appétit. Ainsi que je l'ai indiqué, elle est simple, facile et commode. Elle ne trouble aucune des habitudes, ne gêne l'exercice d'aucun acte, d'aucune fonction. Les enfants n'éprouvent aucune répugnance pour cette boisson; plusieurs même en faisaient usage avec plaisir.

C'est surtout lorsque des enfants, sains ou malades, se trouvent réunis avec d'autres affectés de diphthérite, qu'il est important de préserver ceux-là des dangers du voisinage. J'ai, dans ces conditions, employé le moyen préservatif, et en général il m'a réussi. Cette expérience a été faite sur un trop grand nombre d'enfants pour qu'il soit possible de prétendre qu'aucun d'eux n'aurait été atteint de diphthérite, si la thérapeutique préventive n'avait pas été mise en usage. D'autant plus que plusieurs étaient affectés de maladies qui disposent au développement de la diphthérite, par exemple, de la rougeole, de la scarlatine, d'un coryza, d'une angine, d'une trachéo-bronchite, affections pendant lesquelles la plupart des enfants diphthériques, dont je craignais le dangereux contact pour les autres, avaient été atteints de la complication pseudo-membraneuse. Quelques-uns, il est vrai, ne furent pas préservés. Mais ceux-ci furent en très-petit nombre, et, ce qui semble prouver que le moyen préventif, même chez eux, n'était pas dépourvu d'influence, c'est que généralement la diphthérite parut se développer tardivement et avoir moins d'intensité que chez les autres.

J'ai fait prendre aussi l'alcali à un grand nombre d'enfants affectés d'angine gutturale, pharyngée ou laryngée, non exposés à la contagion diphthéritique, dans le but de prévenir chez eux le passage de l'inflammation simple à l'inflammation couenneuse, et dans presque aucun cas, lorsque je pouvais administrer le traitement pendant trois ou quatre jours, la diphthérite ne survint. A la vérité, il est fort douteux que ces enfants eussent été affectés de diphthérite s'ils n'eussent pas fait usage du traitement préventif. Cependant, peut-être cette maladie eût-elle atteint quelques-uns d'entre eux; ainsi quelques-uns qui en avaient déjà été affectés, quelques-uns aussi chez lesquels l'angine était accompagnée d'engorgements ganglionnaires sous-maxillaires, d'une dureté assez caractéristique. D'ailleurs le traitement préventif ne pouvait nuire à ces inflammations simples; au contraire, il y était utile comme antiphlogistique.

Une expérience toute récente vient encore de démontrer l'efficacité préservatrice de l'alcali. A la fin de novembre et au commencement de décembre 1855, il se développait chaque jour un ou deux cas de diphthérite fort grave et le plus souvent croupale, dans les divisions de l'hospice des Enfants-Trouvés. Vers le 10 décembre, on commença à soumettre les enfants de ces divisions à l'usage de l'eau de Vichy. Depuis lors, et le changement se manifesta brusquement trois ou quatre jours après que l'on eut commencé à employer le traitement préventif, il ne s'est plus développé, dans ces divisions, qu'un ou deux cas de diphthérite par semaine ou quinzaine, et, dans presque tous ces cas, la maladie avait peu d'intensité. Cependant, plusieurs fois pendant cet espace de temps, il a régné un vent d'est sec et froid; plusieurs fois, la température s'est abaissée au-dessous de 0; les diphthérites ont continué à être nombreuses dans la ville; enfin, ordinairement, lorsque l'on ne met pas en usage le traitement prophylactique, ces affections sévissent avec intensité, chez nos enfants, pendant la plus grande partie de l'hiver.

L'observation suivante est encore une présomption favorable à la vertu prophylactique de l'eau de Vichy : deux savants praticiens, placés dans les meilleures conditions pour que leur assertion ait une grande valeur, M. Barthez, depuis longtemps médecin de l'hôpital militaire de Vichy, et M. Durand Fardel, médecin inspecteur de l'établissement thermal de cette ville depuis plusieurs années, n'ont jamais observé de diphthérite chez les personnes, on le sait, très-nombreuses qui font usage des eaux.

Les faits qui précèdent me paraissent suffisants pour m'autoriser à recommander l'emploi prophylactique des alcalios. S'il est désirable de prévenir les maladies, n'est-ce pas surtout lorsqu'il s'agit de maladies aussi dangereuses que la diphthérite, et que l'on y parvient par un moyen aussi simple et aussi dépourvu d'inconvénients que celui que je préconise?

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

II. MEDICAL TIMES AND GAZETTE.

Les livraisons hebdomadaires d'avril à septembre 1855 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Sur les tumeurs fibreuses de l'utérus*; par M. Rigby. 2° *Remarques sur le traitement du choléra par l'acide nitrique, etc.*; par M. Osborn. 3° *Traitement de la fièvre jaune par la térébenthine*; par M. J. Laird. 4° *Sur une forme régnante de pneumonie chronique*; par M. Payne Coton. 5° *Du traitement de l'hydropisie ovarienne par l'injection de la teinture d'iode*; par M. B. Brown. 6° *Des injections dans l'intérieur de l'utérus dans les cas d'hémorrhagie après la délivrance*; par M. S. Wray. 7° *Mort par inhalation du chloroforme pendant le travail*. 8° *Sur la dyspepsie qui précède souvent et accompagne la phthisie*; par M. Huschinton. 9° *De l'application du microscope à la toxicologie*; par M. Birkott. 10° *Cas de calcul retenu par un phymosis congénital et opéré avec succès*; par M. Rhind. 11° *De la cause principale de la maladie régnante et de la mortalité en Crimée*; par M. J. Snow. 12° *Observations sur l'emploi de l'acide gallique dans différentes maladies*; par M. R. Neale. 13° *Développement d'une matière colorante bleue dans l'urine des cholériques*; par M. Lindsay. 14° *Du traitement des varices*; par M. Chapman. 15° *Du traitement curatif de la maladie chronique de Bright*; par M. Jones. 16° *De la guérison du mal de dent et mode de traitement du nerf exposé à l'air*; par M. Mackensie. 17° *Cas heureux d'excision de l'articulation du genou*; par M. Smith. 18° *Plaie par arme à feu de la carotide commune, dans laquelle l'hémorrhagie cessa spontanément*; par M. Cholmelay. 19° *Cas de rupture de l'artère tibiale postérieure*; par M. Jowers. 20° *Nœvi cutanés guéris par l'application de la teinture d'iode*; par M. Edwards. 21° *Traitement du ver solitaire par le kousso*; par M. Edmonds. 22° *Cas de vaste cancer médullaire*; par M. Semple. 23° *De l'orthopédie*; par M. Brodhurst. 24° *Théorie physique de la contraction musculaire*; par M. Radeliffe. 25° *Phthisie succédant à la chlorose*; par M. Shute. 26° *De l'application du coussin dans le traitement des ulcères variqueux*; par M. Barwell. 27° *De l'inflammation vive et de l'inflammation faible*; par le même. 28° *Cas d'obstruction intestinale*; par M. Savory. 29° *Cas de faux anévrisme, suite de plaie d'une des artères profondes de la cuisse*; par M. Smith. 30° *Observations sur la chirurgie dentaire en réponse à M. Mackensie*; par M. Sercombe. 31° *Cas de maladie des valvules et dégénérescence graisseuse du cœur, avec quelques remarques pratiques sur les maladies du cœur*; par M. Hunter Semple. 32° *De l'affaiblissement et de la perte de la vue chez les femmes durant l'allaitement*; par M. Taylor. 33° *Des complications de la fièvre continue survenues durant l'épidémie qui a eu lieu récemment à l'hôpital de Smyrne*; par M. Gibbon. 34° *Cas*

de rétention d'urine dépendante d'un rétrécissement infranchissable de l'urètre traitée avec succès par la ponction de la vessie à travers le rectum; par M. Bickersteth. 35° *Sur une certaine forme de congestion de la rate*; par M. Rhind. 36° *Leçons cliniques sur la pathologie et le traitement des maladies de l'oreille affectant le cerveau ou ses membranes*; par M. Toynbees. 37° *Leçons sur l'anatomie, les lésions et les maladies de la tête*; par M. Prescott Hewett. 38° *Cas heureux d'amputation de l'articulation de la hanche pour une affection maligne du fémur*; par M. Tatum. 39° *Cas d'hématémèse, avec remarques*; par M. Jones. 40° *Sur les motifs qu'on a allégués contre le choix de Smyrne pour en faire le siége d'un hôpital pour l'armée*; par M. Bacclay. 41° *De l'inflammation forte et de l'inflammation faible*; par M. Barwell. 42° *Cas d'anévrisme traumatique de l'arcade palmaire superficielle traité avec succès par la compression*; par M. Davay. 43° *De certaines circonstances dans le traitement des rétrécissements*; par M. Laurence. 44° *Cas d'un œuf contenu dans un autre*; par M. Wilson. 45° *Des tumeurs fibreuses de l'utérus*; par M. Rigby. 46° *Rapports médicaux de l'armée*; par M. Duigan. 47° *Naissance curieuse et lusus naturæ*; par M. Loud. 48° *Cas de gestation extra-utérine pariétale*; par M. Ramsbostham. 49° *Traitement moderne des maladies chroniques de la peau*; par M. Thomas Hunt. 50° *Des méthodes de diagnostic*; par M. Windsor.

DES INJECTIONS DANS L'INTÉRIEUR DE L'UTÉRUS DANS LES CAS D'HÉMORRHAGIE APRÈS LA DÉLIVRANCE; par M. S. WRAY.

On a proposé de nombreux moyens pour arrêter l'hémorrhagie après la délivrance. Dans ces cas terribles, on a indiqué les affusions d'eau froide, l'injection d'eau froide dans le vagin, la compression de l'utérus, l'introduction de la main, les astringents, les stimulants, etc. Parmi tous ces nombreux moyens, on a, dit M. Wray, oublié le plus simple, le plus direct et celui qui durant sa pratique de quarante ans a toujours été le plus efficace, c'est-à-dire l'injection d'eau froide *dans la cavité même de l'utérus*; par ce moyen un courant d'eau froide est dirigé vers les orifices béants des vaisseaux eux-mêmes; le sang est entraîné et on a la certitude absolue que l'organe est stimulé à se contracter. Il n'y a aucune difficulté ni aucun danger à procéder ainsi: on introduit le bec d'une seringue à 1 ou 2 pouces dans l'orifice de la matrice, et on le maintient dans cette position, tandis qu'un aide pousse le piston. On peut maintenir le courant aussi longtemps qu'on le juge nécessaire. Si le cas est très-urgent, il est bien d'injecter une quantité égale de vinaigre et d'eau.

OBSERVATIONS SUR L'EMPLOI DE L'ACIDE GALLIQUE DANS DIFFÉRENTES MALADIES; par M. R. NEALE.

Il y a près de dix ans que l'attention de M. Neale a été fixée sur la grande importance de l'acide gallique comme hémostatique, dans un cas grave d'hémorrhagie vésicale survenue chez une femme âgée. Chaque fois que l'hémorrhagie avait lieu, M. Neale lui administrait 6 grains d'acide gallique à la fin et invariablement chaque hémorrhagie était arrêtée après deux ou trois doses. Cette femme mourut il y a deux on trois ans. On trouva un polype dans la vessie. M. Neale cite vingt observations à l'appui des heureux résultats qu'il a obtenus de l'emploi de cet acide.

Dans le premier cas, il s'agit d'un enfant âgé de 11 ans, affecté d'hydropisie scarlatineuse. L'urine se chargeant chaque jour de plus en plus de sang, il administra l'acide gallique à la dose de 5 grains trois fois par jour; ce qui diminua beaucoup la perte. Ce ne fut qu'après l'avoir administré pendant quelque temps à la dose d'un drachme par jour que le sang et l'albumine disparurent de l'urine qui augmente en quantité et dont le poids spécifique qui était d'abord de 1018 s'éleve à 1022.

Dans deux cas d'hématémèse: le premier résultant d'une chute et presque mourant par suite de l'hémorrhagie excessive qui avait lieu du côté de l'estomac et des intestins; le deuxième dû à un ulcère chronique de l'estomac, et qui avait vomi 3 à 4 pintes de sang avant que M. Neale eût été appelé, l'administration de l'acide gallique eut un plein succès.

Dans un cas d'albuminurie au dernier degré, M. Neale obtint d'abord de très-bons résultats; mais vu l'état presque désespéré dans lequel se trouvait le malade lors de son arrivée à l'hôpital, l'amélioration ne fut que temporaire.

Dans un cinquième cas, une femme âgée de 33 ans, ayant des hémorrhagies fréquentes et excessives, des avortements fréquents, suivis d'hémorrhagies graves, chaque fois l'hémorrhagie fut arrêtée rapidement par l'acide gallique donné à la dose de 5 grains. Il en fut de même dans un cas de ménorrhagie chez une femme de 42 ans.

Dans un cas d'hémorrhagie intestinale chez un nouveau-né, l'acide gallique ne réussit pas; l'enfant mourut exsangue avant qu'on eût le temps d'administrer une seconde dose.

Une épistaxis abondante, dans un cas de fièvre typhoïde, fut arrêtée après deux doses d'acide gallique de 5 grains dissous dans l'eau chande

Dans un cas d'angine tonsillaire aiguë, les effets astringents d'un gargarisme fait avec l'acide gallique, le chlorure de soude et l'eau distillée furent très-favorables après deux ou trois applications. En vingt-quatre heures la gorge avait repris son état naturel, et toute odeur avait disparu. Il en fut de même dans deux autres cas semblables.

Dans deux cas de polypes utérins, l'hémorrhagie fut arrêtée par l'acide gallique à haute dose, on conserva ainsi les forces des malades jusqu'à ce qu'on pût les opérer.

Dans un cas d'hémorrhoïdes internes suivies d'hémorrhagie intense, l'acide gallique, à la dose de 5 grains répétée toutes les trois heures, a arrêté l'hémorrhagie.

Dans un cas d'érysipèle de la face, une lotion contenant 3 gros d'acide dissous dans une pinte d'eau chaude, fut appliquée sur la figure toutes les trois ou quatre heures avec un effet très-marqué et très-avantageux; après trois ou quatre applications l'inflammation fut arrêtée.

Une petite quantité d'acide en poudre placée sur une coupure qui saignait abondamment arrêta immédiatement l'hémorrhagie, bien que d'autres moyens eussent été employés en vain. L'application ne causa pas la moindre douleur au patient.

Ces diverses observations viennent à l'appui du mémoire intéressant que nous avons traduit pour la GAZETTE MÉDICALE (voy. 1854, p. 738).

PLAIE PAR ARME A FEU DE LA CAROTIDE COMMUNE DANS LAQUELLE L'HÉMORRHAGIE CESSA SPONTANÉMENT; par M. CHOLMELAY.

OBS. — Le 7 janvier 1853, le capitaine N... reçut une balle au cou; une hémorrhagie intense eut lieu pendant cinq minutes. Il mourut trente-huit heures après avoir été frappé.

On reconnut à l'autopsie que la balle avait traversé la veine jugulaire externe, qu'elle avait coupé la portion sternale du cléido-mastoïdien, ouvert la veine jugulaire interne et perforé l'artère carotide commune; les membranes moyenne et interne étaient considérablement rétractées et contractées; elles contenaient un coagulum de la grosseur d'une plume ordinaire. Il y eu avait un assez solide dans la veine jugulaire interne. Il n'y avait pas de sang épanché en dehors de la carotide.

C'est, dit l'auteur, le seul cas connu où une plaie par arme à feu de la carotide commune n'ait pas été instantanément fatale.

NŒVI CUTANÉS GUÉRIS PAR L'APPLICATION DE LA TEINTURE D'IODE; par M. EDWARDS.

M. Edwards a eu deux cas de nœvi, qu'il a guéris complétement au moyen de l'application externe de la teinture d'iode.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un nœvus situé au côté du cou. Les parents de l'enfant, s'opposant à l'application de toute espèce d'escharotique, de crainte de difformité, M. Edwards recommanda d'abord les astringents et des applications froides, sans aucun résultat favorable; le nœvus ayant augmenté de volume au bout de dix mois, il recommanda l'application de la teinture d'iode, qu'on fit au moyen d'un pinceau de poil de chameau tous les deux jours.

Au moyen de ce traitement, la tumeur cessa de croître, puis elle diminua de volume jusqu'à ce qu'elle finit par disparaître, laissant seulement une ou deux petites taches sur la peau.

Le second cas était tout semblable: il s'agissait d'un enfant de 2 ans; le nœvus était de la grosseur d'un schelling, un peu élevé et situé sur l'abdomen.

On commença l'application de la teinture en septembre 1854, et elle fut continuée jusqu'au mois d'avril suivant. A peine voyait-on, après ce laps de temps, la trace de la tumeur qui avait existé.

CAS D'UN ŒUF CONTENU DANS UN AUTRE; par M. WILSON.

Dans l'intérieur, et à une extrémité de la coquille d'un œuf de dinde, se trouvait un œuf plus petit, environ de la grosseur d'un œuf de pigeon, ayant une coquille distincte et bien formée. L'œuf contenu était solidement fixé à une extrémité du plus gros; avec son grand diamètre à angle droit avec son grand axe, la membrane dans laquelle était renfermé l'œuf le plus gros, paraissait être réfléchie en partie sur le petit, à l'endroit de la jonction.

En perforant la coquille du plus petit, avec une épingle, il s'écoula une petite quantité de substance glaireuse ou albumineuse. L'œuf était

cuit à l'eau et servi sur une table à déjeuner. On ne se douta de rien jusqu'au moment où la petite cuiller d'un convive vint à toucher la deuxième coquille et frapper contre quelque chose de dur, un corps résistant qui, lorsqu'on vint à l'examiner avec précaution, fit reconnaître le petit œuf dont on vient de parler.

CURIEUSE NAISSANCE ET LUSUS NATURÆ; par M. LOUD.

M. Loud fut appelé près d'une femme primipare, âgée de 21 ans, qui accoucha d'un enfant mort au septième mois de sa grossesse, après avoir fait une chute. Le vagin était rempli par des intestins; l'enfant se présentait en travers. M. Loud pratiqua la version.

Les poumons et l'abdomen étaient à découvert. Il n'existait en apparence pas de distinction entre les cavités du thorax et de l'abdomen; il y avait une forte déviation de l'épine du côté droit dans la région lombaire, avec impossibilité de redresser le corps. Le côté droit de la poitrine était développé et contenait un poumon sain. Le côté gauche n'était pas développé; le poumon gauche restait ainsi exposé aux regards. Le cœur était sain et aussi à découvert. Le diaphragme était très-petit, le côté gauche non développé. Le péritoine qui recouvrait les parois abdominales était déchiré dans une grande étendue; les muscles des parois abdominales n'étaient pas développés; la peau de l'abdomen était développée jusqu'à la hauteur du nombril et de chaque côté, dans l'étendue d'un pouce environ.

III. THE MONTHLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE OF EDINBURGH.

Les livraisons mensuelles de mars, avril, mai et juin 1855, contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Remarques sur le traitement des maladies*; par M. Markam. 2° *Recherche expérimentale sur l'existence d'un sixième sens dit le sens de la force*; par M. Bathye. 3° *Cas de pharyngocèle et notices sur les lésions semblables du pharynx et de l'œsophage*; par M. Reeves. 4° *Cas d'abcès chronique du cerveau*. 5° *Cas de cirrhose du poumon*; par M. Peacock. 6° *Méthode simple pour pratiquer l'opération de la fistule lacrymale*; par M. Bickersteth. 7° *Sur l'épidémie de rougeole qui a régné à Leith en* 1854. 8° *De la composition et de l'action physiologique de l'eau récemment employée dans le comté de Durham*. 9° *De la saignée locale dans l'inflammation de l'utérus non en état de gestation*. 10° *Notes sur quelques-uns des cas les plus intéressants qui se sont présentés parmi les blessés à la bataille d'Alma*; par M. Johnston. 11° *De l'asphyxie des nouveau-nés et de la mortalité des enfants à leur naissance*; par M. Falkirk. 12° *Du département médical de l'armée et de l'introduction de l'élément civil dans les hôpitaux militaires*; par M. Ballingall. 13° *Effets des bains de Creuznach dans les maladies des femmes, spécialement dans les hypertrophies et les tumeurs des organes de la génération*; par M. Engelmann. 14° *Maladies de la moelle épinière et de ses membranes*; par M. Reeves. 15° *Des particularités de la dentition chez l'homme, et de son influence sur la mortalité des enfants*. 16° *Cas de lésion mortelle de l'orbite produite par un coup de canne*. 17° *Ver solitaire qui résista au traitement tant qu'on n'eut pas détruit la cause de la maladie*. 18° *Statistique des maladies des yeux traitées à l'infirmerie spéciale d'Édimbourg durant les cinq dernières années*. 19° *Larrey et la chirurgie militaire*.

CAS DE PHARYNGOCÈLE ET NOTICES SUR DES LÉSIONS SEMBLABLES DU PHARYNX ET DE L'ŒSOPHAGE; par M. REEVES.

M. Reeves rapproche ce fait de ceux qu'il a recueillis dans les auteurs, et cherche à en faire ressortir les symptômes particuliers pour éviter des erreurs de diagnostic. Le traitement est ici tout mécanique.

OBS.—Un homme de 55 ans, cordonnier, se présenta à M. Reeves, souffrant de dysphagie. L'affection avait commencé dix ans auparavant par un sentiment de malaise dans la gorge qui le portait à faire de constants efforts pour se débarrasser de quelque chose qui semblait arrêté dans cet endroit. Cela continua ainsi pendant trois ans; puis il se mit à expectorer tous les dix ou quinze jours un peu de mucosités jaunâtres. La quantité augmente peu à peu. Cela dure ainsi quatre ans environ. Le malaise devint alors beaucoup plus intense et fut suivi d'efforts constants pour se débarrasser de quelque chose et de difficulté pour avaler toute espèce de nourriture solide.

A dater de cette époque, la nourriture fut rejetée d'abord en petite quantité, et plus tard cela alla en augmentant. On avait souvent introduit des bougies qui passaient quelquefois facilement; d'autres fois elles ne pouvaient pas passer du tout.

Durant les quatre derniers mois, la difficulté augmenta, et il ne fut plus possible d'en introduire.

En examinant le col et en comprimant avec le doigt le muscle sterno-mastoïdien, on sentait une tumeur molle, qui s'étendait du cartilage cricoïde derrière l'œsophage, elle était plus proéminente du côté droit que du côté gauche. Lorsqu'on exerçait la pression des deux côtés en même temps, le malade rejetait tout à coup par la bouche, environ trois cuillerées de matières pultacées, et aussitôt après il avalait sans difficulté un morceau de pain de la grosseur d'une noisette. Sa voix était rauque, la partie supérieure du larynx était tuméfiée, mais le pharynx ne présentait aucun changement particulier.

On pouvait facilement introduire une bougie d'un gros volume si on dirigeait son extrémité du côté gauche du pharynx, mais si on essayait de la faire passer autrement, elle entrait dans un sac et on sentait facilement l'extrémité environ à deux doigts au-dessous du cartilage cricoïde. Au moyen de lavements de bouillon de bœuf concentré, la nourriture par la bouche étant bornée au lait et à l'huile de foie de morue et en touchant de temps en temps le larynx avec une solution de nitrate d'argent, le malade a engraissé et est devenu plus robuste: en pressant sur la partie inférieure du pharynx du côté droit lorsqu'il avalait des liquides, il empêche à peu près leur entrée dans le sac, et dès qu'il éprouve du malaise il peut en pressant de chaque côté du gosier évacuer le contenu du sac et obtenir immédiatement du soulagement.

EFFETS DES BAINS DE CREUZNACH DANS LES MALADIES DES FEMMES, SPÉCIALEMENT DANS L'HYPERTROPHIE ET LES TUMEURS DES ORGANES DE LA GÉNÉRATION; par M. ENGELMANN. (Communiqué à la Société obstétricale d'Édimbourg par le professeur Simpson.)

Les observations faites par l'auteur sont le résultat d'une expérience de quinze ans.

L'efficacité de ces bains étant due purement à la combinaison du muriate de chaux, du brome et de l'iode, il s'ensuit que l'efficacité particulière de ces eaux se manifeste spécialement dans les cas où il existe de l'hypertrophie ou des tumeurs solubles, cas dans lesquels le but principal auquel on tend est d'amener l'absorption de la tumeur en augmentant l'activité des vaisseaux absorbants.

Toute tumeur n'est pas curable par le moyen de ces eaux, dit l'auteur, mais seulement celles qui appartiennent à la catégorie suivante:

1° Les indurations de certaines glandes du sein, durant la période de lactation ou à l'époque du sevrage, ou celles qui sont le résultat de l'hypérémie ou de quelques lésions mécaniques, tels qu'un coup ou une compression, ou finalement du froid, ou d'une menstruation anormale. Dans ces cas, c'est un fait reconnu, un traitement local approprié est suivi de succès.

2° L'hypertrophie glandulaire (sarcoma pancréatique d'Abernety, hypertrophie lobulaire imparfaite de Birkett, tumeur glandulaire du sein de Paget).

3° Ectasia des vaisseaux lactifères. Les tumeurs squirrheuses éprouvent une diminution dans l'étendue de l'induration, mais seulement par l'absorption du tissu cellulaire. Au nombre des tumeurs du sein sur lesquelles les eaux exercent une influence nuisible, on doit compter le squirrhe lorsqu'il a passé à l'état de cancer.

AFFECTIONS DES OVAIRES.

L'usage des eaux de Creuznach est très-pernicieux dans les cas de cancer, dans les kystes des ovaires; dès que l'hydropisie survient il y a peu d'avantages à en attendre. Dans tous les cas qui se sont présentés, M. Engelmann n'a retiré aucun effet avantageux de l'usage de ces bains; tous les cas dans lesquels l'usage des eaux a été efficace étaient des *tumeurs solides*. L'anatomie pathologique porte à conclure que toutes les tumeurs des ovaires dont la cause est une hypertrophie réelle ou un épanchement de sang dans les tissus, ou des tumeurs fibrenses, sont susceptibles d'être absorbées si elles sont traitées à une époque où elles n'ont pas encore acquis un très-grand développement. En général, on peut conseiller l'usage des bains dans les cas de *tumeurs solides* des ovaires, lorsqu'il n'existe pas des symptômes d'hydrocémie. Si l'hypertrophie est très-grande ou si la tumeur fibreuse est d'un gros volume ou d'une grande dureté, on ne peut espérer qu'elle sera entièrement absorbée mais seulement qu'elle diminuera de volume.

AFFECTIONS DE L'UTÉRUS.

Les maladies de l'utérus qu'on peut traiter efficacement par les eaux de Creuznach, sont les *engorgements chroniques* et les indurations d'un caractère bénin, qui affectent tout ou partie de l'utérus, et l'hypertrophie de cet organe produite par la pression constante résultant de tumeurs fibreuses. Par rapport au traitement, il est de la plus haute importance d'être sûr du diagnostic; car non-seulement le squirrhe ne retirera aucun bénéfice de l'usage de ces eaux, mais il empirera et sera disposé davantage à se changer en cancer.

Un polype ne peut être absorbé par aucun moyen, c'est un fait que les tumeurs fibreuses peuvent être absorbées lorsqu'elles ne sont pas passées complétement à l'état cartilagineux. On en trouve si fréquem-

ment dans le corps et le fond de l'utérus que tout médecin a souvent l'occasion de les observer.

III. THE EDINBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

Ce journal est trimestriel. La livraison d'avril 1855 contient les travaux originaux suivants : 1° *Commencement et progrès de la fièvre jaune au Pérou*; par M. Smith. 2° *Note médicale sur le climat de Burmah et sur les maladies qui y ont sévi contre les troupes européennes*; par M. Murchison. 3° *Abrégé des cas traités dans l'hôpital des cholériques durant la dernière épidémie*; par M. Begbie. *Nouvelle méthode de traitement des névralgies par l'application directe des opiacés sur les points douloureux*; par M. A. Wood. 5° *Esquisse de la vie et des écrits de James Mackensie.*

NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITEMENT DES NÉVRALGIES PAR L'APPLICATION DIRECTE DES OPIACÉS SUR LES POINTS DOULOUREUX; par M. A. WOOD.

M. Wood jugeant qu'une application plus directe des narcotiques sur le nerf affecté, ou dans son voisinage immédiat, offrirait de plus grands avantages que ceux obtenus par la méthode des vésicatoires de M. Valleix, a employé la petite seringue qui sert à faire les injections de perchlorure de fer dans neuf cas de névralgies intenses, contre lesquelles les moyens ordinaires avaient été employés inutilement. Il a réussi, dans le plus grand nombre de cas, à guérir ses malades. Il injectait dans l'endroit le plus douloureux 20 à 30 gouttes de muriate de morphine ou 10 à 15 gouttes de la solution sédative de Bastley, il conclut de ces observations :

1° Que les médicaments sont plus rapidement absorbés par certains tissus que par d'autres.

2° Que l'estomac n'est nullement la voie la plus rapide pour introduire les médicaments dans l'organisme.

3° Que le tissu cellulaire a un grand pouvoir d'absorption. Sa méthode a un effet local lorsqu'on l'applique directement sur le nerf affecté. Elle a un effet éloigné en suivant presque immédiatement l'application de l'agent médicateur. L'effet des narcotiques ainsi appliqués n'est pas borné à une action locale, mais il agit encore sur le cerveau au moyen de la circulation veineuse. Selon toute probabilité, ce qui est vrai par rapport aux narcotiques serait également vrai par rapport aux autres classes de médicaments.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 21 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. BINET.

MÉMOIRE SUR L'ULCÈRE SIMPLE DE L'ESTOMAC; par M. CRUVEILHIER.

(Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.)

Le mémoire que j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie a pour objet une maladie de l'estomac généralement confondue dans la pratique avec le cancer de cet organe, quelquefois avec la gastralgie ou avec diverses formes de la gastrite chronique.

Cette maladie, dont l'anatomie pathologique pouvait seule donner la détermination, je l'ai désignée sous le nom *d'ulcère simple* ou *d'ulcère chronique simple de l'estomac*, pour indiquer, d'une part, sa nature ou plutôt sa forme ulcéreuse et sa marche généralement chronique; d'une autre part, sa curabilité, sa bénignité, par opposition avec l'incurabilité, la malignité (on me pardonnera ce vieux et métaphorique langage) de l'ulcère cancéreux de l'estomac. Qu'il me soit permis de dire que c'est dans la dixième livraison de mon grand ouvrage D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE, avec planches, livraison qui a paru en 1830, que cette maladie a été pour la première fois décrite comme maladie spéciale et définitive, séparée du cancer de l'estomac, avec lequel elle avait été confondue jusqu'alors, que j'y ai ajouté de nouveaux faits et de nouvelles figures dans la vingt-deuxième livraison. Et je suis heureux de dire qu'en 1839 M. le professeur Rokitanski, de Vienne, est venu enrichir la science de faits nombreux et de considérations sur cette maladie dans un excellent mémoire, intitulé : DE L'ULCÈRE PERFORANT DE L'ESTOMAC.

La description générale de l'ulcère simple de l'estomac, qui doit faire l'objet de cette lecture, comprendra : 1° *ses caractères anatomiques*, qui établissent son existence comme espèce morbide; 2° *ses caractères de physiologie pathologique, caractères chroniques*, qui établissent la possibilité de reconnaître cette lésion au lit du malade; 3° *ses caractères thérapeutiques*, qui établissent non-seulement sa curabilité, mais encore sa tendance à la guérison sous l'influence de la sonstraction....

Ire PARTIE. *Caractères anatomiques de l'ulcère simple de l'estomac.*— Anatomiquement considéré, l'ulcère simple de l'estomac consiste dans une perte de substance, ordinairement circulaire, à bords indurés, coupés à pic en un talus, à fond grisâtre et également induré, de dimension variable depuis quelques millimètres jusqu'à plusieurs centimètres de diamètre.

Presque toujours solitaire, l'ulcère simple de l'estomac occupe ordinairement soit la paroi postérieure, soit la petite courbure de cet organe. Il est en général plus rapproché de l'extrémité pylorique que de l'extrémité cardiaque.

L'ulcère simple de l'estomac s'étend en surface; mais en même temps il creuse en profondeur, et lorsqu'il a triomphé de la résistance que la tunique fibreuse oppose à son envahissement, la tunique musculeuse d'abord, puis la tunique péritonéale, ne tardent pas à être usées par le travail ulcératif; d'où la perforation de l'estomac et la mort par épanchement dans le péritoine des gaz et des matières alimentaires, à moins que des adhérences salutaires ne préviennent les effets de la perforation.

La série des faits m'a permis d'observer tous les degrés du travail ulcéreux perforateur, depuis une érosion folliculeuse jusqu'à la destruction de toute la tunique de l'estomac, qui est alors remplacée par les organes environnants, avec lesquels il a contracté des adhérences intimes. L'ulcère chronique simple de l'estomac ne présente qu'une similitude grossière avec l'ulcère cancéreux, avec lequel cependant il a presque toujours été confondu. La base qui le supporte n'offre aucun des attributs ni du cancer squirreux, ni du cancer encéphaloïde. La meilleure preuve, d'ailleurs, que l'ulcère chronique simple n'est pas cancéreux, c'est sa *curabilité*. Cette curabilité, c'est encore l'anatomie pathologique qui l'a démontrée en nous faisant connaître les caractères des cicatrices de ces ulcères, cicatrices qui ont été souvent considérées comme appartenant au cancer squirreux.

Caractères des cicatrices des ulcères chroniques simples de l'estomac.— Ces cicatrices sont toutes fibreuses et constituées par une couche plus ou moins épaisse de tissu fibreux de nouvelle forme. Jamais ces cicatrices ne présentent le moindre caractère du tissu des membranes muqueuses. La membrane muqueuse de l'estomac se termine abruptement à la circonférence de la perte de substance, sous la forme d'un bourrelet circulaire.

La cicatrisation des pertes de substance de l'estomac, de même que celle de la peau, se fait par un double mécanisme : 1° par le rapprochement des bords de la solution de continuité; 2° par la production de toutes pièces d'un tissu cicatriciel.

Il n'est pas rare de voir l'ulcère simple de l'estomac, après avoir détruit successivement toutes les tuniques de l'estomac, franchir les limites de cet organe, dont la perte des substances est alors remplacée par les organes environnants, avec lesquels la surface péritonéale de l'estomac avait préalablement contracté les adhérences les plus intimes. Non-seulement les viscères qui avoisinent l'estomac réparent les brèches qu'il a subies par l'ulcération, mais encore, devenus partie constituante de cet organe, ils finissent par participer au travail d'ulcération.

De l'ulcération consécutive des cicatrices de l'ulcère simple de l'estomac.— Au point de vue fort important sous lequel les cicatrices de l'estomac doivent être envisagées, c'est celui de la facilité avec laquelle elles deviennent le siége d'un travail ulcéreux consécutif, et alors reparaissent tous les symptômes morbides de l'ulcère simple; de là ces récidives que j'ai vues se reproduire un an, deux ans, cinq ans, huit ans et même davantage après une guérison qui paraissait définitive, et si le traitement le plus sévère ne vient mettre un terme à ce travail d'ulcération, les malades peuvent succomber soit à la perforation de l'estomac, soit à une hémorrhagie.

La perforation, l'hémorrhagie, voilà les deux grands accidents, les deux grands dangers auxquels expose l'ulcère simple de l'estomac, et ce double danger survit à la cicatrisation la plus parfaite de l'ulcère. L'une et l'autre peuvent se produire *primitivement*, c'est-à-dire pendant le travail primitif de l'ulcération, on *consécutivement*, c'est-à-dire après la formation de la cicatrice.

1° *De la perforation spontanée de l'estomac dans l'ulcère simple de cet organe.*— L'ulcère simple me paraît la cause la plus fréquente des perforations spontanées de l'estomac. En compulsant les principales observations qui ont été publiées sur ce sujet, il m'a été facile de reconnaître dans les détails de l'autopsie tous les caractères de l'ulcère simple aigu ou chronique de l'estomac. Or les accidents rapidement mortels qui sont la suite de la perforation de l'estomac survenant brusquement, quelquefois immédiatement après l'ingestion d'aliments ou de boissons, la question d'empoisonnement a été soulevée un assez grand nombre de fois. Il n'est pas rare de voir la perforation survenir consécutivement, c'est-à-dire après la cicatrisation complète de l'estomac : je crois même pouvoir affirmer que les perforations consécutives de l'estomac sont beaucoup plus fréquentes que les perforations primitives. Je regarde, en outre, comme démontrée cette proposition que la perforation spontanée de l'estomac s'observe incomparablement plus souvent dans l'ulcère simple aigu ou chronique que dans l'ulcère cancéreux de l'estomac.

2° *De l'hémorrhagie dans l'ulcère simple de l'estomac.*—L'hémorrhagie de l'estomac, de même que sa perforation, est tantôt primitive, tantôt consécutive. On pourra diviser les gastrorragies en faibles, en moyennes et en foudroyantes. L'hémorrhagie faible est presque inévitable dans l'ulcère simple de l'estomac, jusqu'à la formation de la cicatrice. En examinant sous une couche d'eau limpide la surface de cet ulcère, on verra sur cette surface de petits vaisseaux érodés et coupés à pic, dont les uns sont obstrués par des caillots solides, dont les autres sont obstrués par des caillots mous, qui se détachent avec la plus grande facilité. C'est par ces derniers vaisseaux qu'ont lieu les hémorrhagies quotidiennes, dont le produit se mêlant aux aliments donne lieu

soit à des selles noires, soit à des vomissements noirs, qui seront très-souvent le premier symptôme révélateur de la maladie.

Mais il arrive quelquefois que l'ulcère simple, rencontrant pour ainsi dire sur son passage une grosse artère, l'entame, la perfore : et alors, si un caillot obstruant, d'une grande solidité, ne prévient pas l'issue du sang au dehors, il en résulte des vomissements aussi bien que des déjections sanglantes, plus ou moins considérables suivant le calibre du vaisseau, d'où la mort par hémorrhagie, et l'hémorrhagie peut être foudroyante.

La source la plus ordinaire des gastrorrhagies graves et surtout des gastrorrhagies foudroyantes, c'est la lésion de l'artère splénique. J'ai vu aussi une hémorrhagie mortelle produite par la perforation de l'artère coronaire stomachique.

Tels sont les caractères anatomiques de l'ulcère simple de l'estomac.

Pour compléter l'histoire de cette maladie, il me resterait encore à exposer : 1° les caractères de physiologie pathologique à l'aide desquels on peut la reconnaître au lit du malade ; 2° les moyens thérapeutiques à l'aide desquels on peut la guérir. Ce sera, si l'Académie veut bien me le permettre, l'objet d'une seconde lecture. Je termine cette première partie de mon travail par les conclusions suivantes :

Conclusions. 1° Il existe une maladie de l'estomac qui est anatomiquement caractérisée par un ulcère simple de cet organe ;

2° Cette maladie ou plutôt cette lésion, qui paraît assez fréquente, est essentiellement différente de l'ulcère cancéreux de l'estomac, avec lequel elle avait été confondue jusque dans ces derniers temps et avec lequel elle est encore tous les jours confondue dans la pratique ;

3° En opposition avec le cancer de l'estomac qui suit fatalement sa marche envahissante et destructive, et qui, dans l'état actuel de la science, est marqué au sceau de l'incurabilité la plus radicale, l'ulcère simple de l'estomac tend essentiellement à la guérison ;

4° L'ulcère simple de l'estomac est susceptible d'une cicatrisation parfaite, et cette cicatrisation se fait, non à l'aide d'une membrane muqueuse accidentelle, mais bien à l'aide de la production d'un tissu fibreux, très-résistant, très-dense, qui diffère essentiellement du cancer squirreux avec lequel il a été confondu ;

5° Lorsque l'ulcère simple, après avoir détruit toutes les tuniques de l'estomac, a franchi les limites de cette organe, la perte des substances est réparée par les organes environnants que recouvre un tissu cicatriciel et qui finissent eux-mêmes quelquefois par participer au travail d'ulcération ;

6° La gravité de l'ulcère simple de l'estomac survit en quelque sorte à sa guérison, attendu que la cicatrice de cet ulcère est souvent le siége d'un travail d'ulcération consécutif qui renouvelle tous les accidents de la maladie ;

7° L'ulcère simple de l'estomac est une des causes les plus fréquentes des vomissements noirs et des déjections noires, est la cause plus ordinaire de la mort par gastrorrhagie avec ou sans hématémèse ;

8° L'ulcère simple de l'estomac est la cause la plus ordinaire de la mort par perforation spontanée de cet organe ;

9° Les deux grands accidents de l'ulcère simple de l'estomac, savoir l'hémorrhagie et la perforation, ont plus souvent lieu *consécutivement*, c'est-à-dire par l'ulcération de la cicatrice, que primitivement, c'est-à-dire pendant la formation de l'ulcère.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA PRODUCTION D'UNE AFFECTION CONVULSIVE, ÉPILEPTIFORME, A LA SUITE DE LÉSIONS DE LA MOELLE ÉPINIÈRE ; par M. BROWN-SÉQUARD.

(Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

J'ai trouvé, en 1850, que certaines lésions de la moelle épinière, sur des mammifères, sont suivies, au bout de quelques semaines, d'une affection convulsive, épileptiforme. Depuis cette époque, j'ai fait un très-grand nombre d'expériences à ce sujet, et je vais exposer sommairement ici les principaux résultats que j'ai obtenus.

I. J'ai trouvé que toutes les lésions que je vais énumérer peuvent produire cette affection convulsive : 1° section transversale complète ou presque complète d'une moitié latérale de la moelle épinière ; 2° section transversale simultanée des cordons postérieurs, des cornes grises postérieures et d'une partie des cordons latéraux ; 3° section transversale des cordons postérieurs seuls ; 4° section transversale des cordons latéraux ; 5° section transversale des cordons antérieurs ; 6° section transversale de la moelle épinière tout entière dans les régions dorsale ou lombaire ; 7° piqûre de la moelle épinière. De toutes ces lésions, celles qui ont le plus d'efficacité pour produire l'affection convulsive que j'ai étudiée, sont la première et la seconde. La première surtout, à savoir la section d'une moitié latérale de la moelle, produit constamment cette maladie chez les animaux qui survivent plus de trois ou quatre semaines à l'opération. L'intensité et la fréquence des accès convulsifs, après cette lésion, sont beaucoup plus grandes qu'après toute autre lésion de la moelle épinière.

II. De toute la partie de la moelle étendue entre son extrémité caudale et le milieu de la région dorsale, c'est la portion comprise entre la septième ou la huitième vertèbre dorsale et la troisième lombaire, dont les lésions produisent le plus souvent cette maladie convulsive. En arrière de cette portion de la moelle, les lésions paraissent être de moins en moins capables de produire cette affection à mesure qu'elles sont faites plus près de l'extrémité caudale de ce centre nerveux.

III. L'époque d'apparition de cette affection se trouve presque toujours dans la troisième semaine après l'opération. Dans quelques cas, j'ai vu le premier accès survenir vers la fin de la première semaine.

IV. Les parties du corps où se montrent les convulsions, varient suivant le siége de la lésion. Lorsque celle-ci se trouve au niveau des dernières vertèbres dorsales ou des premières lombaires, et qu'elle consiste dans la section d'une moitié latérale de la moelle, les convulsions ont lieu dans toutes les parties du corps, à l'exception du membre postérieur du côté où la section a été faite. Si la lésion consiste dans la section des deux cordons postérieurs, les convulsions ont lieu partout. Si la lésion consiste dans la section, soit des cordons antérieurs, soit des cordons latéraux, soit de la totalité de la moelle, les convulsions n'ont lieu, en général, que dans les parties non paralysées. Cependant quelquefois les parties paralysées se convulsent aussi, mais c'est un spasme tonique qui s'y montre et non des convulsions cloniques comme dans les parties non paralysées.

V. Les convulsions ont eu lieu quelquefois sans excitation extérieure ; mais on peut, en général, les provoquer aisément par certaines excitations. De toutes les parties du corps, il n'en est qu'une qui, lorsqu'on l'irrite, occasionne un accès. Cette partie consiste seulement dans un des côtés de la face, dans les cas où la lésion n'existe que sur une moitié latérale de la moelle. Quand la lésion existe sur les deux moitiés latérales de cet organe, l'irritation des deux moitiés de la face peut causer un accès. Il est très-remarquable que quand la lésion est à droite sur la moelle, ce ne soit que la moitié droite de la face qui puisse, par suite d'une irritation, causer des convulsions, et que quand c'est la moitié gauche de la moelle, ce ne soit que la moitié gauche de la face qui ait cette puissance. Le degré d'irritation nécessaire pour causer un accès varie beaucoup : quelquefois il suffit de souffler sur la face ou de la toucher aussi légèrement que possible ; d'autres fois, il faut ou pincer très-fortement, ou brûler, ou galvaniser la face.

VI. En général, on peut produire l'accès par un autre moyen : il suffit d'empêcher l'animal de respirer pendant un temps très-court. Chez un animal à l'état de santé, une asphyxie soudaine et complète produit des convulsions au bout d'une minute et demie ou de deux minutes. Chez un animal atteint de l'affection convulsive dont je m'occupe, l'asphyxie produit l'accès au bout de dix à trente secondes, et il dure assez longtemps, dès qu'il a commencé, bien qu'on permette à l'animal de respirer, tandis que chez un animal non malade, les convulsions cessent presque aussitôt quand on lui permet de respirer.

VII. Les premiers accès que l'on produit après une lésion de la moelle épinière, consistent seulement dans des convulsions des muscles de la face et du globe oculaire. Quelques jours après ces premiers accès, les muscles du larynx, du col et du thorax, se convulsent aussi, et enfin les muscles des membres et du tronc participent aux convulsions. Un des premiers phénomènes d'un accès complet consiste dans le spasme de la glotte ou des muscles inspirateurs.

VIII. Cette affection convulsive ressemble beaucoup à l'épilepsie. On pourrait croire cependant qu'elle en diffère en ceci que pendant l'accès, si l'on pince l'animal, il crie quelquefois. S'il était démontré que le cri est une preuve que l'animal n'a pas perdu connaissance, cette affection convulsive différerait de l'épilepsie, puisque la perte de connaissance est un caractère essentiel de cette dernière maladie. Mais les cris, ainsi que je l'ai montré dans un mémoire lu à l'Académie en 1849 (COMPTES RENDUS, t. XXIX, p. 672), peuvent ne pas être des signes de douleur et n'être que des phénomènes réflexes.

Si ce n'est pas de l'épilepsie véritable que je produis en lésant la moelle épinière, c'est au moins une affection épileptiforme appartenant au groupe des affections convulsives dans lesquelles l'accès peut avoir sa cause à l'extérieur, telles que celles dans lesquelles il existe une *aura*, ou dans lesquelles la lésion d'un nerf, due à une tumeur ou à toute autre cause, produit l'épilepsie ou des convulsions épileptiformes. En effet, l'irritation du nerf trijumeau sur les animaux chez lesquels j'ai lésé la moelle, produit l'accès comme chez les enfants l'irritation des nerfs dentaires.

IX. Nombre d'auteurs, parmi lesquels surtout, Esquirol, Portal, M. Calmeil, MM. Bouchet et Cazanvielh, ont signalé la coexistence assez fréquente de l'épilepsie et d'altérations de la moelle épinière. Georget et d'autres pathologistes n'ont voulu voir dans ce cas que de simples coïncidences. Les faits que j'ai observés chez les animaux, en démontrant directement que des altérations de la moelle ne peuvent être la cause première d'une affection épileptiforme, rendent extrêmement probable que l'épilepsie, dans nombre des cas mentionnés par les auteurs que j'ai cités, dépendait de l'altération de la moelle que l'autopsie a fait voir.

X. J'ai constaté que le nombre des accès augmentait considérablement chez les animaux que j'enfermais dans un étroit espace, et auxquels je donnais beaucoup de nourriture. Dans ces conditions, quelques-uns avaient spontanément trente, quarante ou cinquante accès par jour. Les mêmes animaux, soumis à un régime tout à fait opposé et laissés libres dans une vaste chambre, ne paraissaient plus, après quelques semaines, capables d'avoir des accès spontanés, et il était difficile de leur en donner. Il m'a semblé que ce traitement par la diète a suffi quelquefois pour les guérir.

XI. A l'autopsie des animaux atteints de cette affection convulsive, j'ai trouvé, outre la lésion que j'avais faite à la moelle épinière, un état de congestion de la base de l'encéphale et du ganglion de Gasser, des deux côtés quand la lésion existait sur les deux côtés de la moelle épinière, et seulement du côté de la lésion quand elle n'existait que sur une moitié latérale de la moelle.

CONCLUSIONS : Des faits rapportés dans ce mémoire, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Des lésions variées de la moelle épinière peuvent produire, chez les mammifères, une affection convulsive, ayant beaucoup d'analogie avec l'épilepsie. Il semble, en conséquence, que chez l'homme ce n'est pas seulement par une simple coïncidence qu'on a rencontré des altérations de la moelle épinière chez des épileptiques ;

2° Des lésions de la moelle épinière peuvent produire un changement tel dans la vitalité du nerf trijumeau ou de la partie de l'encéphale où ce nerf aboutit, que l'excitation des ramifications de ce nerf à la face occasionne des convulsions. De plus, la moitié droite de la moelle épinière a cette influence sur le nerf trijumeau ou l'encéphale du côté droit, et la moitié gauche de la moelle sur l'un ou l'autre de ces parties du côté gauche.

ÉTUDES CHIMIQUES DU CHAMPIGNON COMESTIBLE, SUIVIES D'OBSERVATIONS SUR SA VALEUR NUTRITIVE ; par M. JULES LEFORT. (Extrait.)

Mettant à profit, d'une part, la facilité de se procurer à Paris le champignon comestible ou de couche (*Agaricus edulis*), et, d'une autre part, les documents laissés par nos devanciers, nous avons pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de recommencer l'analyse de ce cryptogame, d'y rechercher la nature des substances auxquelles il doit sa propriété nutritive, la répartition dans ses différentes parties des principes qui le constituent, et enfin sa valeur comme aliment. C'est le résultat de ce travail que nous avons l'honneur de présenter à l'Académie.

Contrairement à ce qui a été avancé par Vauquelin, le champignon de couche, d'après nos recherches, ne contient pas de matière animale proprement dite.

La matière grasse azotée du champignon comestible, que Vauquelin ne considère pas comme d'origine animale, joue un grand rôle dans les réactions que l'on fait subir à ce végétal. C'est elle qui avec une petite quantité de mannite a produit la substance à laquelle Vauquelin a donné le nom d'*adipocire*. Nous en dirons autant de l'osmazome, signalée par ce chimiste et qui nous paraît être un mélange de mannite, de principe colorant et de matière grasse azotée, décomposée pendant l'évaporation des liqueurs.

Considérés au point de vue nutritif, les champignons comestibles en général constituent, pour beaucoup d'habitants de la France, un aliment assez avantageux. A Paris, ils forment une branche de commerce assez étendue ; ainsi, d'après les documents certains qui nous ont été communiqués, avec une extrême bienveillance, par M. Husson, chef de division à la préfecture de la Seine, il en a été consommé dans cette ville, pendant chaque jour de l'année 1853 (dernier relevé), 5,235 maniveaux. Chaque maniveau se compose de 6 à 12 individus, et s'est vendu en moyenne 18 centimes, ce qui représente une valeur de 1,000 francs à peu près.

Le chapeau, muni de ses organes reproducteurs, est la partie la plus nutritive du champignon.

Les principes nutritifs sont dus tout à la fois à l'albumine végétale et à la matière grasse qu'il contient.

En résumé, quoique l'eau et la cellulose forment les parties prédominantes dans le champignon, par les principes azotés et par le sucre et la mannite qu'il renferme, il forme encore un aliment plastique et réparateur très-avantageux. Cependant nous ne croyons inférieur à beaucoup d'autres végétaux féculents, qui peut-être moins riches en azote sont plus facilement assimilables, et surtout aux haricots auxquels on le compare. Sous le rapport de l'azote seulement, il vient se ranger entre le pain brun et les pois.

— M. VELPEAU présente à l'Académie, au nom de l'auteur, M. Carret, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Chambéry, une note imprimée sur un appareil nouveau pour le traitement des fractures des membres.

Rien n'est plus simple et moins dispendieux que cet appareil : il se compose d'une feuille de carton ramolli pour emboîter le membre et de quelques tours de bande pour fixer le carton pendant sa dessiccation. En se durcissant, le carton s'amincit, se moule sur les parties et s'y colle, en les régularisant. Par son *retrait*, il exerce une légère compression permanente, en même temps qu'il devient inflexible et inamovible. Si une expérience plus longue et plus variée n'y fait découvrir aucun inconvénient sérieux et vient à confirmer de tels avantages, l'appareil de M. Carret devra certainement être admis comme un perfectionnement utile des bandages inamovibles, pourtant déjà si simples, employés aujourd'hui dans le traitement des diverses fractures des membres.

M. Velpeau dépose en outre sur le bureau un ouvrage de M. Petenkofer, professeur à l'université de Munich. Dans ce travail, l'auteur résume toutes ses recherches sur la marche du choléra là où il a pu le suivre, et sur les rapports de ce fléau avec la constitution géologique des localités qu'il a envahies.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 28 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

ORDRE DES LECTURES.

1° Proclamation des prix décernés et des sujets de prix proposés.
2° Éloge historique de M. Léopold de Buch, par M. Flourens, secrétaire perpétuel.

Programme des prix proposés par l'Académie des sciences pour les années 1856 et 1857.

RAPPORT DE LA SECTION DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE SUR LE LEGS BRÉANT.

(Commissaires : MM. Magendie, Serres, Andral, Velpeau, et Cl. Bernard, rapporteur.)

La section de médecine et de chirurgie a été chargée de rédiger un programme destiné aux personnes qui aspireront à remporter le prix de 100,000 fr. fondé par M. Bréant, pour être décerné à l'auteur d'un remède souverain contre le choléra asiatique.

La première obligation d'un pareil programme est de se renfermer strictement dans les volontés du fondateur. Or ces volontés se trouvent exprimées dans l'extrait du testament de M. Bréant.

Annonce des prix décernés pour l'année 1855.

PRIX DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE, FONDÉ PAR M. DE MONTYON.

RAPPORT SUR LE CONCOURS DE L'ANNÉE 1855.

(Commissaires : MM. Flourens, Serres, Rayer, Magendie, et Cl. Bernard, rapporteur.)

Déjà, dans l'antiquité, les physiologistes et les médecins avaient soupçonné que les divers phénomènes qui ont leur siége dans le système nerveux, et particulièrement la sensibilité et le mouvement, devaient avoir des organes de transmission anatomiquement distincts. C'est à la physiologie moderne, qui a poussé si loin l'analyse expérimentale dans les fonctions des nerfs, que revient la gloire d'avoir fait cette grande découverte, et d'avoir établi, par des preuves inébranlables, que les racines antérieures de la moelle épinière sont des *nerfs moteurs*, et que les racines postérieures sont des *nerfs sensitifs*. Ce qui veut dire, en d'autres termes, que lorsqu'un mouvement volontaire s'accomplit dans un membre, par exemple, l'influence motrice qui se propage du centre encéphalique à la moelle épinière ne peut être transmise aux muscles que par les racines rachidiennes antérieures, et que, quand une impression sensitive se propage dans un sens inverse, c'est-à-dire de la périphérie du corps vers le centre nerveux, elle ne peut être transmise à la moelle épinière et de là à l'encéphale que par les racines rachidiennes postérieures.

Mais si tous les physiologistes sont d'accord aujourd'hui sur la manière dont sont localisées les fonctions motrices et sensitives dans les nerfs rachidiens, il n'en est pas de même quand il s'agit de la moelle épinière. Le sentiment et le mouvement se propagent-ils par des conducteurs distincts dans la moelle épinière? Et, dans ce cas, quelles sont les parties qui transmettent l'influence motrice, quelles sont celles qui transmettent les impressions sensitives ? Ces questions importantes ont été abordées par les expérimentateurs les plus habiles, et elles étaient restées indécises. Les uns, voulant que la substance blanche de la moelle fût impropre à transmettre le sentiment ou le mouvement, admettaient que la substance grise centrale était seule douée de cette double propriété, ou qu'elle la partageait avec la substance blanche ; les autres, au contraire, soutenant que la substance blanche de la moelle était seule conductrice, croyaient avoir établi que les faisceaux postérieurs qui sont en rapport avec les racines rachidiennes postérieures étaient les conducteurs exclusifs des impressions sensitives, tandis que les faisceaux antéro-latéraux qui sont en contiguïté avec les racines rachidiennes antérieures étaient les organes de transmission du mouvement. Et, il faut le dire, cette dernière opinion est celle qui avait été le plus généralement adoptée, au moins en France.

M. Brown-Séquard a repris, dans ces derniers temps, cette question difficile de la transmission des impressions sensitives et motrices dans la moelle épinière, et, pour mieux limiter son sujet, cet expérimentateur a divisé le problème en deux, pour ne s'occuper d'abord que de la détermination des parties de la moelle qui sont chargées de conduire les impressions sensitives des racines postérieures au centre encéphalique. C'est donc exclusivement à la transmission des impressions sensitives dans la moelle épinière que se rapportent les recherches actuelles de M. Brown-Séquard, ainsi que les expériences que ce savant physiologiste a répétées devant la commission.

La première proposition que M. Brown-Séquard veut établir, c'est que les faisceaux postérieurs de la moelle épinière ne sont pas, comme on l'avait dit, les agents exclusifs de transmission des impressions sensitives. Pour le prouver, M. Brown-Séquard a fait deux expériences principales.

La première expérience consiste à couper en travers les deux faisceaux postérieurs de la moelle épinière au niveau de la région dorsale sur un animal vivant. Lorsque après cette section on pince les membres postérieurs, l'animal le sent parfaitement, et manifeste aussitôt par des cris la douleur qu'il éprouve. Ce résultat montre évidemment que les faisceaux postérieurs de la moelle ne sont pas exclusivement chargés de la transmission de la sensibilité, puisque l'impression sensitive ou douloureuse faite dans les membres postérieurs a été transmise à l'encéphale, après la section complète des faisceaux au-dessus de l'origine des nerfs des membres postérieurs, et conséquemment faite dans un point intermédiairement placé entre le nerf pincé d'où part la douleur et l'encéphale où elle arrive pour être perçue.

Mais un autre phénomène des plus intéressants, qui a été découvert par M. Brown-Séquard, c'est que si, dans cette expérience, on pince ou on irrite les faisceaux postérieurs de la moelle dans l'endroit où ils ont été coupés, on voit non-seulement que les deux bouts du faisceau divisé sont sensibles, mais on remarque ordinairement que le bout inférieur ou caudal est plus sensible que le bout supérieur ou céphalique, qui cependant est resté en continuité directe avec l'encéphale.

Il n'est pas besoin de dire que ce fait nouveau est encore en opposition avec la théorie de la transmission exclusive de la sensibilité par les faisceaux postérieurs. D'après cette théorie, en effet, il aurait dû se passer, après la section des faisceaux postérieurs, ce qui a lieu après la section des racines postérieures rachidiennes, à savoir que le bout qui reste en continuité directe avec le centre encéphalique demeure seul sensible, tandis que le bout périphérique devient complétement insensible.

La deuxième expérience de M. Brown-Séquard est en quelque sorte la contre-épreuve de la première.

Nous venons de voir précédemment que les faisceaux postérieurs de la moelle ont été coupés afin de montrer que, sans leur intervention, les impressions sensitives peuvent parvenir à l'encéphale par les autres parties de la moelle épinière restées intactes. On peut prouver de plus qu'avec les faisceaux postérieurs seuls, quand les autres parties de la moelle épinière ont été coupées, la transmission des impressions sensitive ne peut plus s'opérer. Cette expérience a été réalisée par M. Brown-Séquard : il a coupé sur un animal vivant, au niveau de la dixième vertèbre dorsale environ, toute la moelle épinière, excepté les faisceaux postérieurs, qui furent laissés intacts. Aussitôt après cette section, les membres postérieurs furent complétement paralysés, et les pincements produits sur eux ne furent plus perçus par l'animal; c'est-à-dire que la transmission des impressions sensitives n'eut plus lieu, bien que les faisceaux postérieurs eussent été respectés.

Ces deux expériences s'enchaînent donc logiquement pour prouver que les faisceaux postérieurs ne sont pas les organes de transmission des impressions sensitives dans la moelle épinière. Les expériences ont été reproduites sous les yeux de la commission par M. Brown-Séquard avec beaucoup d'habileté sur des animaux chez lesquels la moelle épinière n'avait été mise à nu que dans une très-petite étendue, de manière à ne pas les affaiblir par l'hémorrhagie et à obtenir des résultats plus concluants.

M. Brown-Séquard examine ensuite dans son mémoire quel est le rôle de la substance grise, ainsi que celui des cordons antérieurs et latéraux de la moelle épinière relativement à la transmission des impressions sensitives. Il a fait des expériences très-nombreuses, il a agi sur les cordons antérieurs et latéraux de la même façon que sur les cordons postérieurs, il est arrivé à des résultats tout à fait analogues. M. Brown-Séquard a vu, en effet, qu'après la section des cordons postérieurs, des cordons latéraux et des cordons antérieurs de la molle, les impressions sensitives peuvent encore être perçues, tandis que lorsqu'on détruit la substance grise, cette transmission cesse aussitôt d'avoir lieu quand même on laisse la plus grande partie des faisceaux médullaires intacte, autant que possible. Par toutes ces recherches très-nombreuses, M. Brown-Séquard a été amené à conclure qu'aucune des parties blanches de la moelle épinière ne possède la fonction de transmettre les impressions sensitives au centre de perception, mais que c'est par la substance grise médullaire, et surtout par sa partie centrale, que cette transmission s'opère. Ces résultats sont d'un haut intérêt pour la physiologie des centres nerveux, en ce qu'ils apprennent que des parties insensibles comme la substance grise de la moelle peuvent transmettre les impressions sensitives, tandis que des parties très-sensibles comme les cordons postérieurs ne les transmettent pas.

Dans la deuxième partie de son mémoire, M. Brown-Séquard a cherché à déterminer expérimentalement comment les fibres sensitives des racines rachidiennes postérieures qui apportent les impressions sensitives de la périphérie pénètrent dans la moelle épinière pour arriver jusqu'à la substance grise. Ici M. Brown-Séquard, s'appuyant, d'une part, sur l'anatomie microscopique de la moelle, et d'autre part, sur des expériences physiologiques ingénieusement instituées, a été conduit à émettre, sur cette propagation de la sensibilité à la substance grise centrale de la moelle, des vues nouvelles qu'il expose dans son mémoire, et qui prouvent que ce phénomène paraît plus compliqué qu'on n'aurait été porté à le supposer au premier abord.

En résumé, les expériences de M. Brown-Séquard ont éclairé une des questions les plus importantes et les plus difficiles de la physiologie de la moelle épinière, celle qui est relative à la *transmission des impressions sensitives* dans cette portion de l'axe cérébro-spinal. Si quelques faits étaient déjà connus sur ce point, M. Brown-Séquard en a ajouté beaucoup de nouveaux; il a varié ses expériences, et en a, coordonné les résultats de façon à résoudre d'une manière très-satisfaisante la question qu'il s'était proposé de traiter. En conséquence, la commission, à l'unanimité, lui décerne le prix de physiologie expérimentale pour l'année 1855.

PRIX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE, FONDÉ PAR M. DE MONTYON.

RAPPORT SUR LE CONCOURS DE L'ANNÉE 1855.

(Commissaires : MM. Serres, Andral, Velpeau, Rayer, Duméril, Magendie, Flourens, Milne-Edwards, et Cl. Bernard, rapporteur.)

La médecine et la chirurgie reposent en grande partie sur les sciences anatomiques et physiologiques; celles-ci, à leur tour, puisent leurs moyens d'investigation dans la physique, la chimie et les sciences naturelles. Toutes les fois que les sciences qui précèdent effectuent quelque progrès dans leurs points de contact avec la médecine ou la chirurgie, elles contribuent par cela même aux progrès de l'art de guérir. C'est d'après ces considérations que la commission a toujours récompensé les travaux d'anatomie, de physiologie, de physique, de chimie, etc., quand ceux-ci s'appliquaient utilement à la médecine.

La commission vient proposer à l'Académie d'accorder des récompenses dans ces diverses branches des sciences médicales. Elle n'a pas cru devoir proposer de prix pour cette année.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

La structure intime des différentes parties constituantes de la vision a été l'objet des recherches d'un grand nombre d'anatomistes modernes. Les travaux de M. Hannover, médecin à Copenhague, sont au nombre de ceux qui ont le plus puissamment contribué à avancer nos connaissances sur cette anatomie délicate de l'œil, anatomie intéressante à un très-haut degré, non-seulement pour le physiologiste, qui cherche à comprendre le rôle de chacune de ces parties dans les phénomènes de la vision, mais encore pour le pathologiste, qui doit toujours essayer de relier les symptômes morbides qu'il observe aux altérations de structure anatomique survenues dans les organes.

Déjà, en 1840, M. Hannover a publié ses premières recherches sur la structure de la rétine. Par une méthode d'investigation exacte et en harmonie avec la délicatesse extrême de l'objet de son observation, M. Hannover a rectifié diverses opinions erronées qui avaient été émises sur la structure microscopique de la rétine; et les résultats nouveaux qu'il a fait connaître sont restés dans la science, et sont devenus le point de départ de travaux qui ont été entrepris depuis sur le même sujet par des anatomistes, également très-habiles.

Plus récemment, M. Hannover a publié un ouvrage renfermant un grand nombre de faits et d'observations propres à éclairer l'anatomie, la physiologie et la pathologie de l'œil. Il y a un chapitre entier relatif à la découverte de la structure du corps vitré. L'auteur a fait ses recherches sur les yeux de l'homme et sur ceux de divers animaux vertébrés, au moyen de l'acide chromique étendu, qui a la propriété de coaguler la membrane de l'humeur vitrée. A l'aide de ce réactif, M. Hannover a préparé des pièces qu'il a mises sous les yeux des membres de la commission, et qui prouvent que, chez les mammifères, le corps vitré est constitué par des couches concentriques s'emboîtant les unes dans les autres. Chez l'homme, la disposition est un peu différente, en ce que ces cloisonnements du corps vitré, au lieu d'être sous forme de couches concentriques, constituent des cônes dont les bases sont tournées en dehors, et dont les sommets, dirigés en dedans, rayonnent tous vers la partie centrale qui est occupée par le canal hyaloïdien.

Ce même ouvrage de M. Hannover contient en outre beaucoup d'autres recherches anatomiques, physiologiques et pathologiques sur l'organe de la vision.

C'est en considérant les découvertes que M. Hannover a faites sur divers points de l'anatomie de l'œil, et les applications importantes qui en découlent pour la pathologie, que la commission propose d'accorder à M. Hannover, *pour l'ensemble de ses travaux sur l'œil*, une récompense de 1,500 fr.

— Les services que la chimie rend à la physiologie et à la pathologie ne sont contestés par personne. Cependant on comprendra que, pour avoir toute leur utilité, il ne suffit pas que les analyses chimiques des divers fluides ou tissus animaux soient exécutées par des hommes habiles, il faut encore qu'elles soient faites dans des conditions physiologiques bien circonstanciées et bien déterminées. Sans cette précaution indispensable, les résultats des analyses discordent sans cesse : et comment en serait-il autrement, puisqu'à chaque instant les fluides animaux changent et se modifient en circulant dans l'économie?

Le TRAITÉ DE CHIMIE PHYSIOLOGIQUE de M. Lehmann se distingue de tous ceux qui l'ont précédé, par ce rapprochement que l'auteur a constamment cherché à établir entre les analyses chimiques et les conditions physiologiques exactes dans lesquelles elles étaient effectuées.

M. Lehmann a repris tous les travaux de ses devanciers à ce point de vue, et il y a ajouté un grand nombre de découvertes et d'observations nouvelles, particulièrement sur l'urine, sur le sang et sur les divers fluides digestifs, etc. De sorte que M. Lehmann a non-seulement rendu un grand service à ceux qui cultivent la physiologie et la médecine, en rassemblant méthodiquement dans son ouvrage toutes nos connaissances sur la chimie physiologique, en les coordonnant avec clarté et d'après une saine critique; mais l'auteur a encore enrichi la science et contribué à ses progrès par des découvertes qui lui sont propres.

C'est en considérant cet ouvrage à ce double point de vue que la commission le juge digne d'être récompensé, et elle propose d'accorder à M. Lehmann, pour son TRAITÉ DE CHIMIE PHYSIOLOGIQUE (ouvrage publié en allemand sous le titre de LEHRBUCH DER PHYSIOLOGISCHEN CHEMIE, 3 vol., Leipzig), une récompense de 1,500 fr.

— Un grand nombre d'anatomistes se sont occupés des circonvolutions cérébrales : les uns, considérant ces plis cérébraux comme des caractères anatomiques et zoologiques d'une grande importance; les autres, en faisant la base de théories physiologiques plus ou moins spécieuses. M. Dareste a repris ce sujet déjà tant exploré, et il a pu encore y découvrir des faits nouveaux.

Les conclusions principales du travail de M. Dareste sont :

1° Que les circonvolutions cérébrales ne semblent avoir que peu d'importance au point de vue zoologique, car, dans chaque famille naturelle, on peut trouver des espèces ayant des cerveaux à circonvolutions et d'autres espèces ayant des cerveaux sans circonvolutions;

2° Que les circonvolutions cérébrales ne paraissent pas non plus avoir une grande signification au point de vue physiologique, car on ne signale pas de différences bien marquées entre les actes des espèces à cerveaux lisses et ceux des espèces à cerveaux plissés.

En outre, M. Dareste pense pouvoir établir que, dans chaque famille naturelle des mammifères, l'état des circonvolutions est en rapport avec la taille des espèces animales; il dit que les cerveaux lisses se rencontrent toujours dans les petites espèces, et qu'à mesure que la taille augmente, on voit s'accroître le nombre et la complication des circonvolutions.

Comme le travail de M. Dareste est fait avec soin, et qu'il se rattache à des études qui tendent à éclairer diverses questions importantes de physiologie et de pathologie, la commission le juge digne d'être récompensé. En conséquence, elle propose d'accorder à M. Dareste, pour ses RECHERCHES SUR LES CIRCONVOLUTIONS CÉRÉBRALES, une récompense de 1,000 fr.

PATHOLOGIE INTERNE ET EXTERNE.

La commission a fixé son attention sur un travail de M. BEAU, intitulé: ÉTUDES ANALYTIQUES DE PHYSIOLOGIE ET DE PATHOLOGIE SUR L'APPAREIL SPLÉNO-HÉPATIQUE. Il s'agit ici d'une application directe des connaissances physiologiques à la pathologie. M. Beau a pris pour point de départ physiologique de son travail les expériences bien connues sur l'absorption des substances alimentaires par la veine porte, qui prouvent que les matières absorbées doivent nécessairement traverser le foie. Pendant l'état de santé, le passage de ces substances solubles alimentaires ou autres, à travers le foie, se fait sans être accompagné d'aucune sensation spéciale. Mais, dans certains états morbides, M. Beau pense que le foie peut acquérir une susceptibilité spéciale (hépatalgie), et qu'alors ce passage des substances dans le foie peut être accompagné de douleurs vives survenant dans la région du foie, au moment de la digestion. Ces douleurs pourraient simuler alors la colique hépatique, déterminée par la présence de calculs dans les voies biliaires; mais la cause en serait cependant ici, comme on le voit, très-différente. M. Beau appuie son opinion par un certain nombre d'observations cliniques qui se trouvent à la fin de son mémoire.

La commission, espérant que l'auteur ne s'en tiendra pas là, et qu'il cherchera à confirmer encore ses vues par des observations nouvelles, juge son travail digne d'une récompense, comme renfermant des faits nouveaux propres à éclairer l'étiologie encore si obscure des maladies du foie, et particulièrement celle des coliques hépatiques.

Elle propose d'accorder à M. Beau, pour ses études analytiques de physiologie et de pathologie sur l'appareil spléno-hépatique, une récompense de 1,500 fr.

— M. BÉRAUD a soumis au jugement de la commission un mémoire qui est relatif à l'anatomie et à la pathologie des voies lacrymales.

Au point de vue anatomique, M. Béraud signale d'abord deux ordres de glandes siégeant dans le saclacrymal. Il décrit ensuite très-exactement les valvules du conduit lacrymo-nasal.

La commission a fixé particulièrement son attention sur une valvule signalée par M. Béraud à l'orifice inférieur du canal lacrymo-nasal, et dont la connaissance est importante relativement à l'opération du cathétérisme du canal nasal par les narines.

M. Béraud, s'appuyant sur ses dissections d'anatomie normale et pathologique, croit pouvoir établir qu'il faut admettre quatre espèces de tumeurs lacrymales différentes par leurs symptômes, et réclamant chacune un traitement également différent. L'auteur s'est surtout élevé contre l'emploi de la canule dans le traitement des fistules lacrymales.

La commission, considérant que M. Béraud a signalé dans son travail des faits nouveaux importants pour le traitement chirurgical de la fistule lacrymale, propose de lui accorder, pour son mémoire sur *l'anatomie et la pathologie des voies lacrymales*, une récompense de 1,500 fr.

— Les troubles de la circulation qu'on observe dans la grossesse étaient généralement rapportés à un état de pléthore. M. CAZEAUX a établi dans un travail sur la *chloro-anémie des femmes enceintes*, que ces troubles de la circulation pouvaient aussi être dus à un état du sang en quelque sorte opposé à celui de la pléthore, c'est-à-dire à la chloro-anémie. Ce dernier état est accompagné de bruits de souffle dans les carotides, et par divers troubles fonctionnels du système nerveux et de l'appareil digestif, tout à fait analogues à ceux qu'on observe chez les femmes chlorotiques.

M. Cazeaux est même arrivé à cette conclusion que la chloro-anémie serait la cause la plus fréquente des troubles fonctionnels qu'on avait attribués jusqu'ici à la pléthore. L'auteur appuie son opinion sur l'examen chimique qui a montré la diminution des globules du sang, et sur les heureux effets qu'on retire dans ces cas d'un traitement tonique.

Ce travail, qui met en lumière un point très-important de la pathologie des femmes enceintes, a paru à la commission digne d'être récompensé, et elle propose d'accorder à M. Cazeaux, pour son travail sur la chloro-anémie des femmes enceintes, une récompense de 1,000 fr.

(*La fin au prochain numéro.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 29 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie les pièces suivantes:

1° Une notice du docteur Valat (de Montpellier), sur une épidémie de choléra qui a sévi à Autun au mois d'octobre 1855.

2° Le rapport final de M. Dusouil, médecin des épidémies, sur une épidémie de choléra qui a régné dans l'arrondissement de Melle en 1854. (Commission du choléra de 1854.)

3° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Lozère en 1854.

4° Les rapports des médecins des épidémies pour les arrondissements de Lyon et de Villefranche sur les épidémies qui ont régné en 1854 dans ces arrondissements. (Commission des épidémies.)

5° Une note de M. le docteur Fiévet, ex-médecin militaire, sur un mode de traitement qu'il emploie contre le choléra.

6° Un mémoire sur le traitement des fièvres intermittentes, par M. Rouband, médecin à Visan (Vaucluse). (Commission des remèdes secrets et nouveaux.

7° Une demande d'avis et d'analyse de la source des Dames, située à Cusset, près Vichy.

8° Une demande en autorisation d'exploitation de trois sources minérales situées à Barbazan (Haute-Garonne). (Commission des eaux minérales.)

9° Une lettre par laquelle le ministre informe l'Académie que, conformément aux conclusions du rapport adopté dans les séances du 20 et du 24 novembre 1855, il met à la disposition de la savante compagnie cinq médailles d'argent et cinq médailles de bronze pour les médecins qui se sont le plus distingués dans le service des épidémies en 1854.

10° Le tableau des vaccinations pratiquées en 1854 dans le département des Ardennes. (Commission de vaccine.)

— La correspondance non officielle comprend:

Des lettres de MM. Grassi, Robiquet et Langlois, qui demandent à être portés sur la liste des candidats à la place vacante dans la section de chimie et de physique médicale (Renvoi à la section.)

Une lettre qui annonce la mort de M. le docteur Rétif, membre correspondant de l'Académie à Sens.

Un paquet cacheté sur un nouveau procédé d'électro-puncture, adressé par M. le docteur Boulu.

ACTION DES ALCALIS SUR LE SUCRE DANS L'ÉCONOMIE ANIMALE.

Sous ce titre, M. Poggiale donne lecture d'un mémoire, que nous publierons dans notre prochain numéro.

NOUVEL APPAREIL POUR LA CONCENTRATION DANS LE VIDE.

M. BOUCHARDAT, au nom d'une commission composée de MM. Bussy, Ricord et Bouchardat, donne lecture à l'Académie d'un rapport sur un mémoire de M. Laurent, pharmacien, relatifs à la préparation de divers médicaments, à l'aide d'un nouvel appareil pour la concentration dans le vide. Cet appareil est dû à MM. Laurent et Égrot fils.

L'appareil de MM. Laurent et Égrot fils occupe un emplacement très-limité; une seule personne peut le manœuvrer; il peut être utilisé comme appareil distillatoire, et enfin il est d'un prix modéré.

Cet appareil est des plus simples et il fonctionne très-bien sans l'aide de pompe ni de générateur. M. Laurent l'utilise particulièrement pour la préparation des extraits, des eaux distillées, des alcoolats et pour la rectification et la purification des alcools.

Les extraits préparés par M. Laurent et qui ont été examinés par vos commissaires représentent assez exactement par leur saveur, par l'ensemble de leurs propriétés, la substance qui a servi à les préparer; ils se dissolvent sans résidu dans le liquide qui leur a servi de dissolvant primitif.

Ce n'est pas seulement des extraits ordinairement employés dans les pharmacies que M. Laurent prépare; mais il utilise aussi, sous forme d'extrait, les dissolutions extractives aqueuses, qui forment la base des sirops préparés avec ces liqueurs extractives, tels que le sirop de chicorée composé, de salsepareille composé, de mou de veau composé, de sucs d'herbe, etc., etc. Il enrobe ces extraits d'une couche de sucre suffisante pour les préserver de toute altération, et il obtient ainsi, sous une forme inaltérable et d'une administration facile, l'équivalent des sirops pharmaceutiques qui sont le plus exposés à fermenter.

M. Laurent obtient aussi, au moyen de son appareil, des eaux distillées très-aromatiques, et qui ne présentent jamais cette odeur empyreumatique que l'on rencontre souvent dans celles faites à feu nu.

On peut se servir encore de cet appareil pour la distillation des alcools et des alcoolats; les produits obtenus n'ont aucune odeur empyreumatique. De même aussi, on l'emploiera avec avantage pour la rectification des alcools de betterave ou autres alcools de mauvais goût qui sont aujourd'hui si répandus dans le commerce.

Dans la conviction que l'appareil de MM. Laurent et Égrot pourra être utile aux pharmaciens, et que les applications que M. Laurent en a faites sont bien

entendues, la commission propose de le remercier de cette intéressante communication. (Adopté.)

LEUCOÉMIE SPLÉNIQUE A FORME HÉMORRHAGIQUE.

M. Blache lit une observation de leucoémie splénique, à forme hémorrhagique.

La leucoémie, soupçonnée par Haller, entrevue par M. le professeur Bérard, n'a véritablement pris place dans les cadres nosologiques que depuis 1845. C'est à cette époque que Virchow, en Allemagne, David Craigie et H. Bennett, en Angleterre, publièrent des travaux sur ce sujet. Mais Virchow seul reconnut alors la nature véritable de l'altération du sang et constata l'augmentation considérable des globules blancs et la diminution correspondante des globules rouges; enfin, le premier, il prononça le nom de *leucoémie*. Depuis cette époque, les observations se sont multipliées en Allemagne, en Angleterre et en France.

Virchow, dans un ouvrage récent, distingue deux variétés de *leucoémie*. La première, qu'il nomme *splénique*, est caractérisée par une hypertrophie constante de la rate et presque constante du foie, la distension énorme des grosses veines du tronc et celle du cœur droit; par un sang blanchâtre plus ou moins décoloré, avec augmentation considérable des globules blancs proprement dits ou leucocytes. La deuxième variété, ou leucoémie lymphatique, est caractérisée par l'hypertrophie des ganglions lymphatiques, par des tumeurs ganglionnaires à la région axillaire, à la région cervicale, sans nulle altération du foie ni de la rate. Dans cette variété, le sang contient une quantité considérable de *globulins* ou corpuscules incolores semblables à ceux de la lymphe.

En outre, M. Virchow décrit deux formes différentes de la maladie, sans dire si elles répondent à l'une ou à l'autre variété anatomique : 1° une forme *fébrile*, caractérisée par la fièvre hectique, des troubles digestifs, la diarrhée, etc. 2° Une forme *hémorrhagique*, caractérisée par des hémorrhagies abondantes à l'intérieur ou à l'extérieur, et qui amènent promptement la mort.

L'observation suivante est relative à une leucoémie splénique, à forme hémorrhagique.

Obs. — Léon Cesnier, 13 ans, entré le 16 octobre 1855 à la salle Saint-Jean (hôpital des Enfants).

Habitude extérieure. — Maigreur et pâleur excessives; faiblesse générale; douleurs dans le ventre, qui est gros mais sans trace d'ascite. Hypertrophie considérable de la rate et du foie constatée par la palpation et la percussion. Larges ecchymoses autour des malléoles; taches nombreuses de purpura sur la partie antérieure de la poitrine.

Fonctions. — Toux rare; râles muqueux disséminés en différents points de la poitrine; battements du cœur normaux; aucun bruit de souffle dans les vaisseaux du cou; peau sans chaleur; pouls régulier sans fréquence.

Traitement. — Tisane amère; fer réduit, 0,10 centigr.; vin de quinquina; nourriture substantielle.

Le 10 novembre, anasarque et ascite; urines fortement albumineuses, mais claires, limpides, sans aucune trace de sang. — Les 11 et 12, diminution de l'anasarque. — Le 13, aucun signe d'ascite; urines moins albumineuses.—Le 14, aucune trace d'albumine dans les urines. — Le 15, ecchymoses palpébrales et sous-conjonctivales. — Le 23, étourdissements, douleurs de tête; toux fréquente, râles abondants. fièvre. — Le 25, nouvel épanchement sous-conjonctival, épistaxis légère, moins de fièvre. Les jours suivants, les épistaxis se reproduisent; la faiblesse générale augmente.

1er décembre. Augmentation notable du volume du foie. On pratique au malade une piqûre légère, d'où l'on retire 6 grammes de sang pour l'étude. Le 4, pouls petit, un peu de surdité. Le 5, vomissements bilieux abondants, coma profond, puis insensibilité et résolution des membres; râle trachéal. Pouls fort, 96 pulsations, 36 respirations par minute. Saignée de 50 grammes. Mort à dix heures du matin.

Autopsie 46 heures après la mort. — Rigidité cadavérique. Bouffissure des joues. Ecchymoses des paupières. Taches purpurines sur le thorax.

Cavités encéphalique et rachidienne. Les espaces sous-arachnoïdiens sont pleins d'une sérosité trouble, rougeâtre, analogue au sérum du sang recueilli dans la saignée faite avant la mort. Les ventricules latéraux contiennent chacun un caillot allongé, mou, diffluent, d'une teinte veineuse; ces caillots se prolongent en avant dans le ventricule médian par les trous de Monro très-dilatés; en arrière, ils descendent vers l'étage inférieur qui en est rempli. Du ventricule médian, le caillot se prolonge, à travers l'aqueduc de Sylvius, jusque dans le quatrième ventricule qu'il remplit tout entier; il occupe le sillon postérieur de la moelle allongée. Les ventricules sont encore remplis par une abondante sérosité; des hémorrhagies capillaires se montrent çà et là sur leurs parois.

La cavité rachidienne et la moelle n'offrent aucune altération depuis le trou occipital jusqu'à la troisième vertèbre dorsale; mais à partir de celle-ci jusqu'au sacrum, on trouve une hémorrhagie méningée et des caillots siégeant entre la dure-mère et les arcs vertébraux.

Cavité thoracique. Tissu cellulaire sous-sternal infiltré de sang. Pas d'épanchement dans les plèvres. Persistance du thymus, fortement congestionné. Les troncs veineux sont très-distendus.

Péricarde rempli d'une sérosité sanguinolente. Surface du cœur pâle, parsemée de quelques ecchymoses ponctuées. Cœur dilaté; caillots diffluents dans les ventricules. Pas de lésion des orifices.

Légère congestion à la base des poumons avec coloration rouge à la coupe.

Cavité abdominale. Pas d'épanchement dans le péritoine. Ecchymoses sous-péritonéales.

Le foie, énormément hypertrophié, descend jusqu'au cæcum à droite et son lobe gauche touche la rate. Il pèse 2 kilog. 491 gr. Il est d'une teinte rose pâle; à la coupe d'une coloration d'un gris rougeâtre analogue à celle de la rate. Sa consistance est nulle; par l'écrasement, il se réduit en une sorte de pulpe comparable à la boue splénique.

La rate est énorme; elle pèse 626 grammes; elle est d'une couleur rosée et d'un rouge lie-de-vin pâle à la coupe. Le tissu est ferme, mais très-friable.

La veine porte laisse écouler une grande quantité de sang boueux d'un brun rougeâtre.

Les reins, enveloppés d'un tissu cellulaire fortement ecchymosé, sont hypertrophiés. Épanchements sanguins assez considérables dans les calices et les bassinets.

Des ecchymoses s'observent sous les tuniques séreuse et muqueuse de la vessie.

La muqueuse intestinale ne présente rien de remarquable, si ce n'est une extrême pâleur.

Examen microscopique et chimique du sang (par MM. Ch. Robin et Isambert). Le sang était d'une couleur lie-de-vin analogue à la boue splénique; le caillot était mou et diffluent. Le sérum contenait un grand nombre de granulations graisseuses qui lui donnait une teinte laiteuse. Le sérum du sang défibriné donnait par le repos une couche crémeuse qui venait surnager sur les globules. Les globules rouges étaient deux fois moins nombreux que les globules blancs. Ce n'était pas la proportion des globules blancs ou *leucocytes* proprement dits, qui était augmentée, mais celle des globulins, qui sont aux leucocytes ce que les noyaux libres en général sont aux cellules en général.

L'analyse chimique a montré une augmentation notable de la proportion d'eau, une diminution des matériaux solides du sérum, une diminution plus notable encore des globules rouges, une augmentation considérable des matières grasses, une diminution de la fibrine.

M. Caventou : M. Blache a avancé, dans son mémoire, que les premières notions sur le sang blanc nous étaient venues d'Allemagne et d'Angleterre. Il y a plus de vingt ans, j'ai soumis à l'analyse un sang blanc qui provenait d'un malade observé par M. Gendrin. L'observation a été insérée dans les Annales de chimie et de physique, publiées alors par MM. Gay-Lussac et Arago. Berzélius a inséré cette notice dans la première édition de son Traité de chimie, et il n'eût pas manqué de revendiquer pour les Allemands la priorité de cette découverte, si en effet il avait été publié en Allemagne quelque chose sur ce sujet.

Ce sang blanc ne contient qu'une petite quantité de globules rouges; la chaleur en coagule l'albumine, mais cette albumine paraît s'éloigner notablement de l'albumine normale par quelques-unes de ses propriétés; l'acide chlorhydrique concentré ne la colore pas en bleu.

M. Lecanu a également observé, en 1850, un sang blanc dont la coloration était surtout déterminée par la présence d'une grande quantité de globules de graisse; c'est là un fait fort commun.

M. Chatin : J'ai analysé, il y a sept ou huit ans, à Beaujon, le sang d'un malade de M. Sandras, et j'ai publié cette analyse. M. Caventou a observé du sang blanc albumineux; le mien devait sa coloration à un corps gras qui, par le repos, venait se rassembler à la surface et donnait avec l'éther une solution transparente : il y a du sang blanc de plusieurs sortes.

M. Caventou déclare qu'il n'a eu d'autre but que de rectifier l'assertion de M. Blache au sujet des travaux des Allemands et des Anglais.

M. Collineau a observé, il y a déjà bien longtemps, du sang, rouge au sortir de la veine, qui devenait blanc par le repos et le refroidissement.

M. Gibert : Je demande à dire un mot de médecine. Il n'y a pas le moindre rapport entre les observations que l'on vient de citer et celle de M. Blache. Il s'agit ici de l'observation de faits très-communs dans la pratique; rien n'est plus commun que cette altération du sang dans la cachexie aqueuse qui accompagne le purpura. Ce qu'il y a de remarquable dans le travail de M. Blache, c'est le soin avec lequel son observation a été prise. La priorité de la découverte n'appartient d'ailleurs ni aux Allemands, ni aux Anglais. Quant au nom de leucocythémie, je ne sais si c'est un progrès ou un inconvénient; peut-être ce nom met-il en saillie un des symptômes de la maladie qui n'est que secondaire.

M. Caventou : Mes observations n'ont pas de rapport avec les faits signalés par M. Blache; je ne prétends pas m'immiscer dans des questions de médecine qui ne sont pas de ma compétence. J'ai voulu seulement, à propos de l'historique du sang blanc, rappeler le fait que j'avais eu l'occasion d'observer.

M. Guérard : Il s'agit ici, non de chimie, mais plutôt de médecine. Ce qu'il y a de nouveau dans le sujet qui nous occupe, c'est la relation qu'on a trouvée entre la proportion des globules blancs et celle des globules rouges, entre les résultats fournis par l'observation micrographique et certains phénomènes pathologiques. En outre, cette augmentation des globules blancs du sang n'est pas apparente dans le sang qui sort de la veine, à moins d'un degré très-avancé de la maladie; ce n'est pas du sang blanc à proprement parler, car il offre souvent les caractères du sang normal; l'altération spéciale ne se reconnaît souvent qu'au microscope et les phénomènes pathologiques seuls conduisent à rechercher si la proportion des globules blancs n'est pas augmentée. Les faits cités par MM. Caventou, Chatin, etc., se rangent dans une tout autre catégorie.

Il est quatre heures, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS D'OCTOBRE 1855;
par M. le docteur CHARCOT, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

1° STRUCTURE DES POLYPES DE L'URÈTRE DE LA FEMME; par le docteur A. VERNEUIL.

L'orifice externe du canal de l'urètre de la femme est le siége assez fréquent d'une production pédiculée désignée depuis longtemps et dans tous les ouvrages sous le nom de polype de l'urètre.

Ces tumeurs offrent entre elles une identité presque complète; généralement d'un petit volume, d'une couleur rouge très-intense, elles font saillie par leur partie renflée au dehors de l'orifice, tandis que leur pédicule plus ou moins allongé, tantôt s'insère au pourtour de cet orifice, tantôt adhère un peu plus profondément à l'intérieur du canal, sans néanmoins dépasser dans ce sens quelques millimètres.

Ces petites tumeurs saignent parfois assez facilement; mais elles sont surtout remarquables par les douleurs très-vives dont elles s'accompagnent, non-seulement dans la miction et lorsqu'on les touche, mais aussi dans le coït, que parfois elles rendent très-pénible. Toute la vulve peut, sous leur influence, devenir douloureuse, et ces symptômes, peu en rapport avec l'état anatomique, expliquent comment les femmes consultent de bonne heure et réclament l'extirpation qui, au reste, est d'une extrême simplicité.

M. Gosselin ayant récemment enlevé une de ces petites productions qui siégeait sur la moitié droite de l'orifice urétral, j'en fis l'examen anatomique.

La tumeur est aplatie transversalement, elle est d'un rouge très-vif, assez molle au toucher; elle pâlit notablement après la section du pédicule qui est très-vasculaire. Elle conserve après l'affaissement 2 millimètres d'épaisseur sur 1 centimètre à peu près dans sa plus grande dimension.

La surface est lisse au premier abord; mais vu à la loupe, elle est un peu mamelonnée, surtout sur le bord tranchant qui réunit les deux faces latérales. Le pédicule, gros comme une petite plume d'oie, se renfle en trois ou quatre lobules plus ou moins isolés qui, par leur réunion, constituent la masse totale. Examinée à un faible grossissement, cette tumeur est facilement reconnue de nature papillaire; elle est formée par l'agglomération de cylindres juxtaposés et serrés les uns contre les autres, terminés par une extrémité arrondie et adhérente par la base comme les doigts de la main sur la région métacarpienne. Les papilles, larges d'un tiers à un quart de millimètre, portent encore des prolongements latéraux secondaires beaucoup plus petits. La surface externe est recouverte par une couche assez épaisse d'épithélium cylindrique formé de cellules petites munies d'un noyau, assez intimement soudées entre elles. Ces cellules sont disposées perpendiculairement à la surface de la papille comme les poils du velours, ce qui donne à la préparation une certaine élégance. Le corps de la papille est parcouru par un très-grand nombre de vaisseaux capillaires dont les anses, remplies de sang, sont la cause de la coloration très-intense du tissu. Ces capillaires, entre-croisés en divers sens, sont larges à parois minces et çà et là un peu dilatés. Ils atteignent le voisinage de la surface, c'est-à-dire qu'ils ne sont séparés du revêtement épithélial que par une mince épaisseur du tissu de la papille.

Ce tissu lui-même, difficile à observer à cause des vaisseaux, présente une apparence fibroïde très-peu dense; du liquide et de la matière amorphe abreuvent en abondance les mailles lâches de la trame, ce qui explique l'affaissement et la réduction de la tumeur à un très-petit volume par la dessiccation.

La circonstance des douleurs très-vives dont ces tumeurs sont le siége, m'a engagé à y rechercher avec beaucoup de soins les filets nerveux, mais je n'ai pu en découvrir aucun.

En résumé, les polypes de l'urètre chez la femme me paraissent devoir être anatomiquement rangés dans la classe des hypertrophies papillaires et dans la variété de celle si remarquable par le grand développement des vaisseaux. La forme pédiculée, si commune dans ces altérations, vient confirmer cette opinion, et rapproche la lésion qui nous occupe des végétations papillaires si communes à la région génitale externe dans les deux sexes.

Ce fait vient compléter la série des altérations de ce genre qui s'observent sur toutes les muqueuses garnis de papilles. Les polypes (nom impropre et fondé seulement sur une configuration externe), les polypes de l'urètre de la femme se rangent donc à côté des verrues, des condylomes des végétations du prépuce, du gland, de la marge de l'anus, de certaines tumeurs pédiculées de la langue, des lèvres, des narines, de la conjonctive (granulations palpébrales) du vagin, de l'intérieur du col de l'utérus, des gencives, etc., etc.; en un mot, de ces hypertrophies papillaires si communes, si analogues, et dont il faudra prochainement écrire l'histoire.

Cette structure étudiée, il est facile de se rendre compte de la marche du mal, de la récidive possible, du succès de l'excision ou de la ligature, de la nécessité où l'on est de cautériser le point d'implantation dans certains cas; en un mot, ici comme ailleurs, l'anatomie normale et l'anatomie phatologique éclairent vivement le problème de la nature, du siége et de l'évolution de la maladie.

Puisque je m'occupe des affections de l'urètre de la femme, je dois signaler une maladie que je n'ai pas vue signalée dans les auteurs; je veux parler de l'hypertrophie avec épaississement de la muqueuse de l'urètre dans sa totalité, ou au moins dans une grande partie de son étendue. J'ai observé cette affection chez une dame d'une trentaine d'années atteinte d'un corps fibreux assez volumineux de l'utérus. On apercevait à la région du méat urinaire une saillie très-prononcée au sommet de laquelle se voyait l'ouverture de ce méat; cette saillie, assez ferme au toucher, était constituée par les parois très-épaissies de l'urètre dont la muqueuse faisait une sorte de hernie comparable, jusqu'à un certain point, à une chute du rectum. La cavité était presque effacée par les replis boursouflés de la muqueuse, mais elle était cependant assez agrandie pour qu'on pût y engager le bout du doigt auriculaire; la muqueuse était rouge, assez consistante, et formait des circonvolutions, des plis épais séparés par des sillons profonds. Cette affection n'était pas très-douloureuse, elle amenait cependant parfois des cuissons et des douleurs en urinant; remontant à une époque déjà fort ancienne, elle était survenue petit à petit, spontanément, et avait résisté à plusieurs traitements. Je ne mis en usage aucun moyen particulier.

2° NOTE SUR L'INDURATION ROUGE DU CERVEAU; par M. le docteur CH. ROBIN, agrégé à la Faculté de médecine, etc.

Parmi les produits morbides désignés d'après leur couleur et leur consistance sous les noms d'*induration rouge ou grise du cerveau, d'encéphalite chronique*, avec un sens peu concret, l'examen de la structure intime fait reconnaître des tissus très-différents.

Le premier fait à signaler, avant d'aller plus loin, c'est que ces produits ne portent point avec eux le cachet des productions inflammatoires.

On a, en effet, attribué à l'inflammation chronique beaucoup de tissus pathologiques, faute d'en connaître la nature, par habitude de chercher la cause lorsqu'on ne connaît pas la chose, lorsqu'on aurait dû se préoccuper surtout de la propriété de naître, de se développer et de se nourrir que présentent les éléments anatomiques, indépendamment de tout phénomène inflammatoire préalable ou concomitant. Il est, en effet, nombre de tissus pathologiques qui sont attribués à l'inflammation et qui n'ont aucun rapport comme cause ou effet avec ce phénomène morbide, qui sont dus à une augmentation ou à une diminution de quantité des éléments normaux ou à quelque autre modification des tissus, que l'examen de leur texture peut seul faire connaître.

En dehors du *sclérôme cérébral* (1), il faut noter comme productions morbides spéciales de la substance cérébrale :

1° Des tumeurs plus ou moins bien limitées, généralement placées dans la substance grise, mais s'avançant plus ou moins profondément dans la substance blanche. Elles sont assez fermes, mais friables, peu vasculaires, d'un gris rougeâtre, etc., et présentent souvent dans leur partie centrale, surtout si elles sont grosses, de petites masses jaunâtres, tout à fait dépourvues de vaisseaux, et ayant l'aspect du tubercule. Le tissu de la partie rougeâtre est composé de matière amorphe irrégulièrement granuleuse, et de vaisseaux capillaires ordinairement peu nombreux. Quelquefois on y trouve un petit nombre des éléments de la substance grise connus sous le nom de *myélocytes*. La partie jaunâtre ayant l'aspect du tubercule, offre la même constitution, avec cette différence qu'une grande quantité de granulations graisseuses s'est ajoutée aux précédentes, a déterminé l'atrophie des capillaires et devient cause de la coloration particulière qui vient d'être indiquée.

2° Il faut signaler, en outre, des tumeurs multiples ou uniques, provenant toujours de la substance grise, tantôt s'enfonçant dans la substance blanche, tantôt soulevant la pie-mère, et alors lui adhérant, qui sont composées principalement par les *myélocytes*, qui ont augmenté de nombre absolu et relatif. Une certaine quantité de matière amorphe les accompagne, ainsi que des capillaires ordinairement nombreux. Le tissu est rougeâtre ou d'un gris rougeâtre, pulpeux, ou un peu plus ferme que la substance grise, tantôt la masse qu'il forme est bien limitée, tantôt elle se continue insensiblement avec le tissu cérébral sain. Il est rare de voir des parties centrales devenues jaunâtre, avec l'aspect de tubercule signalé plus haut; mais le fait s'observe quelquefois, et il est dû à la même cause, c'est-à-dire à la production de granulations graisseuses au centre du tissu pathologique, avec disparition complète ou presque complète des capillaires.

Dans l'une et l'autre de ces deux espèces de tumeurs, il est commun de trouver la substance cérébrale ramollie, devenue grisâtre, demi-transparente, assez riche en myélocytes, des variétés noyau libre et cellule à un ou deux noyaux.

Outre les productions précédentes se présentant sous forme de tumeur ou de masse plus ou moins bien délimitée, il y a les *indurations proprement dites*, décrites surtout par Lallemand. C'est un cas de ce genre dont les lignes suivantes contiennent la description anatomo-pathologique.

Il fut trouvé chez une femme entrée à l'hôpital pour de violents étourdissements, avec engourdissement d'un côté, puis, au bout de huit jours, morte dans un coma survenu subitement.

La production pathologique formait une masse à contour irrégulier, mal limité dans la profondeur, mais représentant en tout une masse du volume d'un œuf de poule. De la surface des circonvolutions du lobe cérébral gauche, elle s'étendait irrégulièrement jusqu'au centre ovale de Vieussens et au corps strié correspondant.

Les circonvolutions atteintes sont conservées, mais leur surface est épaissie, devenue irrégulière, comme granuleuse et mamelonnée. La pie-mère continue à les recouvrir; elle est très-congestionnée, très-rouge presque partout, épaissie et blanchâtre par places.

(1) Voyez COMPTES RENDUS et MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.—Paris, in-8°, 1854, p. 125.

Le tissu morbide a la consistance du tissu du pont de Varole, plus ferme que la substance cérébrale saine voisine; pourtant il est friable et se déchire facilement. Sa couleur est un gris rougeâtre assez vif, marbré de plaques rouge vif très-vasculaires. Par place, au centre du tissu se voient des amas allongés, irréguliers, jaunâtres, épais de 1 demi centimètre. Ces portions-là sont un peu vasculaires; elles sont plus molles ou du moins plus friables que le reste du tissu, et, à l'œil nu, ont été prises pour du pus concret.

Tout le tissu, d'un gris rougeâtre ou un peu blanchâtre, est formé des deux tiers aux trois quarts de corps fusiformes fibro-plastiques, très-allongés, au point d'avoir jusqu'à plus de 1 et de 2 dixièmes de millimètre de long. A une certaine distance de la partie renflée contenant le noyau, beaucoup d'entre eux se prolongent de chaque extrémité en deux, trois ou quatre fibrilles de tissu lamineux, très-pâles, allongées, onduleuses et sans granulations. L'acide acétique les attaque, comme il le fait pour les fibres du tissu lamineux; il laisse le noyau très-visible à bords nets, et pâlit seulement un peu sa partie centrale, sans dissoudre, toutefois, les granulations. Le noyau ou les noyaux (car il en est qui en ont deux), que renferme chaque corps fusiforme, est ovoïde, assez allongé, très-rarement sphérique, très-granuleux à l'intérieur et à granulations foncées, mais très-rarement pourvu de nucléole.

On trouve aussi un certain nombre de noyaux libres, semblables aux précédents, mais ils sont rares. Ces noyaux libres sont habituellement plus larges et quelquefois plus longs que ceux qui sont au centre des corps fusiformes. On trouve également un très-petit nombre de cellules sphériques ayant un noyau semblable aux précédents, mais aucune d'elles n'offre d'allongement pouvant représenter une forme transitoire d'évolutions devant conduire à donner naissance à un corps fusiforme semblable à ceux décrits plus haut.

Entre ces divers éléments se rencontrent des fibres de tissu lamineux, pâles, peu flexueuses, isolées, non réunies en faisceaux, entre-croisées en diverses directions et faciles à reconnaître et même à isoler.

Le reste de la masse du tissu est composé de matière amorphe granuleuse et de capillaires abondants, semblables aux capillaires normaux, dont quelques-uns seulement renferment quelques granulations graisseuses.

Quant aux portions jaunes, elles sont composées par les mêmes éléments, mais avec addition d'une quantité considérable de granulations graisseuses, réfractant fortement la lumière en jaune. Partout où elles existent elles sont accompagnées d'un grand nombre de *corps* ou *globules granuleux*, irréguliers; partout aussi elles rendent les éléments qu'elles accompagnent plus foncés et moins réguliers qu'ailleurs, les noyaux en particulier. Cette portion du tissu, qui est jaunâtre, manque de capillaires, sauf à la périphérie.

Nulle part il n'existait trace de pus. On n'y trouvait non plus aucune trace de tubes nerveux; ce n'est qu'à la surface même du tissu accidentel, au point de jonction avec le tissu cérébral, qu'on trouvait des fragments irréguliers et flexueux de tubes nerveux. Inutile de dire qu'en quelque point que ce fût il n'y avait trace de passage graduel des tubes nerveux à l'état de fibres lamineuses, ainsi que quelques auteurs ont prétendu faussement l'avoir observé.

Nulle part non plus les capillaires ne présentaient cette réplétion par des globules sanguins, avec dilatation et replis interstinformes et resserrements brusques par places, comme on en trouve dans les parties enflammées.

Ainsi, c'est là encore une production morbide, composée d'éléments semblables à ceux qu'on trouve à l'état normal en divers points du corps, mais nés dans un tissu où ils n'existent pas normalement. C'est un tissu qui est morbide, surtout par la région dans laquelle il est développé plutôt que par la nature des éléments qui le composent; tissu qu'on ne saurait considérer comme une altération de la substance nerveuse au sein de laquelle il est né, et dont il a pris la place en l'envahissant. On ne saurait, non plus que les premiers dont il a été question plus haut, le considérer comme un produit d'inflammation, car l'analyse anatomique n'y montre ni les éléments, ni la disposition de ceux-ci, qu'on rencontre dans les tissus on à la suite d'inflammation s'est développé quelque tissu pathologique.

3° Observation d'hémorrhagie intra-péritonéale diffuse, ayant son point de départ dans l'ovaire droit altéré par l'inflammation; mort; autopsie; par M. Luton.

La nommée Desmois (Coralie), âgée de 27 ans, blanchisseuse, couchée au n°72 de la salle Saint-Thomas, service de M. Denonvilliers, était entrée à l'hôpital Saint-Louis, le 10 septembre 1855, pour un ulcère fongueux du col de l'utérus. C'était une femme bien constituée, qui avait été habituellement bien réglée et avait eu une couche antérieure.

Lors de son entrée à l'hôpital, cette femme se plaignait que, depuis deux mois environ, elle était tourmentée de pertes sanguines presque continuelles; ses forces diminuaient rapidement; elle éprouvait en même temps des douleurs sourdes dans les reins.

A l'examen au spéculum, on reconnut une ulcération fongueuse, située à l'orifice du col de l'utérus. Cette altération suffisant pour expliquer tous les troubles observés, on s'en tint à ce diagnostic: on pratiqua successivement, durant les quinze premiers jours depuis l'entrée de la malade, deux cautérisations, une au fer rouge et une au crayon de nitrate d'argent. On prescrivit des injections et deux portions.

Les pertes utérines cessèrent sous l'influence de ce traitement, et l'ulcère était en voie de guérison.

La malade était donc soignée pour une affection en apparence très-légère, lorsque le mardi, 2 octobre, elle se plaint d'une indisposition assez subitement survenue. Le matin, elle ne mange que de la soupe; le soir, elle ne veut rien prendre absolument. Elle souffre, pendant la journée, dans le ventre, dans les reins; elle éprouve de l'oppression. Le soir, la fièvre est assez forte. Il n'y a ni nausées, ni vomissements. La constipation existe depuis quelques jours; le ventre est sensible à la pression et assez volumineux. On prescrit un cataplasme et un lavement purgatif.

Pendant toute la nuit, la malade reste très-souffrante, bien qu'il n'y eût pas aggravation manifeste des symptômes.

Le mercredi 3, M. Demarquay, qui remplaçait M. Denonvilliers, l'examine avec soin. Elle a de la fièvre; le ventre est sensible, surtout du côté droit, où on détermine des douleurs assez vives par la pression; il y a tension de ce côté au niveau de la fosse iliaque. On ordonne 12 sangsues et un bain. La maladie marchant très-rapidement, il devient bientôt impossible de transporter cette femme au bain.

Dans la nuit du même jour, le hoquet se déclare. Vers le matin, les vomissements commencent; les matières vomies ont l'aspect d'une eau savonneuse salie. Le ventre est gros, douloureux; l'oppression est excessive; la malade est pâle, sans mouvements et sans voix; enfin elle succombe, après avoir été agitée par quelques frissons, le jeudi 4 à huit heures du matin.

Les accidents avaient duré à peine quarante-huit heures.

Autopsie. — L'autopsie, faite le 5 octobre, présente à étudier les résultats suivants:

La pâleur de la peau est extrême, comme est la peau d'un individu mort d'hémorrhagie.

Le ventre est légèrement ballonné. Dès qu'on eut incisé les parois de l'abdomen, on reconnut qu'il y avait un épanchement de sang dans le péritoine.

Les intestins sont distendus par des gaz; le péritoine, qui les recouvre, présente des arborisations et a éprouvé manifestement un commencement d'inflammation.

Mais l'attention se porte plus particulièrement vers les organes contenus dans le bassin, où le sang, à cause de sa position déclive, s'est accumulé. Il y en a plus d'un litre; il est fluide et noir et tient quelques caillots en suspension.

Lorsqu'on l'a fait écouler, on constate que le péritoine, qui tapisse tous les organes pelviens, est recouvert d'une fausse membrane molle et récente, teinte en rouge-brun par l'imbibition du sang épanché.

L'utérus a son volume et ses rapports normaux.

Les annexes, à droite et à gauche, sont unis et comme confondus entre eux par une exsudation plastique, dont l'organisation avancée indique une inflammation déjà ancienne. Ils adhèrent également avec les parties latérales du rectum. On rompt facilement toutes ces adhérences.

Les deux trompes présentent des signes manifestes d'inflammation; cette inflammation même doit remonter pour son début à une date assez éloignée. On trouve sur leur trajet plusieurs petits abcès gros comme des pois; il s'ensuit que leur perméabilité est détruite.

L'ovaire gauche est tuméfié, ramolli et friable; il s'écrase lorsqu'on veut l'inciser. Il est grisâtre et comme infiltré de pus ou de matière plastique.

L'ovaire droit est encore plus malade et plus difficile à isoler et à délimiter. Mais ce qui est surtout curieux relativement à lui, c'est qu'il présente, du côté par lequel il regarde le cul-de-sac utéro-rectal, une petite déchirure à travers laquelle on voit faire hernie un gros caillot sanguin, noir et mou. Il est coiffé par le pavillon de la trompe très-élargi et adhérent au rectum, de telle sorte qu'au premier abord on avait cru avoir affaire à une hémorrhagie tubaire. Mais la pièce ayant été présentée à la Société de biologie, MM. Gubler et Charcot ont reconnu manifestement que l'hémorrhagie avait bien son point de départ dans l'ovaire. En effet, l'ovaire étant disséqué et coupé par tranches, on voit un foyer sanguin qui semble occuper la cavité d'une vésicule de Graaf; on suit même le trajet que le sang a dû suivre pour venir faire irruption dans le cul-de-sac utéro-rectal. A côté du kyste hémorrhagique, on trouve une cavité vide, assez grande, qui peut aussi se rapporter à une autre vésicule de Graaf, presque mûre. Du reste, le tissu de l'organe, indépendamment de cela, paraît transformé en putrilage par l'inflammation.

Les cautérisations, pratiquées sur le col de l'utérus, n'ont laissé qu'une surface parfaitement cicatrisée, la dernière ayant été faite il y a quinze jours au moins. La muqueuse utérine est très-humide et paraît couverte d'une notable quantité de muco-pus.

Cette hémorrhagie, parenchymateuse d'abord, puis intra-péritonéale, est-elle consécutive à l'inflammation des annexes de l'utérus, ou bien est-elle primitive? Est-elle due à une ulcération inflammatoire, ou bien est-elle essentielle? Or les lésions que nous avons signalées plus haut sont trop avancées pour être rapportées à une maladie qui aurait duré à peine quarante-huit heures. D'une autre part, nous n'avons pas trouvé dans l'ovaire droit les traces que laissent des épanchements hémorrhagiques d'un certain âge, telles que des couches fibrineuses, des caillots décolorés, etc. Enfin, des deux côtés les annexes étaient malades. Ainsi donc, aux questions posées plus haut, nous ne trouvons à répondre que par des objections contradictoires. Les pertes utérines, qui duraient depuis deux mois, si on ne les fait pas dépendre de l'ulcération du col, indiqueraient assez un raptus hémorrhagique qui se faisait vers l'utérus; alors on pourrait admettre que des apoplexies successives des ovaires, opérées sous l'influence du molimen menstruel ou de la conception, ou sous une influence inconnue, ont été le point de départ du travail phlegmasique dont nous avons constaté les désordres. La terminaison de cette affection locale a été la rupture de l'un des ovaires et une hémorrhagie intra-péritonéale diffuse, suivie d'un commencement de péritonite et d'une mort rapide.

4° Sur un kyste pileux de l'ovaire; par M. Luys.

La malade qui fait l'objet de cette observation est entrée à l'infirmerie de

la Salpêtrière le 17 mars 1855 (service de M. Moissenet). Elle était âgée de 37 ans et nous donnons sur ses antécédents les renseignements suivants :

Sa mère n'a jamais rien présenté de particulier du côté des organes génitaux ; elle est morte apoplectique. Son père est mort accidentellement. Quant à notre malade, elle a toujours été d'une santé délicate. Elle fut réglée à 10 ans ; les règles apparurent naturellement ; elles furent d'abord régulières ; puis elle fit deux couches, et à la suite de la dernière (elle avait alors 20 ans), la santé commença à s'altérer.

Il y a environ quinze ans que les douleurs de bas-ventre, pour lesquelles elle s'est décidée à venir à l'hôpital, ont débuté. Ces douleurs, localisées à l'hypogastre dès le début, parvinrent de temps en temps à un degré d'acuité tel qu'elles lui arrachaient des cris ; elles s'accompagnaient d'une sensation de pesanteur vers le siége ; en même temps qu'elles s'irradiaient dans l'aine gauche et que la peau de toute cette région acquérait une sensibilité exagérée. Cet état de crise revenant à des intervalles irréguliers, la forçait à s'aliter et à garder le repos absolu pendant un et deux mois.

C'est aussi à dater de cette époque que les règles cessèrent d'être régulières ; elles revinrent à des époques variables, irrégulièrement, furent accompagnées à chaque menstruation de douleurs très-vives, qu'elle comparait à celle de la parturition ; elles duraient environ deux ou trois jours, et pendant les intervalles elles étaient remplacées par un écoulement blanc continu. Jamais elle n'eut de pertes.

Etat actuel : Depuis quatorze mois, la malade nous dit que la crise habituelle l'a reprise et ne l'a pas quittée ; les douleurs abdominales ont suivi une marche variable, quoique continue ; elles sont sujettes à des exacerbations, surtout aux époques menstruelles ; elles s'irradient dans l'aine, la cuisse gauche et jusque dans l'anus, et s'accompagnent d'une sensation de brûlure dans le vagin. Les pertes blanches sont très-abondantes, et en même temps la malade accuse une sensation de pesanteur dans le siége quand elle est assise ; elle est agitée et ne peut trouver une bonne place, ni assise, ni levée ; la marche lui est pénible.

Elle est, en outre, dans un état anémique assez prononcé ; la peau couleur de cire vieillie ; les forces déprimées, la face abattue, etc. ; dans un état général qui annonce une maladie chronique.

L'introduction du doigt dans le vagin est très-douloureuse ; les deux lèvres du col sont rigides, indurées et très-sensibles ; l'utérus enclavé dans la cavité pelvienne ne peut être soulevé sans exciter de vives douleurs. En même temps on sent au palper dans le flanc gauche une tumeur d'un volume qu'on ne peut apprécier, mais dure au palper et irritante ; elle n'est pas accessible au doigt introduit dans le vagin.

La malade fut soumise pendant quelque temps à un régime tonique et réparateur. Les opiacés, les calmants de toute espèce furent employés.

Mais peu à peu les phénomènes généraux prirent une plus grande intensité ; aussi les vomissements, rares dès le début, devinrent-ils de plus en plus fréquents et presque incoercibles. La constipation qui avait été passagère devint aussi très-difficile à vaincre ; les lavements ne pouvaient pénétrer dans le rectum ; des hourrelets hémorrhoïdaux, signes d'une gêne mécanique dans la région sacrée, apparurent à la marge de l'anus.

En même temps, les douleurs augmentaient d'intensité et s'irradiaient non-seulement dans les deux cuisses (avec prédominance du côté gauche), mais encore dans les deux membres inférieurs avec hypertrophie cutanée, picotement et élancements continus.

Les régions fessière et hypogastrique étaient particulièrement le siége d'un endolorissement général.

L'écoulement blanc devint peu à peu d'une fétidité insupportable, et l'on vit apparaître à la vulve plusieurs lambeaux de tissu cellulaire frappés de sphacèle, et la tumeur du flanc gauche devenait au palper abdominal moins accessible.

Le toucher vaginal, pratiqué à plusieurs reprises, démontra l'abaissement du col, son état fongueux et ramolli, la béance des deux lèvres utérines qui permettent l'introduction du doigt, et en même temps on perçoit, immédiatement sous l'arcade pubienne, la sensation d'une tumeur volumineuse enclavée dans le petit bassin et complétement immobile ; ce qui nous donna lieu de supposer, un déplacement lent et continu, vers la cavité pelvienne, de la tumeur que nous avions précédemment rencontrée dans le flanc gauche.

La malade succomba, après cinq mois de séjour dans nos salles, dans un état d'adynamie complet.

AUTOPSIE. — La cavité pelvienne est occupée par une tumeur dure du volume d'une tête de fœtus à terme, formant saillie à la partie latérale gauche de l'abdomen, et plus grand par son hémisphère inférieure dans la cavité du petit bassin. Elle comprime le rectum en aplatissant ses parois ; elle dévie vers la droite la vessie dont la cavité a pris dès lors une direction transversale ; l'utérus, dont le bord gauche est accolé à la tumeur, est aussi dévié vers la droite.

Cette tumeur a contracté adhérence avec le feuillet du grand épiploon ; en enlevant ce feuillet, on voit qu'il clot par la face postérieure la cavité d'un vaste clapier purulent qui s'étend à tout le tissu cellulaire du petit bassin jusque dans la fosse iliaque droite.

La tumeur est légèrement ovoïde et grosse à l'extrémité antérieure ; elle se compose d'une coque enveloppante et d'une masse incluse qu'elle enveloppe de toutes parts.

La coque d'enveloppe est d'apparence fibreuse ; elle porte à peu près 6 à 7 millim. d'épaisseur de parois ; la surface externe a contracté quelques adhérences avec les organes voisins ; quant à sa surface interne, elle est lisse et comme séreuse ; elle permet, sauf quelques points, d'énucléer tout son contenu ; c'est en ces endroits, de la dimension chacune d'à peu près une pièce de 2 francs, que M. Ch. Robin a trouvé des follicules pileux et des glandes sudoripares.

Le contenu forme une masse volumineuse qui mesure dans son grand axe, 0,09 c. ; dans son diamètre transversal, 0,09 c., et suivant sa circonférence, 0,39 c.

Cette masse est, comme nous l'avons dit déjà, légèrement ovoïde ; sa surface extérieure, recouverte d'une couche graisseuse, est libre dans presque toute sa superficie, excepté inférieurement où l'on voit deux pédicules, l'un à droite, l'autre à gauche, formés par une agglomération de cheveux, qui vont se perdre en s'enroulant dans une duplicature de la membrane enveloppante, du fond de laquelle ils semblent émerger.

Maintenant la masse tout entière du contenu est formée de cheveux *blonds* feutrés et enchevêtrés en tous sens (les cheveux de la malade étaient couleur châtains), et d'une quantité considérable de graisse, au milieu de laquelle on trouve çà et là quelques cristaux d'hématoïdine ; elle remplit et comble tous les intervalles laissés libres par l'intrication des cheveux.

A la coupe, on ne trouve rien autre chose que des cheveux entremêlés en tous sens et baignés par de la graisse à demi-fluide ; c'est absolument comme si on avait fait une coupe à travers une masse de crin. L'examen de toute cette masse faite avec attention n'a révélé *nulle part* aucun indice résultant de la présence d'un fœtus, comme une dent, un os, etc., etc.

L'utérus présente à la partie inférieure du col une large surface ulcérée, converte de brides celluleuses blanc grisâtre et flottantes qui répandent une odeur gangreneuse des plus manifestes ; aucune trace de tissu anormal infiltré ; rien, en un mot, qui indique les lésions ordinaires d'une affection cancéreuse du col.

L'ovaire droit ne présente rien à noter.

Les reins commencent à présenter cette décoloration gris perlé de la substance corticale, caractérisée par une grande quantité de matière amorphe dans les tubes urinipares, avec des granulations graisseuses très-abondantes, au milieu desquelles sont plongées les cellules pavimenteuses.

Le foie hypertrophié est presque entièrement gras, couleur fauve ; on trouve les cellules hépatiques infiltrées de granulations graisseuses et nageant au milieu de gouttelettes huileuses très-abondantes.

La rate est aussi légèrement hypertrophiée ; elle n'est pas ramollie.

Le cœur et les poumons ne nous ont rien offert d'anormal.

II. — TÉRATOLOGIE.

CAS DE TRANSPOSITION GÉNÉRALE DES VISCÈRES ; par M. LUYS.

La note qui fit l'objet de cette observation est relative à une vieille femme, morte à 72 ans dans les salles de l'infirmerie de la Salpêtrière, une heure après son entrée par suite d'une hémorrhagie cérébrale.

Voici ce que nous avons trouvé à l'autopsie :

1° Dans la cavité thoracique :

Division en trois lobes du poumon gauche, et en deux lobes du poumon droit.

La pointe du cœur est à droite et la base à gauche. Le ventricule droit regarde en bas et à gauche ; le gauche en haut et à droite. La concavité de la crosse de l'aorte est à droite ; ce vaisseau, accolé à la portion droite du corps des vertèbres, se dévie peu à peu vers la ligne médiane, et reprend sa position normale lorsqu'il passe entre les piliers du diaphragme.

Nous avons manifestement noté à ce sujet que la courbure latérale que présente le rachis à la région thoracique était ici peut-être un peu moins prononcée qu'à l'état normal, mais qu'elle n'en existait pas moins, c'est-à-dire avec une concavité regardant à gauche, et cela d'une façon très-évidente.

Les troncs naissant de la crosse sont disposés dans l'ordre inverse, c'est-à-dire d'avant en arrière et de droite à gauche, on rencontrait la sous-clavière droite, la carotide primitive du même côté, plus le tronc brachio-céphalique ; le nerf récurrent avait aussi subi l'inversion ; le droit passait sous la crosse aortique, et le gauche sous l'artère sous-clavière correspondante. La veine cave supérieure est à gauche ; elle reçoit la veine azygos qui remonte parallèlement à gauche le long du rachis.

2° Dans la cavité abdominale :

L'estomac a son grand cul-de-sac tourné à droite. La rate y est accolée. Le foie est dans l'hypocondre gauche. Il en est de même du cæcum et de son appendice. L'S iliaque est à droite ; la déviation latérale et supérieure du rectum est pareillement de ce côté.

L'aorte, avons-nous dit, est sur la ligne médiane, au sortir de son passage à travers l'anneau du diaphragme ; la veine cave inférieure la côtoie parallèlement à gauche.

Rien à noter d'insolite tant du côté des organes génitaux urinaires que du côté des centres nerveux.

BIBLIOGRAPHIE.

TABLEAU OF THE YELLOW FEVER OF 1853 WITH TOPOGRAPHICAL, CHRONOLOGICAL AND HISTORICAL SKETCHES OF THE EPIDEMICS OF NEW-ORLEANS SINCE THEIR ORIGIN IN 1795, ILLUSTRATIVE OF THE QUARANTINE QUESTION ; by BENNET DOWLER, M. D. — New-Orléans, 1854.

Le docteur Bennett Dowler nous donne dans cette brochure une

notice sur les *épidémies de fièvre jaune* qui ont sévi à la *Nouvelle-Orléans* depuis la fondation de cette ville jusqu'à nos jours; il trace ensuite l'histoire détaillée de la funeste épidémie de 1853, et il discute en dernier lieu la question de l'utilité des quarantaines contre la fièvre jaune. Ce dernier point de vue ne saurait nous occuper ici; la question générale qu'il implique a besoin pour être élucidée d'un ensemble de documents qui ne sont pas présentés par notre laborieux confrère de la Nouvelle-Orléans avec assez de détails, ni avec une méthode assez sévère. Nous emprunterons seulement aujourd'hui à l'ouvrage que nous avons sous les yeux son résumé chronologique des différentes invasions de la fièvre jaune.

Par rapport à l'épidémiologie, l'indication des dates qui précisent les retours d'une même maladie dans une localité donnée offre déjà à elle seule une certaine importance. Il n'en est pas question dans les auteurs classiques, parce que les maladies n'y sont étudiées généralement qu'au point de vue spécial du diagnostic, du pronostic, des lésions anatomiques. On les considère comme des entités morbides fixes, invariables, produites par des causes mécaniques. Le côté étiologique de l'étude des maladies qui déciment notre espèce est tout à fait négligé on considéré d'une manière systématique qui ne saurait conduire aux véritables indications prophylactiques ou thérapeutiques. Quand la pathologie tiendra compte des données si importantes, mais si négligées que fournit l'épidémiologie, alors elle entrera, nous le pensons, dans une phase nouvelle; elle sortira de l'observation des faits isolés pour prendre des aperçus plus grands, plus complets, et plus fertiles peut-être en conséquences pratiques. Pour cela faire, il faut une métamorphose complète des idées régnantes. Or ces changements n'ont pas lieu immédiatement, ils se passent sans bruit, sans transition brusque. Le progrès des idées a souvent cette marche; on en voit les résultats en étudiant les vicissitudes des systèmes qui ont régné tour à tour sur la médecine; mais souvent on n'en recherche pas le point de départ... Qu'importe après tout, pourvu que le progrès soit réalisé. Le bénéfice de l'idée n'appartient pas ordinairement au véritable inventeur; cela s'est passé ainsi de tout temps, et il ne faut pas croire qu'il en soit autrement à notre époque. Les chercheurs d'idées d'autrui inventent une foule de stratagèmes pour se les approprier. Quand ils ne s'en emparent pas avant leur publication, ils cherchent par tous les moyens à empêcher cette manifestation. Rien ne leur coûtera pour cela, il faut le savoir. Quand les idées sont émises, il y a un autre moyen de les prendre, c'est de les décomposer et de les emporter pièce par pièce. On ne prend pas ainsi l'édifice en entier, mais on en emporte les pierres.

Cette remarque est en apparence bien étrangère au livre que nous avons à analyser; des motifs particuliers nous la font placer ici, et puis M. Bennet Dowler n'a-t-il pas revendiqué lui-même dans le temps la priorité de certains faits, l'importance de certains systèmes? Nous en avons conservé bonne souvenance; mais pour en revenir à la fièvre jaune, voici les faits relatifs à ses différentes invasions.

Bien que l'on ait considéré la Nouvelle-Orléans, les îles du golfe du Mexique, les embouchures du Mississipi, comme le point de départ et le principal foyer de la fièvre jaune, cette maladie s'est montrée au nord-est de l'Amérique avant d'apparaître au sud. Ainsi la ville de Boston est ravagée en 1691, 1693, 1795; New-York en 1702, 1743, 1748, 1762, 1791, 1793, 1795; Philadelphie en 1699, 1732, 1741, 1742, 1743, 1744, 1747, 1762, 1793, 1794; Norfolk en Virginie en 1747, 1795; New-Haven dans le Connecticut en 1743, 1794; Providence à Rhode-Island en 1794; Baltimore en 1794, 1795.

Ce n'est pas seulement l'Amérique qui est ravagée par le fléau à la fin du dix-septième et dans tout le dix-huitième siècle, l'ancien monde est sujet à ces époques à des invasions multipliées; nous citerons, entre autres localités, Cadix dont les épidémies datent de 1705, 1731, 1733, 1734, 1744, 1764.

La fièvre jaune apparaît pour la première fois sur les bouches du Mississipi en 1702 à *Biloxi*, seize ans avant la fondation de la Nouvelle-Orléans; Biloxi était un fort militaire français fondé par Iberville en 1699. La maladie ne se montre plus à partir de cette époque qu'en 1796. Il y a bien eu une épidémie en 1769; mais cette épidémie dont parlent les historiens n'était pas la fièvre jaune. Drake, qui a été enlevé à la science par une mort prématurée, dans son ouvrage monumental sur la topographie médicale de l'Amérique, dit bien qu'en 1791 il y a eu quelques cas de fièvre jaune à la Nouvelle-Orléans, mais tout démontre que la maladie n'était pas épidémique à cette époque. En somme une ville qui comptait en 1785 et en 1788 de 5 à 6000 habitants, population égale au moins pour cette époque à celle de la plupart des villes que nous avons citées plus haut, reste pendant plus d'un demi-siècle exempte des maladies qui déciment les États voisins. La salubrité du climat est remarquable à cette époque, comme l'attestent les écrits de Charlevoix, de du Pratz, de Lattorpe, de Lozieres, de Duvallon. Lind lui-même, l'un des fauteurs de la théorie du miasme palustre, dit que les habitants de la Nouvelle-Orléans ne souffraient aucunement de leur séjour au milieu des marais.

A partir de l'époque épidémique de 1796, l'état sanitaire de la ville se modifie; chaque année voit revenir un certain nombre de cas de fièvre jaune. A certaines époques la maladie passe de l'état endémique à l'état de petite épidémie. Il faut arriver en 1853 pour trouver l'indication de la plus grande mortalité. New-Orléans comptait en 1852 une population de 145,483 et en 1853 un chiffre de 150,000 habitants. Pendant l'épidémie, il y eut 30,000 personnes qui quittèrent la ville. Des 120,000 habitants qui restèrent 30 ou 40,000 environ n'étaient pas acclimatés et n'avaient pas subi à d'autres époques l'influence de la maladie; c'est principalement sur ces derniers que la fièvre jaune exerça ses ravages.

Sur une durée de 149 jours, le docteur Bennet Dowler compte une mortalité totale de 11,156, dont 2697 décès de maladies diverses, 7782 de fièvre jaune, 669 de causes inconnues. Cette mortalité s'est répartie inégalement pendant la durée de l'épidémie :

Du 26 au 31 mai...	Fièvre jaune.........	3	décès.
	Maladies diverses......	97	
	Cause inconnue.......	10	
		110	
Du 1er au 30 juin..	Fièvre jaune..........	40	décès.
	Maladies diverses......	581	
	Causes non spécifiées....	45	
		666	
Décès du 1er au 31 juillet..	Fièvre jaune.....	1406	décès.
	Maladies diverses..	559	
	Id. inconnues.	112	
		2077.	
Du 1er au 31 août....	Fièvre jaune......	5189	décès.
	Maladies diverses...	689	
	Causes inconnues...	357	
		6235	
Du 1er au 30 septembre.	Fièvre jaune......	485	décès.
	Maladies diverses...	961	
	Causes inconnues...	88	
		1534	
Du 1er au 22 octobre..	Fièvre jaune......	139	décès.
	Maladies diverses...	310	
	Id. inconnues.....	57	
		506	

L'épidémie qui produisit ces ravages à New-Orléans s'étendit en même temps à d'autres localités qu'il importe de déterminer ici. Six États furent envahis; la maladie s'observa sur les territoires de la Floride, de l'Alabama, de la Louisiane, du Mississipi, de l'Arkansas, du Texas.

Cette vaste région présente les caractères géologiques les plus différents, terrains d'alluvions, terrains diluviens, formations tertiaires, vallées, plaines arides, plateaux élevés, collines ondulées, forêts de pins, lacs, prairies, marais, terrains inondés. La mer du Mexique baigne presque tous ces États dans cette partie de ses rives qui s'étend de l'embouchure du Rio-del-Norte à la Floride. La zone élevée qui touche aux lacs Pontchartrain et Maurepas fut envahie comme les terres marécageuses et basses de la Louisiane. Ainsi la maladie fit beaucoup de victimes à Madisonville, Mandeville, Louisbourg et Covington, comme à Bâton-Rouge, Clinton, Port-Hudson, Jackson, Bayou-Sara, Saint-Francisville, Fort Adams, Natchez, Grand-Gulf, Yazoo, Vicksbourg; les mêmes localités que Drake désignait comme ne devant pas être atteintes par la fièvre jaune, payent, en 1853, leur tribut à la redoutable endémie.

Il y aurait maintenant à indiquer les données relatives à l'ethnographie et à faire voir la singulière immunité de certaines races pour la fièvre jaune, et la fatale prédisposition de quelques autres. Nous réserverons cette question importante ainsi que celle de la météorologie pour une autre revue.

THOLOZAN.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

MÉDECINE MILITAIRE.

NOTICE SUR LES MALADIES TYPHOÏDES DES HÔPITAUX D'ORIENT EN 1855.

(Suite. — Voir le nos 43 et 44 de l'année 185.)

DEUXIÈME PARTIE : TYPHUS.

I Si la fièvre typhoïde, dont je me suis occupé dans la première partie de ce travail, a toujours existé plus ou moins dans les hôpitaux militaires, depuis que nous sommes en Orient, il n'en est pas de même du typhus; celui-ci n'est apparu qu'avec les rudes travaux, les privations, l'encombrement, et n'a disparu qu'avec ces causes. Depuis plusieurs mois, je ne l'observe plus, et ceux de mes confrères qui l'ont signalé avec insistance reconnaissent, au moment où j'écris, qu'il a fui de leurs services.

Le typhus fut donc, par opposition à la fièvre typhoïde, un accident dans les hôpitaux de l'armée; il y fut le résultat d'une intoxication d'origine connue, agissant sur des organismes débilités par des circonstances connues. Aussi vient-il compliquer et aggraver la fièvre typhoïde elle-même, et former de la sorte une essence morbide mixte, bien capable, on doit le croire, d'augmenter les chances de confusion.

Quoi qu'il en soit, si prenant pour base le chiffre de 20 pour 100 sur les affections typhoïdes attribué au typhus (Gaz. Méd. du 27 oct. 1855), je le divise, eu égard à la gravité de la maladie, j'arrive aux proportions suivantes :

Sur 20 :	
Typhus sidérant. . .	2
— grave. . . .	4
moyen. . . .	5
— léger. . . .	9
	20

Tel est le résultat du dépouillement de mes cahiers de visite à l'hôpital de Ramitchiflick et à celui de l'École militaire. L'observation porte sur ce qu'on a le droit d'appeler, en calcul de probabilité médicale, un grand nombre. On sait, au reste, que ces divisions n'ont rien d'absolu, qu'elles servent surtout à reposer l'esprit et à simplifier pour lui l'objet de l'étude, en effaçant les nuances. Je diviserai pourtant encore.... telle est l'infirmité de notre entendement!

Trois formes principales du typhus sidérant : la *céphalique*, l'*asphyxique*, l'*ictérocle* : elles peuvent se combiner. Je donne le nom de *sidérant* au typhus qui tue inévitablement et dans l'espace de trois jours; si la maladie atteint le quatrième, ce n'est plus, selon moi, de la forme *sidérante* proprement dite qu'il s'agit.

Premier type. — Le typhus sidérant *céphalique* est le plus fréquent; il me semble devoir prendre ce nom de *céphalique*, plutôt en vertu de raisons négatives que positives. En effet, dans tous les typhus, la cause morbifique agit sur l'encéphale; mais dans certains elle y agit d'une manière toute particulière à l'exclusion sinon absolue, du moins digne d'être notée, de symptômes sérieux, prédominants, du côté de la poitrine ou de l'abdomen.

Symptômes. — Point de prodromes ou rares et à peine indiqués. Brusque début, céphalalgie intense, vertiges, tintements d'oreille, tristesse, abattement profond, malaise inexprimable. Commencement de la stupeur et de l'insensibilité dans un très-bref délai. Vomissements d'aliments, d'eau ou de bile assez rares. Anxiété épigastrique. Légère teinte ictérique des ailes du nez, de la face, du corps. Face rouge parfois, pâle le plus ordinairement, avec tendance à la lividité. Pouls petit et irrégulier au-dessus de 100 et même de 120, ou ondulant et irrégulier, au-dessous de 100 et même de 80, ou fréquent et dur au début, mais prompt à faiblir, à perdre son norme. Respiration difficile, courte souvent, quelquefois rare. Point de râles secs. Ventre généralement indolent; ni météorisme, ni diarrhée, sauf exception; complication ou diarrhée préexistante. Épistaxis une fois sur trois à peu près.

Dans l'espace d'un jour, ces phénomènes s'agravent considérablement, surtout ceux de l'encéphale; à tel point que le malade peut être *sidéré* en dix ou douze heures. Dans ce cas, la série que je vais décrire, et qui s'applique généralement au second et au troisième jour, s'accumule dans le premier.

L'œil s'enfonce, devient vitreux; la conjonctive s'injecte; on la dirait ramollie, macérée. Les traits se décomposent, une rêvasserie monotone accompagne la stupeur, ou un délire assez bruyant l'entrecoupe. Mais la stupeur domine bientôt et l'emporte. L'insensibilité croissante et le *décubitus* attestent la gravité de la situation. Les paupières s'abaissent comme d'elles-mêmes et restent immobiles, à demi fermées. On sent le pouls faiblir de plus en plus, et la respiration manquer. Si le sujet résiste au delà du second jour, les fuliginosités se montrent, la bouche reste béante, la langue se recouvre d'une couche épaisse et fendillée, les lèvres, les gencives, les dents, d'un enduit noir. Ces derniers phénomènes peuvent manquer.

La température du corps s'abaisse, en général, au-dessous du type normal, dès le second jour, ce qui a été constaté au thermomètre. Émission fréquente, non consentie d'une urine foncée, ou presque naturelle. Selles involontaires de début ou d'agonie. Le troisième jour est ordinairement celui de la mort; la teinte violette des ailes du nez, des paupières, le souffle tubaire, le flaquez, l'odeur cadavéreuse, l'haleine froide et fétide, le froid avec sueur visqueuse, annoncent une prochaine fin. La sueur visqueuse se montre aussi pendant le cours de la maladie dans certains cas.

Deuxième type. — Le typhus sidérant *asphyxique* a surtout frappé les scorbutiques, les anémiques, les hommes faibles, fatigués, très-jeunes ou déjà d'un certain âge et usés; cela se conçoit. Ajoutez à la partie adynamique des phénomènes qui précèdent, la teinte bleue prononcée de la peau, dès avant le second jour, une difficulté énorme de respirer, avec anxiété profonde et trouble considérable de la circulation; peu d'heures après le début, une demi-matité prononcée de la surface du thorax, particulièrement vers les parties déclives, un souffle tubaire prompt à se montrer, et bientôt suivi du râle de l'asphyxie, et vous aurez une idée assez complète de cette forme redoutable du typhus sidérant.

Troisième type. — Je ne puis mieux faire, pour esquisser les traits

---

FEUILLETON.

Fragments de l'histoire clinique des médicaments. — Des vins médicinaux : leurs usages, leur composition, leurs effets.

Le dernier traité sur l'emploi thérapeutique des vins remonte au commencement de ce siècle : c'est celui de *Lœbenstein-Lœbel*, professeur à Iéna. Dans ce livre, dont une traduction a paru à Strasbourg en 1817, l'auteur se montre encore disciple de Galien, de Dioscoride, de Pline. Il traite non-seulement des effets du vin en général, mais de la nature et des propriétés de chaque vin en particulier. Il passe en revue les vins du Rhin, ceux du Palatinat, de la Franconie, de la Moselle, les vins de Hongrie, ceux de France, de Bourgogne, de Champagne, de Bordeaux, les vins d'Espagne, du Portugal, de l'Italie. A propos de chaque vin il note ses indications particulières, il multiplie à l'infini les nuances, à tel point qu'il serait impossible aux médecins de notre époque de les suivre sur ce terrain difficile et de critiquer ou de louer avec une appréciation suffisante.

A propos des *vins du Rhin*, il les prescrit dans les fièvres après que la diathèse inflammatoire est passée et lorsque la faiblesse retarde la convalescence; lorsqu'il y a prostration, vertiges, dureté de l'ouïe, céphalalgie, tremblements musculaires, dans le scorbut, dans les hydropisies, pour combattre les effets de l'opium, de la jusquiame et des autres poisons narcotiques végétaux.

Les *vins de Bourgogne* sont indiqués dans les affections goutteuses, particulièrement dans celles qui ne sont point accompagnées d'inflammation, quand le pouls est petit, quand le malade se plaint plutôt de froid que de chaud, quand la digestion est troublée, quand il y a des transpirations excessives, anxiété, etc. Le chambertin blanc convient aux goutteux qui ne souffrent pas de la digestion et chez lesquels les accès de goutte sont quelquefois accompagnés d'hémorrhoïdes. Je passe sous silence la convalescence des fièvres malignes, putrides, bilieuses, la diarrhée, la dysenterie, les affections scrofuleuses, les maladies mercurielles, les maladies de la vessie chez les vieillards, la leucorrhée, l'hydrothorax des vieillards, la chlorose.

Il conseille les *vins de Champagne* dans les vomissements idiopathiques, dans les affections calculeuses des reins, quand les malades ne sont pas pléthoriques, dans les affections goutteuses chroniques. — Les *vins rouges de Bordeaux* sont contre-indiqués quand les malades sont constipés, chez les personnes d'un teint brun et dont les fibres sont trop roides, dans les inflammations actives, chez les sujets dont le foie est attaqué ou chez les pulmoniques. Ils conviennent dans les maladies qui tiennent à une digestion languissante, à un état d'atonie des organes digestifs, dans la chlorose, la céphalalgie, la migraine, dans la phthisie, l'atrophie des enfants, etc. — Les *vins blancs de Bordeaux* sont employés avec succès dans l'hypochondrie nerveuse, dans l'hystérie, dans la maladie tachetée de Werlhoff, dans l'ictère.

Parmi les vins d'Espagne, du Portugal, de l'Italie, nous citerons le *lacryma Christi* chez les enfants faibles et valétudinaires; le *vin de Madère* dans le marasme sénile accompagné de diarrhée, de toux spasmodique, de faiblesse; après les fièvres intermittentes et malignes, dans la cardialgie, dans les nausées et vomissements idiopathiques, dans les exanthèmes chroniques; le *vin de Porto* dans les vertiges passagers qui se terminent par des convulsions

de notre *typhus sidérant ictérode*, que d'en résumer une observation.

M..., soldat, âgé de 23 ans, assez bien constitné, couvalescent d'une bronchite, accuse à ma visite du matin, la douleur frontale d'nsage, quelques frissons profonds et les vertiges ordinaires du déhnt. Je reconnais nn commencement d'hébétude et de surdité. Les réponses sont lentes, l'œil morne. Il y a fiévre; mais le pouls est mal réglé, ondulant, la température ne dépasse pas de beaucoup celle de l'état normal. Langne janne, épaisse; conslipation depuis plusieurs jours; ventre indolent, trés-légérement tendu; commencement d'ictère; le foie et la rate se maintiennent dans leurs limiles. Respiration trés-lente, haleine fétide. (D. e. gom., comp. sur le front, pot. vomit.)

A quatre beures du soir, fiévre intense, pouls à 118, assez dur, mieux rhythmé, température élevée, vomissements de hile verdâtre abondants, continuels et très-douloureux; vive douleur épigastrique, mal de tête insupportable, teinte ictérique générale très-prononcée. Point de sensibilité du foie, aucune augmentatian de l'organe. (Calomel 1,5; vésic. rég. hiliaire.)

Le lendemain, les symptômes sont bien plns menaçants, la température du corps s'est alaissée tout à coup; le pouls a singuliérement faibli; il se saisit avec difficulté. La figure est trés-altérée; l'œil est cave, jaune, vitreux, la respiration d'une lentenr redoutable. Le corps entier prend une teinte jaune d'ocre très-prononcée. Délire vague, insensibilité. (Cal. 1,5, sinap., larges vésic.)

A buit beures du soir, traits totalement décomposés, respiration à peine sensible, son peu clair de la surface pectorale, mais point de matité réelle, murmure respiratoire très-difficile à percevoir; enfin, sueurs froides et visqueuses, selles involontaires, hoqnet, mort calme à quatre beures du matin. La rate et le foie sont dans leurs limites.

Il y a des variétés de cette forme; je l'ai observée avec délire très-vif, furieux méme, mais non persistant, avec agonie pénible, bien que courte, avec diarrbée, mais rarement. Je n'ai noté qu'une fois sur six la sensibilité du foie, avec augmentation de son volume, et qu'une fois le météorisme. Le type général est bien celui que je viens de présenter. Je réserve, c'est entendu, la question d'anatomie pathologique.

Si ce dernier type s'était développé dans mes salles, au moment où régnaient les rémilteutes bilieuses et autres, à forme typhoïde (dont il sera question au chapitre des *états typhiques*), je l'aurais traité probablement par le sulfate de quinine à haute dose, et peut-être avec succès. Dans ce cas, j'aurais eu affaire à une pernicieuse d'un caractère grave, mais guérissable cependant. Il n'en allait point ainsi; l'babitude des formes régnantes, non moins que le *criterium* déjà plusieurs fois invoqué du spécifique, m'avaient averti suffisamment. Donc il s'agissait bien d'une maladie typboïde à forme continue.

Je ne pense pas qu'on puisse songer un instant méme, en l'absence des renseignements fournis par l'anatomie pathologique, à identifier ces types avec la fiévre typhoïde. M. Gaultier de Claubry l'a essayé cependant, méme pour les formes *sidérantes*. Un mot, en passant, sur cette question doctrinale.

N'est-il pas certain que, dans les meilleures conditions hygiéniques possibles, que dans le lieu le plus sain, au milieu des bénéfices de la meilleure santé, des ressources de la meilleure existence, on peut voir, sans cause appréciable, la fiévre typhoïde, comme la variole, la rougeole, la scarlatine, se développer, suivre ses périodes, avec une bénignité ou une malignité qui ne s'expliquent pas? Nul n'en peut dire antant du *typhus*. Vous ne le voyez jamais naitre (abstraction faite du *contage*, point complexe et obscur auquel je ne me trouve pas en mesure de toucber) sans encombrement, sans privations, sans fatigues, sans misères, sans un motif quelconque, appréciable, de prostration et surtout d'infection. Sans doute, des fiévres typboïdes véritables se manifestent, elles aussi, dans de pareilles circonstances, et plus nombreuses qu'au milieu de bonnes conditions hygiéniques; mais, le cas échéant, ces circonstances, selon moi, jouent principalement, d'abord, le rôle de causes occasionnelles plutôt qu'*essentielles*, puis celui de causes aggravantes. Elles donnent donc lieu d'abord, *occasionnellement*, au développement de l'essence *fièvre typhoïde*, qu'elles se bâtent ensuite de compliquer. C'est ce qui arrive dans les lieux malsains, dans les hôpitaux encombrés, dans les camps, dans les prisons, sur les flottes. Un camp, malgré le plein air, est souvent un foyer d'infection, qu'on y prenne garde, parce qne le sol, sous chaque tente, s'imprègne profondément d'immondices, et parce que les alentours sont encombrés de matières putrides, quoi qu'on puisse dire ou faire, par suite de l'incurie du soldat. Aussi est-il indispensable de changer souvent l'assiette des camps et surtout celle des hôpitaux sous la tente. Dans tous ces lieux, les miasmes de l'encombrement compliquent plus ou moins les *fièvres typhoïdes*, y ajoutent l'élément *fièvre d'hôpital* résultat d'une intoxication, *sui generis*. Ou mieux, y ajoutent en quelque sorte, si le mal est grand, l'*élément typhique*, qu'on me passe cette tantologie. Je m'en excuse, parce que *typhoïde* et *typhique* expriment également le symptôme stupeur. Mais je les distingue, au sens de ce paragraphe, le second terme étant pour moi le signe écrit d'une intoxication d'*origine externe et connue*. J'ajoute que, pour compter sur des *fièvres typhoïdes* légitimes, et les comparer aux autres maladies typhoïdes (*typhus* ou *états typhoïdes*) avec fruit, il faudrait les observer ailleurs que dans les bôpitaux. J'ajoute enfin, avec un peu trop de hardiesse peut-être, que, dans ces établissements comme dans les camps, les prisons et tous les grands rassemblements d'hommes et de matériaux, on n'observe guère que des *formes mixtes*.

C'est à quoi M. Gaultier de Claubry me parait n'avoir point songé. Il est à remarquer que les exemples de fiévres typboïdes *sidérantes* et autres, qu'il nous propose, se sont montrés précisément sous l'empire des conditions les plus favorables au développement du typbus ou des états mixtes. J'aimerais, si c'était ici le lieu, à souteuir la thèse que son livre presque tout entier dépend de cetle erreur, de ce faux point de vue étiologique, dont certes il n'est pas seul responsable! Il y aurait à établir scientifiquement les distinctions dont je viens de parler, à rassembler, selon l'esprit du paragraphe qui précède, des fiévres typboïdes pures, nées sans cause appréciahle, loin de tont *contage* et de toute infection, puis à les comparer aux fiévres d'bôpitaux, aux formes mixtes, aux *fièvres typhoïdes, typhiques*, si je puis parler ainsi, et aux vrais typhus. Cette étude appartient à l'ére de rénovation qui commence de la doctrine des éléments morbides, doctrine qui ne peut manquer de rencontrer pour adversaires tous ceux qui ont besoin, ponr complaire à leurs statistiques *faciles*, de réduire les maladies à un nombre aussi limité que possible d'unités de même nature.

II. Je passe maintenant à l'analyse des typhus grave et moyen qui se

---

on des évanouissements, dans les cardialgies, dans les maladies métastatiques.

Ce résumé donne un aperçu assez fidèle de l'emploi du vin en thérapeutique au commencement de ce siècle. A côté de quelqnes indications capitales que les grands maitres avaient laissées et qui sont presque oubliées elles-mêmes de nos jours, on trouve une multitude de détails scolastiques dans lesquels le praticien se perd et pas une seule règle générale pour guider l'esprit. Quelle différence entre cette doctrine oonfuse et complexe et l'admirable simplicité des prescriptions hippocratiques sur l'usage médicinal des vins! Sydenham même n'est pas à l'abri de cette critique, car dans plusieurs parties de ses écrits il recommande l'usage partioulier de tel ou tel vin. Tantôt c'est le vin des Canaries: « Nihil vero æqué votis respondit, ac vini Canariensis baustulus subindè deglutitus langore atque ægritudine urgentibus, neque vel vinum Gallicum rubrum, neque alind quodlibet è cardiacis mibi hactenus notis pares habet vives. » Tantôt c'est le vin d'Espagne: « Qno non ohstante, si æger vel a lungo ac nimio nsu liquorum inebriantium, vel ab ætate provectiore, vel denique præ nimia debilitate, cibos absque vino nequeat concoquere, non vacat certè periculo, eundem protinus ac derepente a vino depellere; qui quidem error haud paucis lethalis fuit..... Vinum autem Hispanicum hic loci tam Rhenano, quam Gallico omnino præferendum est: quæ posteriora, licet ventriculo pergrata sint, tamen exacerbandis humoribus, et augendo morbi fomiti apta nata sunt. »

Multiplier les citations à ce sujet serait œuvre d'érudition facile; j'aime mieux arriver directement aux auteurs du seizième siècle, qui représentent toutes les exagérations de la méthode galénique, appliquée à l'étude des propriétés thérapeutiques des vins. Je choisirai, parmi tous ces écrits, celui d'*Antoine Mizault*, de Monluçon: « Artifices heaux et plaisants pour faire des vins composés, avec un rôle des anciens et nouveaux vins, et des remèdes. » On trouve, dans cette curieuse compilation de Dioscoride, de Florentinus, d'Arnaud de Villenenve, un assemhlage considérable de formules et de préceptes qui présentent quelquefois un intérêt spécial dans la question que nous examinons en ce momenl.

Ainsi le *vin de roses* sert à ceux qui n'ont pas de fièvre, ponr aider à la digestion, et convient aussi contre les humidités du ventre et contre la dyssenterie. Le *vin d'absinthe* est préférable à l'estomac, il fait uriner et aide à la digestion; il sert de remède anx maladies du foie, des reins. Le *vin d'hysope* est propre contre les maladies de poitrine, contre la toux invétérée. Le *vin de thym* est employé avec succès contre la difficulté de cuire et de digérer la viande, contre les dégoûts, la dyssenterie. Le *vin de sauge* est grandement profitahle contre les doulenrs de reins, de la vessie et des côtés, contre la toux, les crachements de sang. Le *vin d'ache, d'aneth, de fenouil, de persil* fait venir l'appétit, aide à ceux qui ont mal d'estomac, à ceux qui nrinent à peine, et à ceux qui respirent avec difficulté. Le *vin de grenades* est fort vertueux contre les fluxions intérieures et contre la fièvre qui est conjointe avec flux de ventre. Il fait uriner, resserre le ventre, et est grandement utile à l'estomac.

Indépendamment de ces formules, le médecin de *Monluçon*, en Bourbonnais, indique: *un vin merveilleux pour les mélancoliques*, dans lequel entrent la buglosse, la mélisse, la scolopendre, le behen blanc, le polypode de chêne, les feuilles de séné, les fleurs de bourrache et de buglosse; un *vin cordial*; un *vin de passules* ou *raisins de Damas*, utile aux gens vieux, à ceux qui sont valétudinaires, aux phlegmatiques, mélancoliques et femmes délicates; un

présentent, ainsi que je l'ai indiqué, le premier dans la proportion de quatre, le second dans celle de cinq sur 20 cas. Il faut les diviser en *céphalique*, *pectoral*, *ictérode* et *abdominal*. J'indique cette dernière forme malgré sa rareté, rareté qui m'avait fait écrire, en traitant des fièvres typhoïdes (*première partie*), qu'on n'observait pas le météorisme dans les typhus des hôpitaux d'Orient. Cette assertion était trop absolue; c'est ce que j'ai reconnu depuis sur mes notes; la forme abdominale du typhus a donc existé, mais elle a été rare. Quant à l'*ictérode*, rare à son tour dans l'ordre des sidérants, elle suit ici de près, sous le rapport de la fréquence, le typhus *céphalique* et *pectoral*, et elle a de plus ce titre, qui appelle notre attention, d'être, sous les traits où nous l'avons connue, une forme orientale. Sans doute on l'observe ailleurs, mais seulement analogue à la nôtre, si je ne me trompe. En tout cas, c'est en Orient qu'elle habite de préférence et se maintient à côté (chose importante à constater) de *la rémittente ictérode à forme typhique*, fièvre à quinquina, assez souvent pernicieuse, que l'on pourrait prendre parfois, lorsque la rémission est très-peu indiquée, pour une fièvre à type continu, pour un typhus ictérode.

J'excéderais évidemment les limites d'une notice si je présentais une description détaillée des quatre types de typhus grave et moyen dont il vient d'être question. Je crois devoir et pouvoir atteindre à moins de frais mon but (qui est surtout de différencier les maladies typhoïdes) en indiquant, au moyen de quelques rapprochements, les traits d'ensemble de l'espèce et leur originalité où elle existe, puis en m'attachant, comme je l'ai déjà fait pour la *première partie*, à quelques points saillants de détail, lesquels me serviront d'éléments de comparaison et de discussion.

Je profiterai donc de la rapide description qu'on vient de lire des formes *sidérantes* du typhus. Que le lecteur habitué aux choses médicales veuille bien allonger par la pensée ces séries de symptômes, les développer dans un septénaire, un septénaire et demi, deux septénaires (et plus, mais peu fréquemment), et il aura une notion générale de nos typhus grave et moyen. Seulement, il y ajoutera la forme *abdominale*, marquée par un moindre développement de l'appareil cérébral, par la présence très-ordinaire de la diarrhée, par celle d'un météorisme prédominant et prompt à se déclarer, non moins que par la nécessité qu'il y a fréquemment, pour cette seule forme ou à peu près, de vider la vessie avec la sonde. Ou bien que le lecteur, suivant une marche inverse, au lieu d'allonger l'esquisse incomplète que j'ai tracée, veuille bien diminuer le tableau si approfondi et si net de Hildenbrand, faire tenir ses trois septénaires dans un, un et demi, deux, et plus, en modifiant la série symptomatique dans le sens des remarques suivantes : ce sera, certes, un procédé expéditif et bon pour bien voir ce que nous avons vu.

Notre période d'invasion plus rapide, plus remplie que celle de Hildenbrand, serait mal nommée, comme chez lui, *période inflammatoire*; l'adynamie, en effet, a presque toujours été le fond de nos observations. J'ai noté les vomissements nerveux du début plus fréquents que dans nos formes sidérantes; ils furent moins fréquents, je crois, que chez Hildenbrand. L'épistaxis, en revanche, s'est montrée, vers le deuxième, et non vers le quatrième jour, dans le tiers des cas, ce qui dépasse évidemment les chiffres de notre auteur. Le visage a été bien plus généralement pâle, ou livide et terreux, *que rouge et animé*, comme dans l'épidémie à laquelle je compare. Je ne suis pas tout à fait d'accord avec Hildenbrand sur les qualités du pouls; je le trouve plus souvent faible et dépressible, ondulant et irrégulier, que dur et tendu; c'est donc *une raison inverse* de la sienne; je le note aussi, *petit et faible*, tandis qu'il le nie à cet état, dans le plein de la maladie. Chez nous la stupeur est plus prompte, plus prononcée, le délire, en général, moins vif, moins marqué. J'ai observé la *typhomanie* des auteurs. L'exanthème tacheté rouge s'est montré vers le second jour, et non vers le quatrième. Loin de rencontrer *des selles fréquentes* (Hildenbrand), j'ai rarement observé la diarrhée, et l'abdomen m'a paru, bien moins souvent qu'à notre auteur, exprimer sa participation à l'état morbide, par la sensibilité, la tension ou le gonflement. J'ai constaté des exacerbations, mais nullement critiques; elles n'ont pas eu d'époque de prédilection. Les parotides, plus hâtives, plus dangereuses, je crois, ont paru entre le cinquième et le dixième jour. Je souscris volontiers à ce passage : « Que le sang tiré des veines est noir, diffluent, comme dissous. » Au lieu de dire, que tous les phénomènes adynamiques augmentent *vers la fin du dixième jour, et que la chaleur fébrile s'accroît*, je dirai : *vers la fin du cinquième ou du sixième jour, sans augmentation de l'état fébrile*. Le moment de la rémission, ou de la période de mort commence donc chez nous, beaucoup plus tôt : d'où la moyenne différente de durée, que j'indiquerai au détail.

La fin de l'état grave, le moment *du retour*, se passent comme dans Hildenbrand; mais soit pour la vie, soit pour la mort, notre typhus tourne beaucoup plus court que le sien. Ce n'est pas en un septénaire, *mais en deux ou trois jours*, que la stupeur et l'adynamie se dissipent, que la mémoire revient, que les troubles des sens disparaissent, que les forces commencent à se refaire, que le sommeil prend de la durée, que la langue se nettoie, que la soif s'en va, que l'appétit renaît, que la peau retrouve sa souplesse, sa moiteur naturelle, que le pouls perd de sa fréquence, que les évacuations alvines se régularisent. — A quelque moment que notre convalescence se prononce, elle a cela de particulier, en général, qu'elle n'hésite point, comme dans les fièvres typhoïdes. Le malade sort de l'état le plus grave, comme d'un lourd sommeil, comme s'il n'avait pas de graves désordres économiques à réparer. Dans le cas de vie, tout marche ordinairement promptement et bien, la maladie tourne court, je le répète, et ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que l'appétit, très-prononcé, n'est nullement factice, ni dangereux. Le convalescent mange, en quelques jours, le quart, puis la demi-portion des hôpitaux, impunément, ce que je n'ai jamais vu dans les fièvres typhoïdes. Ce spectacle m'a frappé! Une immunité de cette sorte m'a paru, ainsi qu'à plusieurs de mes confrères, quelque chose de très-distinctif; elle m'a servi, dans les mêmes salles, à séparer les fièvres typhoïdes des typhus; on peut la considérer comme un des faits les plus saillants de notre épidémie typhique. — Je me borne à ces quelques renseignements sur l'ensemble; les points de détail auxquels je vais toucher, les compléteront.

P. Garreau.

(*La fin au prochain numéro.*)

---

vin de coings, que les médecins appellent *cydonites*, qui fortifie l'estomac, retient le ventre par trop lâche, aide à la digestion; un *vin de romarin*, qui réveille l'appétit perdu, fortifie le cerveau. Si on s'en lave la face, il la rend fort belle, la polit et la déride; si on l'emploie en gargarisme, il fait avoir le souffle plaisant et de bonne odeur; il nettoie les dents, raffermit les gencives, dessèche les ulcères de la bouche. Il est à peine besoin de citer après cela le *vin propre à empêcher la génération de la pierre, le vin fort bon pour réparer et conserver la vue et salutaire pour plusieurs autres choses, le vin qui retient l'enfant au ventre de celles qui sont enceintes, et prépare à concevoir celles qui ont envie d'être enceintes.*

Si, laissant de côté ces misérables subtilités, nous voulons chercher dans l'antiquité des notions précises sur les propriétés médicinales des vins, il faut arriver jusqu'aux écrits hippocratiques. Là seulement nous trouvons des résultats logiquement déduits de la méthode expérimentale, et la médecine moderne n'a pas, à ce sujet, de meilleur guide que ces observations remarquables par une grande finesse d'intelligence et un jugement exquis.

Pour bien comprendre les préceptes où Hippocrate indique les différentes applications du vin dans les maladies, suivant les saisons et les constitutions, il faut savoir que la Grèce, comme tous les pays chauds, produisait plutôt des vins fortement alcooliques que des vins faibles, les anciens Grecs ainsi que les Romains, avaient l'habitude d'étendre leurs vins d'une certaine quantité d'eau. Dans les repas ordinaires, les vins spiritueux n'étaient jamais pris purs; Plutarque, en parlant des différents mélanges de vin et d'eau en usage depuis les temps les plus anciens, appelle πεντε le mélange le plus fort; il contenait trois parties d'eau sur deux de vin. Athénée parle d'une autre mixture célébrée par quelques poëtes à cause de sa force, c'est le πεντε και δυο, cinq parties de vin pur et deux d'eau.

Hippocrate distingue complétement les vins forts des vins faibles sous les noms d'οινωδες et d'υδαρες.

Il subdivise ensuite chacun de ces vins suivant qu'ils sont plus ou moins étendus d'eau, de manière à avoir les deux séries suivantes :

Ακρατον, ακρατεστερον, ακρατεστατον
υδαρες, υδαρεστερον, υδαρεστατον

Il n'a donné nulle part la composition de ces mélanges, si ce n'est dans les aphorismes où il signale un mélange bien défini, à parties égales, ισος ισω, et en parlant des boissons rafraichissantes, quand il mentionne le mélange d'une partie de vieux vin de Thasos et de vingt-cinq parties d'eau. Le mot Ακρατον lui sert à désigner le vin pur, mais évidemment pour lui c'est un vin alcoolique réduit à la force ordinaire et dont on augmente l'énergie en diminuant la quantité d'eau. Le degré supérieur ακρατεστατον n'est pas encore pour lui un vin pur, mais un mélange où la quantité d'eau est considérablement diminuée, c'était probablement le πεντε de Plutarque.

Les υδαρες ou vins légers, quoique de force différente, étaient cependant quelquefois si faibles qu'ils n'avaient pas besoin d'eau; d'autres ne pouvaient en supporter qu'une petite quantité, ce qui les avait fait appeler ολιγοφοροι. Les vins légers annuels de la Grèce étaient à très-bas prix et ils formaient la boisson commune des habitants qui ne connaissaient pas d'autres boissons fermentées que le vin.

Hippocrate, qui devait connaître parfaitement les vins de son pays, fait toujours allusion, dans l'énumération de leurs propriétés thérapeutiques, à

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

DE L'ACTION DES ALCALIS SUR LE SUCRE DANS L'ÉCONOMIE ANIMALE; par M. POGGIALE.

Le sucre fourni par les aliments ou formé par le foie ne se rencontre jamais à l'état normal dans les sécrétions naturelles; il disparaît donc dans l'économie pour y remplir des fonctions de calorification que la science moderne a déterminées. L'oxygène de l'air respiré se combine, suivant la plupart des chimistes, avec l'hydrogène pour former de l'eau. Un autre équivalent d'hydrogène est remplacé, par substitution, par un équivalent d'oxygène, et il en résulte de l'acide carbonique.

D'autres chimistes admettent que le concours des carbonates alcalins est nécessaire pour la destruction du sucre; il se forme alors des sels organiques qui se transforment dans l'économie en eau et en acide carbonique. Comme conséquence de cette théorie, on suppose que, dans le diabète, le passage du sucre dans les urines est dû au défaut d'alcalinité du sang. Cette opinion a pour point de départ les réactions du glucose mis en contact avec les alcalis en dehors de l'organisme.

La théorie de la destruction du sucre par les carbonates alcalins se rattachant à une affection extrêmement grave, le diabète, et aux moyens thérapeutiques qui ont été proposés pour la combattre, j'ai institué une série d'expériences pour vérifier ce fait, qui aurait une si haute importance s'il était exact.

J'ai déterminé, comme dans mon travail sur l'origine du sucre dans l'économie animale, la quantité de sucre contenue dans le sang et dans le foie par la fermentation ou par la liqueur cupro-potassique préparée d'après la formule de Fehling. J'indique avec détails dans mon mémoire la méthode analytique que j'ai employée. J'ai exécuté de nombreuses expériences sur les animaux nourris, tantôt avec de la viande, tantôt avec des aliments féculents ou sucrés additionnés de bicarbonate de soude, de manière à rendre les urines très-alcalines, et dans chaque expérience j'ai déterminé avec soin la proportion de sucre contenu dans le foie et dans le sang recueilli dans diverses parties de l'économie.

PREMIÈRE SÉRIE D'EXPÉRIENCES.

EXP. I. — Un chien adulte et de forte taille fut soumis à une abstinence absolue pendant deux jours. Il fut alors nourri avec de la viande additionnée de 20 grammes de bicarbonate de soude, et l'on continua ce régime pendant quatre jours. Au bout de ce temps et trois heures après le repas, on le soumit aux inspirations de la vapeur de chloroforme pour produire l'anesthésie, ainsi que je l'ai pratiqué dans mes expériences sur l'origine du sucre dans l'économie animale. Ce moyen, extrêmement commode, permet de recueillir facilement le sang dans les diverses parties de l'organisme sans tuer l'animal et sans employer aucun moyen violent. On ouvrit ensuite l'abdomen; on lia la veine cave inférieure au-dessous du foie, et on recueillit séparément du sang de la veine cave inférieure, au-dessus du foie, du sang des veines hépatiques et du sang de l'artère crurale. Enfin on a extrait le foie, et l'on a constaté que les urines étaient fortement alcalines. On a reconnu ensuite les proportions suivantes de sucre pour 100 de sang ou de foie :

	Sucre pour 100.
Sang de l'artère crurale.	0g,048
— de la veine cave inférieure.	0g,103
— des veines hépatiques . . .	0g,173
Foie	2g,029
Le poids du foie s'élevait à . . .	635 grammes.

J'ai fait dans les mêmes conditions d'autres expériences rapportées dans mon mémoire, et les résultats ont été semblables. Il est facile de saisir la conséquence générale qui en découle : c'est que la transformation du sucre en eau et en acide carbonique n'est pas favorisée, comme on l'a cru, dans l'économie, par la présence d'une proportion considérable d'alcali. On voit, en effet, en comparant ces résultats avec ceux que j'ai consignés dans mon travail sur l'origine du sucre dans l'économie animale et avec d'autres obtenus par divers observateurs, que le sang des animaux nourris à la viande avec ou sans bicarbonate de soude contient sensiblement la même quantité de sucre.

M. Bernard a démontré par de nombreuses expériences que la digestion exerce une grande influence sur la production du sucre dans le foie et sur la proportion de ce principe dans les diverses parties de l'organisme. Ainsi, chez les animaux soumis à une abstinence complète, le sucre ne se rencontre que dans les vaisseaux qui vont du foie au poumon. Les artères et les veines du système général n'en contiennent plus. Deux ou trois heures après le repas, la quantité de sucre augmente dans le sang pris au-dessus du foie, et on le rencontre aussi dans tous les vaisseaux artériels et veineux. Mais six ou sept heures après le repas, le sucre diminue et disparaît même dans quelques vaisseaux. On pouvait donc prévoir, d'après cette oscillation physiologique si bien étudiée par M. Bernard, que le sang des animaux soumis à l'action du bicarbonate de soude recueilli longtemps après le repas, fournirait beaucoup moins de sucre; c'est ce que l'expérience a confirmé.

DEUXIÈME SÉRIE D'EXPÉRIENCES.

Les recherches précédentes m'ont conduit à instituer une nouvelle série d'expériences pour déterminer la quantité de sucre contenue dans le sang des animaux nourris avec des aliments féculents ou sucrés mêlés avec le bicarbonate de soude. En rapprochant les résultats des expériences dont le détail est donné dans mon mémoire, on voit que le sucre peut exister dans le sang et dans les urines, même en présence des carbonates alcalins. Elles prouvent également que le foie et le sang des animaux nourris, soit avec des aliments azotés, soit avec des matières féculentes ou sucrées, ont donné des proportions de sucre qui s'éloignent peu les unes des autres. Il n'existe donc pas de rapport direct, comme on l'a cru, entre la nature des aliments et la quantité de sucre contenue dans l'organisme.

Dans deux expériences, on a examiné tous les jours les urines qui ont fourni de 5 à 7 grammes de glucose pour 1000, quoiqu'elles fussent fortement alcalines.

Dans le cours de ces recherches, j'ai observé que, lorsqu'on soumet les animaux à une abstinence complète, le glucose ne tarde pas à dis-

---

leurs différents degrés de force; le goût âpre ou moelleux, l'arome plus ou moins prononcé, l'âge, sont des qualités secondaires; la couleur lui paraît encore moins importante. Parle-t-il des vins particuliers, il mentionne principalement leurs qualités communes; ainsi quand il conseille dans une maladie des reins le vin doux de Mendée afin de provoquer l'écoulement du pus, il ajoute, ou bien tout autre vin blanc légèrement dilué, και οινον πινετω λευκον μενδαιον μελιχρουν, η αλλον λευκον καλως κεκρημενον.

Les écrits hippocratiques n'indiquent point la quantité exacte de vin qui entrait dans chaque prescription; ils disent seulement πινομενος. Une plus grande précision n'était pas nécessaire, car on sait que toutes les fois qu'il s'agit d'un vin fort, ακρατεστατον, « c'est en quantité modérée qu'il faut le prescrire; s'il s'agit d'une mixture forte, il faut en être très-sobre; l'administration des vins faibles et étendus peut être sans inconvénient libérale. » Chez les individus affaiblis, déprimés, Hippocrate employait quelquefois un vin plus fort que l'ακρατεστατον. Quand il avait affaire à des cas critiques dans lesquels il fallait élever promptement les forces, il recommandait la mixture à portions égales ισος ισω. Il considérait le vin comme un cordial généreux, diffusible, qui était principalement indiqué quand les forces et les esprits étaient languissants et déprimés; il en réglait, en augmentait et en diminuait l'action beaucoup plus facilement que celle des alexipharmaques connus à cette époque.

Ce n'est pas seulement dans les maladies aiguës qu'il pose des règles aussi justes et aussi précises pour l'administration des cordiaux. Il établit des préceptes analogues pour l'état de santé. « En hiver la quantité d'aliments doit être augmentée, on les choisira surtout parmi les aliments solides de nature animale, on prendra peu de légumes; la boisson vineuse sera utilement diminuée de quantité et sa force devra être augmentée. » Ainsi dans les temps humides et froids il prescrit l'ακρατεστατον. « Au printemps il faudra une nourriture moindre, plus douce et plus humide, des boissons vineuses plus abondantes et moins fortes; υδαρεστερον; à mesure que les chaleurs augmentent, l'alimentation diminuera progressivement en devenant de plus en plus légère; la boisson se réduira à l'υδαρεστατον; en automne, augmentation de l'alimentation, consistance plus grande des aliments, vin moins étendu, ακρατεστερον.

L'eau formait la base de toutes les boissons rafraîchissantes usitées dans les maladies aiguës, mais on ne lui reconnaissait pas de propriété particulière : « elle ne diminue pas la soif, elle n'a pas de qualités antiseptiques, elle provoque plutôt la putréfaction; » on y ajoutait une petite quantité de vin blanc faible, on employait aussi le vinaigre et le miel, soit simplement mêlés à l'eau (μελικρατον et οξυκρατον), soit combinés ensemble (οξυμελ).

Galien accuse Hippocrate d'avoir traité aussi légèrement cet important sujet, de n'avoir pas donné plus de détails sur l'application particulière de chaque vin. Il cherche à expliquer les propriétés des vins d'après leur composition et leurs qualités élémentaires; il abandonne l'expérience pour une théorie des plus hypothétiques; pendant quinze siècles environ, on suit ses doctrines plus ou moins et on les abandonne de lassitude de nos jours. L'expérience hippocratique reste intacte, mais elle n'a pas fait de progrès sensibles depuis une longue série d'années, parce qu'à proprement parler il ne restait pas de progrès à réaliser après Hippocrate dans cette voie.

THOLOZAN.

paraître dans le sang qui a traversé les poumons. Mais si on détermine en même temps le sucre contenu dans le foie, on voit que la proportion de ce principe décroît lentement et ne disparaît pas, même chez les chiens à jeun depuis vingt-deux jours et voués à une mort certaine. Plusieurs expériences consignées dans mon mémoire démontrent ce fait important. On a trouvé, après dix jours d'abstinence, 1g,710 de sucre pour 100 de foie; après quatorze jours, 1g,628; après quinze jours, 1g,712; après dix-huit jours, 1g,613, et après vingt et un jours, 1g,624. L'animal avait perdu dans la dernière expérience plus de 40 pour 100 de son poids, et le foie ne pesait plus que 251 grammes, quoique le chien fût de forte taille. Ainsi la sécrétion du sucre par le foie persiste jusqu'à la mort; elle diminue sans doute comme les autres sécrétions, mais elle ne disparaît pas. Ajoutons cependant que le foie perdant par la privation d'aliments près de la moitié de son poids, il en résulte que la quantité absolue de sucre est beaucoup moindre que dans l'état physiologique, et qu'en opérant sur des oiseaux, des rats, des lapins et des cochons d'Inde morts d'inanition, M. Bernard n'a jamais rencontré de sucre dans le tissu du foie.

TROISIÈME SÉRIE D'EXPÉRIENCES.

J'ai injecté, dans la veine jugulaire d'un lapin, comme l'avaient fait avant moi MM. Bernard et Lebmann, un demi-gramme de glucose dissous dans l'eau distillée, et j'ai retrouvé le sucre dans les urines. Dans une expérience comparative, on a injecté la même quantité de glucose additionné de 1 gramme de bicarbonate de soude, et les résultats ont été identiques. Si on remplace dans cette injection le bicarbonate de soude par l'acide tartrique, le plus souvent le sucre ne paraît pas dans les urines. M. Lehmann a injecté quatre ou cinq fois par jour une solution composée de 240 grammes d'eau et de 12 grammes d'acide tartrique, et il a observé qu'après la seconde injection l'urine devenait acide, mais qu'elle ne contenait pas de sucre; on continua l'injection pendant quinze jours, sans remarquer aucun changement dans la composition de l'urine. Il résulte de ces expériences, et de celles que j'ai fait connaître précédemment, que les alcalis du sang ne favorisent pas l'oxydation du sucre.

QUATRIÈME SÉRIE D'EXPÉRIENCES.

Les expériences qui précèdent ont montré que, dans l'économie, le sucre ne se transforme pas en eau et en acide carbonique sous l'influence des alcalis, et que la présence de ceux-ci dans le sang et dans les urines est compatible avec celle du glucose. Pour donner plus de valeur à ces faits, j'ai étudié avec soin l'action des alcalis, des carbonates et des bicarbonates alcalins sur le glucose, en dehors de l'organisme, et voici ce que j'ai observé:

1° On a ajouté à 100 grammes d'eau distillée 1 gramme de glucose et 2 grammes de bicarbonate de soude; on a abandonné la solution, au contact de l'air, pendant quelques jours, et on a retrouvé la quantité de glucose qu'on y avait ajoutée.

2° On a augmenté la proportion de carbonate de soude, et on a successivement élevé la température de la liqueur à 37°, à 60°, à 80° à 90°, et, dans toutes ces expériences, la solution sucrée est restée incolore et le glucose n'a éprouvé aucune altération.

3° On a dissous, dans 100 grammes d'eau distillée, 2 grammes de glucose et 8 grammes de carbonate de soude, et, après avoir fait bouillir pendant quinze minutes la liqueur, qui s'était colorée d'abord en jaune, puis en jaune rougeâtre, on y a trouvé encore 1gr,281 de glucose.

4° Ces expériences ont été répétées avec le bicarbonate de soude qui agit avec moins d'énergie sur le glucose.

5° On a traité à diverses températures 2 grammes de glucose par une dissolution de potasse contenant 4 pour 100 d'alcali, le sucre n'a subi aucune modification au-dessous de 55°. On a alors fait bouillir, pendant quinze minutes, la solution qui s'est colorée en jaune, puis en brun par la production des acides glucique et mélassique, qui se combinent avec la potasse. Cependant la liqueur contenait encore une proportion notable de glucose. On sait, du reste, par les expériences de M. Péligot, que la chaux, la baryte et le protoxyde de plomb se combinent avec le glucose et donnent naissance aux glucosates de chaux, de baryte et de plomb. On est en droit de supposer que l'on obtiendra avec la potasse et la soude des combinaisons analogues.

Ces expériences sont décisives et permettent d'affirmer que, dans le laboratoire comme dans l'organisme, les carbonates alcalins n'agissent pas sur le glucose, et qu'il faut élever la température du mélange à 95° pour que l'action ait lieu.

APPLICATION DES EXPÉRIENCES PRÉCÉDENTES AU DIABÈTE.

Suivant quelques observateurs, le glucose introduit dans l'organisme par la digestion des matières féculentes ou sucrées passe dans les urines lorsqu'il ne trouve pas dans le sang l'alcalinité suffisante pour le transformer en eau et en acide carbonique. Dans cette théorie, on admet que si le sang perd, par une cause quelconque, ses propriétés alcalines, le sucre n'étant plus brûlé produit le diabète. D'où l'indication thérapeutique de rétablir l'état normal des liquides animaux, en introduisant dans l'organisme les alcalis qui lui manquent.

Les faits consignés dans ce mémoire ne nous permettent pas d'adopter cette théorie qui ne repose que sur des analogies. Nous avons vu, en effet, dans les nombreuses expériences que nous avons exécutées, qu'en augmentant considérablement l'alcalinité du sang, le sucre ne diminue pas, et que la proportion de ce principe peut s'élever à 7 pour 1000 dans les urines alcalines, lorsqu'on nourrit les animaux avec des aliments féculents ou sucrés additionnés de bicarbonate de soude. Nous avons démontré aussi, avec MM. Bernard et Lebmann, qu'en injectant dans la veine jugulaire d'un lapin une solution de sucre et de bicarbonate de soude, on retrouve dans les urines autant de sucre que lorsque l'injection se fait avec une dissolution sucrée seulement. Enfin, nous avons prouvé par des faits irrécusables que, même en dehors de l'économie animale, les carbonates et les bicarbonates alcalins n'agissent pas sur le glucose au-dessous de 95°, et qu'à cette température il éprouve si lentement les métamorphoses qui le convertissent en eau et en acide carbonique qu'on trouve encore dans la liqueur beaucoup de sucre après une ébullition longtemps prolongée. La potasse et la soude caustique elles-mêmes ne détruisent le glucose qu'à une température élevée. Ainsi, en admettant que l'action des carbonates et des bicarbonates alcalins sur le glucose soit, dans l'organisme, analogue à celle qui s'opère dans le laboratoire, que cette action soit, dans les deux cas, soumise aux mêmes lois chimiques, il résulte de nos expériences qu'elle ne peut s'effectuer dans le sang, dont la température ne dépassait pas 37°.

Les recherches de MM. Lehmann et Bouchardat sur le sang des diabétiques, et de MM. Bernard et Reynoso sur la production du diabète artificiel, donnent un puissant appui à cette conclusion. En effet, il résulte des analyses des deux premiers chimistes que le sang des diabétiques contient la même proportion d'alcali. On a répondu, il est vrai, que chez les diabétiques le sang est pauvre en carbonates et qu'il doit ses propriétés alcalines aux phosphates, mais ce fait n'a pas été établi par l'expérience.

M. Bernard a fait voir qu'en piquant la ligne médiane du plancher du quatrième ventricule, la moelle allongée et certains muscles de la poitrine, les urines deviennent plus abondantes et se chargent de sucre. Ce phénomène curieux peut être produit par d'autres procédés. Ainsi le *curare*, qui anéantit complètement le système nerveux, augmente la proportion d'urine et fait passer le sucre dans cette sécrétion. On peut encore produire le diabète, en excitant le foie à l'aide d'une injection ammoniacale ou éthérée, et en empoisonnant les animaux avec de l'azotate d'uranium. Le diabète artificiel peut être provoqué en excitant d'autres organes que le système nerveux; c'est ainsi que M. Reynoso a signalé l'apparition du sucre dans les urines, en soumettant les animaux aux inspirations de la vapeur éthérée. Évidemment, dans toutes ces expériences, la quantité d'alcali n'est ni augmentée ni diminuée, et le glucose ne passe pas dans les urines par l'insuffisance des carbonates alcalins. Ce phénomène est dû plutôt à une oxydation incomplète du sucre déterminée par une lésion du système nerveux.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

MÉMOIRE SUR LE GOITRE CYSTIQUE; par M. le docteur FLEURY, professeur de clinique externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand.

M. Mannoir (de Genève) adressa en 1817 un mémoire à l'Académie des sciences pour appeler l'attention de ce corps savant sur une tumeur du cou qui, d'après lui, avait été confondue avec le goitre par les chirurgiens qui l'avaient précédé; il proposait de lui donner le nom d'hydrocèle du cou.

Percy, dans son rapport (14 avril 1817), blâme cette dénomination, à laquelle il préfère le nom d'hydrobronchocèle, et prétend que cette

maladie n'est point nouvellement décrite, puisque Celse et Albucasis en avaient déjà fait une mention spéciale, et que plus tard, J. L. Petit, Louis, Tenon, Pelletan avaient déjà rencontré de ces *goitres d'eau*.

Ce qui a pu faire penser à Maunoir que cette affection était inconnue avant lui, c'est le petit nombre de faits rapportés par les auteurs qui l'avaient précédé. Dans les pays où le goître est endémique, cette variété de tumeurs est assez commune, mais on la confond avec l'hypertrophie du corps thyroïde. Si elle est à son début ou si son développement est encore peu considérable, on a recours à des fondants; si au contraire elle est volumineuse, on renonce à toute espèce de médication, et telle maladie qui pourrait être guérie si l'on en connaissait mieux la nature est abandonnée à elle-même dans la conviction où l'on est qu'il n'y a plus rien à tenter pour la faire disparaître.

Je n'avais jamais observé cette affection dans les hôpitaux de Paris pendant mon internat; mais appelé depuis cette époque à exercer la médecine dans le département du Puy-de-Dôme où les goîtreux sont en grand nombre, j'ai eu de fréquentes occasions de l'étudier. C'est le résultat des recherches faites depuis douze ans qui feront l'objet de ce mémoire.

Obs. I. — Au mois de septembre 1843, je fus appelé à donner des soins à mademoiselle Tondaf, âgée de 30 ans, d'une complexion faible et délicate; elle éprouve depuis longtemps des douleurs vives à la région cervicale qui la privent de sommeil et qui n'ont pas peu contribué à altérer sa constitution. Elle a remarqué que, depuis le moment où la menstruation s'est établie, une tumeur s'est développée au devant du cou; peu volumineuse dans le principe, ses progrès ont été lents, et ce n'est qu'au bout de quelques années qu'elle en a éprouvé une gène sensible.

Lorsque je vis la malade pour la première fois, sa mère me dit que depuis quelques jours sa respiration était gênée au point de lui faire craindre à chaque instant qu'elle ne suffoquât. Les remèdes qui avaient été employés jusqu'à ce jour n'avaient eu aucun effet avantageux (des préparations d'iode avaient été administrées à l'extérieur et à l'intérieur). Il existait au cou une tumeur qui avait le volume de la tête d'un fœtus de 6 à 7 mois. Au lieu d'être bosselée, comme le sont la plupart des goitres, elle était lisse et arrondie; la peau qui la recouvrait était saine dans la plus grande partie de son étendue, et n'était unie aux organes sous-jacents que par un tissu cellulaire peu serré; en arrière, elle paraissait adhérer d'une manière assez intime aux parties sur lesquelles elle était appliquée; les téguments étaient amincis sur la ligne médiane et offraient une teinte violacée qui annonçait un commencement d'ulcération.

En cherchant à déplacer la tumeur, je crus sentir une fluctuation profonde; je me décidai immédiatement à plonger un bistouri à sa partie déclive et à tenter une ponction exploratrice. Quelques gouttes d'une sérosité brunâtre s'échappèrent sur les côtés de la lame de l'instrument, ce qui acheva de lever toute espèce de doutes; l'ouverture fut agrandie, et donna issue immédiatement à une grande quantité d'un liquide couleur chocolat qui tenait en suspension des grumeaux noirâtres.

Dès l'instant où la compression exercée par la tumeur cessa d'exister, la malade fut soulagée, et j'eus l'espoir de la guérir radicalement d'une infirmité qui depuis de longues années faisait le tourment de sa vie.

L'opération fut pratiquée le 18 septembre 1843; deux incisions semi-elliptiques, comprenant entre elles la partie de la tumeur où la peau était altérée, furent faites au devant du cou. Les téguments furent ensuite séparés des parties sous-jacentes auxquelles les unissait un tissu cellulaire assez lâche; les parois du kyste, découvertes dans la plus grande partie de leur étendue, furent excisées avec des ciseaux courbes; mais leur épaisseur et leur consistance étaient telles qu'il fallut pour en achever la section recourir à l'action du bistouri. Un grand nombre de vaisseaux durent être liés; les artères qui portaient le sang à la tumeur avaient acquis un calibre considérable et pénétraient dans un tissu très-serré; ce qui rendait leurs extrémités difficiles à attirer à l'extérieur.

La paroi profonde du kyste était encore en place et suivait tous les mouvements qu'exécutaient le pharynx et la trachée-artère dans l'acte de la déglutition; son adhérence aux canaux aériens et la crainte d'une hémorrhagie difficile à arrêter m'engagèrent à ne pas y toucher.

Des boulettes de charpie en grand nombre furent placées dans la plaie; quelques compresses et une bande médiocrement serrée complétèrent l'appareil qui fut bientôt imbibé d'une sérosité sanguinolente exhalant une odeur infecte.

Les pièces du pansement furent renouvelées jusqu'à trois fois dans les vingt-quatre heures; mais au bout de quelques jours une suppuration de bonne nature s'établit dans la plaie; la face interne du kyste ne tarda point à se déterger et à se couvrir de bourgeons celluleux et vasculaires de bonne nature qui s'unirent promptement aux parties environnantes. La fièvre qui se développa fut très-légère et les accidents inflammatoires dont on eût pu redouter le développement et l'extension dans les voies aériennes restèrent circonscrits à la plaie dont les lèvres ne tardèrent pas à se rapprocher.

Un mois après l'opération, la malade avait pu quitter la chambre, et ne ressentait aucune des douleurs horribles dont elle se plaignait auparavant; il existait seulement de la roideur et de la gène dans les mouvements du cou; elles ont disparu à leur tour, et la cicatrice que l'on observe a peu d'étendue et détermine seulement quelques plis qui froncent la peau de cette région.

Obs. II. — Je fus consulté peu de temps après l'opération pratiquée à mademoiselle Tondaf par une jeune personne âgée de 23 ans, qui paraissait sous tous les rapports dans des conditions meilleures que la malade précédente.

Elle me dit que depuis douze ans elle éprouvait des douleurs vives au côté gauche du cou, et que la grosseur que l'on y observait avait résisté à une foule de remèdes qui n'avaient eu d'autre effet que de fatiguer son estomac et d'altérer sa santé. Il existait en effet au-devant de la région cervicale une tumeur qui avait le volume d'une orange, et qui, indépendamment de la difformité qu'elle produisait, gênait par intervalles la respiration et forçait la malade à se tenir assise sur son lit pendant la plus grande partie de la nuit. La région cervicale avait une circonférence de 44 centim.; la tumeur était globuleuse et paraissait adhérer d'une manière assez intime aux canaux aériens sur lesquels elle reposait; la peau qui la couvrait était saine et lui était unie par un tissu cellulaire assez lâche. Je crus sentir une fluctuation profonde, et je proposai à la malade une ponction exploratrice.

Un bistouri à lame étroite fut plongée au centre de la tumeur d'où il s'écoula aussitôt une certaine quantité d'un liquide blanc, crémeux, offrant quelque analogie pour la couleur et la consistance avec du pus de bonne nature.

La malade en éprouva peu de soulagement; la petite plaie fut promptement cicatrisée, et la grosseur reprit le volume qu'elle avait avant l'opération.

Que faire ici? Chez la première malade, je n'avais point le choix du procédé opératoire; la peau était amincie, altérée dans sa structure, il fallait l'enlever; chez celle-ci les choses se présentaient d'une manière différente. Maunoir et après lui Percy dans son rapport s'élèvent contre le procédé des injections irritantes qui, d'après eux, peuvent avoir des effets fâcheux et provoquer une inflammation dont les suites sont redoutables. On ne connaissait pas alors tout le parti que l'on peut tirer de l'iode et des compositions iodurées dans ce genre d'affections. Je craignais que le séton, préconisé par Maunoir, ne fût très-douloureux et ne permît pas aux liquides un écoulement facile. Les suites de l'opération pratiquée avec le bistouri à mademoiselle Toudaf avaient été si peu graves, que je me décidai à y revenir de nouveau chez cette jeune fille.

Le 9 octobre, une incision verticale, comprenant toute l'épaisseur de la tumeur, fut pratiquée au devant du cou; la peau et le tissu cellulaire divisés, l'instrument mit à découvert la face externe du kyste qui fut ouvert dans toute son étendue; il s'en écoula un verre à peu près du même liquide qui s'était échappé la première fois; le doigt glissé entre les lèvres de la plaie pénètre dans une vaste cavité qui remonte au-dessus du larynx, et qui descend au-dessous de la fourchette du sternum; elle est formée par une enveloppe épaisse, très-dure, que le bistouri divise à peine, et à l'intérieur elle est doublée par une espèce de coque fibro-cartilagineuse dont la consistance est plus prononcée en bas qu'en haut. Une petite portion du kyste a été excisée au niveau de l'ouverture extérieure, afin de donner un libre écoulement au pus qui devra s'échapper de la cavité; celle-ci a ensuite été remplie de charpie. Quelques artérioles ont été divisées pendant l'opération; mais une compression modérée exercée par la malade elle-même a suffi pour arrêter l'écoulement du sang.

Les parois de la tumeur, trop dures pour revenir promptement sur elles-mêmes, ont néanmoins fini par s'affaisser; une suppuration abondante et fétide qui s'est écoulée a pendant quelques jours incommodé le malade et déterminé des nausées, de l'inappétence, de l'insomnie; mais dès l'instant où du pus de bonne nature eut succédé à la sanie putride que fournissait la plaie, ces accidents ont cessé.

Des injections chlorurées répétées deux fois dans les vingt-quatre heures ont dû être faites pour évacuer complétement la cavité; sous l'influence de pansements méthodiques et réguliers, la tumeur s'est affaissée, et l'ouverture pratiquée à sa face antérieure s'est même tellement resserrée que j'ai dû regretter de n'avoir pas excisé une plus grande partie de ses enveloppes.

Au bout de cinq semaines, on s'est borné à l'introduction d'une mèche de charpie qui pût agir comme un filtre et porter au dehors les produits sécrétés à la face interne de la tumeur.

Au bout de sept semaines après l'opération, la guérison était parfaite.

Dès l'instant où mon attention fut appelée sur cette espèce de goitre, les faits se multiplièrent, les observations devinrent plus nombreuses, et je pus bientôt expérimenter sur une plus large échelle la médication à laquelle j'avais eu recours chez deux malades.

Obs. III. — L'année suivante je fus consulté par une jeune fille qui fut soumise au même traitement.

Agée de 23 ans, native de Blanzat, la nommée Della-Marie exerce à Riom la profession de lingère.

Douée d'une forte constitution, elle n'a jamais été malade et accuse seulement un peu de retard dans la menstruation.

Depuis quatre ans, elle s'est aperçue qu'une grosseur se formait au devant du cou; comme dans le principe son volume était peu considérable, elle n'y attachait pas une grande importance; pendant deux ans le mal a fait des progrès peu sensibles; mais depuis cette époque la tumeur a pris un accroissement considérable et s'est portée au côté gauche du cou.

Différents remèdes ont été employés dans l'espérance d'en obtenir la résolution; ils n'ont eu aucun effet; la jeune malade s'est alors décidée à entrer à l'hôpital de Clermont où elle a été reçue le 31 mars 1844.

La tumeur que l'on observe à la région cervicale en occupe la partie antérieure et le côté gauche; elle est divisée en deux parties qui ne sont pas appréciables à la vue; mais que le toucher fait distinguer facilement, l'une

placée au-dessous du larynx, du volume d'une noix, est dure, résiste à la pression et paraît formée par un corps solide; on perçoit sur un point de son étendue des battements assez forts qui paraissent dépendre des pulsations des artères thyroïdiennes; l'autre, qui s'étend au côté gauche du cou où elle fait une saillie très-prononcée, a le volume d'une orange; elle est élastique, rénitente, et laisse percevoir lorsqu'on la déprime une sensation de fluctuation.

La peau qui les recouvre l'une et l'autre a conservé sa couleur naturelle; la pression n'y produit aucune douleur, et c'est moins la gêne qu'elle provoque que la difformité qui tourmentent cette jeune fille, et qui lui font désirer une opération qui puisse l'en débarrasser.

Le 1er avril, une ponction a été faite à la tumeur la plus volumineuse; il s'écoule par la canule du trocart 30 grammes à peu près d'un liquide brun rougeâtre, ayant de l'analogie avec une décoction de quina rouge; ses parois sont revenues immédiatement sur elles-mêmes. (Un emplâtre de diachylum gommé a été placé sur la petite ouverture pratiquée par l'instrument.)

Le 4 avril, je procède à l'opération. Une incision verticale de quatre à cinq travers de doigt de longueur a été faite au côté gauche du cou, sur la partie la plus saillante de la tumeur parallèlement au bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien. La peau, le tissu cellulaire et quelques fibres du muscle peaucier ont été divisés; une veine assez volumineuse, qui se dirige d'arrière en avant, a été liée par un double fil et coupée entre les deux nœuds. Les fibres du sterno-mastoïdien étalées au-devant de la tumeur sont aplaties par la compression qu'elles ont subie. Aucune artériole n'a été ouverte dans ce premier temps de l'opération.

La face externe du kyste mise à nu dans une partie de son étendue a été séparée par une dissection assez facile des organes qui le recouvraient, et auxquels l'unissait un tissu cellulaire lamelleux.

Une ponction pratiquée à la tumeur a donné issue à un flot de liquide analogue pour la couleur et la consistance à celui qui s'en est échappé quelques jours auparavant. Sa paroi antérieure incisée dans toute son étendue, il m'a été possible d'introduire le doigt dans sa cavité et d'en mesurer l'étendue. La poche qu'elle forme paraît s'être développée à la place du lobe gauche du corps thyroïde dont on ne trouve plus de traces; il est probable qu'il a été atrophié par la tumeur; de là elle s'engage derrière le lobe médian de cet organe, qu'elle repousse en avant et qu'elle éloigne des canaux aériens.

Les parois de la tumeur sont formées par un tissu très-dur, épais, d'un blanc grisâtre offrant tous les caractères du tissu fibreux; sa face interne est tapissée par une membrane molle, villeuse, qui adhère assez fortement à la première.

Chacune des lèvres de la plaie a été excisée dans une assez grande étendue avec des ciseaux courbes; quelques artérioles qui fournissaient une certaine quantité de sang ont pu être liées; la cavité de la tumeur a ensuite été remplie de charpie. La malade, qui avait été opérée assise, a ensuite été replacée dans son lit.

Une demi-heure s'était à peine écoulée qu'on est venu me dire qu'une hémorrhagie abondante s'était déclarée; toutes les pièces de l'appareil étaient en effet imbibées de sang. Une petite artériole située dans l'épaisseur de la membrane fibreuse le fournissait; sa ligature a été facile.

5 avril. La malade accuse une céphalalgie assez vive; les mouvements du cou sont difficiles et douloureux; le pouls est néanmoins sans fréquence; l'appareil, qui est imbibé d'une sérosité sanguinolente, a été en partie renouvelé.

6. La douleur de tête a diminué; la glande thyroïde est le siége d'un gonflement considérable; l'état général est bon, la malade éprouve le besoin de manger.

Du 7 au 10, la plaie commence à se déterger; des boulettes de charpie sont portées à chaque pansement dans le fond de la cavité qu'elle forme; la suppuration est tellement abondante qu'il est nécessaire de renouveler trois fois dans les vingt-quatre heures les pièces d'appareil. Point de douleurs, du reste.

29. Des bourgeons celluleux et vasculaires se sont développés dans toute l'étendue de la plaie, le pus a pris de la consistance, les parois de la poche tendent à se rapprocher.

5 mai. La suppuration diminue d'une manière sensible.

La malade quitte l'hôpital le 10 mai; une ouverture très-étroite fournit encore du pus séreux; plus tard, elle s'est oblitérée complétement.

Obs. IV. — Vermillon (Amable), âgée de 14 ans, d'une constitution assez faible, a vu se développer, sans cause connue, une tumeur au côté droit du cou; peu volumineuse dans le principe, elle a insensiblement acquis le volume d'un œuf de poule qu'elle présente aujourd'hui. Sans changement de couleur à la peau, très-mobile, elle offre dans toute son étendue une sensation de fluctuation manifeste et suit les mouvements qu'exécute dans la déglutition le corps thyroïde.

Le 14 novembre 1844, une incision verticale qui comprend le grand diamètre de la tumeur est pratiquée au côté droit du cou; elle intéresse la peau et le muscle peaucier, dont les fibres sont écartées et déjetées à droite et à gauche; la pointe du bistouri est ensuite plongée au centre du kyste et pénètre à une profondeur bien plus grande qu'on ne l'eût cru à l'inspection de la grosseur. La quantité de liquide qui s'en écoule n'est cependant pas en rapport avec le volume de la tumeur; ses parois, au lieu d'être amincies, comme tout semblait l'annoncer, ont une grande épaisseur; elles sont formées par un tissu mou, rougeâtre, offrant quelque analogie pour la couleur et la consistance, avec un ganglion lymphatique enflammé.

Une petite portion de la paroi antérieure du kyste a été excisée, mais à peine le bistouri a-t-il pénétré dans son épaisseur qu'il s'en est échappé une assez grande quantité de sang. Ce liquide sort en nappe, et il n'en faut pas moins un tamponnement assez fort et répété pour s'en rendre maître.

Le peu de confiance que nous avions dans le courage de l'enfant, qui s'est agité pendant tout le temps qu'a duré l'opération, nous a engagé à placer auprès de lui un aide qui pût exercer avec la paume de la main appliquée à plat une compression suffisante pour se rendre maître de l'hémorrhagie.

15. Les pièces les plus superficielles du pansement ont été enlevées; l'état général du petit malade est satisfaisant.

La suppuration que fournissent bientôt les parois de la tumeur est claire, séreuse, fétide. (Des injections d'eau chlorurée répétées matin et soir parviennent à en neutraliser la mauvaise odeur.)

Au bout de huit ou dix jours, une matière pultacée, blanchâtre, s'est détachée de la face interne du kyste. Dès ce moment, le pus, dont la nature est restée la même, a été moins fétide; la surface de la plaie est pâle, blafarde et offre tous les caractères d'un ulcère de nature scrofuleuse. (Des plumasseaux de charpie enduits de pommade iodurée, des cautérisations légères faites avec le nitrate d'argent ont cependant modifié sa surface. A l'intérieur, des toniques, des boissons amères sont venus en aide au traitement local et ont bientôt exercé une influence heureuse sur l'état de l'enfant.)

Les parois de la tumeur se sont insensiblement affaissées; la suppuration est moins abondante et de meilleure nature; la peau recouvre bientôt les surfaces mises à nu, et le petit malade a pu quitter l'hôpital à la fin de décembre, parfaitement guéri.

A la place de la tumeur, on sent une cicatrice de bonne nature et presque linéaire.

Obs. V. — Benoîte Chocart, âgée de 13 ans, douée d'une bonne constitution, a joui jusqu'à présent d'une heureuse santé. Elle s'est aperçue, il y a six ans, qu'une petite tumeur se formait au devant du cou; elle avait alors le volume d'une noix. Ses progrès, quoique lents, furent incessants; elle s'étendit sur les côtés du larynx et exerça bientôt sur la partie supérieure de la trachée une compression assez forte pour rendre la respiration courte et pénible, lorsque la malade accélérait le pas et surtout lorsqu'elle montait des escaliers.

Il y a deux ans, pour la première fois, que la dyspnée s'est montrée, mais ce n'est que depuis six mois qu'elle a été portée assez loin pour la fatiguer.

Cette jeune fille a été reçue à l'Hôtel-Dieu de Clermont le 10 octobre 1845. La grosseur du cou avait alors le volume d'une petite orange et formait trois lobes bien distincts, deux latéraux et un antérieur; celui-ci, moins dur que les autres, était résistant et offrait une sensation obscure de fluctuation; les deux autres, beaucoup plus consistants, paraissaient formés par une hypertrophie des lobes latéraux du corps thyroïde.

La peau qui la recouvrait avait conservé sa coloration normale; elle était indolente à la pression.

On pouvait espérer, en évacuant le liquide contenu dans le lobe médian, diminuer le volume de la tumeur et faire cesser la compression qu'elle exerçait sur les voies aériennes; des fondants auraient ensuite été mis en usage pour faire résoudre l'engorgement des lobes latéraux.

Le 11 octobre, une ponction y est pratiquée avec un bistouri; elle donne issue à 60 grammes d'une sérosité sanguinolente, l'ouverture est agrandie et l'indicateur de la main gauche, glissé dans la cavité d'où s'écoule le liquide, en explore les différentes parties. Les trois lobes, qui paraissaient isolés les uns des autres, n'étaient séparés qu'à l'extérieur; à l'intérieur, ils communiquaient ensemble; les parois de la poche n'adhéraient à la peau que par un tissu cellulaire très-lâche; une traction légère, exercée sur chacune des lèvres de l'incision, suffit pour les ramener à l'extérieur et les engager dans l'ouverture cutanée, où il a été possible d'en exciser une partie.

Le kyste a une épaisseur de 2 millimètres : il est dur, très-consistant et offre la densité du cartilage; sa couleur jaune lui donne quelque analogie avec le tissu élastique de la membrane propre des artères; sa face interne est doublée par une espèce de toile celluleo-vasculaire que l'on peut en détacher avec assez de facilité.

Des boulettes de charpie ont été introduites dans cette cavité, et on a recommandé à la jeune malade d'exercer avec la paume des mains une compression assez forte pour prévenir toute hémorrhagie ultérieure; il ne s'est du reste écoulé, pendant l'opération, qu'une très-petite quantité de sang.

12 octobre. L'appareil a été imbibé d'une sérosité tellement abondante qu'on a été forcé de le renouveler dans la soirée.

Le lendemain, une partie de la charpie a été enlevée; elle est imprégnée d'une petite quantité de sérosité dont l'odeur est très-fétide; la suppuration est devenue de plus en plus abondante et a conservé longtemps cette même odeur. Les parois de la tumeur se sont insensiblement rapprochées, et on a bientôt pu se borner à introduire dans la cavité une petite mèche de charpie.

Dans les premiers jours de novembre, on panse à plat; des cautérisations avec un crayon de nitrate d'argent, répétées tous les deux jours, n'ont pas peu contribué à accélérer la guérison de la plaie.

La malade a quitté l'hôpital le 8 décembre; son état est aussi satisfaisant que possible. La partie antérieure du cou n'offrait pas la trace du plus léger engorgement.

Obs. VI. — Mademoiselle Chirac, de Thiers, âgée de 25 ans, d'une complexion

très-délicate, d'une santé très-frêle, a eu pendant plusieurs années les pâles couleurs, et n'est bien réglée que depuis deux ans.

Cette jeune personne, d'un tempérament éminemment lymphatique, a vu se développer au devant du cou, depuis six à douze ans, une tumeur qui a constamment fait des progrès.

Plusieurs chirurgiens de la capitale furent consultés l'année dernière (1844), et émirent des avis différents.

M. Lugol, pensant que c'était un goître, soumit la jeune malade à l'usage des préparations iodurées prises à l'intérieur et à l'extérieur; elles furent continuées avec persévérance pendant plusieurs mois, et n'eurent d'autre effet que d'augmenter la maigreur de la malade.

M. Velpeau considéra la tumeur comme un kyste sanguinolent, et fit suspendre l'usage de l'iode.

M. Chirac père, d'après l'avis de M. Roche, me conduisit sa fille dans les premiers jours du mois de septembre 1845. Il pensa que l'habitude que nous avons en Auvergne, d'observer un grand nombre de malades atteints de ce genre d'indispositions, pourrait peut-être me permettre de trancher une question qui, jusque-là, avait paru douteuse à plusieurs praticiens. (M. Blandin avait aussi été consulté; j'ignore quelle fut son opinion.)

La tumeur, située sur la ligne médiane de la région antérieure du cou, était sphérique, et avait le volume du poing d'un adulte. Elle était sans changement de couleur à la peau, indolente à la pression, et offrait un léger degré de mobilité. Molle dans toutes ses parties, la pression du doigt semblait y faire reconnaître une sensation obscure de fluctuation.

Pour lever toute espèce de doutes, je proposai une ponction exploratrice, conseil qu'avait déjà donné M. Blandin, et qui avait été rejeté. Après avoir convaincu cette jeune fille de l'innocuité de cette opération, je fis, avec un bistouri à lame étroite, une simple piqûre à la tumeur; elle donna issue à une petite quantité de sérosité rougeâtre. La question était dès lors tranchée.

Quoique à peine douloureuse, cette légère opération n'en avait pas moins beaucoup épouvanté la jeune malade, qui déclara formellement qu'elle aimait mieux garder son mal que de subir un traitement chirurgical. Je n'insistai pas, dans la pensée que la réflexion modifierait promptement ses idées à cet égard.

Au bout de quinze jours, en effet, le père m'écrivit pour me dire que sa fille se soumettrait à tout, pourvu que la cicatrice ne fût pas trop plissée. En lui répondant, je ne crus pas devoir lui taire qu'elle me paraissait bien frêle, et qu'il est des sujets auxquels il ne faut point toucher avec l'instrument tranchant. Il me rassura en me disant que cette faiblesse n'était qu'apparente, que le moral de la malade était aussi bon qu'on pouvait le désirer, que l'estomac était parfait, et qu'elle était assez forte pour faire à pied une marche de plusieurs kilomètres sans en être fatiguée. Je n'avais plus alors d'objections à faire, et je disposai tout pour l'opération, qui fut pratiquée le 7 octobre 1845.

Une incision verticale de 4 centimètres d'étendue fut faite à la partie antérieure de la tumeur; elle comprenait la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Le kyste mis à nu, je plongeai dans son épaisseur la pointe d'un bistouri qui donna issue à une petite quantité de sérosité sanguinolente; l'indicateur glissé dans l'ouverture pénétra dans une cavité moins spacieuse que n'aurait pu le faire penser le volume extérieur de la tumeur; sa face interne donnait au toucher la sensation d'un tissu mou, velouté, comme fongueux.

L'ouverture fut agrandie à ses deux extrémités, je saisis ensuite avec une érigne chacune des lèvres de la poche, et j'en retranchai la plus grande partie. L'écoulement du sang fut pen considérable; j'avais tout préparé du reste pour le combattre, même des cautères rougis au feu, car j'aurais redouté pour cette jeune fille une perte de sang, quelque légère qu'elle fût.

Les parois de la tumeur ont une épaisseur considérable (12 millimètres au moins), leur tissu d'un rouge pâle est mou, et paraît infiltré d'une énorme quantité de sérosité; il serait bien difficile d'y reconnaître la structure du corps thyroïde. Sa cavité a été remplie de charpie, sur laquelle a été appliqué un plumasseau enduit de cérat.

Il s'est écoulé, les premières heures qui ont suivi l'opération, une grande quantité de sérosité sanguinolente qui a forcé de faire un second pansement dans la soirée. La malade, qui n'avait éprouvé des douleurs que pendant deux heures, a été en proie à une fièvre vive, à une agitation violente qui ont persisté la nuit suivante et qui l'ont privée de sommeil.

9 octobre. Le mouvement fébrile persiste, l'agitation est un peu moindre cependant; la sérosité sanguinolente est remplacée par un liquide d'un brun rougeâtre dont l'odeur est très-fétide, la soif est très-vive. (Trois pansements dans la journée, injections chlorurées à chacun d'eux; solution de sirop de groseille pour boisson.)

10 octobre. Le suintement est aussi abondant que le premier jour. Les boulettes de charpie sont imprégnées d'un liquide coloré en noir d'une fétidité extrême, la face interne du kyste offre la même couleur. (A chaque pansement on est forcé de faire flairer à la malade un flacon d'éther pour prévenir les nausées et les vomissements. Quelques bouillons gras administrés de temps en temps sont bien supportés par l'estomac, les injections chlorurées qui sont douloureuses sont remplacées par une décoction de quina; des boulettes de charpie roulée dans la poudre de la même écorce sont introduites dans la cavité de la tumeur.)

12 octobre. Il est survenu du dévoiement, la langue, qui était restée humide jusqu'à ce jour, est rouge à la pointe. (Nous ajoutons au quina une petite quantité de poudre de charbon pour enlever au pus son odeur fétide.)

Les 13, 14, 15 octobre, persistance du dévoiement, la faiblesse est extrême, l'appétit est assez bon néanmoins, les aliments sont bien supportés par l'estomac. (Les injections entraînent quelques pellicules noirâtres qui se détachent de la face interne du kyste.)

La malade a le plus grand désir de retourner dans son pays; elle quitte Clermont le 19 octobre et supporte à merveille un voyage de huit lieues; un premier mot de départ le moral s'était relevé.

Sous l'influence d'un changement d'air, d'une ventilation convenable dans des appartements vastes et bien exposés, son état s'améliore rapidement, le dévoiement diminue, le sommeil se rétablit, les forces reparaissent, les aliments sont pris avec plaisir, les digestions sont faciles.

Je revois à Thiers la jeune malade, le 16 novembre; son état est aussi satisfaisant qu'on peut le désirer; la plaie est réduite à une simple fente longitudinale d'où s'écoule un pus de bonne nature. Je conseille d'en toucher les bords de temps en temps avec un crayon de nitrate d'argent.

Dans les premiers jours de décembre elle était entièrement cicatrisée.

Obs. VII.—Robin (Pierre) âgé de 23 ans, de Gerzat, est entré à l'Hôtel-Dieu de Clermont le 9 juin 1847. Il se plaint d'éprouver des suffocations lorsqu'il se livre à un exercice ou à un travail un peu pénibles; il attribue ce malaise à l'existence d'une tumeur qu'il porte au devant du cou.

Développé depuis quatre ans, ce goître a aujourd'hui le volume du poing d'un adulte. Il est arrondi, sans changement de couleur à la peau, indolent à la pression, assez mou dans la plus grande partie de son étendue et dur à sa base; de la fluctuation est perçue dans la plus grande partie de la tumeur. L'opération a été pratiquée le 12 juin. L'incision qui a mis à découvert sa partie antérieure sur la ligne médiane, a été précédée par une ponction exploratrice qui donne issue à un liquide brun rougeâtre assez analogue à une décoction concentrée de brou de noix; la cavité du kyste en contient à peu près 40 grammes.

Les parois de la tumeur, quoique assez épaisses, ont peu de consistance, et reviennent sur elles-mêmes. Une espèce de champignon rougeâtre se montre dans le fond de la cavité; il paraît formé par une portion du corps thyroïde. Après en avoir excisé une partie j'ai rempli la poche de charpie sur laquelle le malade a dû exercer une compression assez forte afin d'arrêter l'écoulement de sang que fournissent deux petites artérioles qu'il a été impossible de lier.

Rien de nouveau jusqu'au 17 juin. On enlève les tampons de charpie qui exhalent une odeur d'une fétidité extrême; des injections sont faites avec de l'eau chlorurée, mais ce jour-là, sans cause connue, il se fait entre les lèvres de la plaie un écoulement assez abondant de sang artériel. Quelques boulettes de charpie sèche et une compression assez modérée suffisent cependant pour l'arrêter.

18 juin. Un caillot allongé existe entre les lèvres de la plaie; on le détache en partie au moyen de quelques injections d'eau tiède et on panse la plaie simplement.

Dès ce moment l'écoulement du sang n'a plus reparu; la suppuration, qui est abondante, conserve une odeur fétide jusqu'à la fin du mois. A cette époque la surface de la plaie commence à perdre la couleur grise qu'elle a offerte jusque-là; des bourgeons charnus s'y développent; au liquide séreux qui s'en écoulait succède un pus de bonne nature.

15 juillet. On suspend l'introduction des mèches de charpie pour panser à plat; la plaie est touchée tous les deux jours avec un crayon de nitrate d'argent.

Le malade quitte l'hôpital le 4 août; il n'existait alors qu'un suintement très-léger entre les lèvres de l'incision. La dyspnée qui existait lorsqu'il se livrait à des travaux pénibles a complètement disparu.

Tous les malades traités par le procédé opératoire mentionné dans les observations que je viens de publier étaient guéris; ce résultat, tout satisfaisant qu'il pouvait être, exigeait des soins de chaque instant, des pansements répétés; la douleur, sans être très-vive assurément, ne laissait pas cependant que de déterminer une appréhension assez grande de la part des malades qui devaient s'y soumettre (il est des personnes que la vue seule d'un instrument tranchant impressionne péniblement); alors on ne connaissait pas les effets puissants de l'éther et du chloroforme.

Une suppuration abondante, fétide, pouvant exercer une influence fâcheuse sur l'économie, était fournie par la plaie du cou; un écoulement de sang plus ou moins abondant pouvait aussi avoir chez quelques malades d'une complexion faible et délicate des conséquences fâcheuses; enfin, une cicatrice difficile à dissimuler devait être pour les jeunes filles et les femmes un motif de plus pour éloigner l'idée d'une opération sanglante.

De nombreux succès étaient retirés chaque jour des injections iodées dans une foule d'affections analogues à celles-ci (j'ai de la peine à croire cependant que dans quelques circonstances ils n'aient pas été exagérés par leurs auteurs). J'essayai donc aussi ce nouveau moyen malgré la proscription lancée par Maunoir et Percy.

Les résultats que j'en ai obtenus ont été heureux dans le plus grand nombre des cas; j'ai eu cependant le malheur de perdre un de mes opérés; un troisième qui est guéri néanmoins a couru les plus grands dangers; chez deux autres enfin il a échoué complètement, et j'ai dû en venir à la première opération qui a toujours été suivie de succès.

J'ai employé tantôt le mélange d'eau et de teinture d'iode dans les proportions indiquées par M. Velpeau, tantôt celui qu'a préconisé M. Bouchacourt (de Lyon). Les différences dans les résultats obtenus ne m'ont point frappé.

Je n'ai point dû supposer que l'insuccès avait dépendu d'une inflammation insuffisante, puisque chez l'un de ceux dont on va lire l'observation, une collection purulente s'est formée dans le kyste. La guérison n'en a cependant pas été la conséquence, comme on aurait dû naturellement le supposer.

J'ai du conclure de ces faits qu'on peut commencer le traitement par les injections qui réussissent chez le plus grand nombre des malades, sauf à recourir plus tard, en cas d'insuccès, à l'incision du kyste et à l'excision partielle de ses parois; mais dans le cas seulement où la tumeur n'est par trop volumineuse, car si la cavité est trop étendue; l'inflammation provoquée peut avoir les suites les plus fâcheuses.

(*La suite au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

IV. THE DUBLIN QUARTERLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

Les livraisons de mai et août 1855 renferment les travaux originaux suivants : 1° *Réflexion sur les causes de l'hydropisie;* par M. Bart. 2° *Des cas de rétrécissements de l'urètre dans lesquels l'emploi des instruments perforants ou tranchants est utile ou désirable;* par M. Hamilton. 3° *Sur une décoloration noire particulière de la peau;* par M. Neligan. 4° *Cas de tétanos traumatique traités par différentes méthodes;* par M. Butcher. 5° *De la présence des corps étrangers dans les voies respiratoires, et cas dans lequel un os de poisson avait pénétré dans la bronche gauche;* par M. Hughes. 6° *Cas dans lequel la mort fut occasionnée par un os de poisson qui avait passé dans l'aorte à travers l'œsophage;* par M. Colles. 7° *Du rhythme du cœur du fœtus dans l'utérus, et de l'enfant après la naissance;* par M. Churchill. 8° *De la réunion des os fracturés;* par M. Collis. 9° *Cas de lacération étendue et de contusion de la cuisse dans lequel l'artère fémorale fut mise à découvert, et qui fut suivi de la mortification d'une grande portion des parties molles lésées, et guérison rapide;* par M. Moore. 10° *Essai sur les hémorrhagies dans les fièvres;* par M. Kennedy. 11° *De la fièvre rhumatismale et de la péricardite rhumatismale;* par M. W. Moore. 12° *Cas de luxation du fémur suivi de remarques;* par M. Collis. 13° *Observations pratiques sur l'effet de la mort du fœtus, sur la durée de la gestation;* par M. R. Johns. 14° *De la dyssenterie asthénique;* par M. Young. 15° *De la difformité particulière du pelvis, décrite pour la première fois par F. Ch. Nægele, de Heidelberg, comme « pelvis obliqué ovata »;* par M. B. Sinclair. 16° *Recherches sur l'existence du sucre dans l'urine du fœtus;* par M. Moore.

CAS DANS LEQUEL LA MORT FUT OCCASIONNÉE PAR UN OS DE POISSON QUI AVAIT PÉNÉTRÉ DANS L'AORTE A TRAVERS L'ŒSOPHAGE; par M. COLLIS.

OBS. — J. Bryan, âgé de 56 ans, laboureur, entra à l'hôpital le 30 mars 1855. Trois ou quatre jours environ avant son admission, il avait avalé une arête de poisson. Il sentait, selon son dire, qu'elle le coupait *dans la poitrine*. La douleur était très-augmentée par l'acte de la déglutition. Immédiatement après, il commença à vomir une grande quantité de sang de couleur noire, qui bientôt changea de caractère et devint très-rouge. Il éprouvait une grande faiblesse, et avait le pouls hémorrhagique. Aussitôt après son admission, il vomit un os de poisson long d'un pouce environ, de forme très-irrégulière, et présentant des aspérités rudes et tranchantes. Il continua à vomir une grande quantité de sang pendant la journée, puis cela alla en diminuant, et à neuf heures du soir du même jour il mourut.

A l'autopsie, on trouva environ 3 onces de sérum coloré en rouge dans chaque cavité pleurale, et une once environ du même fluide dans le péricarde; le médiastin postérieur était rempli de sang coagulé; l'œsophage ayant été enlevé et fendu, on trouva à sa paroi postérieure une ouverture oblongue et irrégulière d'un demi-pouce de longueur environ. L'ouverture correspondait à la terminaison de la portion descendante de la courbure de l'aorte, qui présentait elle-même une ouverture exactement correspondante à celle de l'œsophage, mais plus petite et plus irrégulière; du sang coagulé existait dans l'estomac et dans les intestins grêles.

V. THE DUBLIN MEDICAL PRESS.

Les numéros d'avril à septembre 1855, contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Quelques observations sur le prolapsus anal, et moyen d'effectuer sa cure radicale par l'application méthodique de l'acide nitrique;* par M. Aickin. 2° *Observations sur le traitement des déviations de la colonne vertébrale, avec la description d'un nouveau char propre à l'exercice;* par M. Bernard. 3° *De l'éther chlorique et de l'éther chlorhydrique;* par M. Aldridge. 4° *Du traitement du choléra;* par M. Mawe. 5° *Cas de luxation de l'extrémité acromiale de la clavicule avec fracture du scapulum;* par M. Pratt. 6° *Observations sur la scarlatine;* par M. Tweedy. 7° *Luxation du fémur en haut et en arrière, réduite par la méthode de Colombat;* par M. W. Hargrave. 8° *Cas de prolapsus du rectum durant le travail de l'accouchement;* par M. Edmundson. 9. *Otite avec symptômes cérébraux;* par M. Mapother. 10° *Gangrène sénile, amputation de la jambe, guérison;* par M. Donavan.

QUELQUES OBSERVATIONS SUR LE PROLAPSUS ANAL, ET MOYEN DE LE GUERIR RADICALEMENT PAR L'APPLICATION METHODIQUE DE L'ACIDE NITRIQUE CONCENTRÉ; par M. AICKIN.

Quoique le résultat de la méthode ingénieuse de Dupuytren pour la guérison du prolapsus anal soit en général favorable, cependant il est quelquefois accompagné de très-graves inconvénients. Il y a, sans aucun doute, beaucoup de patients qui désirent se faire guérir de cette affection, pourvu que la guérison s'effectue sans l'emploi d'instruments tranchants, et qui préfèrent supporter les nombreux inconvénients de cette affection plutôt que de se soumettre à une opération. C'est pour cela que M. Aickin préconise un mode de traitement applicable à un grand nombre de ces cas. C'est par l'emploi de l'acide nitrique, introduit dans la pratique par M. Houston, pour le traitement des hémorrhoïdes.

Dans tous les cas de chute du rectum qu'il a traités, il y avait un grand relâchement du sphincter. Il est certain que si on n'emploie pas des moyens pour le faire connaître, le prolapsus doit se reproduire. M. Aickin a constaté que l'acide nitrique amenait le résultat désiré, et que son application méthodique pouvait remplacer l'excision d'une portion de la partie prolabée.

L'histoire du cas suivant explique suffisamment la manière dont il l'emploie.

OBS. — En novembre 1854, il fut appelé auprès d'une dame qui souffrait d'hémorrhoïdes; cette dame, d'un âge moyen et non mariée, avait une chute du rectum datant de treize ans. Depuis quelque temps elle avait éprouvé, à diverses époques, des congestions hémorrhoïdales et de l'irritation à l'anus. Après avoir prescrit les moyens usuels sans de grands résultats, il proposa la cure radicale de la maladie. Ayant fait un examen attentif, il reconnut qu'après des efforts la membrane muqueuse de l'intestin descendait d'environ un pouce, et qu'il y avait trois ou quatre anciennes excroissances hémorrhoïdales congestionnées de la grosseur de petites avelines, situées sur la marge de l'anus. Le prolapsus se réduisait sans difficulté, mais le sphincter était très-relâché, et elle était obligée de rester au lit chaque fois que l'intestin était relâché. Le traitement préparatoire consista à vider l'intestin au moyen de doux cathartiques, après quoi il appliqua quelques sangsues, et fit faire des fomentations. La patiente resta au lit quelques jours pour éviter le retour de l'irritation locale, qui disparut par ce moyen. S'étant pourvu d'acide nitrique concentré et de quelques morceaux de glace, il s'en servit de la manière suivante. La patiente fut placée de côté, les membres relevés, le spéculum ani fut introduit dans le rectum, et les valves étant écartées, il trempa un morceau de bois entouré de linge dans l'acide nitrique, et il l'appliqua entre les valves du spéculum, de manière à couvrir les excroissances hémorrhoïdales; il l'y laissa environ dix secondes, puis il mit sur la partie un morceau de glace renfermé dans du linge. La douleur, qui était intense avant l'introduction de la glace, cessa au bout de trois ou quatre minutes. Après le laps de deux jours, il y avait un peu d'ulcération, et il s'écoulait du sang de la partie au moment de la déjection; autrement l'ulcération produite par l'application de l'acide nitrique causait peu de douleur. Au bout de dix jours, une cicatrice linéaire parfaite s'était formée sur le prolapsus, qui existait depuis treize ans. M. Aickin fit la même opération sur le côté opposé, et au bout de quinze jours, la contraction du sphincter n'étant pas complétement satisfaisante, il fit une troisième application; après quoi il n'y eut plus de descente de l'intestin, et le sphincter fonctionna de la manière la plus satisfaisante.

LUXATION DU FÉMUR EN HAUT ET EN ARRIÈRE, RÉDUITE PAR LA MÉTHODE DE COLOMBAT; par M. W. HARGRAVE.

OBS. — John B., âgé de 23 ans, maçon, de petite taille, trapu et bien musclé, fut apporté à l'hôpital de Dublin le 8 septembre 1854, ayant une luxation du fémur droit en haut et en arrière, qu'il s'était faite le même jour à trois heures après midi. On avait tenté la réduction par la méthode ordinaire peu de temps après l'accident. L'extension avait été faite pas neuf hommes, mais sans succès. La luxation était bien marquée; le malade souffrait beaucoup de la cuisse.

Il fut mis dans la position recommandée par Colombat pour réduire la luxation, savoir : « de se tenir ferme sur la jambe gauche à côté d'une table

(qui avait été recouverte d'un matelas et d'une couverture pliée), de s'étendre en travers, et de saisir l'autre bord avec les deux mains, et de s'y tenir solidement. Alors se plaçant derrière le malade, M. Hargrave saisit la jambe droite immédiatement au-dessus de l'articulation avec la main droite, et appuyant sur l'espace poplité avec la main gauche, il imprima des mouvements combinés de flexion légère de la jambe, et pressant fortement sur le jarret.

Lorsqu'il sentit que la tête du fémur quittait sa position anormale et qu'elle descendait vers l'acétabulum, il la fit tourner en dehors, et la réduction s'opéra de la manière la plus facile sans causer la moindre douleur. Les manipulations durèrent moins de quatre minutes; on n'eut pas besoin d'employer le chloroforme ni aucun autre anesthésique.

Le grand avantage de cette méthode est qu'on peut l'employer sans le secours d'aides, qu'elle ne produit pas de douleur, et, ce qui n'est pas un mince avantage, qu'on n'a pas besoin de chloroforme.

VI. THE DUBLIN HOSPITAL GAZETTE.

Les numéros d'avril, mai, juin, juillet, août et septembre 1855 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Anévrisme de l'aorte thoracique compliqué de phthisie*, par M. Mayne. 2° *Cas de rétrécissement de l'urètre chez l'enfant, avec des remarques*. 3° *Abcès du foie s'ouvrant dans l'artère gastro-duodénale, dans le péritoine et le duodénum*, par M. Dower. 4° *Cas de fièvre typhoïde prise pour une apoplexie*, par M. Lynch. 5° *Clinique sur l'abcès du sein*; par M. Collis. 6° *Cas de méningite cérébro-spinale*, par M. Banks. 7° *Cas de luxation de l'épaule, avec remarques*; par M. Fleming. 8° *Tubercules dans le foie, les reins, les glandes mésentériques et l'estomac*; par M. Law. 9° *Luxation dans l'échancrure ischiatique*; par M. Jamison. 10° *Remarques sur l'emploi des pilules d'iodure de fer de Blancard*; par M. Wilmot. 11° *Cas de plaie du côté droit du col, avec un canif, pénétrant dans l'œsophage, la plèvre gauche et le sommet du poumon; mort*; par M. Hutton. 12° *Cas de cirrhose du foie, et observations sur son traitement*; par M. Lees. 13° *De quelques terminaisons rares de caries de l'os temporal*; par M. Dowel. 14° *Dégénérescence graisseuse du cœur, apoplexie pulmonaire*; par M. Gordon. 15° *Maladie chronique de la tête du fémur, dans laquelle était logée une balle depuis douze ans*; par M. Swettenham. 16° *Action du cœur et des artères du cou augmentée, hypertrophie de la glande thyroïde et proéminence du globe de l'œil, hydropisie, effets de la digitaline*; par M. Banks. 17° *Cas de rupture de la vessie par suite d'une violence indirecte, mort en quatre-vingts heures*; par M. Wilmot. 18° *Clinique sur l'onychie*; par M. Hamilton. 19° *Cas de fracture de l'épine dans la région cervicale, avec observation*; par M. Hughes. 20° *Cas de luxation de la tête du fémur sur l'os du pubis, avec remarques*; par M. Colles. 21° *Cas de diphthérite traitée avec succès par le chlorate de potasse*; par M. Smith. 22° *Cas d'inflammation idiopathique de la veine jugulaire externe*. 23° *Albuminurie, avec observations sur l'usage de la térébenthine dans l'inflammation interne*; par M. Lees. 24° *Cas d'oxalurie*; par M. Richardson. 25° *Cas de luxation complète du maxillaire inférieur*; par M. Colles. 26° *Dyssenterie, abcès hépatique*; par M. Banks. 27° *Cas de hernie fémorale étranglée, avec remarques*; par M. Fleming. 28° *Tumeur dans la région iléo-cæcale, cancer de l'iléum et du cæcum*; par M. Lees. 29° *Cas de péricardite avec lequel existait pareillement une cérébrite, avec remarques*; par M. M'Dowel. 30° *Cas de brûlure produite par la foudre, avec remarques*. 31° *Leçon clinique sur les cas dans lesquels l'urine contient du sang*; par M. Hamilton. 32° *Cas de rhinoplastie*; par M. Thompson. 33° *Hernie étranglée se terminant par un anus artificiel, guérison*; par M. Chaplin. 34° *Cas d'hémorrhagie utérine avant la délivrance*; par M. Stokes. 35° *Végétations cryptogrimiques sur la membrane muqueuse de l'estomac après la mort*; par M. Lees. 36° *Cas de luxation du fémur*; par M. Stokes. 37° *Leçons cliniques sur le diagnostic du cancer et des tumeurs cancroïdes*; par M. Collis. 38° *Cas de lithotomie*; par M. Thompson. 39° *Observations sur un cas de fièvre compliquée de maladie de la valvule mitrale*; par M. Lees.

MALADIE CHRONIQUE DE LA TÊTE DU FÉMUR, DANS LAQUELLE ÉTAIT LOGÉE UNE BALLE DEPUIS DOUZE ANS; par M. SWETTENHAM.

OBS. — M. Feeny, âgé de 39 ans, entré à l'hôpital militaire de Dublin, le 1er février 1855, racontait qu'il avait reçu une plaie par arme à feu dans l'Inde, le 29 décembre 1843; la cicatrice se trouvait au-dessous de la crête de l'iléum, et vis-à-vis le grand trochanter du côté gauche. C'était par là qu'avait pénétré la balle, qui, disait-il, n'avait jamais été extraite. En conséquence, il n'y avait pas d'ouverture de sortie. Il y avait de la diarrhée et de la fièvre; il existait un orifice fistuleux sur la cicatrice, et d'où s'échappait un pus épais.

Un stylet introduit dans l'orifice frappait sur un os dénudé et se dirigeait en bas où existait une large tumeur fluctuante. On diagnostiqua un vaste abcès situé profondément au-dessous des muscles de la cuisse. Il fut ouvert à sa partie inférieure.

Le malade alla bien jusqu'au 7. La diarrhée et la fièvre ayant diminué, on lui permit la nourriture et le vin.

Le 12, la diarrhée augmenta, et le malade mourut le quinzième jour de son entrée.

A l'autopsie, l'abcès ayant été ouvert dans toute son étendue, on trouva que les muscles du membre étaient complétement détachés de l'os, qui, jusqu'à son tiers inférieur, était dénudé de son périoste.

La capsule de l'articulation coxo-fémorale était épaissie et perforée dans deux ou trois endroits, antérieurement et postérieurement.

Le col du fémur, à sa partie antérieure, et le grand trochanter, à sa partie postérieure, étaient complétement privés de leur périoste.

Le cartilage de la tête du fémur était aussi partiellement ulcéré.

On reconnut la situation de la balle à un petit orifice (capable de recevoir seulement un stylet très-fin) dans la direction de la tête du grand trochanter.

La balle était logée dans la tête du grand trochanter. On trouva du pus dans le canal médullaire de l'os.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 28 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

(Suite et fin.)

Annonce des prix décernés pour l'année 1855.

EAUX MINÉRALES, THÉRAPEUTIQUE, HYGIÈNE, PHYSIQUE MÉDICALE.

L'Académie se rappelle le rapport fait par notre savant confrère M. de Senarmont, au nom d'une commission composée de MM. Thenard, Chevreul, Balard et Dufrénoy, sur un mémoire de M. BOUQUET, intitulé : ÉTUDE CHIMIQUE DES EAUX MINÉRALES ET THERMALES DE VICHY, CUSSET, VAISSE, HAUTERIVE ET SAINT-YORRE; ANALYSE DES EAUX MINÉRALES DE BRUGHEAS, MÉDAGUE, CHATELDON ET SEUILLET,

La commission ci-dessus nommée renvoya ce mémoire à la commission des prix Montyon. Celle-ci, adoptant pleinement les conclusions du premier rapport, reconnaît, avec la première commission, « que le mémoire de » M. Bouquet est une véritable histoire chimique du bassin hydrologique de » Vichy, appuyée sur tous les documents qu'on est aujourd'hui en droit de » demander à la science.

» Ce mémoire renferme par conséquent des études longues et consciencieuses sur l'un des agents les plus actifs de la thérapeutique. L'expérience » médicale trouvera d'utiles enseignements dans cet ensemble d'analyses » comparatives qui montrent partout, et presque en égale proportion, les » principes supposés des propriétés caractéristiques de quelques sources, » qui font connaître la dose d'arsenic propre à chacune d'elles, y déterminent » la quantité de strontiane, et paraissent retrancher plusieurs principes énergiques à la liste de leurs principes minéralisateurs. »

La commission, prenant en considération la haute importance de semblables recherches pour la thérapeutique, propose d'accorder à M. Bouquet, pour ses études chimiques des eaux minérales du bassin hydrologique de Vichy, une récompense de 1,500 fr.

— M. CORVISART a soumis au jugement de la commission un travail dans lequel il pense établir qu'on peut traiter avec succès certaines affections de l'estomac, dans lesquelles la digestion est troublée ou suspendue, par l'emploi de la pepsine préparée artificiellement avec la caillette du veau ou du mouton.

Si cette idée de favoriser la digestion chez l'homme à l'aide du suc gastrique naturel ou artificiel des animaux n'est pas absolument neuve, M. Corvisart l'a cependant réellement introduite dans la médecine pratique, et il a le mérite d'avoir fait des expériences et d'avoir recueilli des faits pour prouver l'efficacité de ce mode de traitement, dont la réalisation avait d'ailleurs été préparée par les belles expériences de Réaumur et Spallanzani sur les digestions artificielles. D'autres recherches importantes avaient été faites dans ces derniers temps sur la digestion stomacale, et avaient permis d'isoler la pepsine, qui, ainsi qu'on le sait, est un des principes actifs essentiels du suc gastrique.

Il s'agit encore ici, comme on le voit, d'une application des connaissances physiologiques à la thérapeutique; et c'est toujours avec satisfaction que la commission accueille de semblables travaux. Mais précisément parce qu'elle pense que la voie est bonne et scientifique, elle désire ne pas en compromettre les résultats par des conclusions prématurées, et elle veut laisser au temps et à l'expérience le soin de prononcer définitivement sur l'importance de cet agent thérapeutique.

C'est d'après ces considérations que la commission propose de récompen-

ser M. Corvisart des efforts qu'il a faits pour introduire la *pepsine* dans la pratique médicale; elle pense ainsi encourager les médecins à s'en servir, espérant que bientôt ils pourront préciser les circonstances dans lesquelles ce médicament pourra être employé avec succès.

Da commission propose donc d'accorder à M. Corvisart, pour ses recherches *sur l'action thérapeutique de la pepsine*, une récompense de 1,500 fr.

— L'hygiène publique possède aujourd'hui une quantité considérable de matériaux qui restent disséminés dans les recueils périodiques. Un ouvrage qui résumerait ces travaux et les coordonnerait d'après une critique juste et intelligente rendrait un service incontestable aux médecins, et contribuerait à répandre les connaissances hygiéniques si importantes pour la médecine prophylactique. Cet ouvrage a été exécuté avec une connaissance approfondie du sujet et une grande clarté d'exposition par M. Tardieu, dans son ouvrage *sur l'hygiène publique et la salubrité*, qui renferme en outre un certain nombre d'observations importantes propres à l'auteur.

En conséquence, la commission propose d'accorder à M. Tardieu une récompense de 1,000 fr.

— Les influences météorologiques et climatériques diverses exercent une action incontestable sur l'homme, soit à l'état de santé, soit à l'état de maladie; mais les observations dans cette partie de la science médicale sont très-difficiles à faire, et celles que l'on possède aujourd'hui à ce sujet sont le plus souvent incomplètes ou défectueuses. Cependant un ouvrage qui rassemblerait tous les faits connus, en cherchant à les apprécier et à les coordonner autant que le permet l'état actuel de la science, aurait déjà rendu un véritable service à la médecine; les médecins y trouveraient réunis des matériaux qui pourraient leur être utiles pour de nouvelles observations, et le goût pour ces sortes d'études se répandrait ainsi davantage.

— Parmi les ouvrages faits dans ce but, la commission a distingué le TRAITÉ DE LA MÉTÉOROLOGIE DANS SES RAPPORTS AVEC LA SCIENCE DE L'HOMME, ET PRINCIPALEMENT AVEC LA MÉDECINE ET L'HYGIÈNE PUBLIQUE; publié par M. Foissac. La commission propose, en conséquence, d'accorder à l'auteur une récompense de 1,000 fr.

Programme des prix proposés par l'Académie des sciences pour les années 1856 et 1857.

GRAND PRIX DES SCIENCES PHYSIQUES PROPOSÉ POUR 1857.

(Commissaires : MM. Flourens, Geoffroy-Saint-Hilaire, Milne-Edwards, Duméril, Ad. Brongniart, rapporteur.)

» Etudier le mode de formation et la structure des spores et des autres organes qui concourent à la reproduction des champignons, leur rôle physiologique, la germination des spores, et particulièrement pour les champignons parasites, leur mode de pénétration et de développement dans les autres corps organisés vivants. »

GRAND PRIX DES SCIENCES PHYSIQUES PROPOSÉ EN 1854 POUR 1856.

(Commissaires : MM. Flourens, Duméril, Geoffroy-Saint-Hilaire, Ad. Brongniart, Milne Edwards, rapporteur.)

» Étudier d'une manière rigoureuse et méthodique les métamorphoses et la reproduction des infusoires proprement dits. (Polygastriques de M. Ehrenberg.) »

L'Académie désirerait obtenir la solution de quelques-unes des questions encore pendantes au sujet des générations hétéromorphes ou générations alternantes dans la classe des infusoires proprement dits. Elle voudrait connaître aussi d'une manière plus précise les affinités naturelles de ces êtres, dont les uns paraissent appartenir au règne végétal, tandis que les autres sont bien évidemment des animaux, et semblent se rattacher en partie à l'embranchement des Zoophytes, et en partie au groupe des mollusçoïdes.

Les observations et les expériences devront être suivies de façon à ne laisser aucune incertitude sur la filiation des individus que l'on considérerait comme étant produits les uns par les autres, ou sur l'identité des individus dont les variations ne seraient attribuées qu'à des métamorphoses. Les résultats obtenus devront être applicables à plusieurs groupes importants de la division des infusoires polygastriques, et les faits sur lesquels ces résultats reposent, devront être, autant que possible, représentés à l'aide de figures.

Les mémoires ont dû être déposés au secrétariat de l'Institut le 1er janvier 1856.

Le prix consiste en une médaille d'or de la valeur de 3,000 fr.

GRAND PRIX DES SCIENCES PHYSIQUES PROPOSÉ EN 1847 POUR 1849, REMIS AU CONCOURS POUR 1853, ET DE NOUVEAU POUR 1856.

(Commissaires : MM. Flourens, Serres, Milne-Edwards, Geoffroy-Saint-Hilaire, Coste, rapporteur.)

» Établir, par l'étude du développement de l'embryon, dans deux espèces, prises, l'une dans l'embranchement des vertébrés, et l'autre, soit dans l'embranchement des mollusques, soit dans celui des articulés, des bases pour l'embryologie comparée. »

L'objet essentiel que, par le choix de cette question, l'Académie propose aux efforts des naturalistes et des anatomistes, est la détermination positive de ce qu'il peut y avoir de semblable ou de dissemblable dans le développement comparé des vertébrés et des invertébrés.

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 3,000 fr. Les mémoires devront être déposés, *francs de port*, au secrétariat de l'Institut, avant le 1er avril 1856 : *ce terme est de rigueur.*

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 5 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie les pièces suivantes :

1° Un rapport de M. le docteur Peyrocave, médecin inspecteur des eaux minérales de Barbotan (Gers), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1853.

2° Un rapport de M. le docteur Silve, médecin inspecteur des eaux minérales de Digne (Basses-Alpes), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1854.

3° Une demande en autorisation d'exploitation d'une source d'eau minérale sise à Vrécourt (Vosges).

4° Une demande d'avis sur l'utilité qu'il pourrait y avoir à faire procéder à une analyse officielle des eaux minérales de Digne. (Commission des eaux minérales.)

— La correspondance non officielle comprend :

Un mémoire intitulé : QUELQUES MOTS SUR UNE ÉPIDÉMIE DE ROUGEOLE QUI A RÉGNÉ A ALBI ET DANS LES ENVIRONS, DE MARS A AOUT 1855; OBSERVATIONS DE RÉCIDIVES; QUELQUES EXPÉRIENCES SUR LE MODE DE TRANSMISSION DE LA ROUGEOLE, par M. le docteur Lalagade. (Commission de vaccine.)

Une observation d'hydrophobie rabiéique, par MM. les docteur S. Warin et Alfred Puel fils (de Metz). (Commissaires : MM. Renault et Jolly.)

EAUX MINÉRALES.

M. O. HENRY, au nom de la commission des eaux minérales, donne successivement lecture de plusieurs rapports.

1° Rapport sur l'eau minérale de deux nouvelles sources découvertes à Vittel, près Contrexeville (Vosges).

Ces eaux justifient, par leur nature chimique, les propriétés médicales qu'on leur a reconnues depuis longtemps à Vittel et dans les environs. L'une est sensiblement purgative, à cause des sels magnésien et sodique surtout qui la minéralisent; l'autre est tonique et fortifiante par le fer qui est un de ses éléments.

Quoique ces sources ne fussent pas réellement captées lors du puisement des échantillons envoyés par l'analyse, ces eaux n'en ont pas paru moins dignes d'intérêt à la commission, à cause de leur nature chimique variée, de leurs propriétés médicales déjà signalées, et parce que ces trois sources, l'une purgative, l'autre diurétique et la dernière ferrugineuse, groupées dans un même établissement, peuvent offrir d'excellentes ressources à la thérapeutique.

La commission propose de répondre à M. le ministre qu'il y a lieu d'autoriser l'exploitation de ces sources, quand elles auront été définitivement et convenablement captées. (Adopté.)

2° Rapport au sujet d'une source minérale découverte à Vals (Ardèche).

Cette source est froide et de la même nature que les sources *Marquise* et *Camuse*, dont elle est voisine. Comme ces dernières, qui sont depuis longtemps connues et exploitées, elle a pour principes minéralisateurs l'acide carbonique et les bicarbonates alcalins et terreux, associés à quelques autres sels et à des traces d'un principe arsenical. Il y a lieu de croire que la nouvelle source n'est, comme les autres, qu'une émanation d'une nappe minérale commune.

La commission propose de répondre à M. le ministre qu'il n'y a pas opportunité à autoriser l'exploitation. (Adopté.)

3° Rapport sur l'eau minérale de Vauguières, canton d'Aurel, arrondissement de Die (Drôme).

L'eau de Vaugnières est une eau acidule gazeuse, bicarbonatée, calcaire, ferrugineuse; elle est aussi sensiblement iodée. Sa composition offre une grande analogie avec des eaux du département de la Drôme déjà autorisées, comme celles de Condillac et de Valence; elle est de plus manifestement iodée; la commission estime en conséquence qu'il y a lieu d'autoriser l'exploitation, en imposant au propriétaire la condition de faire tous les aménagements et travaux nécessaires à l'application médicale de cette eau. (Adopté.)

4° Rapport au sujet des eaux mères de la saline de Salins (Jura).

L'eau mère de la saline de Salins se prêtera fort bien à l'administration de bains médicinaux; elle est riche en principes et représente en grande partie

la composition de l'eau de la mer; le chlorure de sodium et le bromure s'y trouvent répartis abondamment et dans une proportion qui s'élève à cinq fois au moins celle de la susdite eau. Il sera donc facile dès lors, à l'aide de coupages rationnels, d'avoir des bains gradués suivant l'indication du médecin et en les appropriant aux besoins de chaque malade.

La commission est d'avis qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter ces eaux mères en bains minéraux pour l'usage médical. (Adopté.)

RECHERCHES CHIMIQUES SUR LES CHAMPIGNONS VÉNÉNEUX.

M. Gobley donne lecture d'un mémoire sur la composition chimique des champignons vénéneux et l'analyse du champignon comestible des couches. Il formule ainsi les conclusions auxquelles l'ont amené ses expériences :

1° Le champignon comestible renferme 90,50 pour 100 d'eau.

2° Il contient de l'albumine.

3° La fibre végétale est formée, comme celle des autres végétaux, par la cellulose; la *fungine* ne peut être considérée comme un principe immédiat, et c'est à l'albumine qu'elle retient que sont dues les propriétés particulières qu'on lui a reconnues.

4° La matière grasse du champignon comestible se compose d'oléine, de margarine et d'une substance particulière, l'*agaricine*, solide et cristallisée, remarquable par son point de fusion élevé et par sa propriété de n'être pas attérée par les alcalis caustiques; c'est à cette dernière substance que Braconnot et Vauquelin ont donné le nom d'adipocire.

5° La matière sucrée cristallisée ne constitue pas un sucre particulier; elle n'est pas susceptible de fermenter et n'est autre chose que de la mannite.

6° Le champignon de couche renferme une forte proportion de matières extractives azotées, les unes solubles dans l'eau et dans l'alcool, les autres solubles dans l'eau et insolubles dans l'alcool.

7° Il contient des chlorures de sodium et de potassium, du phosphate de potasse, de la potasse unie probablement aux acides malique, citrique et fumarique, du chlorhydrate d'ammoniaque et du carbonate de chaux.

8° Appréciée par des moyennes, la composition du champignon comestible est pour 100 parties :

Eau	90,50
Albumine	0,60
Cellulose	3,20
Oléine, margarine, agaricine	0,25
Mannite	0,35
Matières extractives aqueuses et alcooliques	3,80
Chlorure de sodium et de potassium, phosphate, citrate, malate et fumarate de potasse	0,85
Chlorhydrate d'ammoniaque, phosphate et carbonate de chaux, etc.	0,45
	100,00

Dans un nouveau travail que M. Gobley espère bientôt présenter à l'Académie et dont les bases sont déjà posées, il se propose d'établir la différence chimique qui sépare les champignons comestibles des champignons vénéneux. Tout corps nouveau sera soumis à l'expérimentation sur les animaux. L'auteur espère arriver ainsi à isoler et à décrire, dans leur nature et dans leur action physiologique, les principes auxquels sont dues les propriétés toxiques des champignons vénéneux. (Commissaires : MM. Grisolle, Guérard, et Chevallier, rapporteur.)

CHOLÉRA ASIATIQUE.

M. Thomas Longueville, membre correspondant de l'Académie, donne quelques détails sommaires sur un voyage médical en Italie et en Orient, pendant les mois de septembre et d'octobre 1855.

M. le docteur Thomas a surtout eu occasion d'observer le choléra asiatique à Gênes et à Constantinople et de confirmer par des études nouvelles les opinions qu'il a précédemment émises et soutenues, relativement à la noncontagion du choléra et à l'absorption des remèdes par la peau pendant la période algide. M. Cazalas, médecin principal à l'armée d'Orient et chargé du service de l'hôpital militaire français, dit *de l'école*, a communiqué à M. Thomas ses notes et ses observations, d'où il résulte que pour lui le génie cholérique ne peut avoir d'autre véhicule que l'atmosphère et qu'il n'est jamais contagieux. Quant à la question de l'absorption ou non des remèdes par la peau durant la période algide, M. Cazalas ne partage pas entièrement l'opinion de M. Thomas; il pense qu'à une certaine période de l'algidité l'absorption cesse d'avoir lieu; mais il insiste néanmoins sur la nécessité d'agir, attendu qu'il n'est pas possible dans la pratique d'indiquer avec précision à quel moment les remèdes ne sont plus absorbés. M. Thomas indique une lésion pathologique que M. Cazalas croit être propre au choléra asiatique, et dont le siége est dans le canal intestinal. C'est une psorentérie ayant quelque analogie avec celles qu'on observe dans les fièvres typhoïdes, et beaucoup avec les pustules de la vaccine ou de la variole. L'auteur termine sa notice par une énumération des travaux des membres de l'Académie, relatifs à l'opinion dont il s'est constitué le défenseur, la non-contagion du choléra asiatique.

— M. Langlois, pharmacien en chef aux Invalides, donne lecture d'un mémoire sur le rôle de l'acide carbonique en présence des alcalis végétaux. (Commissaires : MM. Michel Lévy, Boullay et Gaultier de Claubry.)

La séance est levée à quatre heures.

BIBLIOGRAPHIE.

LEÇONS DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE; par M. Claude Bernard, membre de l'Institut.

Les travaux de M. Bernard sur la fonction glucogénique du foie sont une des plus heureuses applications de la chimie à la physiologie et l'un des plus grands progrès qu'aient faits les sciences dans la voie des recherches expérimentales. Les découvertes de ce savant physiologiste prouvent mieux que tout ce qui a été fait jusqu'ici que la physiologie ne peut plus se passer des lumières de la chimie. Si certains phénomènes, comme la fécondité, les lois du mouvement, le rôle du système nerveux, etc., peuvent être étudiés en dehors de la matière, il n'en est plus de même de ceux qui reposent sur les transformations des matières solides ou liquides, comme la digestion, la nutrition, la respiration et la formation des éléments du sang. A mesure que la chimie et la physiologie se développent, elles s'identifient en quelque sorte, et bientôt peut-être une fusion aura lieu entre elles, et il en surgira une science nouvelle.

Si l'étude de la physiologie ne peut être faite sans le concours des sciences physico-chimiques, nous admettons volontiers aussi, avec M. Bernard, que l'intervention de ces sciences pourrait être la source de graves erreurs, si l'on voulait toujours expliquer les phénomènes de la vie par les réactions de la chimie inorganique sans tenir compte des conditions physiologiques ou vitales. Les progrès des sciences naturelles nous permettent sans doute de rejeter cette force qu'on a appelée *principe vital*, et nous autorisent à admettre que les fonctions vitales obéissent aux lois chimiques, physiques et mécaniques; mais dans l'étude des phénomènes physiologiques, il faut d'abord les observer dans l'organisme, puis examiner les influences diverses auxquelles la fonction animale est soumise, et enfin appeler à son secours la chimie, la physique, la mécanique, l'anatomie, etc. C'est en appliquant cette méthode qu'on a pu, depuis vingt-cinq ans, mieux étudier les phénomènes de la respiration, la conversion des matières amylacées en sucre, l'action de la salive et du sucre gastrique dans la digestion, le rôle des aliments azotés, la combustion des aliments respiratoires, la source de la chaleur animale, etc.; c'est ainsi que de temps en temps nous soulevons le voile qui couvre les fonctions organiques et que nous avons l'espoir de pouvoir expliquer les phénomènes de l'être vivant, lorsque nous connaîtrons mieux les corps, leurs propriétés et leur composition.

La physiologie est intimement liée, de son côté, aux progrès de la médecine et l'explication des phénomènes pathologiques doit reposer constamment sur l'état physiologique. Les symptômes morbides ne sont pas le résultat de forces nouvelles, mais bien les manifestations de troubles physiologiques. Il serait facile de trouver dans la pathologie de nombreux exemples pour appuyer cette proposition; mais nous nous contenterons de citer le diabète et de faire voir comment il faut envisager cette maladie depuis les belles découvertes de M. Claude Bernard.

On connaît les nombreuses théories qui ont été émises sur la cause du diabète. Suivant Rollo, cette maladie est causée par un trouble qui a son siége dans l'estomac, résultant de l'altération des sucs gastriques. M. Bouchardat a rapporté la cause du diabète à une modification pathologique dans la digestion et dans l'absorption des aliments féculents, et a proposé un mode de traitement qui consiste à supprimer les aliments féculents ou sucrés.

M. Mialhe suppose que le glucose, introduit dans l'organisme par la digestion des matières féculentes ou sucrées, passe dans les urines, parce qu'il ne trouve pas dans le sang l'alcalinité suffisante pour le transformer en eau et en acide carbonique. L'état physiologique comporte des sécrétions acides et des sécrétions alcalines dans un rapport convenable, et si l'état du sang est modifié, soit par les aliments, soit par les médicaments, si les phénomènes chimiques ne s'accomplissent pas normalement dans l'économie, les sécrétions changent en même temps de nature suivant M. Mialhe; si le sang perd par une cause quelconque, ses propriétés alcalines, le sucre n'étant plus brûlé, passe dans les urines. D'où l'indication thérapeutique de rétablir l'état normal des liquides animaux, en introduisant dans l'organisme les alcalis qui lui manquent.

Le sucre étant formé par une fonction spéciale, quelle que soit la nature de l'alimentation, M. Bernard pense que cette théorie a un point de départ physiologiquement faux, et que le diabète est dû à une lésion du système nerveux.

Les faits consignés dans un mémoire que nous avons lu à l'Académie impériale de médecine, ne nous permettent pas d'adopter la théorie de M. Mialhe, qui ne repose que sur des analogies. Nous avons observé, en effet, qu'en augmentant considérablement l'alcalinité du sang, le sucre ne diminue pas et que la proportion de ce principe peut s'élever à 7 pour 1000 dans les urines alcalines, lorsqu'on nourrit les animaux avec des aliments féculents ou sucrés additionnés de bi-carbonate de soude. Nous avons démontré aussi avec MM. Bernard et Lehmann, qu'en injectant dans la veine jugulaire d'un lapin une solution de sucre et de bi-carbonate de soude, on retrouve dans les urines autant de sucre que lorsque l'injection se fait avec une dissolution sucrée seulement. Enfin, nous avons prouvé par des faits irrécusables, que même en dehors de l'économie animale, les carbonates alcalins n'agissent pas sur le glucose au-dessous de 95°, et qu'à cette température il éprouve si lentement les métamorphoses qui le convertissent en eau et en acide carbonique, qu'on trouve encore dans la liqueur beaucoup de sucre après une ébullition longtemps prolongée.

M. Bernard fait connaître dans sa deuxième leçon, les divers réactifs et les procédés employés pour constater la présence du sucre et en déterminer la proportion dans les liquides et les tissus animaux; il expose ensuite les preuves de la fonction glucogénique du foie.

On sait que les aliments de l'homme et des animaux se composent de matières azotées et non azotées, de matières grasses et de substances minérales. L'observation et les recherches faites depuis vingt ans, par les chimistes et les physiologistes, démontrent que les aliments azotés conservent les organes, produisent la force et servent au développement des animaux; que les matières grasses, sucrées et amylacées ne sont, au contraire, que des aliments respiratoires, dont le carbone et l'hydrogène, en s'unissant à l'oxygène de l'air, entretiennent la chaleur animale. Jusque dans ces derniers temps on a cru que le sucre était toujours fourni par les végétaux et introduit par conséquent, dans l'économie par l'alimentation. On admettait aussi que la proportion de sucre était en rapport avec les aliments féculents ou sucrés, et on ne pouvait pas s'attendre à en rencontrer chez les carnassiers qui ne se nourrissent que de substances azotées et de graisse. Mais les expériences si habilement dirigées par M. Bernard ont fait voir que le sucre existe normalement dans le sang des animaux herbivores et carnivores, que chez ceux-ci il est fourni par les aliments azotés, et que les proportions de sucre que l'on trouve dans les uns et dans les autres sont sensiblement égales.

Pour démontrer que le sucre peut se produire dans l'économie, M. Bernard a supprimé les féculents et les matières sucrées dans l'alimentation et dans un grand nombre d'expériences, il a nourri des chiens exclusivement avec de la viande pendant plusieurs mois. On a alors sacrifié les animaux, et l'on a trouvé dans leur foie 1g,90 pour 100 de sucre. Des oiseaux de proie pris dans leurs nids et nourris exclusivement avec du cœur de bœuf cru pendant trois mois ont été tués, et leur foie contenait 1g,50 pour 100 de sucre.

Dans un travail sur l'origine du sucre dans l'économie animale, que j'ai publié récemment, j'ai obtenu les mêmes résultats en analysant attentivement le lait de quelques chiennes soumises successivement à divers régimes d'alimentation. Ainsi, le lait d'une chienne de forte taille nourrie avec de la viande et du pain renfermait 28g,90 pour 100 de sucre. La même chienne ayant été soumise au régime exclusif de la viande pendant vingt et un jours, la proportion de sucre s'abaissa à 1g,92, et, pendant plus de quinze jours, ce chiffre n'a presque pas varié. D'autres expériences analogues ont montré que le sucre existe dans le lait des animaux nourris à la viande.

On ne saurait supposer que le sucre provient d'une alimentation antérieure et se localise dans le foie. Il résulte, en effet, des expériences de M. Bernard, que le sucre se détruit très-rapidement, et qu'au bout de vingt-quatre heures, si l'on arrête sa production, il n'en reste plus de traces. Des expériences précises démontrent que la viande ne contient pas une quantité appréciable de sucre, et que, par conséquent, elle ne fournit pas celui qu'on retrouve dans le lait et dans le sang.

Il résulte, des faits qui précèdent, que les animaux, comme les végétaux, peuvent, dans des circonstances déterminées, créer des principes immédiats, et que leur rôle ne consiste pas seulement à détruire ceux qui leur sont fournis par les végétaux.

Puisque le sucre peut se produire dans l'économie, quel est l'organe qui est chargé de cette fonction importante? La matière sucrée se forme-t-elle par l'action digestive, dans le foie ou dans le torrent circulatoire? Ces questions ont été étudiées avec talent et un zèle infatigable par M. Bernard; aussi lui devons-nous un des plus grands progrès qu'ait faits la science moderne.

Le foie est imprégné de sucre et il est le seul organe de l'économie qui, à l'état normal, présente ce caractère. On peut s'en convaincre, soit au moyen de la solution cupro-potassique, soit par la levûre de bière qui, mise en contact avec la décoction de foie, produit la fermentation alcoolique, c'est-à-dire de l'acide carbonique et de l'alcool que l'on peut recueillir, et dont les proportions donnent la quantité de sucre. La présence du sucre dans le foie est un fait général dans la série animale, et la fonction qui produit cette substance appartient à toutes les espèces. M. Bernard a constaté le sucre dans le foie des cadavres de suppliciés, dans les quadrumanes, les carnassiers, les rongeurs, les ruminants, les pachydermes, les oiseaux, les reptiles, les poissons osseux et cartilagineux, les mollusques gastéropodes, etc. C'est ainsi qu'il a obtenu l'alcool de foie d'homme, de foie de chien nourri à la viande, de canard, de poisson, etc.

D'après les nombreuses expériences de M. Bernard et d'autres observateurs, la production du sucre a lieu dans le foie chez les animaux nourris avec des aliments azotés. La principale démonstration de cette théorie est fournie par l'analyse du sang avant et après le foie. En effet, chez les carnivores, il n'y a pas de sucre dans le sang de la veine porte, tandis qu'on en trouve dans le sang des veines hépatiques. Cette expérience est constante et absolue, et jamais, suivant M. Bernard, quand elle est bien faite, et dans les conditions qu'il a indiquées, il n'y a du sucre dans le sang de la veine porte, tandis qu'il y a toujours réduction abondante dans le sang provenant des veines hépatiques et formation d'alcool et d'acide carbonique, en y ajoutant de la levûre de bière. D'un autre côté, on s'assure, par les mêmes procédés, que les matières contenues dans le tube digestif ne contiennent aucune trace de sucre.

On a prétendu que le sucre du foie ne provient pas de digestions récentes, mais qu'il résulte de matières féculentes ou sucrées contenues dans une alimentation antérieure. On sait, en effet, que le foie a la faculté de retenir longtemps dans son tissu certaines matières minérales, comme les composés de cuivre, d'arsenic, d'antimoine et de mercure. Mais M. Bernard a démontré par des expériences rigoureuses que le foie n'a pas la propriété de garder ce sucre comme il retient les substances minérales. Et d'abord M. Bernard fait remarquer que le sucre existe dans le foie avant toute espèce d'alimentation, lorsque les animaux sont encore dans la période de la vie fœtale. Ainsi, des petits poulets pris dans leur coquille présentent du sucre dans leur foie. Les crécerelles et les chouettes, prises également au sortir de leur coquille, et nourries de viande, contiennent du sucre. M. Bernard a trouvé dans leur foie de 1 à 1,50 pour 100 de sucre. Le foie du fœtus des mammifères est également sucré. On ne saurait donc attribuer à l'alimentation l'origine du sucre dans le foie.

Non-seulement le sucre du foie ne provient pas d'une alimentation antérieure, mais il est démontré aujourd'hui que la quantité de sucre ne dépend pas de la nature de l'alimentation, car la quantité de sucre contenue dans le foie varie peu après une alimentation animale ou amylacée. Il n'y a pas de rapport direct entre la nature des aliments et la proportion de sucre, et tout semble prouver que la production de cette substance est une fonction indépendante des circonstances extérieures.

M. Bernard a fait voir que la sécrétion du sucre peut augmenter ou diminuer, suivant que le système nerveux est plus ou moins excité. Elle devient plus considérable pendant les digestions, et s'abaisse ensuite. Il existe donc une oscillation physiologique dans la production du sucre, de sorte que cette fonction, quoique continue, devient plus active à chaque période digestive. Lorsque les animaux sont soumis à une abstinence absolue, on observe que le sang, qui arrive au foie, ne contient aucune trace de sucre, et que le sang qui en sort en présente des quantités considérables. Le poumon est, par rapport au sucre, dans un rapport exactement inverse; en effet, le sang qui arrive à cet organe renferme du sucre, tandis que ce produit disparaît ordinairement après son entrée dans les poumons. Lorsque la digestion commence, la quantité de sucre augmente graduellement dans le sang des veines hépatiques; mais ce n'est que deux ou trois heures après le repas que la production du sucre, dépassant les limites de la destruction, ce principe passe dans les vaisseaux artériels et veineux de l'économie, et quelquefois même dans les urines, sans que l'animal soit pour cela diabétique. Six ou sept heures après le repas, le sucre commence à disparaître dans le sang, et l'équilibre entre sa production et sa destruction tend à s'établir. M. Bernard insiste avec raison sur la nécessité de bien connaître cette oscillation physiologique de

la formation du sucre dans le foie pour étudier la fonction glucogénique de cet organe.

Il résulte des belles expériences de M. Bernard que le foie doit être considéré comme un laboratoire vital qui modifie profondément les diverses substances qui lui sont apportées par le sang. Les analyses de M. Lehmann, qui a examiné le sang avant son entrée dans le foie et après sa sortie, viennent à l'appui de cette théorie; elles font voir, en effet, que les globules rouges sont plus petits dans le sang des veines hépathiques que dans celui de la veine-porte, que le sang de la veine-porte contient plus de sérum que le sang des veines hépatiques, et que les éléments solides sont en raison inverse de la portion liquide.

Ce chimiste a observé, en outre, que la fibrine disparaît complétement dans le foie et qu'on n'en trouve plus dans le sang des veines hépatiques; qu'un tiers environ de l'albumine disparaît également en traversant le foie, tandis que le sucre, qu'on ne rencontre pas dans le sang de la veine-porte, existe toujours en proportions notables dans le sang des veines hépatiques. Ces expériences chimiques, quoique encore trop peu nombreuses, suffisent pour montrer quelle est l'action du foie sur les substances qui le traversent, et le rôle que la chimie joue dans les recherches physiologiques.

Lorsque le foie, d'après la théorie de M. Bernard, fournit au sang, dans un temps donné, une quantité de sucre plus grande que ne le comporte l'état physiologique, l'excès de cette substance passe dans les urines, et on a ainsi le principal symptôme du diabète. On voit donc que l'apparition du sucre dans les urines dépend de la proportion de sucre que le sang renferme. Ainsi M. Lehmann a constaté que lorsque la quantité de sucre dans le sang arrivant au poumon dépasse 0gr,30 pour 100, le sucre paraît dans les urines.

Les chimistes admettent généralement que le sucre se détruit dans les poumons par l'action de l'oxygène, qui se combine avec l'hydrogène pour former de l'eau. Un autre équivalent d'hydrogène est remplacé, par substitution, par un équivalent d'oxygène, et il en résulte de l'acide carbonique. Par conséquent, toutes les fois que l'on trouble la respiration, ainsi que l'a reconnu M. Reynoso, le sucre, n'étant plus détruit, paraît dans les urines. Cependant M. Bernard, en étudiant le phénomène de la présence du sucre dans l'urine des fœtus de différents âges, a observé des faits qui ne s'expliquent plus par la théorie de l'oxydation. Ce physiologiste renonce même à cette théorie, en se basant sur plusieurs faits qu'il expose dans son livre, et pense que la destruction du sucre s'opère dans l'économie par une véritable fermentation. Nous croyons cependant que l'état actuel de la science ne permet pas de renoncer à la théorie de l'oxydation, et d'admettre que ce principe se détruit par la fermentation.

M. Bernard, après avoir démontré que le foie sécrète la matière sucrée, examine avec le plus grand soin l'influence du système nerveux sur cette sécrétion, et montre qu'elle peut être augmentée, diminuée et même détruite. On peut augmenter la production du sucre dans l'organisme, de manière à produire un diabète artificiel en agissant sur les centres nerveux. Ainsi, si l'on pique la ligne moyenne du plancher du quatrième ventricule d'un lapin, on le rend diabétique. Cette piqûre exerce une grande influence sur la sécrétion glucogénique. Cette irritation, selon M. Bernard, retentit sur le foie, et alors la quantité de sucre augmente tellement dans l'organisme, qu'il passe dans les urines. Lorsque le sang est saturé de sucre, on n'en trouve ni dans la salive, ni dans les larmes, ni dans la sueur, ni dans le suc pancréatique, ni dans la bile, tandis que les urines et le suc gastrique en contiennent.

M. Bernard a étudié le mécanisme de l'action nerveuse sur le foie, et il admet que le point de départ de l'excitation nerveuse est le poumon, que les nerfs pneumogastriques l'apportent aux centres nerveux, et qu'elle se propage par la moelle épinière et par les filets du grand sympathique jusqu'au foie.

Ce n'est pas seulement en piquant la moelle allongée qu'on peut rendre un animal diabétique; M. Bernard a été conduit dans ses recherches à constater qu'on peut produire ce phénomène toutes les fois que les fonctions de la vie de relation sont supprimées, tandis que les fonctions nutritives restent intactes. Ainsi, quand on éteint la sensibilité, tous les organes internes, comme le foie et les glandes, présentent une activité plus grande. Le *curare*, dont les sauvages des bords de l'Amazone empoisonnent leurs flèches, est très-propre à démontrer cette indépendance de la vie organique et de la vie animale. En effet, cette substance anéantit complétement le système nerveux et cérébro-spinal, et, sous son influence, le sucre se produit en plus grande abondance, passe d'abord dans le sang, puis dans les urines. On peut encore produire le diabète, en excitant le foie, à l'aide d'une injection ammoniacale ou éthérée et en empoisonnant les animaux avec de l'azotate d'uranium. Le diabète artificiel peut être provoqué, en excitant d'autres organes que le système nerveux. C'est ainsi que M. Reynoso a signalé l'apparition du sucre dans les urines, en soumettant les animaux aux inspirations de la vapeur éthérée.

M. Bernard admet que le sucre se forme dans le foie par la transformation des matières azotées. M. Lehmann a constaté, en effet, qu'une partie des matières albuminoïdes qui se trouvent dans le sang de la veine porte disparaît, en traversant le foie, et qu'il y a au moins une coïncidence très-remarquable entre cette disparition des matières albuminoïdes et la formation du sucre. D'un autre côté, ce chimiste distingué est parvenu à former du sucre avec l'hématine. Cependant de nouvelles recherches paraissent nécessaires pour résoudre cet important problème.

Dans la plupart de ses leçons, M. Bernard a essayé d'éclairer par la physiologie les phénomènes de la maladie connue sous le nom de diabète. Il a d'abord cherché à déterminer l'organe malade. On sait qu'on a localisé cette affection, tantôt dans les reins, tantôt dans l'estomac, tantôt dans le sang, et ces diverses opinions s'appuyaient sur des faits qui paraissaient bien observés. Ainsi, M. Rayer a observé que les reins sont hypertrophiés chez les diabétiques, et on a signalé dans d'autres observations une hypertrophie des membranes de l'estomac. M. Bernard localise le diabète dans le foie et considère cette affection comme une exagération de la formation du sucre. Il comprend cette exagération fonctionnelle du foie par l'augmentation du volume de cet organe et par la quantité plus considérable de sucre que présente son tissu. C'est ainsi que chez un diabétique mort presque subitement d'une apoplexie pulmonaire on a trouvé le foie très-volumineux et son tissu très-abondamment chargé de matière sucrée.

M. Bernard a étudié dans une de ses leçons les principaux caractères du diabète et leur relation avec les phénomènes physiologiques de la fonction glucogénique. Il fait remarquer d'abord que le caractère essentiel du diabète c'est d'être une maladie apyrétique. Dans cette affection la faim, la soif, sont ordinairement augmentées et cependant les malades maigrissent rapidement et arrivent au marasme. Les aliments, quoique bien digérés, ne sont donc pas assimilés. La modification essentielle de l'urine des diabétiques c'est la présence du glucose, mais un homme n'est pas absolument diabétique, parce qu'on a trouvé du sucre dans son urine; nous avons vu, en effet, que dans une foule de circonstances le sucre peut passer accidentellement dans les urines. Il faut se rappeler aussi qu'il existe des diabètes intermittents dans lesquels le sucre ne paraît qu'au moment de la digestion; des diabètes aigus dans lesquels le sucre se manifeste avec intensité sous l'influence d'une cause morale, et qui disparaissent rapidement. On a encore admis des diabètes alternants et des diabètes périodiques. Mais de toutes les formes la plus grave est le diabète continu.

M. Bernard examine ensuite la qualité et la composition de l'urine des diabétiques, l'absence de la sueur, les phénomènes qui se rapportent aux fonctions digestives, et enfin le rôle du système nerveux dans la production du diabète. On a fréquemment observé que les tempéraments nerveux sont prédisposés à ce genre d'affection, et M. Rayer pense que le plus souvent il y a des désordres nerveux chez les diabétiques. M. Bernard semble disposé à admettre que c'est à la perturbation de la fonction glucogénique qu'il faut attribuer toute la gravité de la maladie. Suivant lui, il y a dans le foie des diabétiques une formation exagérée de sucre qui augmente encore sous l'influence d'une alimentation sucrée. Une plus grande quantité de matières albuminoïdes se transforme en sucre, le sang s'appauvrit et les malades maigrissent. Le traitement qui consiste à donner des aliments azotés aux diabétiques est donc conforme aux notions physiologiques.

POGGIALE.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

MÉDECINE MILITAIRE.

NOTICE SUR LES MALADIES TYPHOÏDES DES HÔPITAUX D'ORIENT EN 1855.

(Suite. — Voir le nos 43 et 44 de l'année 1855 et n° 6 de cette année.)

DEUXIÈME PARTIE : TYPHUS.

PRODROMES ET INVASION.— Les prodromes ont presque constamment manqué dans notre épidémie de typhus; sans attacher une importance exagérée à ce fait, eu égard à la distinction en litige, il est utile d'en tenir bon compte. Je me suis appliqué avec le plus grand soin, sur un nombre considérable de cas des deux espèces, à noter : 1° la présence ou l'absence des prodromes; 2° le mode d'invasion. Or il résulte de cette recherche que, dans les mêmes circonstances et les mêmes salles, il y a une différence non équivoque à constater entre les typhoïdes et les typhus, sous ce double rapport. En général, les fièvres typhoïdes ont été précédées de lassitude, d'embarras gastrique, de soif, de mauvais sommeil, de douleurs vagues, tandis que le typhus, généralement, n'a eu pour symptômes précurseurs, lorsqu'il s'en est présenté, que quelques vertiges et de la céphalalgie. Quant à ce qui regarde le mode d'invasion, j'ajouterai que le vertige avec céphalalgie frontale intense, naissant brusquement chez un convalescent ou un homme en santé, se répétant et se prolongeant, a particulièrement marqué l'invasion du typhus. Ce phénomène, beaucoup moins fréquent dans nos typhoïdes, n'y a point eu la même allure brusque, la même intensité. Au reste, pour se faire une opinion sur un point de cette sorte, il faut voir soi-même, et ne pas conclure avec M. Gaultier de Claubry sur documents souvent vagues. Ce sont là des choses délicates et fugitives, auxquelles beaucoup d'écrivains n'attachent qu'un mince intérêt, et qui exigent, pour être concluantes, outre une attention soutenue de la part de l'observateur, l'étude de cas nombreux, et surtout *comparables*, en raison de l'identité des conditions de l'observation, dont nous avons eu le bénéfice.

DURÉE.— La durée, disais-je (1re partie), porte sur l'ensemble; c'est un des éléments considérables de l'histoire d'une maladie, comme d'un être : j'y reviens. Nous sommes arrivés, on s'en souvient, pour les fièvres typhoïdes de Constantinople, à une durée moyenne de quatorze ou quinze jours. Quant au typhus, que je leur compare, il flotte entre la moitié du premier et la fin du second septénaire en général. Je trouve, en opérant mes réductions, une moyenne de douze jours pour les typhus grave et moyen, de onze jours pour l'ensemble des typhus. Or, encore un coup, les conditions de l'observation sont identiques, et je calcule ici sur des chiffres respectables. Le résultat a donc quelque autorité, la justesse du diagnostic, surtout, étant défendue par l'ensemble des considérations de ce travail. Ce sont particulièrement les formes ictérodes non *sidérantes* qui ont augmenté la durée; sans elle, celle-ci n'irait pas, je crois, au delà d'une moyenne de dix jours. Il y a loin de ces chiffres à ceux de nos observateurs de l'Occident.

MARCHE. — La marche obéit à la loi de la durée; tout compte fait, celle du typhus a été un peu plus rapide que celle des typhoïdes; mais outre cet énoncé général, il y a quelques différences particulières à signaler. D'abord le typhus, par la brusquerie de ses phénomènes d'invasion, prend une avance immédiate; ensuite, à part certain cas compliqués, qui traînent, et quelques cas d'ictérodes, dont la marche est assez lente, le typhus tourne court, comme je l'ai dit, soit vers la vie, soit vers la mort. Or voici ce que j'écrivais de nos fièvres typhoïdes (1re partie) : *C'est la troisième période surtout qui élève la moyenne.* Cette différence est sensible; elle me rappelle que M. Forget, lui aussi, a insisté sur la rapidité relative de disparition des symptômes graves du typhus, et que Montault, si j'ai bonne mémoire, s'en est fait un argument pour nier l'identité.

POULS ET CHALEUR FÉBRILE. — Je n'ai que peu fréquemment trouvé, chez nos typhiques, le pouls plein, fort, ou même *résistant* du début; tandis que je l'ai noté, au moins *résistant*, au début d'un assez grand nombre de fièvres typhoïdes. Je lis partout sur mes notes cette évaluation du pouls typhique ou plein de la maladie (cas graves et moyens) : *fréquent, faible, facile à déprimer*, ou bien *ondulant, irrégulier, dépressible*; les mêmes annotations se rapportent aux typhoïdes, mais bien plus rarement. Je constate aussi dans le typhus, assez souvent, un pouls prompt à s'abaisser, même de 120 à 80 en quelques heures; je ne compte pas de descente de nature morbide de cette rapidité, dans les typhoïdes. Enfin le retour du pouls à son état normal, lors du début de la convalescence, s'est toujours fait beaucoup plus promptement chez les typhiques que chez les typhoïdés. Quant à la chaleur fébrile, elle m'a presque constamment paru plus élevée dans les typhoïdes, et comme le pouls elle n'y faiblit pas, en général, d'une manière aussi prompte et aussi considérable que dans le typhus. En un mot, la cause du typhus, si on s'en rapporte à ces indications, serait d'une nature plus septique que celle des typhoïdes. Si la mortalité relative paraît en décider autrement, c'est que, d'une part, une cause plus septique qu'une autre peut bien avoir une action moins longue, moins soutenue que cette dernière, et que, d'autre part, nous comptons 9 typhus légers sur 20 cas, tandis que les typhoïdes se maintiennent dans une moyenne de gravité assez redoutable.

Je ne laisserai pas cette question du pouls, sans dire un mot de la *rémittence* assez fréquente que j'ai remarquée surtout sur des typhus moyens. (Il est bon de mettre à part la *rémittence des légers* comme celle des *états typhiques*.) Cette rémission des symptômes est loin d'être celle que l'on peut considérer comme une détente heureuse. Outre qu'elle n'a rien eu de régulier dans la succession de ses apparitions, il a suffi de la rapprocher des autres phénomènes, pour être convaincu qu'elle exprime surtout un défaut de résistance vitale. Cependant, dans les typhus ictérodes, faciles à confondre quelquefois avec les rémittentes ictérodes à forme typhique (*fièvres à quinquina*), elle a appelé de temps en temps, par sa manière de se présenter, le sulfate de quinine. Mais alors le précieux médicament n'éclaircissait pas la situation, sauf négativement. Il ne m'a rendu ce service que dans les formes mixtes où l'élément marématique intervient à divers degrés.

SYMPTÔMES PECTORAUX. — Ce que j'ai écrit à ce titre de nos fièvres typhoïdes se résume ainsi :

1° *Percussion.* Demi-matité, en général, et cela assez promptement, en raison de la marche rapide des maladies des pays chauds et de l'état anémique de presque tous nos sujets (1re partie, *passim*).

FEUILLETON.

UN BANQUET MÉDICAL A LYON.

Il est des esprits chagrins qui ne voient partout autour d'eux que des couleurs sombres et tristes comme leurs pensées; le monde moral, à les en croire, est en pleine décadence : ils s'en vont répétant sans cesse que tout décline et dégénère. Si, par un rare privilége, l'antiquité semble trouver grâce devant eux, ce n'est que pour accabler davantage l'époque actuelle. Écoutez-les! ils vous accorderont peut-être que, du temps d'Hippocrate, toutes les vertus s'étaient donné rendez-vous dans le cœur humain; mais, depuis lors, combien les choses ont changé! Les traditions, pour eux, sont brisées : la médecine a perdu sa brillante auréole; au lieu de son prestige antique, ils affectent de ne voir qu'une sorte de travestissement, et ne veulent plus reconnaître en elle les nobles dépouilles d'Hippocrate et de Galien. Ils s'écrieront volontiers avec le poète :

Quantùm mutatus ab illo
Hectore qui redit exuvias indutus Achillis!

C'est en vain, disent-ils, qu'ils cherchent partout de nos jours des traces des vertus antiques, ce respect filial de l'élève pour son maître vénéré, cette confraternité médicale et cette hospitalité digne et bienveillante dont ils font l'apanage des siècles hippocratiques; c'est en vain qu'ils cherchent ce sentiment du bien et du beau, cet amour de la science et ce respect de l'art que leur imagination exclusive ne veut trouver que dans l'ancienne école de Cos. Leur rétine, obscurcie par je ne sais quel mauvais génie, ne voit maintenant qu'égoïsme et indifférence, petites passions et rivalités jalouses; à leurs yeux, le positivisme a tout envahi et tout décoloré! Autrefois c'était l'âge d'or; aujourd'hui c'est le siècle d'airain.

Le monde, à force de les entendre, finit quelquefois par les croire. Eh bien! nous protestons hautement contre ces indignes calomnies. Si quelqu'un de ces critiques atrabilaires avait pu assister comme nous, le 10 février, au banquet médical que la seconde capitale du royaume offrait à une célébrité de la médecine parisienne, il eût infailliblement été converti à notre opinion; il se fût empressé de rétracter ces paroles inconsidérées, de refouler ces injustes préventions, auxquelles les hommes et les choses, mieux vus et mieux jugés, viennent chaque jour apporter un éclatant démenti. Lyon se donnait une de ces fêtes solennelles qui surexcitent les plus nobles sentiments de l'âme et qui laissent d'impérissables souvenirs dans la vie de tous ceux qui ont eu la chance d'y prendre part. Lyon offrait un grand banquet au chef de l'école syphilographique; on fêtait en lui l'observateur ingénieux et sagace qui a porté la lumière dans le chaos des maladies vénériennes, et a su élever cette importante spécialité à un degré de considération inconnu avant lui; et l'auteur, dont la doctrine a conquis un rang distingué parmi les progrès et les découvertes dont notre siècle s'honore, et qui, en ce genre, a placé dans

2° *Auscultation.* Absence de râles sonores, expliquée par l'état du sang et des tissus; râle muqueux fin, râle sous-crépitant occupant des points nombreux, le tout suivi bientôt d'un souffle bronchique obscur, éloigné de l'oreille, distinct, à ce titre, de celui de la pneumonie, et témoignant suffisamment de la nature hypostatique de la congestion (première partie, *râles typhoïdes*). Toux sèche et fatigante, même de début, signe non équivoque de l'état d'hypérémie du tissu pulmonaire, peu après l'invasion. Je reproduis ce tableau, parce qu'il s'applique à la plupart de nos typhus moyen et grave; seulement je prie qu'on en force un peu le trait, quant à ce qui regarde surtout la matité et la promptitude de la congestion passive.

Voyons maintenant les exceptions. La plus remarquable concerne les *ictérodes.* D'abord l'*ictérode sidérant* ne présente point de signe de congestion pulmonaire: la lenteur de la respiration, remarquée dans cette forme, est un phénomène essentiellement nerveux; la difficulté qu'il y a de saisir la manœuvre, le cas échéant, tient à des causes du même ordre Entre l'ictérode sidérant et l'ictérode grave et moyen, il n'y a sous ce rapport qu'une différence du plus au moins. Mais j'ai observé dans des cas moyens le râle muqueux, et *retrouvé le râle sonore de la typhoïde d'Occident*. Serait-ce que l'ictérode porte sur des sujets relativement moins anémiques (voy. première partie, l'explication de l'absence du râle sonore)? Le typhus sidérant *asphyxique* débute par l'état nerveux; aussi y a-t-il dès ce début tendance au souffle tubaire, *mais sans matité*. Peu après la scène élangée, l'état dynamique négatif amène une congestion passive considérable, qui porte sur l'ensemble du tissu pulmonaire. L'asphyxie a donc une cause double. Quant à la forme pectorale du typhus grave, elle diffère de l'asphyxique par l'absence de cet élément nerveux qui joue, dans le dernier, un si grand rôle. En général la forme pectorale rentre dans le tableau du commencement de ce paragraphe; seulement, je le répète, elle en concentre et rembrunit le trait, qui devient ainsi ce qu'il y a de plus saillant dans cette forme.

Symptômes abdominaux. — *Météorisme.* J'ai constaté (1re partie) que le météorisme, que l'on observe en France dans plus des cinq sixièmes des cas, n'a guère porté, en Orient, que sur la moitié de nos fièvres typhoïdes. D'autre part, le dépouillement de mes notes ne me le donne qu'une seule fois sur 8 cas de typhus, encore n'y est-il que peu développé, excepté dans quelques formes abdominales rares dont j'ai parlé. En général, l'abdomen se présente indolent ou presque indolent et déprimé, sauf complication. Point de gargouillements, point de borborygmes ordinairement. Bien que ces phénomènes soient des annexes ordinaires du météorisme, les formes, même abdominales, ne les ont pas présentés selon un rapport d'intensité relatif au météorisme existant. Je constate et n'explique pas.

Diarrhée. La diarrhée de début, disais-je à propos des typhoïdes, n'y a presque jamais manqué. Elle a au contraire presque constamment fait défaut dans le typhus, sauf complication ou diarrhée préexistante. La forme abdominale elle-même du typhus ne la présente que vers la seconde période de la maladie, ou vers la fin. Je mets à part les selles involontaires, qui ne sont que des accidents, des suites de spasme ou de faiblesse, ou de la combinaison de ce double élément. Quant à la diarrhée des convalescents, elle a été rare et encore plus rarement critique. Je ne l'ai guère observée *critique* que dans quelques cas d'ictérodes, une fois sur 10 peut-être.

Foie et rate. Ce n'est qu'accidentellement, disent nos auteurs, que se présentent l'ictère, la sensibilité de l'organe hépatique et les changements de volume qui dépendent de la congestion du foie Je suis de cet avis pour ce qui regarde nos fièvres typhoïdes; je n'en suis pas tout à fait pour ce qui concerne les typhus. La forme ictérode, en effet, a l'ictère pour essence, et l'ictère a même menacé de sa présence nombre d'autres typhus, Mais, dans la forme ictérode elle-même, le foie est resté très-généralement dans ses limites et n'a presque jamais exprimé la sensibilité. L'ictère me paraît dépendre tout à fait d'un élément fonctionnel dans le typhus ictérode. Dans presque tous les cas, nous dit M. Chomel, en traitant des typhoïdes, la rate offre un volume plus considérable que dans l'état normal. Moi-même, je remarquais (1re partie, *Fièvres typhoïdes*) que l'hypertrophie et la sensibilité spléniques étaient fréquentes, surtout lorsqu'il y avait un ou deux redoublements fébriles dans les vingt quatre heures (formes mixtes). La percussion et la palpation me donnaient alors une hypertrophie assez prononcée. L'examen de la rate des typhiques ne procure pas les mêmes résultats. D'abord, dans nos formes sidérantes, je n'ai point observé l'hypertrophie, et je n'ai remarqué qu'une ou deux fois la sensibilité sur un ictérode. Dans les typhus grave et moyen, on constate une fois sur trois environ, un peu de gonflement avec sensibilité obscure, surtout si la maladie se prolonge. La forme abdominale paraît obéir à cette même loi. L'ictérode grave et moyen refuse de la reconnaître, il présente une rate presque toujours intacte. Je note, non pas l'hypertrophie, mais la sensibilité splénique dans quelques typhus légers. En général, l'absence du météorisme a favorisé l'examen. Je n'insiste pas, il ne s'agit que d'une notice.

Exanthème.— L'exanthème tacheté rouge s'est montré sur un très-grand nombre de typhiques, surtout aux approches du printemps; je l'ai observé dans les typhoïdes, mais moins fréquemment. La fréquence relative de l'exanthème dans ces deux espèces est comme 4 à 1. Les caractères les plus saillants de celui du typhus, sont de paraître du deuxième au cinquième jour, et non du quatrième au septième de nos typhoïdes, d'être plus prompt dans son évolution, que celui des typhoïdes, et, d'une manière générale, d'être plus confluent. Il consiste en taches rosées, légèrement élevées au-dessus du niveau de la peau, ou formant une saillie assez notable pour être reconnue au toucher. Chez les typhiques, il dure un ou deux jours, puis pâlit, s'efface peu à peu, est suivi de desquamation. Il dure généralement un jour de plus dans les fièvres typhoïdes. Les taches pétéchiales adynamiques, dont la forme la plus fréquente, dans les typhoïdes, a été la marbrure scorbutique, se sont présentées dans le typhus sous un aspect plus varié. Ces taches, non proéminentes, livides, violacées, *purpurines*, non suivies de desquamation, se sont présentées, chez les typhiques, tantôt à l'état de taches rondes, peu régulières, de différente grandeur, tantôt à l'état de vergetures, tantôt à celui de marbrures scorbutiques. Ces épiphénomènes, qui expriment l'altération du sang, et une profonde adynamie, me paraissent beaucoup moins fréquents dans les typhoïdes que dans les typhus. Si nos fièvres typhoïdes les ont présentés à l'état de marbrures scorbutiques, je le répète, c'est que ces fièvres étaient toutes plus ou moins *typhiques*. (États mixtes.) C'est vers la moitié de

---

les mains de la France la bannière qu'elle porte à la tête des nations de l'Europe médicale.

L'hospitalité lyonnaise a dès longtemps fait ses preuves; elle est connue dans le monde scientifique. Nous avons vu des banquets offerts à Roux et à Magendie; nous avons entendu tour à tour MM. Prus, Seutin, Bérard, Mélier, Clot-Bey, Donné, Villermé, etc., se louer hautement de l'accueil hospitalier des médecins lyonnais; mais jamais peut-être on n'avait vu encore autant d'animation et d'entraînement; aussi, il faut bien le dire, il y a peu de noms populaires comme celui de M. Ricord.

De nombreux convives attendaient l'illustre syphilographe dans les salons de l'hôtel de Provence, et parmi eux on distinguait les représentants des principales corporations que la science médicale compte dans notre ville: l'Association de prévoyance et de secours des médecins du Rhône était représentée par son bureau au complet; la Société de médecine par MM. de Polinière, Rougier, Foltz, Reybard, Guilliermond, Gillebert d'Hercourt, Mouchon, etc.; l'Hôtel-Dieu par MM. Barrier, Desgranges, Baumers, Teissier, Pomier, Chappet, etc.; l'hospice de l'Antiquaille par MM. Diday, Rodet, Rollet, Lacour, Bonnarie, etc.; l'École vétérinaire par les professeurs Rey et Chauveau; les médecins de la ville et de la banlieue par de nombreux confrères, et surtout par notre jeune génération médicale, qui tous les jours se signale dans la presse par de nouveaux travaux, et que les Académies apprennent à connaître par les couronnes qu'elle remporte dans les concours.

Plusieurs médecins étrangers à la ville et au département du Rhône étaient accourus à cette fête médicale; citons MM. Venot (de Bordeaux), Calvo (de Paris), Melchior Robert (de Marseille), Davat (d'Aix), en Savoie; et certainement un plus grand nombre se serait mêlé à nos rangs si cette fête n'avait pas été aussi rapidement improvisée.

N'oublions pas les internes de nos hôpitaux et les élèves de notre École de médecine, cette pépinière vivace où se recrute le corps médical d'une grande partie de la France, d'où sortit en 1832 cette phalange de jeunes hommes accourus à Marseille lors de la première invasion du choléra, et qui, chaque fois qu'une épidémie frappe nos départements, se dispute l'honneur d'aller combattre le fléau! Eux aussi avaient voulu s'associer à cette manifestation scientifique.

La réunion était des plus imposantes; cent convives se trouvaient groupés autour de M. Ricord.

Honneur au corps médical qui sait être sympathique aux grandes choses de la science, et décerner au mérite les palmes que doivent couronner les efforts et les travaux vraiment utiles! Honneur à ceux qui savent mériter de pareilles ovations!

Les médecins, je le répète, ont été indignement calomniés: ils constituent une grande et honorable famille; nous avons souvent nous-même retrouvé, en plus d'un lieu, la confraternité la plus bienveillante, une loyale et franche cordialité et une hospitalité digne des temps antiques. Le corps médical forme un peuple à part, qui est doué des plus grandes qualités morales, qui a son patriotisme et ses sympathies ardentes, ses champs de batailles et ses gloires, et qui est capable de tous les dévouements et de tous les sacrifices; nul n'a donné au monde de plus sublimes exemples d'abnégation. Mais il faut

la seconde et dans le cours de la troisième période de la maladie qu'on les observe; ils sont éminemment relatifs à la *marche* plus ou moins rapide et à l'état général des forces. Je crois cependant que les *taches rondes irrégulières purpurines* du typhus ont quelque chose de spécifique et de *vital;* je ne les ai point remarquées dans les typhoïdes. Les *sudamina*, au contraire, assez fréquents dans les typhoïdes, ne sont notés que très-rarement dans le typhus. Chose remarquable; ce sont les typhus de moyenne gravité, et même quelques-uns de ceux qui pourraient être classés parmi les cas légers, qui nous fournissent des exemples de cette éruption. Je la considère comme spéciale. Un motif de distinction beaucoup plus précis peut être tiré de l'engorgement du tissu cellulaire parotidien. Si je m'en rapporte aux auteurs, ce phénomène n'est pas fréquent dans les typhoïdes; les nôtres ne le présentent guère qu'une fois sur dix. Je constate, au contraire, dans les typhus de l'hôpital de l'École militaire (juillet 1855), des engorgements parotidiens aussi nombreux que graves. Ils se présentaient dans le cours du premier septénaire, doubles souvent, et alors dangereux pour la respiration. Nous avions pris le parti, dans ce cas, de donner très-vite une issue au pus en voie de formation, en attaquant les tissus, couche par couche, dès que le volume de la tumeur, encore dure, appelait l'opération; c'est-à-dire peu après le début de l'engorgement. Cet accident grave, loin d'être critique, m'a toujours paru faire partie intégrante des phénomènes adynamiques. Je le note à l'hôpital de l'École (juillet) une fois sur trois dans les typhus. N'ayant que ce mot à dire des parotides, j'ai cru pouvoir me permettre de le prononcer ici, malgré le titre *exanthème* du paragraphe.

Mortalité. (Traitements tonique, excitant et révulsif.)—La mortalité de nos typhus pris en masse a été moins considérable que celle de nos fièvres typhoïdes. Mais à ce propos il y a des distinctions à faire. La fièvre typhoïde, je l'ai déjà dit, a toujours offert pour l'ensemble une moyenne de gravité assez redoutable; or il n'en a pas été de même du typhus, puisqu'à côté des cas *sidérants*, nous en avons noté de légers, dont je parlerai dans un instant. Ne faisant donc qu'une catégorie des typhoïdes, je trouve pour leur mortalité près de 45 pour 100, un peu moins de la moitié. Quant au typhus (les *sidérants*, nécessairement mortels, mis à part), j'arrive au résultat suivant : 2 morts sur 3 pour les typhus graves, 1 mort sur 6 pour les moyens, 1 mort sur 18 (par suite de complications) pour les légers. L'ensemble donne donc une meilleure moyenne que celle des typhoïdes. Mais je demande ce que signifie cette moyenne, abstraction faite de quelques détails que je viens de présenter? Et ce que signifient tant de moyennes contemporaines que nous sommes obligés de juger d'une manière abstraite? Quoi qu'il en soit, la moyenne de mortalité est un renseignement qui porte sur toute la maladie, comme la durée, plus sur tous les cas; or à ce double titre, elle a si on l'entoure, c'est bien entendu, de renseignements suffisants, un caractère différentiel d'une réelle valeur. J'ai hâte d'ajouter que je fournis ici la moyenne de mortalité de nos typhoïdes de la période typhique; aujourd'hui elle paraît être plus avantageuse.

Je me résume sur les différences symptomatologiques qui existent entre les fièvres typhoïdes et les typhus de notre épidémie. On remarque dans le typhus :

1° L'absence bien plus constante des prodrômes, ou simplement, s'il y a prodrôme, quelques vertiges erratiques et un peu de céphalalgie;

2° Une invasion plus brusque, presque subite, par la céphalalgie intense et le vertige prononcé;

3° Une durée moyenne de onze ou douze jours, au lieu de celle de quatorze ou quinze des typhoïdes;

4° Une marche plus rapide, surtout du commencement et de la fin;

5° Un pouls plus faible, plus dépressible, plus ondulant, plus généralement irrégulier, plus prompt à tomber d'un degré assez élevé à un rhythme assez bas. De même pour la chaleur fébrile;

6° Un météorisme très-rare, une indolence de l'abdomen, en général;

7° L'absence de la diarrhée de début et de la diarrhée en général, sauf complication ou exception en faveur de la forme abdominale surtout;

8° L'absence de symptômes spléniques prononcés, excepté dans quelques cas rares et mixtes, sans doute;

9° Un exanthème tacheté rouge plus fréquent, plus confluent, surtout plus prompt à se montrer; des taches *purpurines* rondes, irrégulières, spéciales; l'absence, en général, de *sudamina;*

10° L'engorgement parotidien (juin et juillet) souvent double, considérable, dangereux, nullement critique;

11° Une convalescence prompte, franche, avec vif appétit, que l'on peut satisfaire impunément;

12° Une mortalité moins considérable pour l'ensemble, vu la présence de cinq typhus moyens et de neuf légers sur 20 cas.

P. Garreau.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

QUELQUES PROPOSITIONS SUR LES FIBRÔMES OU TUMEURS FORMÉES PAR LES ÉLÉMENTS DU TISSU CELLULAIRE, AVEC DES REMARQUES SUR LA NOMENCLATURE DES TUMEURS (lues à la Société de Biologie dans l'une des séances du mois d'octobre 1855); par M. Verneuil, agrégé à la Faculté.

(Suite. — Voir le n° 5.)

15° Je me suis occupé uniquement dans les propositions qui précèdent de la combinaison des éléments fibro-plastiques et fibreux avec les éléments et tissus homœomorphes, et l'on a vu que la nomenclature de ces tumeurs mixtes, facile à déterminer dans certains cas, était au contraire difficile à préciser dans d'autres. La prédominance marquée d'un des tissus sur l'autre m'a servi de base. Le nom générique a été tiré de l'élément le plus abondant: la dénomination de fibrôme cartilagineux, par exemple, signifie une tumeur principalement fibreuse, avec association de quelques cellules cartilagineuses. Je dirais chondrômes fibreux si la proportion était renversée, si les proportions étaient inverses. Si la répartition était sensiblement égale, il pourrait y avoir certains embarras; je pense qu'il faudrait ranger parmi les

---

savoir faire vibrer sa fibre sympathique; il faut savoir se rendre digne de son hommage, car il est jaloux et fier du culte qu'il consent à rendre.

Au dernier acte de cette grande et cordiale manifestation, M. Diday, se rendant l'interprète des sentiments qu'il avait pu deviner sans peine dans l'assemblée, a porté le premier toast à l'illustre chef de l'école syphilographique. Après une introduction chaleureuse, pleine de verve et de traits d'esprit, que nous regrettons de ne pouvoir reproduire, et dans laquelle il appréciait le mérite du chef d'école, l'influence du professeur et l'honorabilité de l'homme, il terminait par ces paroles : « J'espère donc représenter dignement mes collègues, et j'ai pour mon compte la conscience de ne faire en ce moment que devancer envers notre hôte illustre l'œuvre de la postérité, en lui offrant, sous forme de libation traditionnelle, nos sentiments et nos vœux, en disant :

« Au nom de tant de misères soulagées, de tant de préjugés refoulés dans l'ombre, de tant de charlatanisme dévoilé ou réduit à l'impuissance;

» Au nom de la syphilographie, replacée au premier rang parmi les nobles branches de l'art de guérir;

» De la police médicale, devenue une sauvegarde sociale réelle;

» Au nom aussi de tant de mercure philanthropiquement rendu à ses usages industriels;

» Au nom de tant de médecins forcément éclairés par ce foyer de lumière, qu'ils lui tournent la face ou le dos;

» A celui dont le nom résume l'une des plus fructueuses comme l'une des plus complètes révolutions qui se soient accomplies dans le monde médical;

» A Ricord! »

Ce toast fut accueilli par des bravos enthousiastes. M. Rodet obtint aussi un grand succès en disant, avec une clarté parfaite, ce que la science et l'humanité doivent à cette doctrine si attaquée, mais qui a donné la solution de tant de problèmes jusque-là restés impénétrables.

M. Berne prit ensuite la parole : « Messieurs, interprète de la jeunesse médicale de Lyon, ma parole n'aura pas besoin d'éloquence pour vous faire accepter l'hommage et de nos sympathies et de notre admiration.

» Notre enthousiasme auprès d'un maître illustre a quelque chose de si naturel et de si vrai, que son expression saura trouver, je l'espère, le chemin de votre cœur. Nous sommes fiers, monsieur, de ce que vous ayez bien voulu venir goûter parmi nous cette popularité si constante, si unanime, si méritée qui vous entoure partout. Vous avez su la conquérir par le génie qui crée, l'enseignement qui éclaire, votre bienveillance qui protége : trois étoiles brillantes que la jeunesse médicale vient saluer aujourd'hui en votre personne. »

Ce toast fut couvert d'applaudissements, comme celui que M. Giraud porta aux médecins étrangers, que la médecine lyonnaise était heureuse d'avoir reçus dans ses rangs. M. Ricord a répondu.... comme il sait répondre : voix, geste, émotion vibrante et communicative, sentiment de reconnaissance et de confraternité dévouée, promesses dont son passé ne permet pas de douter pour l'avenir, etc. A peine put-il achever, que de frénétiques applaudissements vinrent ébranler les voûtes de la salle.

chondrômes une tumeur formée de quantités égales d'éléments de tissu cellulaire et d'éléments cartilagineux, par cette raison que la production exagérée du tissu cellulaire étant beaucoup plus commune que celle de tout autre tissu, c'est l'apparition insolite de l'hypergénèse ou la néogénèse du cartilage qui constitue ici le phénomène le plus saillant, le plus intéressant. L'addition du tissu fibro-plastique peut très-bien d'ailleurs n'être que symptomatique ou consécutive, ce tissu très-simple se développant, dans mille circonstances, sous l'influence d'une lésion quelconque : corps étrangers, inflammation chronique, séquestre, etc., etc.

La même chose s'observe dans une foule d'autres associations morbides. Le péritoine, la plèvre s'enflamment très-fréquemment au voisinage d'une affection d'un des viscères thoraciques ou abdominaux. Mais cette lésion est considérée comme secondaire, comme une complication qui n'est jamais énoncée qu'après l'indication de la maladie primordiale.

Je viens de citer tout à l'heure une tumeur de la région parotidienne renfermant du tissu fibreux, des culs-de-sac glandulaires, et enfin une masse cartilagineuse; l'embarras parut grand pour baptiser cette production. M. Gosselin et d'autres hésitaient à l'appeler enchondrôme, parce que le cartilage n'y était pas pur. Cet obstacle ne m'arrête guère, et je regarde la tumeur comme un *chondrôme fibreux parotidien*. Ce qui est remarquable, en effet, c'est l'hétérotopie du cartilage. Le tissu fibreux associé est beaucoup moins important. L'élément glandulaire est dans le même cas; car nous savons très-bien que les glandes d'une région s'hypertrophient très-aisément au voisinage d'une lésion organique qui lui est étrangère; témoin l'augmentation de volume des glandules labiales très-commune dans l'épithélioma des lèvres et aussi celles des cryptes linguaux dans la cancroïde de cet organe.

16° Chaque fois donc qu'on se trouve en présence d'une tumeur mixte, il faudra avant de la classer : 1° tenir compte de la prédominance d'un élément sur l'autre ou les autres; 2° corriger au besoin cette première donnée en cherchant, soit dans l'examen anatomique, soit dans la marche du mal, quel est le point de départ, la lésion primordiale, et celles au contraire qui sont seulement consécutives; 3° quand de deux ou trois éléments associés l'un sera en état d'hétérotopie, c'est-à-dire étranger à la région, c'est lui qui devra ordinairement caractériser la maladie et lui imposer la dénomination principale; 4° si deux ou un plus grand nombre d'éléments sont associés à peu près en proportions égales, on devra reléguer au second rang dans la dénomination celui ou ceux qui appartenant à toutes les régions de l'économie se produisent le plus souvent d'une manière exagérée et sous des influences plus variées. Dans ce cas, les éléments du tissu cellulaire, du tissu adipeux, les vaisseaux ne devront être considérés que comme des éléments associés et accessoires.

17° Montrons par un exemple combien le langage chirurgical actuel est souvent vicieux et vague, combien il est parfois facile de le rectifier. Notre excellent collègue à la Société de chirurgie, M. Larrey, dont le caractère égale le savoir, a présenté dernièrement un malade atteint d'une tumeur de la cuisse et qu'il intitule *tumeur fibrineuse dégénérée et récidivée* (1). Il y a tout d'abord dans ce mot plusieurs idées qui sont en opposition avec les recherches modernes : 1° l'idée de dégénérescence des tumeurs; 2° cette idée de dégénérescence appliquée à un épanchement de fibrine qui n'est pas susceptible, dans mon sentiment, de s'organiser ni de changer sa nature primitive. Une analyse succincte du fait nous démontrera, je pense, qu'on pouvait caractériser d'une manière plus heureuse l'affection.

Obs. — Un adulte bien portant reçut, en 1840, une balle morte à la région interne et inférieure de la cuisse. Point de plaie, ni de contusion. Douleurs très-légères. Pas de gêne dans les mouvements. Trois ou quatre mois après, apparition d'une petite tumeur du volume d'une noix, douloureuse au toucher, très-mobile et tendant à se développer davantage. Pas de traitement. En 1844, choc sur cette région, douleurs plus vives, incision de la tumeur, *extirpation incomplète* à cause de l'intensité de la douleur. La matière contenue dans une sorte de kyste offre l'aspect d'une concrétion sanguine, noirâtre et homogène. Cicatrisation rapide et sans accident.

Six mois après, reproduction de la tumeur avec son volume primitif; état stationnaire *pendant dix ans*.

En 1854, violente contusion dans la région de la tumeur, douleur immédiate extrêmement vive, progrès incessants et assez rapides de la maladie. A cette époque, tumeur du volume d'une grosse orange, arrondie, lisse à sa surface marbrée d'une teinte bleuâtre, mobile dans presque toute sa circonférence, *adhérente vers sa base ou à son point d'implantation à la cuisse*, un peu au-dessus de la tête du péroné. Tissu de consistance molle, semi-fluctuante, insensible au toucher à sa superficie; douloureuse au contraire dans sa partie profonde, siége parfois de quelques élancements. Articulation du genou saine.

Hésitation dans le diagnostic, tumeur supputée maligne, ponction exploratrice. Issue de quelques gouttes de sang. On songe à un kyste hématique. L'extirpation est résolue et pratiquée le 23 novembre 1854.

La tumeur se compose d'une partie saillante, assez libre à sa surface, et d'une partie adhérente qui paraît *pénétrer profondément sous l'aponévrose* vers le cul-de-sac de la synoviale du genou. Cette partie de la tumeur n'est pas enlevée, donc l'extirpation est incomplète.

Le tissu qu'on a enlevé est constitué par des caillots et une matière friable sous le doigt. L'examen microscopique ne montre pas de cancer.

Suites très-heureuses de l'opération. Deux mois après, sous la cicatrice, un noyau douloureux, assez consistant d'abord, plus mou ensuite, qui se développe et grossit davantage. La récidive est évidente, et bientôt le mal a repris les mêmes dimensions que lors de la dernière opération. Au milieu de cela, la santé générale reste très-bonne.

Une discussion s'engage à la Société de chirurgie sur ce fait intéressant. Une nouvelle extirpation est résolue; la question de l'amputation de la cuisse est même soulevée. M. Larrey procède à l'opération en présence de quelques-uns de ses collègues. La tumeur a des racines profondes qui probablement ne sont pas encore complétement atteintes. On essaye de détruire par une cautérisation énergique ce qui a échappé au histouri. Le tissu morbide est ramolli, friable et s'accompagne d'une osteophyte implantée sur l'aponévrose. L'examen au microscope fait par MM. Coulier, Gosselin et Bauchet révèle l'existence d'éléments fibro-plastiques, mêlés en certains points d'une grande quantité de matière grasse. La cicatrisation promet d'être prochaine.

18° J'ai cité cette observation parce qu'elle représente fidèlement l'histoire d'un bon nombre de tumeurs cancéreuses ou pseudo-cancéreuses. Il est tout d'abord aisé de reconnaître à la marche de la mala-

(1) BULL. DE LA SOC. DE CHIRURGIE, 1855, p. 246.

Une dernière surprise nous était réservée : en face de l'illustre syphilographe se lève un convive à la douce physionomie, au sourire plein de bonhomie et de finesse. Il chante : le silence se répand et s'impose comme par enchantement dans toute l'assemblée. Chacun des couplets est accueilli par des bravos unanimes; l'émotion était générale; il partageait avec M. Ricord les honneurs du triomphe. Qu'avait-il donc chanté? La lecture des strophes suivantes n'en donnera qu'une idée imparfaite : rien ne saurait reproduire les effets que prêtaient à chacune de ses paroles l'accent pénétré de l'auteur, le ton de la voix, l'à-propos des allusions, l'influence des lieux et l'émotion croissante de l'audition. Citons toutefois quelques couplets :

À ce banquet, dont Fracastor
Semble avoir marqué chaque place,
Amis, disciples de Ricord,
Excuserez-vous mon audace?
J'en ai l'espoir, car tout ici
Répondant à l'appel qui sonne,
Vous vous pressez autour de lui,
Tressant à l'envi la couronne
Qui sur ce digne front rayonne;
Vous permettrez à la Garonne
D'apporter son tribut fleuri
Aux nobles palmes que le Rhône
A Ricord décerne aujourd'hui. (*bis.*)

Par ses ingénieux travaux,
De Hunter s'inspirant en maître,
Il éclaira l'obscur chaos
D'où la lumière devait naître,
Devait naître;
Par leur docte simplicité,
Les lois que son burin crayonne
Se basant sur l'*unicité*,
Germe où la puissance foisonne,
S'infiltre et révolutionne.....
Et s'inoculant dans le Rhône,
Ce principe a répercuté
Jusqu'aux rives de la Garonne
Le virus de la vérité. (*bis.*)

. . . .

A ton édifice savant
Qui donc peut ne pas rendre hommage?
Tout est logique et saisissant
Dans ce merveilleux assemblage;
Quel ouvrage!
Si de l'Erèbe aux sombres bords,
Où rien, hélas! n'illusionne,
Astruc, Cullerier, Swédiaur,
Noms qu'un saint respect environne,
S'élançaient de leur froide zone,

die, à sa durée, à l'état général resté bon après trois récidives, une tumeur fibro-plastique d'origine traumatique, c'est-à-dire jouissant d'une bénignité relative beaucoup plus grande que celles qui se développent spontanément. Quoique la véritable structure n'ait été constatée qu'après la dernière opération, je pense que, dès le début, elle a toujours été identique. Si, à plusieurs reprises, on a trouvé surtout du sang épanché, cela s'explique d'une part par les violences extérieures qui ont amené la formation d'épanchements sanguins superficiels, d'un autre côté, parce que, dans les deux premières opérations, on n'a guère abordé que la couche extérieure de la masse morbide formée par ces mêmes épanchements.

Ce même fait est bien propre à montrer tout le parti que la clinique peut tirer de l'étude anatomique exacte des tumeurs. Si la nature véritable avait été constatée lors de la première opération, quand la tumeur, du volume d'une noix, était encore mobile et étrangère aux couches profondes, tout chirurgien au courant des recherches modernes et du pronostic des tumeurs fibro-plastiques ne se serait point laissé arrêter par les douleurs de l'opération, et celle-ci eût été radicalement pratiquée.

Dominé au contraire par l'idée qu'il s'agissait d'une simple tumeur sanguine, on a cru sans inconvénient d'enlever seulement une partie du mal. Les antécédents ont également égaré M. Larrey, qui, sur la foi du premier diagnostic, a encore fait une opération incomplète frappée d'avance de stérilité. Puis un second examen anatomique, quoique plus soigné que le premier, a encore paru justifier l'erreur première en ne faisant reconnaître dans la tumeur récidivée que les seuls matériaux du sang.

Depuis que la nature fibro-plastique a été nettement reconnue, la gravité du pronostic s'est enfin révélée, et M. Larrey lui-même, qui se tient au courant des travaux modernes, entrevoit dès à présent la redoutable nécessité du sacrifice du membre.

Nous constatons encore dans la même observation l'existence de récidives successives de plus en plus graves, de plus en plus rapides. De là, peut-être, à la généralisation, il n'y a qu'un pas.

Cela voudra-t il dire que l'on a eu affaire à un cancer? Point du tout. J'ai cherché à démontrer, d'accord en ceci avec mes collègues et amis Robin, Broca, Lebert, etc., etc., que la récidive et la généralisation n'étaient nullement l'apanage exclusif du vrai cancer; et c'est une idée que les faits confirment encore de jour en jour (1). Peut-on également dire que la tumeur primitivement fibrineuse a dégénéré? Pas davantage. On ne peut admettre que la première tumeur ait été primitivement fibrineuse; car comment comprendre que cette fibrine, qui devrait provenir d'un foyer sanguin dans les matériaux liquides et globulaires auraient été résorbés? Que cette fibrine, dis-je, ne se soit accumulée que quatre mois après l'accident, alors que celui-ci n'a été suivi d'*aucune tuméfaction*, d'*aucune trace de contusion*.

C'est ce qui m'autorise à changer le titre de l'observation pour le suivant: *fibrôme hémorrhagique* à récidives multiples par opérations incomplètes. Si j'avais discuté avec le savant auteur de l'observation, et si je lui avais exposé les raisons qui précèdent, je suis convaincu qu'il aurait accepté la rectification que je propose.

19° Voici la seconde fois que je vois les épanchements sanguins accidentels et secondaires donner le change sur la nature réelle du mal. Il y a quelques années, je vis à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Robert, un des chirurgiens les plus distingués et les plus amis du progrès, un homme qui avait dans la région inguinale une tumeur formée par le testicule retenu dans l'anneau. Cette glande était affectée d'une maladie organique mal déterminée; en quelques jours elle augmenta avec une rapidité surprenante, de manière à acquérir le volume du poing d'un adulte. Les douleurs étaient très-vives, la peau distendue; l'extirpation fut faite et la tumeur me fut confiée. Je l'examinai avec M. Lebert. Une première coupe ne nous montra que des caillots sanguins à divers degrés de consistance, de coloration. On eût dit l'intérieur d'un sac anévrismal, on n'y retrouvait que les éléments du sang. Les coupes furent multipliées et fournissaient toujours le même résultat. Sans doute nous aurions décidé qu'il s'agissait d'une hématocèle, quand, en examinant la pièce vers sa circonférence et du côté opposé à la peau, je découvris une masse du volume d'une grosse noisette à peine, qui offrait un tout autre aspect. C'était un noyau encéphaloïde: une hémorrhagie abondante en était partie et rendait compte et de l'accroissement très-rapide de la tumeur et du résultat négatif des premières investigations microscopiques.

20° Je terminerai cette note par une dernière remarque. Lorsque les éléments du tissu cellulaire se combinent avec des éléments hétéromorphes purs, tubercule, cancer, devra-t-on conserver le mot de fibrôme et lui accoler seulement comme qualificatif le nom de l'élément hétéromorphe associé? Je ne le pense pas. Je crois au contraire que le tissu cellulaire accidentel est tout à fait accessoire, et que c'est le cancer, le pus ou le tubercule qui caractérisent la maladie. L'association du cancer et des tissus fibreux et fibro-plastique est moins rare qu'on ne pense; j'en ai vu un bien bel exemple dans une tumeur du calcanéum. C'est le cancer qui me paraît ici dominer le pronostic, diriger la marche du mal. Nous ignorons encore presque complétement l'influence réciproque que peut avoir sur la physionomie générale de la maladie, le mélange de deux éléments simultanément hypertrophiés ou d'un élément homœomorphe avec un élément hétéromorphe.

La présence d'une grande quantité de tissu fibreux dans une tumeur cancéreuse passe bien à la vérité pour en retarder la propagation; exemple: le squirrhe, mais la facilité avec laquelle, sous des influences souvent inconnues elle se transforme, comme on le disait autrefois, en encéphaloïde, les temps d'arrêt qui, au contraire, surviennent parfois dans cette dernière forme, rendent très-hasardée toute formule un peu générale.

L'association en question pourrait à la rigueur se désigner suivant les principes énoncés plus haut par un mot mixte, et l'on pourrait dire *fibrôme* cancéreux, ou cancer fibreux. Mais la réforme du langage, telle que nous la comprenons, n'étant pas encore suffisamment acceptée, il naîtrait de ces termes une ambiguïté fâcheuse. Un grand nombre d'auteurs persistant à prendre le mot *cancer* adjectivement, c'est-à-dire à l'employer puur désigner, non pas la nature réelle du mal, mais bien seulement sa marche éventuelle, la possibilité de la récidive

(1) Du MOLLUSCUM, avec quelques remarques sur les productions homœomorphes (MEM. DE LA SOC. DE BIOLOGIE, 1854, 2e série, t. I, p. 177).

Aux échos fidèles du Rhône,
Leurs voix, dans un sublime effort,
Jusqu'aux plaines de la Garonne
Salueraient le nom de Ricord. (*bis.*)

Le virus, toujours primitif,
Juste effroi des retardataires,
N'est plus qu'un être sans motif
Pour les accidents secondaires,
Tertiaires;
Syphilographes, qui voulez
Que toujours il contagionne,
A vos vieux moutons retournez!
Et vous, insensés, que talonne
De *** la thèse bouffonne,
Sous les douches de la Garonne
Courbez vos fronts découronnés,
Ou cherchez sur les bords du Rhône
L'hospice des aliénés. (*bis.*)

. . . .

M. Venot (de Bordeaux) dut être heureux de l'impression profonde et sympathique qu'il produisit dans l'assemblée; serrements de mains, félicitations, embrassements, chacun, en se pressant autour de lui, cherchait à lui manifester ses sentiments. M. Ricord n'était pas au nombre des moins émus.

Cette journée, si bien remplie, eut un lendemain digne d'elle. La jeunesse médicale avait demandé au maître la faveur de recevoir de sa bouche une de ces intéressantes et précieuses instructions, dont les tilleuls de l'hôpital du Midi devaient, pour un jour, perdre le monopole. Resté parmi nous tout exprès pour tenir sa promesse, M. Ricord fit le lundi matin à l'amphithéâtre de l'École de médecine, et en présence d'un nombreux auditoire, où se remarquaient les plus hautes notabilités du corps médical lyonnais, une leçon où il se surpassa lui-même, et se révéla sous un jour nouveau, même à ses plus assidus auditeurs. Ce fut un exposé de sa doctrine entière, non avec l'allure compassée d'un traité didactique, mais dans un récit imagé, semé de traits heureux, d'anecdotes piquantes, et animé par cette verve caustique qui lui est propre, mais contenue cette fois dans les limites d'une rare modération qui lui a fait rencontrer des tours de l'atticisme le plus pur. Il eut l'art de passer en revue sa doctrine entière, qui apparaissait dans son ensemble le plus acceptable, non hérissée de lois, de défis à la nature ou de fins de non-recevoir, mais calquée sur les faits, répondant mieux que les théories passées aux problèmes que l'expérience pose, et dont la thérapeutique attend la solution, mais ouverte aux perfectionnements, n'immobilisant point le dogme, et trop reconnaissante envers le progrès qui a fait sa fortune pour vouloir l'étreindre dans un lit de Procuste.

Cette magnifique improvisation, véritable tour de force, écoutée dans un recueillement universel, a constamment tenu en haleine l'attention du public; et l'on peut dire que l'auditoire est resté sous le charme pendant près de deux heures. Il semble que M. Ricord ait voulu justifier par un nouveau triomphe le triomphe qu'on lui avait décerné la veille. Nous croyons être l'in-

on de la généralisation. Jusqu'au moment donc où on reconnaîtra enfin qu'à ce compte toutes les tumeurs peuvent être des cancers, il faudra éviter de réunir des mots qui perpétueraient le malentendu au lieu de le dissiper.

Il sera bientôt possible de tracer une histoire complète des fibrômes, grâce aux nombreuses observations publiées sous diverses dénominations et qui se trouvent disséminées dans les divers recueils, dans des mémoires isolés, dans des livres d'anatomie pathologique parmi lesquels je citerai en particulier ceux de MM. Lebert, Vogel, l'excellent traité des tumeurs de M. Paget, les BULLETINS des Sociétés anatomique, de biologie, de chirurgie. J'ai, pour ma part, recueilli un assez grand nombre d'observations de ce genre; quelques-unes sont consignées dans un mémoire des ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE (1), et dans la thèse d'un de mes élèves, le docteur Jolieu (2). Je joindrai à ce travail diverses notes inédites, dans le but de grossir le nombre des matériaux, surtout au point de vue anatomo-pathologique.

FIBRÔME MOU HÉMORRHAGIQUE DE LA PULPE DU DOIGT; AMPUTATION.

OBS. A. — Pièce provenant du service de M. Denonvilliers, décembre 1854. Gonflement considérable de l'extrémité d'un doigt au niveau de la face palmaire de la dernière phalange. Ulcération ou perforation de la peau assez étendue et à travers laquelle fait saillie une masse fongueuse d'apparence charnue et vasculaire. On croit à une tumeur de mauvaise nature de la phalange elle-même et on pratique l'amputation. La dissection montre que la tumeur reposait sur la face antérieure de l'extrémité supérieure de la phalangette et sur le tendon fléchisseur, mais que l'os, le tendon et l'articulation étaient sains.

La masse morbide a le volume d'une grosse noisette; elle adhère peu aux tissus circonvoisins; elle a ulcéré par pression de dedans en dehors le tégument, qui est enflammé et vascularisé autour de la perforation. Elle est lobulée, à surface assez lisse, mais non enveloppée d'une couche fibreuse distincte; consistance assez molle, un peu friable, coloration d'un blanc rosé en certains points, rougeâtre près de la peau, brune et sanieuse dans le point exposé à l'extérieur; çà et là dans l'épaisseur même du tissu, foyers hémorrhagiques de 1 à 3 millimètres de diamètre, formant des sortes de cavités ou géodes qui renferment du sang à divers états, ou de la sérosité sanguinolente, épaisse et visqueuse; les plus anciennes de ces cavités ont leur paroi colorée en jaune foncé, comme les anciens foyers apoplectiques cérébraux.

La coupe de la tumeur donne au raclage un suc assez abondant, visqueux et transparent.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — Noyaux et cellules fibro-plastiques arrondis ou ovoïdes, mélangés de corps et de cellules à noyaux fusiformes. Ces éléments, peu cohérents, sont rassemblés en faisceaux ou en cotonnes juxta-posées. Un grand nombre se désagrègent aisément et flottent dans le liquide. Dans les cavités, on trouve beaucoup de globules sanguins à divers degrés d'altération, et une grande proportion de granulations graisseuses libres ou infiltrant des éléments fibro-plastiques.

La tumeur renferme en outre des vaisseaux assez nombreux; elle est parcourue en divers sens par des faisceaux de tissu fibreux plus parfait formant un réseau lâche.

Nulle trace de cancer ni d'épiderme.

(1) TUMEURS DE LA PEAU, 1855.
(2) Th. de Paris, TUMEURS CHIRURGICALES DE LA PEAU.

FIBRÔME DUR DU DOIGT.

OBS. B. — Pièce remise le 2 mars 1855, de la part de M. Huguier.

La tumeur qui siégeait à la pulpe du doigt a été mise à nu par une incision simple, et énucléée sans difficulté. La plaie a été réunie avec succès par première intention. Tumeur du volume d'une aveline, très-ferme au toucher, lobulée, inégale à sa surface; les lobules, assez nombreux et séparés par des scissures assez profondes, sont néanmoins tous continus; un tissu celulaire dense assez vasculaire et ressemblant à de la fibre charnue organique remplit leurs interstices.

Le tissu morbide a la consistance d'un tissu fibreux très-dense ou même fibro-cartilagineux. Il est lâchement uni aux parties adjacentes; à la coupe, il est d'un blanc rosé, il crie sous le scalpel et présente une notable élasticité. On n'y trouve aucune cavité, aucun point ramolli; le raclage ne donne pas de suc.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — Faisceaux fibreux rigides, pâles, entre-croisés en divers sens, de manière à circonscrire des aréoles très-étroites. C'est la texture type des tumeurs fibreuses dures, sans matière amorphe, sans dépôt colloïde; peu ou point de tissu élastique, pas de nerfs ni de glandes. Vaisseaux très-rares dans les lobules, un peu plus nombreux dans les interstices.

A un grossissement plus considérable, on trouve une certaine proportion d'éléments fibro-plastiques, soit dans l'épaisseur même de la trame, soit dans le liquide qu'on obtient par la pression. Ils appartiennent à la variété dite *cellules fibro-plastiques*, non fusiformes; par conséquent, ces cellules sont irrégulièrement arrondies ou un peu allongées; elles renferment un noyau arrondi ou légèrement ovoïde, sans nucléole et placé au centre, à un des bouts ou près de la circonférence de la cellule.

L'acide acétique pâlit beaucoup la préparation; il met en évidence un grand nombre de noyaux, soit dans les faisceaux fibreux, soit dans les mailles que leur réseau intercepte. Ces noyaux sont disposés en séries parallèles et longitudinales, comme cela s'observe dans les tissus fibreux de nouvelle formation.

On voit donc qu'il s'agit d'un fibrôme en voie d'évolution; je fais remarquer que, malgré son extrême densité, il renferme un grand nombre d'éléments fibro-plastiques, c'est-à-dire d'éléments jeunes du tissu cellulaire.

(*La suite au prochain numéro.*)

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

MÉMOIRE SUR LE GOÎTRE CYSTIQUE; par M. le docteur FLEURY, professeur de clinique externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

OBS. 1. — Le nommé Jacques Amiel, âgé de 17 ans, cultivateur, est entré à l'Hôtel-Dieu le 3 janvier 1848 pour y être traité d'un goître enkysté.

La tumeur qui existe au côté droit du cou s'étend du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien à la ligne médiane et de la base de la mâchoire inférieure au sternum; elle a paru depuis dix ans, et avait à cette époque le volume d'une noix; aujourd'hui elle a celui d'une orange. Le malade n'en a jamais été incommodé.

Une ponction exploratrice a donné issue à un demi-verre d'un liquide séreux, analogue pour la couleur à une décoction de brou de noix. La tumeur est revenue presque complétement sur elle-même.

terprète de tous en émettant le vœu que M. Ricord publie sa *leçon de syphilographie faite à Lyon*.

Le monde médical n'apprendra pas sans une vive satisfaction que le célèbre chirurgien de l'hôpital du Midi a promis, pendant son séjour dans nos murs, de grouper les résultats de ses recherches dans un TRAITÉ COMPLET DES MALADIES VÉNÉRIENNES. L'auteur de ces lignes s'empresse de prendre à témoin tout le corps médical, afin que M. Ricord ne puisse plus reculer devant une promesse devenue publique et solennelle pour nous. S'il nous est permis d'exprimer notre pensée, nous bornerions notre ambition à demander un traité en *un petit volume* afin de l'avoir plus vite et plus sûrement.

Le banquet médical que Lyon vient d'offrir au célèbre syphilographe laissera un long et fructueux souvenir; puisse bientôt le monde médical lui devoir aussi un livre que la science attendra dès aujourd'hui avec impatience!

J. E. PÉTREQUIN.

— Par décret impérial du 9 février, M. Maher, premier chirurgien en chef de la marine, a été promu au grade de directeur du service de santé à Rochefort.

— Ont été nommés chirurgiens auxiliaires de troisième classe, après examens réglementaires : à Cherbourg, M. Pommier, le 23 janvier; à Toulon, M. Boisdon, le 29 du même mois.

— Le MONITEUR contient la liste des personnes qui, par décret du 28 janvier, ont été autorisées à accepter et à porter différentes décorations d'ordre étrangers. Nous y remarquons les noms de plusieurs de nos confrères; savoir, MM. :

Petronelli, médecin principal à l'hôpital de Bastia, commandeur de l'ordre de Saint-Grégoire le Grand (États pontificaux);

François, médecin-major du 17e d'artillerie à cheval, chevalier du même ordre;

Camescasse, chirurgien principal de la marine, chevalier de l'Aigle rouge (Prusse), 4e classe;

Bintot, médecin aide-major, ordre du Medjidié, 5e classe.

— M. Leviez est nommé de nouveau, pour une période de trois ans, chef des travaux anatomiques de l'École préparatoire d'Arras.

— Le MEDICAL TIMES AND GAZETTE annonce plusieurs décès, parmi lesquels nous trouvons ceux de MM. Ferguson, chirurgien consultant de *Sunderland infirmary*, et Hills, auteur du GUIDE DE LA FEMME ET DE LA MÈRE, et de la PATHOLOGIE ET TRAITEMENT DE L'AVORTEMENT.

— Il résulte d'un relevé dont on peut garantir à peu près l'exactitude, que le nombre des journaux de médecine et de pharmacie publiés actuellement dans les principales langues de l'Europe s'élève au chiffre suivant : langue allemande 58, hollandaise 8, suédoise 8, anglaise 38, française 47, italienne 12, espagnole 9. Chacune de ces langues ne répond pas à une seule nationalité; c'est ainsi que les journaux belges figurent dans la même catégorie que les journaux français, et y sont représentés par le chiffre relativement assez considérable de 13.

Amiel sort de l'hôpital le lendemain pour y rentrer au bout de trois mois. Le cou est presque aussi gros que la première fois.

Une injection iodée, composée de deux parties d'eau et d'une partie de teinture d'iode, est pratiquée le 16 mars. Le liquide qui s'écoule par la canule du trocart est de la même nature qu'à la première ponction. L'injection a été peu douloureuse; l'inflammation consécutive peu vive.

Le lendemain la tumeur avait repris le volume qu'elle avait avant l'opération; elle est sensible à la pression sans que la douleur soit cependant bien vive.

Le malade sort de l'hôpital trois jours après y être entré. Comme je n'en ai plus entendu parler, j'ai dû en conclure qu'il était guéri.

L'année suivante la même opération a été pratiquée à deux malades.

Obs. II. — La nommée Gilberte Fouquet a toujours joui d'une bonne santé. Depuis un an et demi, sous dit-elle, une tumeur s'est développée au devant du cou; elle en a été peu incommodée les six premiers mois; mais au bout de ce temps elle remarque que lorsqu'elle marche un peu vite ou qu'elle se livre à un travail pénible, la respiration est sifflante.

La grosseur qui a le volume du poing est arrondie, molle, indolente, sans changement de couleur à la peau; elle offre dans toutes ses parties la même consistance et présente quelques signes obscurs de fluctuation.

Le 8 mars 1849 une ponction est pratiquée à la tumeur; il s'en écoule à peu près 60 grammes d'un liquide brun ayant la couleur du chocolat préparé à l'eau. (Une injection iodée composée d'une partie de teinture d'iode et de deux parties d'eau est pratiquée.)

La malade a éprouvé, pendant que le liquide était en contact avec la face interne du kyste (cinq minutes à peu près), des douleurs très-vives qui s'étendaient jusqu'aux dents et qui ont persisté pendant toute la journée.

Le lendemain la tumeur avait repris le volume qu'elle avait avant l'opération; insensiblement elle a diminué et a fini par disparaître. Le sifflement a cessé complétement.

La malade quitte l'hôpital le 3 avril.

Obs. III. — La nommée Françoise Boyne, de Saint-Hilaire-la-Croix, âgée de 17 ans, a remarqué depuis deux ans à la région thyroïdienne une petite tumeur de la forme et du volume d'un haricot; lorsqu'elle se livrait à un travail pénible, la grosseur augmentait d'une manière sensible.

Un médecin qui fut consulté à cette époque prescrivit des frictions avec de la pommade d'hydriodate de potasse. Cette médication loin d'enrayer le mal parut l'augmenter. Au mois d'août 1848 la tumeur avait acquis le volume d'une pomme. Effrayée de ses progrès et de l'inefficacité des remèdes prescrits, cette jeune fille se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu le 1er mai 1849.

Au-dessous du larynx, au niveau des premiers anneaux de la trachée-artère, on observe une tumeur de forme arrondie, qui a environ 7 centim. dans tous ses diamètres; elle est molle, indolente à la pression, sans changement de couleur à la peau et laisse percevoir à sa partie inférieure principalement de la fluctuation; elle rend la respiration difficile et donne au malade la sensation d'un poids incommode. L'état général du reste est bon.

Une ponction fut pratiquée à la tumeur le 3 mai; il en sortit un liquide brun, couleur chocolat. Lorsqu'on eo comprimait un peu fortement les parois, du sang se mêlait au liquide contenu dans le kyste. A celui-ci on substitua un mélange composé d'une partie de teinture d'iode et de deux parties d'eau.

Des douleurs se firent sentir pendant tout le jour à la région thyroïdienne et, chose assez remarquable, elles s'étendirent aux gencives, à la région occipitale et derrière les oreilles.

La tumeur devint bientôt chaude, gonflée, douloureuse, ce qui força à employer pendant plusieurs jours des topiques émollients.

Sous l'influence de cette médication, les douleurs diminuèrent assez rapidement, car dix-huit jours après la malade pouvait quitter l'hôpital presque entièrement guérie.

Obs. IV. — La nommée Françoise Bonhomme est âgée de 18 ans. Cette jeune fille, dont la santé a été bonne jusqu'à présent, vint l'année dernière à l'Hôtel-Dieu de Clermont pour y être opérée d'un goître enkysté situé au côté droit du cou. La tumeur, qui remontait à dix ans avait le volume, d'une petite orange; une injection iodée fut pratiquée. L'inflammation, sans être des plus intenses, fut néanmoins assez prononcée pour qu'on pût espérer une cure radicale; il n'en fut rien cependant, et le mal ne tarda pas à se reproduire.

Entrée le 24 juillet 1850 à l'hôpital de Clermont, elle subit le 26 une nouvelle opération analogue à la première; la tumeur était aussi volumineuse que l'année précédente. Une ponction pratiquée avec un trocart à hydrocèle donna issue à du sang dont la couleur écarlate rappelait celui qui coule dans les artères. L'année dernière le liquide écoulé ressemblait à du chocolat étendu d'eau.

Une injection composée d'après la formule de M. Bouchacourt (eau-de-vie camphrée, 15 gr.; teinture d'iode, 8 gr.; iodure de potassium, 1 gr.) fut substituée à la solution iodurée employée sans succès l'année dernière.

L'inflammation qui s'est développée n'a pas été trop violente. La malade a quitté l'hôpital le 4 août, et comme depuis cette époque je n'en ai plus entendu parler, j'ai dû penser que cette affection ne s'était plus reproduite.

Obs. V. — Le lendemain du jour où la malade précédente était opérée à l'Hôtel-Dieu de Clermont, un jeune homme de Riom était soumis au même traitement, mais les suites devaient en être bien différentes, puisque la mort en a été l'effet. Les conditions dans lesquelles il se trouvait étaient cependant favorables; le liquide employé était le même que celui qui m'avait servi chez la jeune fille; j'étais donc loin de m'attendre à un pareil résultat. L'observation en a été recueillie avec soin par le jeune médecin qui fut appelé à le soigner à Riom (M. le docteur Aguilhon).

Auguste Barret, cordonnier, âgé de 23 ans, habitant Riom, rue Mozat, d'un tempérament lymphatique, m'a consulté en 1849 pour une infirmité qui consistait en un goître volumineux occupant le côté droit du cou, et un kyste bien caractérisé dépendant de l'engorgement de la thyroïde, situé du côté opposé. Je conseillai l'iodure de potassium à l'intérieur, la pommade d'hydriodate de potasse iodurée à l'extérieur, et je cherchai à l'éloigner de l'idée d'une opération.

En 1850, Barret, qui était sur le point de se marier, voulant à tout prix se débarrasser de cette infirmité, fut consulter M. Fleury, qui céda d'autant plus facilement à ses instances que l'opération qu'il lui proposait avait constamment réussi entre ses mains.

Le 25 juillet de cette année, M. Fleury fait à la tumeur une première ponction qui ne donne issue à aucun liquide; un second coup de trocart provoque un écoulement de sérosité assez considérable. Une injection iodée succède à cette seconde ponction. Le malade s'attendait à une opération douloureuse, il s'y soumit avec émotion, et ce fut à sa très-grande satisfaction qu'elle fut pratiquée sans cette douleur qu'il redoutait beaucoup. La joie qu'il en ressentit fut excessive. Il revint le soir à Riom (distance de Clermont à Riom, 12 kilom.)

Le lendemain 26, fatigue générale, obligation de s'aliter à diverses reprises.

27. Douleur et gonflement de la tumeur, agitation, frisson marqué, mouvement fébrile.

28. Symptômes locaux plus dessinés, délire, agitation, frissons vagues, gêne dans la respiration.

29. On réclame mes soins. Le malade est au lit: gonflement, chaleur, tension extrême et douloureuse de la tumeur qui comprime la trachée-artère et le larynx, dyspnée, injection des conjonctives, pâleur livide des lèvres, céphalalgie, délire de temps en temps, syncope, agitation, froid aux pieds, urines rouges foncées, quelques coliques, pouls serré, concentré. (12 sangsues autour de la tumeur, sinapismes, pédiluve, compresses d'eau saturnée autour du cou, diète.)

Le soir, coliques plus fortes, selles noires, urines plus foncées, jaunâtres, difficulté à parler, légère teinte ictérique de la peau en général, persistance des autres symptômes. (Pédiluve sinapisé, lavement purgatif.)

30. Nuit agitée, délire, diminution de la tumeur, respiration assez fréquente paraissant moins gênée, sueurs froides, pouls filiforme à 140, urines jaunes, matières alvines de même couleur, persistance du délire, indifférence pour la douleur, teinte ictérique générale complète. (Potion avec huile de ricin, pédiluve sinapisé.)

Dans la journée, symptômes plus prononcés encore. (Lavement purgatif, potion éthérée, tilleul, pédiluve sinapisé.)

Le soir, l'état général paraît moins alarmant, les idées sont plus lucides, la teinte ictérique est moins prononcée, pouls à 120. Le lavement a amené de nombreuses évacuations de matières liquides.

31. Le délire a reparu, la soif est vive, la déglutition difficile, la respiration courte, presque abdominale, le pouls petit et serré à 104; l'insensibilité est générale. (2 vésicatoires aux jambes.)

Le lendemain, tous ces symptômes s'aggravent. Le malade meurt dans la soirée.

L'autopsie est pratiquée le 2 août. Je suis forcé de la limiter à la région du cou.

Rigidité cadavérique prononcée, teinte ictérique générale. La tumeur enkystée est très-apparente, gonflée, oblongue, pyriforme, plus volumineuse en bas qu'en haut, s'étendant du tiers interne de la clavicule gauche à l'angle de la mâchoire inférieure du même côté. Incisé à sa partie moyenne, ce kyste donne issue à une grande quantité de gaz et à une certaine quantité de liquide sanguinolent et spumeux. En avant, il est recouvert par la peau et le muscle peaucier; en arrière, il repose sur les muscles du cou; partout ailleurs il est libre, excepté à droite, où il est en contact avec la glande thyroïde. Dans sa cavité existe une sorte de matière granuleuse, sanguinolente, mollasse, comme graisseuse en certains points, analogue à la substance que l'on rencontre dans les loupes mélicériques ou à de la matière tuberculeuse ramollie.

Le volume de la tumeur est celui d'un gros œuf de dinde; elle est inoculaire, ses parois sont épaisses de 3 à 6 millimètres environ,

Près du larynx, le kyste reçoit dans sa cavité une portion de la glande thyroïde. Sa face interne est tapissée par une membrane de la nature des séreuses parsemée, dans quelques points, de plaques osseuses, minces, fragiles.

Les symptômes observés et décrits par M. Aguilhon ne laissent aucun doute sur la nature de l'affection à laquelle a succombé ce jeune homme: c'est une infection purulente qui a été la cause de sa mort. Si, dans les grands hôpitaux, cette affection est aussi commune, si on l'observe même quelquefois à la suite des opérations les plus simples, elle se manifeste bien rarement dans les conditions au milieu desquelles se trouvait ce malade. Il est des individus pour qui la plus lé-

gère opération peut avoir les conséquences les plus graves et les plus inattendues; rien ne peut malheureusement le faire prévoir à l'avance; ce n'est plus alors le procédé opératoire qu'il faut en accuser, mais le milieu dans lequel l'individu est, plutôt encore sa constitution.

Obs. VI. — Au mois de juin de la même année, j'ai opéré un troisième malade, âgé de 22 ans, habitant la commune de Lattente, où il exerce la profession de cultivateur, Chahory (Antoine) a remarqué que depuis trois ans une grosseur se développait au côté droit du cou; ses progrès ont été rapides depuis cette époque, car elle a aujourd'hui le volume d'une grosse pomme.

Une ponction a été pratiquée le 4 juin, elle donne issue à un liquide brun dont la couleur offre la plus grande analogie avec une décoction de brou de noix. Craignant que le mélange proposé par M. Bouchacourt ne soit trop irritant, je reviens à la teinture d'iode étendue de deux parties égales d'eau qui est bien supportée; l'inflammation qui se développe est néanmoins fort intense, la fièvre est forte; une saignée du bras est nécessaire.

Sous l'influence d'un traitement antiphlogistique énergique, il survient un amendement notable, la tumeur s'affaisse et a diminué d'une manière très-sensible, lorsque le malade quitte l'hôpital au bout de trois semaines.

En 1851, trois malades sont encore venus réclamer les secours de la chirurgie pour être débarrassés de tumeurs analogues aux précédentes; j'ai eu recours au même procédé opératoire, les résultats ont été également favorables; chez l'un d'eux, cependant, l'inflammation a été tellement violente que la gangrène du kyste en a été la conséquence et a mis ses jours en danger.

Obs. VII. — Agée de 19 ans, la nommée Marie Montosoy est entrée à l'Hôtel-Dieu de Clermont le 28 juin. Elle prétend que son cou était déjà gros à l'âge de 12 ans, mais que des frictions avec des pommades fondantes avaient fait disparaître cet engorgement.

C'est depuis six mois, nous a-t-elle dit, que cette nouvelle tumeur s'est montrée; elle est située au côté gauche du cou, d'où elle s'étend à sa partie antérieure. Lisse, sans bosselures, fluctuante dans la plus grande partie de son étendue, elle gêne la respiration lorsque la malade fait quelques efforts ou qu'elle marche plus vite qu'à l'ordinaire.

Une ponction est pratiquée le 1er juillet. Le liquide qui s'écoule a une couleur brune analogue à du chocolat. Un mélange d'eau et de teinture d'iode est injecté dans le kyste; circonstance assez remarquable, la malade accuse des douleurs très-vives dans l'oreille gauche.

Le lendemain, une inflammation et un gonflement considérable se manifestent, fièvre intense, soif ardente, inappétence complète, tels sont les symptômes généraux qui apparaissent et qui persistent pendant quelques jours, malgré l'emploi d'un traitement énergique; une terminaison funeste nous paraît imminente.

Enfin, le 7 juillet, une ulcération s'établit sur un des points de la tumeur; cette ouverture donne issue à une grande quantité d'une sanie purulente.

Des escarres grisâtres manifestement fournies par les parois du kyste s'échappent à l'extérieur. Dès ce moment la douleur diminue, le mouvement fébrile s'apaise, la suppuration, qui a été abondante, finit par se tarir, et la malade peut quitter l'hôpital le 16 août, dans un état aussi satisfaisant qu'on peut le désirer.

Obs. VIII. — Le nommé Lafond (Annet), âgé de 16 ans, cultivateur à Montferrand, entre à l'Hôtel Dieu le 10 juin.

La tumeur qui s'est développée au côté droit du cou a paru depuis un an; elle a le volume d'un œuf de pigeon; sans changement de couleur à la peau, indolente à la pression, elle ne gêne en rien la respiration; c'est plutôt une difformité qu'une affection réellement gênante; de la fluctuation est perçue dans toute son étendue, il ne reste pas le moindre doute sur sa nature.

Une injection iodée est pratiquée le 12 juin. Le liquide qui s'est écoulé par la canule du trois-quarts ressemble à du chocolat à l'eau; la tumeur s'est complétement affaissée, ses parois avaient peu d'épaisseur.

Aucun accident ne se manifeste; ce jeune homme quitte l'hôpital le 28 juin. La résolution n'était pas encore complète, mais comme depuis ce moment je n'ai plus entendu parler de lui, j'ai dû en conclure qu'il était entièrement guéri.

Ce qui m'a confirmé dans cette opinion, c'est que, le mois suivant, un de ses compatriotes est venu me trouver pour me prier de le débarrasser d'un mal analogue.

Obs. IX. — Ce jeune homme, à peu près du même âge (17 ans), est aussi cultivateur à Montferrand.

La tumeur que l'on observe au devant du cou a le volume d'une orange; elle s'est développée depuis cinq ans et gêne depuis trois ans la respiration.

Arrondie dans toute son étendue, sans changement de couleur à la peau, elle donne à la pression une sensation légère de fluctuation.

Une ponction y est pratiquée le 8 juillet, il s'écoule un liquide de couleur brune, analogue à de la teinture étendue d'eau.

Le kyste s'est affaissé complétement. On injecte dans sa cavité un mélange d'eau et de teinture d'iode.

L'opération est si peu douloureuse, il se manifeste si peu d'accidents, que le malade demande à sortir au bout de quatre jours.

Je ne l'ai plus revu, ce qui a dû me confirmer dans ma pensée que sa guérison était radicale.

Deux malades ont subi le même traitement en 1854. Très-jeunes l'un et l'autre, puisque le premier a 13 ans et le second 20 ans, de sexe différent, ils habitent des pays où le goître est rare.

Obs. X. — Le jeune garçon est entré à l'Hôtel-Dieu de Clermont le 6 février; il est originaire de Lempdes, village de la Limagne, situé à mi-côte, dans une excellente position.

La tumeur qu'il portait au cou avait, il y a un an, lorsqu'il l'a remarquée, le volume d'une noix, elle a maintenant celui d'une pomme et gêne la respiration lorsqu'il marche.

Une ponction a donné issue à 20 grammes d'un liquide couleur café à l'eau, très-clair.

Une injection iodée est faite le 8 février; le mélange reste en contact pendant trois minutes avec la face interne du kyste; la douleur est vive, mais elle diminue assez promptement.

La tension qui succède à l'inflammation de la tumeur est très-prononcée, persiste pendant quelque temps et n'a pas complétement cédé, lorsqu'au bout de huit jours, il quitte l'hôpital; mais alors la douleur avait disparu.

Obs. XI. — La jeune fille, qui est âgée de 20 ans, habite la montagne. Son village occupe le fond d'une vallée.

La tumeur qui, au début, était grosse comme une noisette, a maintenant le volume d'une petite orange et gêne la respiration depuis huit mois. Le liquide qu'elle contient a la couleur d'une décoction de brou de noix.

Une injection iodée est pratiquée le 24 avril; l'inflammation est peu intense, puisque la malade peut quitter l'hôpital au bout de six jours.

Je l'ai revue le 10 juin. La tumeur existe encore, mais elle a perdu la moitié de son volume, on n'y sent plus de fluctuation; la dureté qui existe n'est autre chose qu'une portion de l'un des lobes du corps thyroïde hypertrophié.

(La fin au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LA FISTULE ANALE, SUIVIES D'UN PROCÉDÉ OPÉRATOIRE EXTRÊMEMENT SIMPLE DANS SON EXÉCUTION; par le docteur DUNGLAS.

Dans l'état actuel de la science, il y a bien peu de choses à dire sur la fistule anale; car, depuis environ un demi-siècle, il n'est aucun des points qui la concerne qui n'ait été traité et discuté par les maîtres de l'art. En effet, depuis les travaux de Sabatier, du baron Larrey, Roux, et ceux surtout de Ribes et M. Velpeau, on est à peu près d'accord sur tous les points et surtout sur la question de la hauteur de l'ouverture interne de la fistule complète; et si, dans ces derniers jours, M. Gerdy a publié deux cas d'ouverture assez haute pour devoir employer la méthode du pincement à l'aide de l'entérotome, on ne doit les considérer que comme des cas exceptionnels, et qui, probablement, étaient dus à des abcès profonds de la marge de l'anus (1).

Ayant exercé la médecine pendant l'espace de vingt-cinq années dans un pays où les causes portent leur action excitante sur le canal intestinal, et que nous n'énumérerons point ici, nous avons été à même de voir et d'opérer un bon nombre de ces fistules : notre observation est en tout conforme à celle des auteurs que nous venons de citer. Toujours, en effet, nous avons rencontré l'ouverture interne de la fistule complète, tout près du sphincter interne, et jamais à une hauteur élevée. C'est donc cette proximité de l'ouverture interne, qu'on détermine ordinairement dans les premières investigations qu'on fait à l'aide d'un stylet, qui nous suggéra l'idée d'apporter une modification dans l'exécution de l'opération.

Dans les premiers temps nous opérions, tantôt par le procédé de Desault, tantôt par celui de Sabatier, c'est-à-dire avec le stylet cannelé flexible que nous introduisions par l'ouverture externe jusqu'au rectum, et que nous ramenions au dehors avec l'extrémité de l'indicateur placé dans l'anus; nous divisions ensuite, avec un bistouri droit, tous les tissus qu'il soulevait sur sa cannelure; c'est surtout la manœuvre de l'introduction du stylet et son rappel au dehors par le moyen de la pulpe du doigt indicateur préalablement introduit dans l'anus, qui nous donna l'idée de substituer au stylet le bistouri boutonné courbe, tranchant par son bord concave (bistouri de Pott). Celui que nous possédions dans notre trousse, avait justement sa lame si étroite, qu'elle égalait tout au plus le diamètre d'un stylet ordinaire; aussi pouvons-nous assurer qu'un bon nombre des malades qui ont été opérés de la

(1) Gaz. Méd. du 22 déc. 1855.

sorte, n'ont cru réellement qu'à une simple reconnaissance de leur fistule qui était opérée. Voici, du reste, notre manière d'agir.

Quand un malade nous faisait appeler, dès la première visite nous demandions à reconnaître sa fistule au moyen d'un stylet d'argent, dans le but de savoir si elle est complète, ou seulement incomplète, externe, et surtout pour en connaître la direction et la profondeur; mais, dans tous les cas, nous engagions nos malades, quelques jours à l'avance, à réduire leurs aliments. La veille de l'opération, nous leurs prescrivions un lavement d'eau de graine de lin à prendre le lendemain matin de très-bonne heure, afin qu'ils l'aient rendu quelque temps avant notre arrivée. Ces prescriptions ayant été suivies, voici comment nous procédions à l'opération.

Le malade étant couché sur le bord du lit dans la position voulue, l'indicateur de la main gauche, préalablement enduit d'un corps gras, est introduit dans l'anus; de la main droite nous saisissons le bistouri boutonné courbe comme une plume à écrire, nous faisons pénétrer le bouton dans l'ouverture externe de la fistule, nous le dirigeons dans la direction du trajet, déjà connu par nous, et bientôt nous sentons son extrémité en contact avec la pulpe de notre indicateur; alors abaissant le manche du bistouri vers la fesse du côté affecté, et poussant l'extrémité mousse de la lame sur la pulpe de l'indicateur, que nous disposons en crochet, nous la ramenons au dehors de l'anus. Pendant cette manœuvre, les tissus compris entre le trajet fistuleux et l'anus se divisent d'eux-mêmes sur le tranchant de l'instrument, et l'opération est terminée. Quelquefois le malade vous aide, soit en contractant l'anus, soit en retirant son corps, ainsi que cela arrive en opérant le phymosis.

Sur environ cinquante cinq fistules que nous avons opérées de la sorte, trois fois nous n'avons pu rencontrer l'ouverture interne, ni dans l'investigation, ni pendant l'opération, qui n'en a pas moins bien été exécutée, en appuyant l'extrémité mousse du bistouri, guidé par notre index, sur le point le plus aminci du rectum. Deux fois nous avons rencontré deux fistules sur le même individu, et chez un troisième, trois trajets fistuleux externes convergeaient vers l'ouverture interne: ils furent opérés de la même manière. Dans cette opération, l'hémorrhagie est en général assez rare; cependant dans trois occasions nous avons vu couler le sang en abondance, et nous l'avons arrêté en plaçant d'abord notre indicateur gauche dans toute l'étendue de l'incision, en pressant assez pour l'arrêter, pendant que de la main droite nous lavions les parties avec un linge ou une éponge mouillée d'eau froide. Alors nous substituions à notre index un morceau d'agaric coupé en forme digitale d'un pouce et demi à deux de long, que nous laissions, dans ce cas-ci, à la place de la mèche de charpie. Des boulettes, des plumasseaux, des compresses longuettes et un bandage en T terminaient le pansement comme dans les procédés ordinaires.

A présent, si nous comparons l'appareil nécessaire pour exécuter l'opération et d'après le procédé ordinaire et le nôtre, nous verrons une différence immense; le premier se compose (d'après M. Velpeau) du bistouri particulier dont on a fait choix et de plusieurs bistouris ordinaires, de fortes pinces à disséquer, d'une sonde cannelée en argent et d'une sonde en acier sans cul-de-sac, d'un gorgeret en chêne ou en buis, de ciseaux droits et de ciseaux courbes sur le plat, de quelques cautères, d'aiguilles et de fils à ligatures, d'une longue mèche et d'un porte-mèche, de tampons ou appareils hémostatiques, de boulettes de charpie, de trois ou quatre plumasseaux, de compresses longuettes, de compresses carrées pliées en deux ou en quatre et d'un bandage en T double »: on emploie en outre, de quatre à cinq aides.

On ne doit point être étonné de l'effet moral que doit produire sur les assistants et surtout sur le patient, en voyant arriver le chirurgien accompagné de quatre à cinq aides et en les voyant étaler ledit appareil; on conçoit encore d'après cette manière d'agir, que les malades désirent être plongés dans la dangereuse ivresse que procure le chloroforme pendant le temps que dure l'opération.

Dans notre manière d'agir, en général, nous nous passons d'aides, une seule personne de la maison du malade ou le patient lui-même suffit pour relever la fesse opposée à la fistule. Notre appareil ne se compose à la rigueur que du bistouri de Pott et d'un porte-mèche; tout le reste est relatif au pansement et ne diffère que par les morceaux d'agaric en cas d'hémorrhagie que nous substituons à la mèche; ainsi donc, ni les aides, ni l'appareil ne peuvent épouvanter nos malades et, nous le répétons, l'opération est faite avec une telle promptitude que plusieurs malades n'ont cru qu'à une simple reconnaissance de leur fistule.

Quant aux résultats, nous n'avons besoin de dire qu'ils dépendent du soin qu'on met à interposer la mèche entre les lèvres de la division dès le premier jour jusqu'à complète cicatrisation; en suivant ce précepte, nous n'avons jamais eu l'occasion d'observer une récidive.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

I. THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES. by ISAAC HAYS.

Les livraisons trimestrielles d'avril et juillet 1855 renferment les travaux originaux suivants: 1° *Observations sur les reins et leurs excrétions chez différents animaux*, par M. Jones. 2° *Du choléra asiatique en Colombie, comté de Lancastre.* 3° *Extraits des rapports de la Société de médecine de Boston.* 4° *Cas de fistules communiquant avec la vessie*, par M. Knoeland. 5° *De l'emploi de l'huile de valériane dans la fièvre typhoïde*; par M. Leisure. 6° *Du climat et de la salubrité du fort Moultier et de l'île de Sullivan, avec des remarques incidentes sur la fièvre jaune de la ville de Charleston*, par M. Porter. 7° *Synopsis de 30 cas d'ovariotomie que M. Washington a eu occasion d'observer dans sa pratique.* (Voir GAZ. MÉD., 1855, n° 52.) 8° *Cas d'ablation du corps entier de l'utérus par une grande incision de l'abdomen*, par M. Peaslee. 9° *Cas de naissance monstrueuse*, par M. Bœrster. 10° *Esquisse de topographie médicale du fort Reading en Californie*, par M. Hammond. 11° *De la physiologie du mouvement*, par M. Byford. 12° *Des lésions pulmonaires traitées comme un événement provenant de l'affaiblissement progressif de la constitution sous l'influence de la diathèse tuberculeuse*, par M. Hall. 13° *Examen de la physiologie du système nerveux organique*, par M. Castelberry. 14° *De l'incontinence d'urine chez les enfants.* 15° *Cas de spina-bifida guéri par l'excision; testicule contenant des cheveux*, par M. Nott. 16° *De l'usage de la tache jaune de la rétine découverte par Sœmmering*, par M. Leaming. 17° *Aiguille pour l'opération de la cataracte par absorption*, par M. Hays. 18° *Cas de sécrétion vicieuse du lait*, par M. Mitchell. 19° *Castration; guérison suivie de phthisie pulmonaire*, par M. Taylor.

CAS DE NAISSANCE MONSTRUEUSE; par M. BŒRSTER.

OBS. — Le 16 janvier 1855, M. Bœrster fut appelé auprès d'une femme à Lancastre, Ohio, qui était en travail de son neuvième enfant. Nous passons sous silence l'incertitude du diagnostic et les difficultés de l'accouchement, il nous suffira de dire que, grâce à la présentation pelvienne, la femme accoucha de deux enfants vivants, l'un vigoureux, l'autre faible, n'ayant qu'un seul cordon et qu'un seul placenta; ils étaient réunis par les cartilages xiphoïdes. Un cas à peu près semblable est cité dans l'ouvrage de M. Serres sur les monstruosités, qui en donne un dessin. C'est celui qui naquit en Sardaigne il y a quelques années. La réunion avait lieu par les deux pelvis. M. Serres lui a donné le nom d'hépatodyme. M. Bœrster donne au cas qu'il a en l'occasion d'observer le nom d'hépato-pelvidyne.

DESCRIPTION DES ENFANTS. — Les têtes, les faces, les bras, les mains et les poitrines jusqu'aux cartilages ensiformes étaient bien développés et avaient les proportions normales. A partir de la jonction, il n'y avait qu'un tronc. Sa surface antérieure d'un côté à l'autre était plus large que celle d'un enfant ordinaire. Les muscles abdominaux étaient bien développés, l'ombilic *in situ*, deux colonnes spinales parfaites. Le coccyx de chacun des enfants se terminait de chaque côté de l'anus à un demi-pouce environ de distance. Les pelvis étaient réunis. Celui du côté gauche appartenant à l'enfant plus développé; il anticipait sur celui du côté droit et diminuait son volume. Sexe féminin. Une seule vulve, un seul anus dont l'ouverture n'était pas plus large qu'une paille de seigle. Les deux extrémités inférieures avaient la grosseur et les proportions normales. En arrière était partir de la face externe des os iliaques, partait une jambe qui remontait entre les deux épines et les deux épaules internes et se terminait par un pied droit et un pied gauche réunis par le talon. C'était à proprement parler une double jambe enveloppée dans un seul tégument commun, ayant deux fémurs, deux tibias et deux péronés. La jambe pouvait se mouvoir en partie, directement en arrière, à une distance de plusieurs pouces de la partie postérieure.

Sans aucun doute la nature désignait une de ses jambes pour chaque enfant; car lorsque celui du côté droit était réveillé, il mouvait son extrémité inférieure, ainsi que le pied gauche de la jambe double; lorsqu'il dormait le membre restait tranquille. Il en était de même pour l'autre enfant. Si l'on chatouillait la plante de l'un ou de l'autre pied, le mouvement avait lieu dans le membre. Mais M. Bœrster n'a pas remarqué de mouvement dans la jambe opposée à celle qui était chatouillée. Les deux corps avaient chacun leur cœur et leurs poumons. La respiration puérile était distincte. On sentait facilement battre chaque cœur, quoiqu'on ne pût pas bien distinguer le premier et le second temps, vu la rapidité des mouvements de systole et de diastole.

Autant qu'il a pu l'observer, M. Bœrster croit que l'action cardiaque et respiratoire des deux enfants avait lieu synchroniquement. Il a fréquemment

remarqué que lorsque l'un des enfants tetait et que l'antre criait, celui-ci s'endormait: cela avait lieu si souvent qu'il le regarde comme une règle. Ceta démontre les puissantes relations sympathiques qui existaient entre ces deux êtres humains distincts réunis en un seul.

Quelle pouvait être la disposition des organes dans la cavité abdominale? C'est ce qu'il n'avait aucun moyen de reconnaître. Tout raisonnement à cet égard doit être hypothétique. Il juge probable que les viscères étaient doubles.

Ces enfants moururent au bout de cinq semaines.

Nous regrettons de ne pas pouvoir reproduire les deux dessins pris au daguerréotype qui accompagnent le texte; ils donneraient une idée plus nette de cette monstruosité qu'une description toujours imparfaite.

CAS DE CHIRURGIE : 1° SPINA-BIFIDA GUÉRI PAR L'EXCISION; 2° TESTICULE CONTENANT DES CHEVEUX; par M. NOTT.

OBS. I. — Le sujet était un enfant mâle, âgé d'un mois. Il présentait environ vers la vertèbre lombaire moyenne une tumeur d'un pouce et demi de diamètre, presque circulaire et ayant 3/4 de pouce d'élévation environ. La tumeur ne présentait pas l'aspect habituel, et la première impression qu'elle fit sur l'esprit de M. Nott fut celle d'un fongus hématode. Le sommet était presque plat, de couleur rouge chocolat; dans le centre, il y avait une membrane pellucide mince de 3/4 de pouce environ d'étendue, à travers laquelle on voyait un fluide séreux.

Le 15 mars 1855, M. Nott fit deux incisions elliptiques autour de la tumeur, dans la direction de l'épine qu'il disséqua complétement. La tumeur était composée simplement de la peau, du tissu cellulaire et des membranes de la moelle épinière distendues par la sérosité. Après avoir enlevé le sac, il fit une ouverture dans le canal de l'épine de la grosseur environ de l'extrémité du doigt. Une cuillerée de fluide s'échappa.

Il réunit ensuite les bords avec une seule épingle et fit la suture entortillée et plaça du diachylon au-dessus et au-dessous.

Le troisième jour le pansement fut enlevé. L'adhésion complète avait eu lieu par première intention, excepté la portion comprise entre l'épingle et la ligature qui suppurait. Néanmoins la plaie guérit bientôt, et au bout de deux semaines la guérison était parfaite.

L'enfant n'éprouva aucun trouble. Il dormit et tela comme à l'ordinaire. Après deux mois, la guérison se maintenait complète.

OBS. II. — Le sujet était âgé de 22 ans. Le testicule droit était plus volumineux que l'autre depuis l'enfance; mais il n'était douloureux que depuis les cinq dernières années pendant lesquelles il avait encore grossi. La tumeur était plus grosse que le poing. La moitié environ était formée par une hydrocèle et l'autre par l'augmentation de volume du testicule. Du pus s'était formé et pointait vers l'épididyme. Jamais il ne s'était fait d'ouverture.

Après une consultation, on jugea convenable d'enlever le testicule et le sac en même temps; ce qui fut fait. En disséquant la masse après l'ablation faite, on trouva la tunique vaginale très-épaissie et contenant une roquille de liquide limpide. Le testicule lui-même était augmenté environ de quatre fois son volume normal. En l'ouvrant on trouva la tunique vaginale très-épaissie, et le contenu glanduleux, s'il en existait jamais, entièrement détruit par la suppuration. La tunique albuginée formait un sac complet, entièrement rempli de pus épais, ayant à peu près la consistance d'un flan mêlé avec des cheveux d'un demi-pouce à 4 pouces de long. L'examen qui en fut fait au microscope ne révéla rien de particulier dans les cheveux qui fût digne de remarque.

CAS DE SÉCRÉTION VICIEUSE DU LAIT; par M. MITCHELL.

OBS. — Madame C..., âgée de 20 ans, accoucha dans le mois de juillet 1853. Elle eut peu de lait. Quatre semaines après l'accouchement, elle eut un abcès volumineux du sein. Il fut ouvert, et au bout de trois mois de traitement, elle fut remise. Durant cette période, elle nourrit son enfant avec le sein droit. Le lait continua à se former, quoiqu'en petite quantité, dans le sein gauche, et l'enfant fut allaité des deux seins. A la fin de l'année, la mère s'affaiblit et fut sujette à une irritation constante des bronches. La toux augmenta à un tel degré qu'elle fut obligée de sevrer son enfant. Ce changement s'effectua trop rapidement, et de nouveau on fut obligé de la faire allaiter en partie. Dans l'intervalle de deux jours les seins se tuméfièrent et devinrent très-douloureux; l'enfant ne put plus être allaité; la pompe elle-même ne put vider la mamelle. On ordonna des purgatifs, et on fit un pansement local avec de l'eau.

Les jours suivants, les seins étaient moins douloureux, tandis que la toux était devenue sèche, pénible et presque constante.

Le matin suivant, elle fut beaucoup soulagée par une toux grasse, qui lui permit d'expectorer une quantité de crachats blancs.

On dit à M. Mitchell que madame C... crachait du lait, et on lui montra la substance blanche en question. Pendant la journée elle en expectora ainsi plus d'une tasse à thé. Cette étrange expectoration continua pendant une quinzaine de jours. La malade en éprouva un soulagement évident. Comme cette sécrétion persistait depuis quelque temps et que souvent elle eut lieu en présence de M. Mitchell, celui-ci n'eut pas de motif de soupçonner sa malade ou de croire à quelque déception hystérique.

Il recueillit une partie des crachats expectorés et les soumit à un examen rigoureux. Il trouva que ces crachats étaient formés de grumeaux blancs flottant dans un liquide épais, aussi de couleur blanche et mêlé à du mucus ordinaire; très-souvent du muco-pus jaunâtre était enveloppé dans du lait coagulé. Il est à noter que le lait était pour la majeure partie dans cet état, et avait l'odeur de lait plus prononcée que la sécrétion ordinaire elle-même.

L'analyse microscopique révéla la présence de globules de lait parfaits, mêlés à des cellules granuleuses composées des corpuscules muqueux et de l'épithélium. Il fit évaporer environ une once et demie du liquide, et après l'avoir traité à plusieurs reprises avec l'éther, il réunit une petite quantité de matière grasse ou huileuse. L'acide nitrique coagulait le liquide filtré, tandis que l'acide acétique produisait seulement un léger nuage; enfin la patiente disait elle-même que ses crachats avaient le goût du lait.

Madame C... eut un deuxième enfant en février 1855, mais elle ne put pas l'allaiter à cause de sa faiblesse et de l'état avancé de la phthisie. M. Mitchell examina les crachats seulement au microscope; il trouva qu'ils contenaient également des globules de lait. Il regarde ce cas comme étant incontestablement un cas de sécrétion ou de métastase laiteuse.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 4 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. BINET.

NOTE SUR LES TOUARIKS; par M. SERRES.

L'immense plaine du Sahara est habitée çà et là par la tribu des Touariks, dont les peuplades sont différentes les unes des autres. Les Touaregs, dont quatre se sont présentés dernièrement au gouverneur de l'Algérie, en forment une des plus singulières par l'usage où sont les hommes de se voiler entièrement la figure à l'instar des femmes musulmanes et avec plus de soin encore.

Cet usage si bizarre et unique chez les hommes au milieu des coutumes infinies des diverses races humaines, est un obstacle à leur étude anthropologique dont la tête fournit les caractères les plus significatifs. Il est si rigoureusement observé, que les quatre Touaregs ne se sont pas découverts un instant, même devant le gouverneur général de l'Algérie.

« Toutefois, m'écrit M. Guyon, inspecteur du service des armées, l'un d'eux se trouvant malade, j'ai pu lui voir un peu la figure au moment où il me montrait la langue. J'ai pu aussi lui palper la tête, en cherchant sur cette partie le point où il souffrait. Voici le résumé des observations superficielles qu'il m'a été possible de faire sur nos quatre Touaregs :

» Taille moyenne, plutôt petite que grande; tête peu forte, globuleuse, tenant sous ce rapport de celle du Kabyle ou Berbère; front médiocrement large et élevé; orbite large, pommettes un peu saillantes, dents courtes, moins bien rangées et moins belles que celles de l'Arabe; mains et pieds petits, peau olivâtre, cheveux soyeux, noirs et tendant à se boucler, barbe peu fournie et tendant à se boucler comme les cheveux. »

En comparant cette courte description à celle donnée par Hornemann qui, le premier, a fait connaître les rapports des Touariks avec les Berbères ou Kabyles, on reconnaît leur parenté, bien qu'ils en diffèrent par la petitesse des pieds et des mains et surtout par la couleur olivâtre de la peau.

Les Touariks sont un rameau de la race caucasique; ils s'avancent à l'est de l'Afrique jusqu'aux confins de l'Égypte; ils se croient les habitants les plus anciens de la terre; leur langage n'est pas arabe, et ils affirment qu'il est le plus ancien dans le monde.

M. Guyon, qui nous a fait connaître l'usage de l'inoculation chez les Kabyles ou Berbères, a remarqué que cette opération si bardie était pratiquée également par les Touaregs. Ces derniers ne se la pratiquent pas seulement entre le pouce et l'index, comme les Kabyles, mais encore sur d'autres parties du corps, notamment sur les avant-bras et les jambes.

A ces détails, M. Guyon joint une autre observation médicale curieuse. « Une maladie très-répandue chez les Touaregs est le dragonneau ou ver de Médine. C'est à ce qu'il paraît le fléau du pays. Aussi est-ce la seule maladie pour laquelle nos voyageurs m'aient témoigné le désir d'avoir un remède. »

Ce fait est un de plus à ajouter à ceux que j'ai déjà recueillis sur la spécialité des maladies qui affectent de préférence telle race ou telle variété de la grande famille humaine.

NOUVEAU PROCÉDÉ DE CHEILOPLASTIE PAR TRANSPORT DU BORD LIBRE DE LA LÈVRE SAINE SUR LA LÈVRE RESTAURÉE; par M. SÉDILLOT.

Henry Schmidl, âgé de 65 ans, fut reçu à la Clinique le 30 novembre 1855. Les trois quarts gauches de la lèvre inférieure avaient été détruits par un cancer épithélial à marche aiguë, qui datait seulement de six mois. La muqueuse buccale siégeant en dedans de la commissure gauche était altérée et formait un bourrelet dur et épais. Les procédés ordinaires de cheiloplastie offraient peu de chances de réussite, et voici l'opération que je pratiquai le 18 décembre 1855.

Tout le cancer fut circonscrit entre deux incisions en V continuées jusqu'au contour cervical du maxillaire. Les joues furent ensuite fendues horizontale-

ment, au niveau des commissures, par une section plus prolongée à gauche que du côté droit.

Le bord libre de la lèvre supérieure, qui était très-large, fut partiellement détaché de dehors en dedans sur une longueur de 15 à 20 millim., puis renversé et fixé sur la surface des lambeaux destinés à reconstituer la lèvre inférieure. Celle-ci se trouva ainsi revêtue de chaque côté par le lambeau muqueux emprunté à la lèvre supérieure, et au milieu et un peu à droite par la petite portion de membrane muqueuse conservée sur le quart droit de la lèvre inférieure, resté intact.

Des épingles réunirent les parties dénudées de la lèvre supérieure tirée en arrière à la portion inférieure de la joue, qui avait été divisée horizontalement et fortement tirée en avant pour remplacer la lèvre enlevée. D'autres épingles maintinrent sur la ligne médiane l'affrontement des deux moitiés de la nouvelle lèvre, et quelques points de suture entrecoupée assujettirent la membrane muqueuse.

Le 29 du même mois, onzième jour de l'opération, le malade fut photographié, ce qui me permet d'en placer une épreuve sous les yeux de l'Académie; et il quitta la Clinique le 14 janvier, complétement guéri. Les plis de cicatrice, encore un peu saillants vers les commissures, disparaîtront; mais déjà tel qu'il a été représenté, le malade offrait une lèvre régulière, d'une hauteur suffisante, ayant un rebord libre muqueux, lisse et arrondi; les dents étaient bien cachées, et la salive n'avait aucune tendance à s'écouler involontairement. Les commissures étaient bien marquées, et l'ouverture buccale également rétrécie supérieurement et inférieurement, sans qu'il en résultât aucun obstacle pour l'introduction des aliments ou l'émission de la voix.

Une importante recommandation, que nous nous permettrons d'adresser à ceux qui seraient tentés d'imiter ce procédé, est de diviser le bord libre de la lèvre saine à plusieurs millimètres au delà de la membrane muqueuse. En laissant sur le lambeau une petite portion du tégument externe, on en assure mieux la vitalité, et on obtient surtout des réunions plus faciles et des cicatrices plus régulières et moins apparentes.

— M. Poggiale adresse une note sur l'action des alcalis sur le sucre dans l'économie animale, travail que nous avons publié dans notre dernier numéro.

(Renvoi à l'examen de la commission précédemment nommée pour les communications relatives à l'origine du sucre dans l'économie animale, commission de M. Figuier, 27 août 1855, de M. Semmola, 10 septembre, qui se compose de MM. Dumas, Pelouze, Rayer.)

Note sur l'action que le phosphore rouge exerce sur l'économie animale et sur l'empoisonnement par le phosphore ordinaire; par MM. Orfila et Rigout.

(Commissaires : MM. Dumas, Pelouze, Cl. Bernard.)

Cette note est un fragment détaché d'un travail que nous avons entrepris sur l'empoisonnement par le phosphore et les différentes questions qui s'y rattachent. La nature des recherches que nous avons crues nécessaires pouvant éloigner encore longtemps le terme de notre travail, nous nous sommes décidés à faire connaître, dès aujourd'hui, celles de nos expériences qui ont trait à l'action exercée par le phosphore amorphe sur l'économie animale. C'est sur des chiens que nous avons expérimenté, en leur administrant le phosphore rouge, intimement mélangé, au moyen du pilon, avec le fromage d'Italie dont nous les nourrissions.

Exp. I. — Du 28 au 30 juillet, nous avons donné, par doses de 2 grammes chaque jour, 6 grammes de phosphore rouge à un chien vigoureux. Le 31, nous avons porté la dose à 3 grammes. Nous avons attendu jusqu'au 7 août, et alors, voyant que la santé de l'animal n'était point troublée, nous avons recommencé à lui administrer 2 grammes par jour jusqu'au 19. A cette date, l'animal avait avalé 36 grammes de phosphore rouge depuis le commencement de l'expérience. Comme aucun accident ne survenait, nous lui avons introduit, le 21 août, dans l'estomac, 2 grammes de phosphore ordinaire, et nous lui avons lié l'œsophage. Le lendemain, à neuf heures du matin, l'animal succombait.

Pendant toute la durée de l'expérience, ce chien rendait avec ses fèces du phosphore rouge parfaitement reconnaissable, et, après l'ingestion du phosphore ordinaire, les matières fécales répandaient des vapeurs phosphorescentes.

Exp. II. — Le même jour nous avons fait avaler à une chienne, très-jeune il est vrai, 50 centigr. de phosphore ordinaire suspendu dans de l'huile d'olive, et l'animal n'a survécu qu'un quart d'heure.

Exp. III. — Le 28 novembre nous administrons à une chienne robuste et très-bien portante 10 grammes de phosphore rouge. Elle n'achève les aliments qui lui étaient offerts que le lendemain; mais elle ne donne d'ailleurs aucun signe de souffrance. Le 30, la dose est portée à 50 grammes; l'animal dévore tout son repas en un moment, mais bientôt il vomit. Dès le lendemain cependant il est gai et mange avec appétit. Les 4, 5, 6 et 7 décembre, la même chienne avale 20 grammes par jour. Le 8 et le 10, 30 grammes, et enfin le 11 elle mange très-bien sa ration, à laquelle nous avions mélangé 50 grammes de phosphore; cette fois elle ne vomit pas. Le lendemain 12, elle mange avec appétit. En somme, cette chienne, sans compter les 50 grammes qu'elle a vomis, a donc avalé en douze jours 200 grammes de phosphore rouge.

Nous la pendons le 12 à six heures du soir : à l'autopsie nous ne trouvons aucune lésion; l'œsophage, l'estomac et le tube digestif présentent une coloration rouge qui ne peut être attribuée qu'au phosphore amorphe.

Exp. IV. — Le 21 décembre à quatre heures, nous avons introduit dans l'estomac d'un chien vigoureux 2 grammes de phosphore ordinaire grossièrement pulvérisé dans l'eau chaude. Le lendemain matin, l'animal était mort.

Voulant rechercher pendant combien de temps le phosphore peut rester après la mort dans les organes à l'état de phosphore libre, nous avons retardé l'ouverture jusqu'au 4 janvier. Quelle n'a pas été notre surprise, lorsque nous avons vu que les organes de cet animal étaient aussi frais que si la mort ne datait que de quelques minutes! tandis qu'un autre chien, qui n'avait pas été empoisonné par le phosphore, abandonné seulement depuis trois jours à côté du premier, était déjà dans un état de putréfaction avancée.

Dans l'œsophage et dans l'estomac du chien empoisonné se trouvait une matière jaunâtre spumeuse qui répandait des vapeurs de phosphore. Placée sur une lame métallique chauffée au rouge, cette matière brûle sur quelques points avec une flamme blanche vive et des vapeurs épaisses. A ces caractères, il est facile de reconnaître la présence du phosphore libre.

Nous réservons cette matière pour faire quelques réactions.

La membrane muqueuse de l'œsophage et de l'estomac présente une rougeur vive. Les valvules auriculo-ventriculaires gauches offrent dans toute leur longueur, aux points d'insertion aux parois cardiaques, une ecchymose très-nette. Les valvules auriculo-ventriculaires droites sont vivement injectées.

Pour séparer le phosphore mêlé au liquide trouvé dans l'estomac et mieux le caractériser, nous avons placé ce liquide en digestion avec du sulfure de carbone dans un ballon bouché. Le lendemain nous filtrons; la liqueur qui passe parfaitement limpide se partage en deux couches : l'une aqueuse, l'autre oléagineuse, formée par le sulfure de carbone; celle-ci est placée dans une capsule et abandonnée à l'évaporation spontanée. Quand tout le sulfure de carbone s'est dégagé, il reste une masse jaune possédant tous les caractères du phosphore : lumineuse dans l'obscurité, répandant une odeur alliacée, brûlant avec une flamme blanche vive, accompagnée de vapeurs blanches épaisses, laissant enfin après sa combustion un résidu rouge.

Cette expérience, qui montre déjà que 2 grammes de phosphore ordinaire suffisent pour tuer un chien, a fixé notre attention d'une manière spéciale par quelques particularités que nous allons signaler; elle indique, en effet qu'à la suite d'un empoisonnement par le phosphore :

1° Ce corps peut exister dans les organes, à l'état libre, quinze jours après la mort. Ce fait, s'il a été entrevu ou vaguement prévu, n'a pas été jusqu'à présent, que nous sachions, observé. Il est possible d'ailleurs que le phosphore se conserve encore plus longtemps dans le même état, et il est facile de comprendre quel parti peut tirer de cette observation, dans des cas analogues, l'expert chargé de constater l'empoisonnement.

2° La putréfaction est, dans certains cas, singulièrement retardée.

3° Le sulfure de carbone est un bon dissolvant pour séparer le phosphore libre des matières avec lesquelles il est mélangé dans l'estomac et qui masquent les propriétés caractéristiques de ce métalloïde.

Les remarques précédentes nous ont paru mériter une mention, mais nous avons cité cette dernière expérience surtout parce qu'elle concourt avec les autres à démontrer que l'action exercée sur l'économie animale par le phosphore amorphe n'est pas comparable à celle que produit le phosphore ordinaire; il est même permis de dire que le premier de ces corps n'est pas vénéneux. Cette assertion, déjà avancée par d'autres observateurs sans preuves suffisantes, n'a été incontestablement établie pour nous que par l'ensemble des expériences que nous venons de rapporter.

— M. Moquin-Tandon présente à l'Académie, de la part de M. A Becquerel, médecin de l'hôpital de la Pitié, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, une note manuscrite intitulée : Du développement de la fièvre typhoïde chez les animaux. M. Moquin-Tandon résume, dans les termes suivants, le travail de M. Becquerel :

« Dans une vaste propriété aux environs de Paris, appelée *le Louvrel*, appartenant à M. Maloguet, se trouve un château entouré d'un parc. Ce parc, placé à peu près en amphithéâtre sur les bords de la Seine, renfermait une centaine de lièvres qu'on ne chassait pas. Depuis quatre ans, on voyait de temps en temps certains de ces animaux, fatigués, qui ne fuyaient pas l'approche de l'homme, et qui venaient mourir dans les allées. Ils ne présentaient aucune blessure grave; mais ils étaient amaigris, efflanqués et avaient le ventre volumineux et ballonné. Cet automne, la mortalité augmenta considérablement. On consulta M. A. Becquerel, et on lui envoya trois sujets. M. Becquerel examina ces lièvres avec soin, il en donne aujourd'hui, dans sa note, l'autopsie et l'anatomie pathologique. Il fait remarquer que ces animaux présentent les lésions les mieux caractérisées de la fièvre typhoïde. Il est mort de cette maladie, dans le parc dont il s'agit, depuis quatre ans, de 70 à 80 lièvres. »

Note sur deux applications nouvelles de l'acide sulfureux; par M. H. Grun, commissaire pour les produits des Indes à l'Exposition universelle.

En 1851, ayant à traiter à Paris un cas de teigne faveuse qui avait résisté à tous les moyens ordinairement employés, il m'est venu l'idée d'essayer l'acide sulfureux, dont l'action sur les parasites végétaux est depuis longtemps connue.

Le résultat dépassa toutes mes espérances. L'acide sulfureux, appliqué di-

rectement par voie d'insufflation, détruit la maladie en quelques jours. Plus de dix expériences ultérieures ont confirmé la première. Quand le favus est petit, je l'ai vu flétrir six heures après la première fumigation. Dans d'autres cas, la matière faveuse flétrit et se contracte, et en quelques jours on peut l'enlever en masse adhérente à la croûte. Alors on voit dans le cuir chevelu un trou cylindrique et profond qui a l'air d'être fait avec un emporte-pièce. Ce trou se contracte, se remplit, et il ne reste rien de la maladie.

L'appareil que j'ai employé est fort simple : une pipe en terre, un bouchon auquel on ajuste un bout de pipe en caoutchouc. On met du soufre et quelques morceaux d'amadou dans le bol de la pipe, on allume l'amadou, on bouche le bol et l'on souffle. Par ce moyen, un jet d'acide sulfureux est projeté sur le tubercule faveux, qui flétrit et se détache en quelques jours.

La seconde application de l'acide sulfureux est aussi le résultat de l'induction que l'expérience est venue confirmer.

En voyant l'acide agir si promptement sur le cryptogame de la teigne, je me suis demandé s'il ne devait pas agir de même dans des cas analogues, c'est-à-dire contre d'autres maladies qui résultent du développement d'un cryptogame. Jusqu'ici je n'ai eu l'occasion d'appliquer cette théorie qu'à la maladie des vers à soie. Mes expériences ont été faites dans les Indes, et il faudrait les répéter en France avant d'affirmer qu'elles auront dans ce pays les mêmes résultats ; cependant je crois pouvoir promettre qu'en brûlant des quantités très-minimes de soufre dans les magnaneries pendant toute la période de l'éducation du ver à soie, on guérira ou l'on empêchera le développement de la maladie connue sous le nom de *muscardine*.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 12 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie les pièces suivantes :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département des Vosges en 1855.

2° Un rapport final de M. le docteur Billot, médecin des épidémies de l'arrondissement de Poligny, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Soule (Jura), en 1855.

3° Un rapport de M. le docteur Idrac, sur l'état sanitaire de l'arrondissement de Toulouse pendant la même année.

4° Un rapport supplémentaire de M. le docteur Yvonneau, sur une épidémie d'angine couenneuse dans la commune d'Antainville (Loir-et-Cher).

5° Un rapport de M. le docteur Thiébaut, sur une épidémie d'angine couenneuse, qui a régné dans la commune de Rémoville (Vosges). (Commission des épidémies.)

6° Un rapport de M. le docteur Masson, sur une épidémie de choléra dans la commune de Menessaire (Côte-d'Or). (Comm. du choléra de 1854.)

7° Un rapport de M. le docteur Tellier, sur le service médical de l'établissement d'eaux minérales de Bourbon-Lancy. (Commission des eaux minérales.)

— La correspondance non officielle comprend :

Une lettre de M. Jacquot, qui sollicite le titre de membre correspondant et adresse à l'appui de sa demande la liste de ses publications. (Future commission des correspondants.)

M. A. Breton soumet à l'examen de l'Académie une pile galvanique construite en vue des applications médicales. (Comm. nommée.)

M. Charrière fils présente à l'Académie un petit instrument fort simple, à l'aide duquel M. le professeur Galli, de Lucques, a extrait de la vessie une épingle double à cheveux.

Il se compose d'une tige métallique à une des extrémités de laquelle est soudé, perpendiculairement à son axe, un petit crochet qui forme autour de la tige les trois quarts d'un cercle environ.



Il est facile de comprendre le mécanisme de cet instrument quand l'épingle présente sa partie recourbée en avant; dans le cas contraire, le crochet enroulé autour d'une des pointes de l'épingle, refoule facilement le corps étranger vers le bas-fond de la vessie; et là, toujours repoussée dans le même sens, l'épingle exécute sur elle-même un mouvement de rotation qui place sa partie recourbée en avant : alors l'extraction devient des plus faciles.

M. le docteur Calvé adresse un mémoire sur le traitement et la guérison de la goutte et du rhumatisme aigu et chronique (M. Bouillaud, rapporteur.)

M. Collardot, ex-élève des hôpitaux, soumet à l'examen de l'Académie un bandage inguinal double. (Comm. : MM. Malgaigne et Ricord.)

M. le docteur E.-L. Bertherand (de Lille) adresse un travail intitulé : De l'influence du transport par les chemins de fer sur la santé des animaux destinés a la boucherie et a l'engraissement. (Comm. : MM. Delafond et Bouley.)

M. Victor Masson adresse à l'Académie la quatrième édition du Traité de pathologie générale de M. le professeur Chomel, et la dernière livraison de l'Atlas d'anatomie de MM. Beau et Broca.

M. P. Dubois fait hommage à l'Académie de la collection du Journal de médecine de Vandermonde.

M. Moreau : Depuis près d'un mois, le bruit s'est répandu dans Paris qu'une épidémie de fièvre puerpérale frappait les femmes enceintes. J'ai même été consulté à ce sujet par plusieurs personnes. Cette crainte retient loin de Paris certaines personnes et fait que d'autres s'en éloignent. D'après mes propres observations, jamais l'état sanitaire de Paris n'a été plus satisfaisant à ce point de vue; depuis dix-huit mois, il ne s'est pas offert à mon observation un seul cas de fièvre puerpérale. Quelques cas malheureux se sont cependant produits, à ce qu'il paraît; mais il n'y a pas là de raison suffisante pour que des femmes enceintes s'éloignent de Paris. On a été cependant jusqu'à me demander si Versailles ne serait pas trop rapproché de Paris. J'ai répondu que si ma belle-fille et ma nièce étaient sur le point d'accoucher, elles n'accoucheraient certainement pas ailleurs qu'à Paris. Je fais appel à ceux de nos confrères qui se livrent à la spécialité des accouchements, à ceux surtout qui exercent dans les hôpitaux; je les prie de me fournir quelques explications à ce sujet.

M. P. Dubois : On m'a adressé les mêmes demandes qu'à M. Moreau ; il y a un mois, en effet, quelques fièvres puerpérales graves se sont montrées dans Paris; cet état n'a duré que peu de temps à la Maternité et à la Clinique. J'ai eu le malheur de perdre ainsi deux malades dans ma pratique, et depuis ce temps j'ai vu quelques autres malades affectées de fièvre puerpérale. Mais, en ce moment, je donne des soins à neuf femmes nouvellement accouchées qui toutes se portent très-bien. Tous les ans et à toutes les époques de l'année, il y a des accidents de cette nature dans un centre de population aussi considérable que Paris. Je ne pense donc pas qu'à présent le séjour de Paris puisse être nuisible aux nouvelles accouchées. Il n'y a pas d'année où l'on ne fasse courir des bruits semblables. Il suffit d'un cas malheureux dans de certaines familles pour que ce bruit s'étende et prenne de la consistance.

M. Velpeau : Le bruit d'une épidémie de fièvre puerpérale a été répandu depuis quelque temps dans Paris. Depuis trois ou quatre mois, nous recevons à la Charité beaucoup de femmes grosses; je ne sais pourquoi.

M. P. Dubois : Cela tient à des réparations qui ont été faites à la Maternité.

M. Velpeau : J'ai observé 3 cas de fièvre puerpérale sur 12 ou 15 femmes accouchées; un seul très-grave et suivi de mort; le deuxième cas assez grave et le troisième assez léger. Il n'y a donc eu à la Charité rien qui ressemble à une épidémie puerpérale, et les bruits qu'on a fait courir ne sont nullement fondés.

M. Moreau : Les femmes placées dans des salles de chirurgie sont dans de très-mauvaises conditions. Il y a quelques années, dans un hôpital de Bruxelles, la salle d'accouchements était voisine des salles de chirurgie; la mortalité était énorme. Elle a diminué depuis que ces deux salles ont été éloignées l'une de l'autre. Les fièvres puerpérales dont on a parlé sont donc des cas purement sporadiques; de là à une épidémie, la différence est énorme.

M. Collineau : A Saint-Lazare, où il se fait beaucoup d'accouchements, il n'y a pas eu un seul cas de fièvre puerpérale.

— M. F. Boudet lit un mémoire sur la fermentation. (Renvoi à la section de chimie et de physique médicale constituée en commission.)

DU TYPHUS CONTAGIEUX DE L'ESPÈCE BOVINE.

M. le professeur Renault commence la lecture d'un mémoire sur le typhus de l'espèce bovine, maladie rarement sporadique, presque toujours épidémique et contagieuse qui, signalée pour la première fois en 1711, a fait périr depuis cette époque plusieurs millions de bestiaux.

Nous attendrons que M. Renault ait achevé la lecture de ce mémoire pour en présenter l'analyse et en résumer les conclusions.

TRAITEMENT DES OPHTHALMIES PAR L'OCCLUSION DES YEUX.

M. Bonnafont, après avoir passé en revue les médications variées tant internes qu'externes qui ont été appliquées au traitement des ophthalmies, expose ainsi le procédé qui lui paraît donner les meilleures garanties d'une guérison exempte de récidives et de dangers ultérieurs.

Un morceau de linge fenêtré et cératé ayant exactement la forme de la cavité orbitaire est appliqué sur l'œil malade, préalablement voilé par les paupières. Les ouvertures de ce petit crible étant destinées à laisser passer le pus produit par la conjonctive enflammée, un léger plumasseau de charpie mollette est placé dessus, le tout hermétiquement retenu par un disque de diachylum qui comprend dans sa circonférence la région sourcilière, tout le côté du nez adjacent à l'œil malade, la partie supérieure de la face et un peu de la région temporale correspondante. Cet appareil contentif pouvant se décoller malgré la température des parties affectées, une compresse assujettie au moyen d'une bande prévient cet inconvénient.

L'œil malade reste ainsi fermé pendant plusieurs jours. Si l'on a affaire à une ophthalmie purulente très-intense, le bandage a besoin d'être renouvelé presque tous les jours, sans quoi l'on aurait à craindre quelque accident occasionné par la stagnation en lieu clos d'une suppuration abondante ; mais si

la conjonctive n'est que très-légèrement injectée, on peut sans danger ne refaire le pansement que deux, trois et même quatre jours plus tard.

Au bout de ce temps, le chirurgien lève son appareil, visite l'œil et juge à son degré d'inflammation s'il doit ou non recommencer l'occlusion. Ordinairement, quand la conjonctivite est peu grave, trois ou quatre jours suffisent pour la guérison du malade. Un chémosis ou une keratite ulcéreuse demandent un peu plus de temps, et on peut même obtenir des succès complets en huit et douze jours au plus pour des ulcères de la cornée, des chémosis et des iritis pen prononcés.

Ce qu'il importe surtout dans la méthode par occlusion est de savoir enlever en temps opportun le petit bandage obturateur, afin de prévenir les accidents qui pourraient résulter de son application trop prolongée.

Si, en effet, le malade accuse des souffrances plus vives que d'habitude, ou que le sparadrap soit soulevé par la suppuration, il faut ôter le bandage, visiter l'œil et refaire sans crainte le pansement, après avoir eu le soin de nettoyer l'œil avec un peu d'eau tiède et de bien essuyer la peau avant de réappliquer le disque de sparadrap.

M. Bonnafont rappelle les tentatives de traitement des ophthalmies par occlusion des yeux faites par MM. Velpeau, Piorry et Hip. Larrey, et rapporte ensuite les observations qui lui sont propres.

Sur 18 cas d'ophthalmies, soit purulentes, soit générales, soit partielles, soit simples, soit compliquées, l'auteur de cette méthode a obtenu 18 guérisons; la durée moyenne du traitement a été de treize jours.

M. Bonnafont n'a pas eu l'occasion d'appliquer ce mode de traitement contre les ophthalmies strumeuses et granuleuses, si fréquentes chez certains enfants, ni contre l'ophthalmie purulente qui règne souvent sur les armées et qui, dans les pays chauds, occasionne tant de cécités.

En résumé, dit l'auteur, l'occlusion complète des yeux dans le traitement des ophthalmies est une méthode curative qui, convenablement employée, comptera toujours plus de succès que les autres médications. Elle a sur les antiphlogistiques l'avantage incontestable d'être moins faillible; sur la cautérisation, d'être moins dangereuse; sur tous deux, de pouvoir s'étendre à tous les cas possibles d'inflammations oculaires, soit graves, soit bénignes, soit simples, soit compliquées.

L'important est de toujours se rappeler que le pansement doit être fait avec méthode, exactitude et *surtout* très-attentivement surveillé pendant son emploi.

M. Robinet demande à M. Bonnafont si, dans ses observations, il a distingué l'influence de la lumière de l'action de l'air sur les yeux malades.

M. Bonnafont comprend sous ce nom, influence de la lumière, tout ce qui est contenu dans l'air et qui peut frapper la surface de l'œil.

M. Hipp. Larrey réclame la parole pour la prochaine séance.

M. Bégin pense que, dans les ophthalmies, il faut distinguer trois causes d'irritation : l'action de l'air, celle de la lumière et le frottement des paupières. Il a souvent employé et, depuis longtemps déjà, la méthode de l'occlusion pour combattre cette triple influence; pour cela, il appliquait une bandelette de taffetas gommé sur les paupières fermées et la maintenait au moyen de compresses et d'une bande. Cette méthode d'occlusion ne l'empêchait pas d'ailleurs d'avoir recours aux moyens ordinairement mis en usage, aux sangsues, aux saignées, aux dérivatifs de toutes sortes; l'occlusion n'était pour lui qu'un moyen auxiliaire qui lui a donné de bons résultats.

La séance est levée à cinq heures moins dix minutes.

BIBLIOGRAPHIE.

ESSAI DE STATISTIQUE MÉDICALE SUR LES PRINCIPALES CAUSES D'EXEMPTION DU SERVICE MILITAIRE, ET RECHERCHES SUR LEUR FRÉQUENCE ET LEUR DISTRIBUTION GÉOGRAPHIQUE EN FRANCE; par Adolphe Devot. — Thèse de Paris, 1855, n° 265.

C'est en dépouillant les Comptes rendus du recrutement de l'armée que M. Devot s'est procuré les matériaux de ce travail, qui mérite d'être examiné ici à cause du soin que l'auteur y a apporté et de l'importance des différentes questions qui y sont soulevées.

Depuis l'année 1837, les Comptes rendus donnent la récapitulation par département des diverses espèces de maladies et d'infirmités qui ont été causes d'exemption du service militaire. De 1837 à 1849, ces maladies sont rangées sous les titres suivants : 1° défaut de taille, 2° perte de doigts, 3° perte de dents, 4° surdité et mutisme, 5° perte de membres ou autres organes, 6° goitre, 7° claudication, 8° difformités autres, 9° maladie des os, 10° myopie, 11° maladies des yeux autres que la myopie, 12° gale, 13° teigne, 14° lèpre, 16° autres maladies de la peau, 16° vice scrofuleux, 17° maladies de poitrine, 18° hernies, 19° épilepsie, 20° maladies diverses autres, 21° faiblesse de constitution. Des tableaux spéciaux indiquent en outre la force totale des classes et le nombre des hommes examinés par les conseils de révision, l'auteur est parti de ces données pour établir la proportion de chacune des infirmités énumérées, dans les 86 départements. Il en a déduit une classification des différentes localités suivant la mention plus ou moins fréquente des diverses maladies sur un même nombre de sujets examinés. C'est ainsi qu'ont été obtenus les résultats suivants :

Exemptions pour défaut de taille. Pendant les treize années de 1837 à 1849, sur 100000 sujets examinés, le minimum de la taille étant de 1m,560mm, n'atteignaient pas ce minimum dans le Doubs 2361 individus, le Jura 3009, la Côte-d'Or 3355, le Nord 3384, la Somme 3448, les Ardennes 3718, la Haute-Marne 3761, etc., etc., la Meuse 10005, l'Ille-et-Vilaine 10054, Ariége 10140, les Basses-Alpes 10159, le Cher 10377, le Tarn 10381, etc., etc., la Dordogne 13161, le Puy-de-Dôme 14994, la Haute-Vienne 17637, la Corrèze 18942.

Exemptions pour perte de dents, à savoir, la perte ou carie des dents incisives et canines d'une des mâchoires, la perte, carie et le mauvais état de la plupart ou d'un grand nombre des autres dents. Sur 100000 sujets examinés, le Puy-de-Dôme a donné 36 exemptions, la Haute-Loire 41, le Finistère 60, le Rhône 85, le Cantal 99, la Corrèze 102, la Loire 111, le Morbihan 119, etc., etc., l'Indre-et-Loire 1000, etc., le Maine-et-Loire 2017, la Seine-et-Oise 2120, l'Oise 2623, la Seine-Inférieure 3140, l'Eure 5014, la Dordogne 6760.

Exemptions pour surdité, surdi-mutité congéniale, mutité suite de blessure. Le minimum de fréquence de cette cause d'exemption est de 122 sur 100000 individus (Seine), le maximum est de 713 (Indre-et-Loire).

Exemptions pour goître et crétinisme, à savoir, le goitre ou bronchocèle ancien assez volumineux pour gêner la respiration et empêcher l'homme de mettre son col et d'agrafer son habit. Finistère et Morbihan 0, Ille-et-Vilaine 6, Côtes-du-Nord et Manche 7, Indre-et-Loire 15, Gironde 18, Mayenne 21, ..., Charente 216, ..., Doubs 536, ..., Lot 1019, ..., Vosges 2653, Basses-Alpes, 3239, Ariége 3265, Rhône 3301, Isère 3385, Hautes-Pyrénées 3854, Hautes-Alpes 8832.

Exemptions pour myopie, à savoir, les individus qui lisent à un pied de distance du nez avec des verres concaves nos 3 et 4, et qui distinguent les objets éloignés avec le n° 5 1/2. Sur 100000 examinés, l'Indre-et-Loire ne compte que 51 individus, les Côtes-du-Nord 59, le Bas-Rhin 82, le Cher 91, le Finistère 97, la Corrèze 106, le Morbihan 113, ..., le Puy-de-Dôme 134, ..., la Moselle 202, la Creuse 227, ..., l'Oise 303, le Jura 307, ..., les Pyrénées-Orientales 394, le Gers 416, ..., les Hautes-Alpes 538, la Gironde 548, la Haute-Marne 566, la Charente 579, le Lot-et-Garonne 608, le Vaucluse 620, ..., l'Aube 701, le Loir-et-Cher 764, la Dordogne 772, les Bouches-du-Rhône 1181.

Exemptions pour vice scrofuleux, comprenant principalement les individus porteurs de tumeurs et ulcères chroniques de nature scrofuleuse. Pas-de-Calais 118. Corse 452, Pyrénées-Orientales 460, Gironde 484, Var 506, Basses-Alpes 523, Gers 572, Indre 591, Charente et Eure, 598, Morbihan 605, ..., Allier, Isère, Creuse, Bas-Rhin, Dordogne, Saône-et-Loire, de 1000 à 1027, ..., Haute-Loire 1999, Lozère 2051, Cantal 2683, Nord 2809, Nièvre 2901.

Exemptions pour maladies de poitrine, comprenant les vices de conformation du thorax susceptibles de gêner les mouvements respiratoires, la prédisposition à la phthisie pulmonaire, la phthisie, la pleurite chronique avec épanchement soit actuel, soit résorbé. Sur 100000 examinés, le Morbihan donne 51 cas d'exemption, la Mayenne 60, le Finistère 60, le Jura 64, la Haute-Saône 67, ..., l'Ain 96, la Meurthe 105, l'Ardèche 108, la Loire 111, les Basses-Pyrénées 118, ..., la Haute-Vienne 198, la Haute-Garonne 202, le Doubs 215, l'Hérault 216, ..., la Manche 301, le Calvados 302, le Cantal 336, la Seine 348, la Charente 355, ..., le Tarn-et-Garonne 403, le Gers 405, l'Ariége 416, le Gard 437, le Tarn 441, ..., les Bouches-du-Rhône 510, la Côte-d'Or 529, le Loir-et-Cher 534, la Corse 541, ..., le Lot-et-Garonne 608, le Rhône 627, les Deux-Sèvres 678, l'Orne 682, le Pas-de-Calais 1030, le Nord 1116.

Exemptions pour hernies, à savoir, les hernies abdominales simples ou doubles, réductibles ou irréductibles, faciles ou difficiles à maintenir même à l'aide d'un bandage. Sur 100000 individus, de 20 ans révolus et du sexe masculin, de 1837 à 1849 inclusivement, la Meuse a compté 217 hernieux, l'Ille-et-Vilaine 799, le Morbihan 872, les Côtes-du-Nord 894, ..., le Pas-de-Calais, le Puy-de-Dôme, la Lozère, de 1028 à 1053, ..., le Vaucluse, le Tarn-et-Garonne, la Corrèze, l'Aube de 2021 à 2073, ..., le Loiret, les Deux-Sèvres, l'Aude, de 3032 à 3195, ..., l'Eure 4055, la Charente-Inférieure 4118, le Gers 4524, le Nord 4621, la Vendée 5120.

Exemptions pour épilepsie. Dans les conseils de révision, la notoriété publique peut seule constater l'existence de cette maladie; les pièces à produire sont des certificats signés de trois pères de famille domiciliés dans le même canton et dont les fils sont soumis à l'appel ou ont été appelés; ces certificats doivent être signés et approuvés par le maire de la commune. Sur 100000 examinés, le Puy-de-Dôme, la Manche, la

Haute-Vienne, le Loiret, la Seine-et-Marne, l'Yonne, le Tarn-et-Garonne, l'Aude, l'Indre, le Rhône, la Meurthe, la Côte-d'Or, le Doubs, les Deux-Sèvres, ont donné des chiffres graduellement ascendants de 41 à 98, ..., l'Isère 201, le Gers 202, le Morbihan 203, la Sarthe 204, ..., la Corrèze 285, la Meuse 296, les Pyrénées-Orientales 339.

Exemptions pour faiblesse de constitution, désignation vague et qui n'est pas susceptible d'une définition précise. Sur 100000 examinés, le Morbihan a eu 2035 exemptés, l'Indre 2178, la Corse 2968, les Pyrénées-Orientales 3783, le Doubs 4495, l'Ardèche 4540, ..., la Vendée 7117, l'Hérault 7189, la Moselle 7202, les Landes 7205, le Haut-Rhin 7417, ..., le Puy-de-Dôme 10237, la Corrèze 10263, la Loire-Inférieure 10297, ..., les Bouches-du-Rhône 10383, la Marne 10375, les Vosges 10632, l'Aisne 10689, ..., les Ardennes 11108, la Loire 11154, le Lot-et-Garonne 11438, l'Oise 11555, ..., la Vienne 12021, les Deux-Sèvres 12447, l'Eure 12448, le Cher 12495, ..., la Creuse 13162, la Haute-Vienne 13349, le Tarn 13726, l'Aude 13794, ..., l'Indre-et-Loire 14126, la Somme 14659, ..., l'Orne 15034, l'Eure-et-Loire 15259, la Charente-Inférieure 16125, le Nord 16475, la Sarthe 16702, l'Allier 17624.

Telles sont les principales données obtenues par M. Devot. Il les a mises en relief dans des tableaux parfaitement intelligibles, et il y a joint, dans un petit nombre d'exemplaires, des cartes teintées qui indiquent, d'après l'ordre des teintes (violet, vert, rose, jaune clair, blanc), la répartition de chaque maladie dans les départements ou plutôt dans les principales divisions territoriales. En examinant les cartes construites d'après ces principes, on trouve que les départements qui présentent le moins d'*exemptions de taille*, sont pour la plupart groupés au nord, que ce territoire s'étend à l'est, descend ensuite le long de la frontière orientale de la France, contourne le littoral méditerranéen, et les départements du centre, pour gagner le littoral occidental. Les régions qui présentent le plus d'exemptions sont, d'une part, la pointe du nord-ouest (la Bretagne), d'autre part, les départements du centre.

Les *minima* d'*exemptions pour perte de dents* occupent deux groupes de départements : l'un au nord-ouest, la Bretagne ; l'autre la majeure partie des départements du centre, du midi, de l'est de la France. Les *maxima* d'exemptions se présentent surtout dans les départements du nord et sur le littoral de l'Océan, ils semblent se grouper près de l'embouchure des principaux cours d'eau, et présentent un sol couvert en grande partie d'étangs et de marécages.

Pour le *goître*, on voit qu'il se localise surtout dans la partie montagneuse orientale de la France et dans les départements pyrénéens.

Pour la *myopie*, on remarquera que les *maxima* d'exemptions se groupent dans la bande de l'ouest, au sud et à l'extrémité sud-est (Provence).

Pour les *scrofules*, on peut voir que les *minima* qu'on retrouve en bon nombre dans la moitié occidentale forment dans le sud un groupe composé d'une partie de la Gascogne, qui vient rejoindre une bande de littoral formé du Roussillon, de la partie sud du Languedoc et de la Provence.

Les *maladies de poitrine* ne présentent aucun groupement précis.

Les *hernies* paraissent moins fréquentes dans les départements formant l'ancienne Bretagne, puis dans le centre et au midi de la France. Les *maxima* se voient dans le nord, dans la zone occidentale.

L'*épilepsie* ne donne pas lieu à un groupement caractéristique.

La *faiblesse de constitution* présente surtout ses *maxima* dans le nord et dans le centre, de manière à former une surface plus large au nord qu'au sud ; les *minima* s'observent dans la Bretagne et la Vendée, dans le sud-ouest, sous la forme de bande étroite.

Nous avons voulu relever ces différents faits pour les faire mieux apprécier des lecteurs. Tels qu'ils nous sont donnés, ils représentent un travail assez considérable, et il y a à louer le travailleur qui les a mis en lumière. Quelle que soit l'origine des COMPTES RENDUS DU RECRUTEMENT, quelle que soit l'opération à l'aide de laquelle on les façonne, il était nécessaire de les dépouiller et de les analyser au point de vue de la statistique et de la géographie médicale, sauf à discuter ensuite la valeur des données qu'on leur emprunte. Faire voir que ces documents peuvent devenir la source de renseignements importants relativement à l'hygiène publique, à la statistique et à la géographie médicale, c'est indiquer par cela même qu'ils auraient besoin d'être scrupuleusement analysés et révisés par les hommes compétents. Quelle est l'autorité médicale qui a indiqué le groupement des maladies suivant les 21 espèces que nous avons énumérées? D'où part la modification importante introduite depuis 1850 dans les comptes rendus du recrutement, et d'après laquelle les infirmités sont reportées dans 50 catégories? Il aurait été nécessaire d'indiquer les vues et la méthode qui ont présidé à cet arrangement. A-t-on mis entre les mains des conseils de révision une instruction relative à la classification des causes d'exemption du service militaire? M. Devot ne nous renseigne pas sur ces différents points qu'il eût été cependant nécessaire de bien établir. En matière de statistique, avant de raisonner sur les résultats obtenus, il faut savoir comment on les recueille et quelle valeur on doit leur attribuer. On fait valoir l'autorité des grands nombres ; mais quand ces grands nombres résultent d'unités le plus souvent mal déterminées, ils sont un total où l'erreur et l'inexactitude prédominent et qui ne peut jamais indiquer sûrement le côté de la vérité.

Nous n'avons pas une très-grande foi dans les COMPTES RENDUS, parce que l'expérience enseigne chaque jour combien la majorité des médecins appelés comme experts dans les conseils de révision sont étrangers au but et à la méthode nécessaires pour répartir dans un certain nombre d'espèces morbides les infirmités qui exemptent du service militaire. Jusqu'ici la principale intervention de l'homme de l'art a eu pour objet d'éclairer les autorités militaires et civiles sur l'exemption ou la non-exemption, la spécification des lésions morbides a toujours été exprimée, mais d'une manière vague et très-peu précise, parce qu'on y attachait peu d'importance. Pour qu'il en soit autrement, il faut qu'un cadre préparé à cet effet indique à l'avance aux médecins d'après quels caractères ils rangeront dans tel groupe plutôt que dans tel autre les cas si variés d'exemption. Si ce travail est laissé à l'interprétation d'un chacun, quels que soient le mérite et les aptitudes des experts, les données recueillies ne seront pas comparables entre elles.

Ces remarques critiques ne s'adressent pas au travail lui-même ; elles portent sur les documents d'après lesquels le travail a été élaboré. M. Devot avait un moyen de contrôler à un certain degré l'exactitude des COMPTES RENDUS. Il aurait pu comparer entre eux les départements année par année, au point de vue de la fréquence des différentes infirmités et voir si ces résultats concordaient entre eux et avec le résultante des treize années. En opérant ainsi, il aurait démontré que son relevé général est plus ou moins corroboré par les relevés partiels, et il aurait déterminé avec certitude la valeur des lois de distribution géographique qu'il cherche à établir. Quand les faits se groupent de la même manière dans des années successives, il y a de fortes probabilités pour que leur groupement résulte d'un fait naturel, persistant et important ; que si les résultats varient d'année en année, il n'y a pas à leur donner de signification positive au point de vue de la géographie médicale.

En étudiant les exemptions pour *défaut de taille*, de 1831 à 1849, on trouve, dans les années successives, les variations numériques suivantes : 1° 3289, 2° 8996, 3° 8746, 4° 8421, 5° 8310, 6° 8277, 7° 7915, 8° 7585, 9° 7175, 10° 7843, 11° 7265, 12° 7293, 13° 7066, 14° 6860, 15° 6788, 16° 6039, 17° 8580, 18° 7060, 19° 6667.

Les exemptions pour *perte de dents* éprouvent les variations numériques suivantes : années 1831 760 cas, les années suivantes 747, 807, 801, 793, 820, 895, 790, 735, 776, 725, 739, 810, 793, 875, 806, 603, 811, 793.

Les exemptions pour *surdité et mutisme* sont représentées par les chiffres 483, 441, 420, 338, 291, 301, 303, 321, 301, 315, 296, 270, 278, 311, 268, 291, 375, 313, 321.

Les exemptions pour *goître* ont des oscillations plus marquées : 655, 740, 752, 835, 860, 848, 756, 779, 753, 724, 687, 687, 722, 688, 620, 608, 542, 617, 665.

Les exemptions pour *myopie* sont successivement de 552, 535, 533, 518, 450, 428, 380, 383, 379, 359, 366, 329, 313, 318, 330, 284, 386, 329, 328.

Les exemptions pour *épilepsie* sont 269, 220, 198, 178, 159, 151, 154, 169, 168, 160, 143, 155, 153, 163, 141, 147, 173, 170, 167.

Nous multiplions les citations, parce que ces chiffres apportent un enseignement avec eux. On voit que les variations d'année en année sont extrêmement considérables, preuve que les quantités sur lesquelles on opère n'ont pas de fixité. Ces variations sont-elles également réparties dans les départements année par année? Nous ne le pensons pas et nous engageons de toutes façons M. Devot à faire ce travail, qui seul peut donner aux faits qu'il a présentés la confirmation dont ils ont besoin.

THOLOZAN.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

DU TYPHUS CONTAGIEUX DU GROS BÉTAIL.

Les deux dernières séances de l'Académie de médecine ont été en partie occupées par la lecture d'une communication de M. Renault, directeur de l'École d'Alfort, sur une question considérable pour l'hygiène et la fortune publiques, celle de savoir *si le typhus contagieux peut prendre naissance spontanément sur les bêtes bovines étrangères à la race des steppes.*

La maladie à laquelle les vétérinaires français ont donné le nom de typhus contagieux, et que les Allemands et les Italiens appellent *peste bovine*, est la plus meurtrière que l'on connaisse. Son histoire démontre qu'elle tue jusqu'à 95 pour 100 des animaux qu'elle attaque et quelquefois même la totalité sans exception; autant de malades, autant de morts. On conçoit la grandeur des pertes qu'un pareil fléau peut infliger à la fortune des pays qu'il envahit; quelques chiffres la feront mieux ressortir. De 1711 à 1723, l'Allemagne centrale a perdu à elle seule 3 millions de bêtes bovines et la Russie 1 million dans la seule épizootie de 1844 à 1845. Il résulte d'une statistique établie par le docteur Faust, de 1711 à 1796, époque à laquelle se sont arrêtés ses calculs, que le typhus contagieux n'avait pas fait périr moins de 200 millions de bêtes à cornes dans cette période de temps. Ce chiffre ne nous paraît nullement exagéré, et il explique cette dénomination de *peste* donnée par les Allemands à la maladie qui peut causer une aussi grande mortalité. L'expression de typhus dont se servent de préférence les vétérinaires français, leur a été inspirée sans doute par les symptômes et par les lésions de cette maladie qui, sous ce double rapport, a de grandes analogies avec la fièvre typhoïde de l'homme.

Quelle est l'origine du typhus contagieux des bêtes à cornes? Peut-il naître partout? Suffit-il pour qu'il fasse son apparition que de grandes masses de bestiaux soient agglomérées et soumises à des influences nuisibles générales, comme l'entassement, l'excès des fatigues, les privations de toute nature, etc., ou bien cette maladie est-elle l'apanage exclusif d'une race bien déterminée, seule apte à l'engendrer dans des conditions spéciales, seul foyer où elle s'allume et d'où elle rayonne et se propage au loin?

On comprend l'importance de ces questions. Si le typhus n'a qu'une seule source, s'il n'y a qu'une seule race qui soit susceptible de l'engendrer, s'il ne se propage que par voie de contagion exclusivement, s'il ne dépend pas enfin, comme la plupart des épizooties, d'une influence générale, qui règne simultanément sur tous les animaux d'une localité et développe en eux le même mal, il est possible, à l'aide de mesures sanitaires d'une grande énergie et rigoureusement appliquées, d'empêcher sa propagation du pays où il est infecté, dans ceux qui l'avoisinent et qui sont encore à l'abri de ses atteintes.

Mais pour que ces mesures qui sont d'une sévérité extrême soient légitimées aux yeux des gouvernements qui les emploient et des populations qui les souffrent, il faut qu'il y ait, sinon certitude absolue, au moins bien fortes présomptions de leur efficacité; il faut que la conviction soit bien acquise non-seulement que la maladie dont on veut empêcher l'extension jouit de propriétés contagieuses, mais encore que les animaux qu'on veut en préserver ne peuvent pas la contracter spontanément, en dehors de la contagion.

Or s'il n'y a jamais eu de dissidences dans notre pays à l'égard des propriétés contagieuses du typhus, démontrées, hélas! par de trop nombreux exemples, il n'en a pas toujours été de même sur la question de son origine. Les médecins qui ont écrit sur les maladies épizootiques, Lancisi, Ramazzini, Leclerc, Layard, Vicq-d'Azyr, Paulet, Buniva, Leroy, Metaxa, croyaient que la peste bovine est originaire de la Hongrie, comme la peste de l'homme est originaire de l'Orient. Une opinion qui avait pour appui des autorités aussi imposantes méritait d'être sérieusement examinée avant qu'on prît le parti de la rejeter, sinon comme fausse, au moins comme trop exclusive. C'est ce que l'on n'a pas fait en France: trompés sans doute par de fausses analogies qu'une même dénomination leur avait fait établir entre le typhus qui sévit sur les grandes agglomérations d'hommes et la maladie des bestiaux que l'on appelle le typhus contagieux; égarés par des faits mal recueillis et mal étudiés, quelques-uns des vétérinaires français qui avaient fait les campagnes de l'empire et observé le typhus contagieux sur les grands troupeaux d'approvisionnement des armées, émirent l'opinion « que cette maladie peut naître spontanément sur les bêtes de toutes les contrées lorsqu'elles sont exposées aux causes qui en suscitent le développement sur les bœufs hongrois, » c'est-à-dire à l'entassement, aux fatigues, aux privations. etc. Soutenue par des hommes considérables dans la profession vétérinaire et particulièrement par le professeur Rodet, ancien vétérinaire militaire; par Hurtrel-Darboval, l'auteur du Dictionnaire de médecine et de chirurgie vétérinaires, et par M. le professeur Delafond, dans sa Police sanitaire, cette opinion fut acceptée en France comme article de foi, et elle y a régné jusqu'en 1844, époque à laquelle le typhus faisant des ravages en Allemagne et paraissant se rapprocher de nos frontières, une commission composée de MM. Imlin, vétérinaire à Strasbourg, Yvart, inspecteur des écoles vétérinaires, et Renault, directeur de l'École d'Alfort, rapporteur, fut envoyée pour l'étudier sur les lieux.

Les observations recueillies et les documents rapportés par cette commission démontrèrent l'erreur considérable dans laquelle étaient tombés, relativement à l'origine du typhus, les auteurs français qui avaient écrit sur cette maladie. Le typhus contagieux des bêtes à cornes n'a qu'une origine; il prend toujours naissance sur la race toute particulière des steppes de la Russie méridionale ou de la Hongrie, et les bœufs du Nord et de l'Occident de l'Europe ne peuvent en être infectés qu'à la suite de rapports directs ou indirects avec les animaux malades de ces steppes.

Mais ce point établi d'une manière aujourd'hui irréfutable, il s'agissait de discuter les faits sur lesquels on s'était appuyé pour soutenir l'opinion contraire, de montrer par où ils péchaient, de rechercher l'origine des différentes épizooties de typhus qui ont régné accidentellement soit en Europe, soit en Egypte, et de prouver enfin que les épizooties se rattachent par des filiations certaines à la race des steppes, leur unique foyer. C'est ce dont M. Renault s'est occupé depuis douze ans avec une persévérance qui seule pouvait le mettre à même de réunir les éléments de la démonstration qu'il voulait donner. La communication dont l'Académie a entendu la lecture dans ses deux dernières séances peut être considérée comme le résumé de l'enquête officielle

---

FEUILLETON.

REVUE MÉDICO-LITTÉRAIRE.

Électro-dynamisme vital ou les Relations physiologiques de l'esprit et de la matière démontrées par des expériences entièrement nouvelles et par l'histoire comparée du système nerveux, par A.-J.-P. Philips, professeur d'électro-biologie. (1 vol. in-8°, chez Baillière.) — Du sommeil au point de vue physiologique et psychologique, par Albert Lemoine, docteur ès lettres, professeur de philosophie à la Faculté des lettres de Nancy (ouvrage couronné par l'Académie des sciences morales et politiques). (In-12, chez Baillière.) — Du démon de Socrate, etc., par M. Lélut. (2e édition, in-12, chez Baillière) — Question des esprits, etc., etc., par J.-E. de Mirville. (In-8°, chez Delaroque, quai Voltaire.)

The table is full! La table est pleine! C'est le cri d'horreur de Macbeth apercevant le spectre de Banquo assis à sa place au festin. Je peux aussi dire sans métaphore et presque avec la même terreur, la table est pleine! non pas de fantômes, il est vrai, mais de volumes, de tout format, de toute épaisseur, dont les coquettes couvertures, teintes de toutes les couleurs du prisme, provoquent tour à tour mon œil qui ne sait où se fixer. En partie étalés, en partie étagés autour de mon pupitre, ils ont envahi, dans leur indiscret empressement, jusqu'à la place du petit papier qui va pourtant être noirci pour eux, et ajouter, hélas! à ces monceaux de feuilles imprimées une page de plus!

Par lequel commencer? Par le plus gros. Ce plus gros est en même temps, par une rare rencontre, le plus remarquable. Le titre est long, ambitieux, un peu bizarre. La préface, l'introduction, ont la même allure. La personnalité de l'auteur s'y développe avec un ton d'exaltation, de hardiesse, de confiance extrêmes; il parle comme un révélateur auquel auraient été départies des lumières exceptionnelles, sentiment qui se trahit déjà dans l'épigraphe même de la préface: *Prolem sine matre creatam*, qui est celle de l'Esprit des lois. Un conte de loup-garou espagnol, des procès-verbaux d'expériences publiques d'électro-biologie, faites en divers pays de l'Europe, des attestations, des lettres particulières, sont mêlés, dans ces préliminaires, aux effusions lyriques et mystiques. Enfin, une terminologie technique toute personnelle, aussi terrifiante pour le moins que celle de M. Piorry, remplit tout le livre de broussailles qui embarrassent à chaque instant les pas du lecteur. Par tous ces motifs, l'ouvrage de M. Philips a pu et dû, *ex facie libri*, paraître suspect. On a pu, sur l'écorce, le classer parmi les produits hybrides de ces pseudo-sciences qui, comme le magnétisme animal, la phrénologie, etc., n'ont pas obtenu droit de cité dans le domaine de la science légitime. La suspicion a pu même, comme il arrive malheureusement, s'étendre du livre à l'auteur.

Mais ce serait là une double injustice. L'ouvrage et l'auteur sont également et hautement respectables au point de vue de la science et à celui de la moralité. Ces apparences défavorables s'expliquent aisément. L'auteur est jeune, et, comme tel, entreprenant, actif, confiant dans sa force, plein d'ardeur et de

qu'il a faite dans ce laps de temps, auprès de toutes les chancelleries, académies et écoles spéciales de l'Europe pour en obtenir des documents authentiques qui lui permissent de lever tous les doutes sur l'origine de la perte bovine.

Cette question était d'autant plus importante à éclaircir aujourd'hui que quelques journaux d'agriculture et le MONITEUR lui-même viennent de jeter dans le pays une certaine émotion en essayant de le rassurer à l'occasion d'un fait assez fréquent et fort ordinaire : l'apparition du typhus en Pologne et dans quelques parties de la frontière orientale de la Prusse et de la Hongrie.

Nous croyons qu'après la lecture de l'intéressante communication de l'honorable directeur d'Alfort tout motif d'inquiétude disparaîtra; l'Allemagne est notre gardienne tutélaire contre le typhus, et les mesures de police sanitaire sont si bien organisées chez elle que nous n'avons rien à redouter de ce terrible fléau.

H. BOULEY,
Membre de l'Académie de médecine.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

QUELQUES PROPOSITIONS SUR LES FIBRÔMES OU TUMEURS FORMÉES PAR LES ÉLÉMENTS DU TISSU CELLULAIRE, AVEC DES REMARQUES SUR LA NOMENCLATURE DES TUMEURS (lues à la Société de Biologie dans l'une des séances du mois d'octobre 1855); par M. VERNEUIL, agrégé à la Faculté.

(Suite et fin. — Voir les nos 5 et 7.)

FIBRÔME DERMIQUE PÉDICULÉ SIÉGEANT A LA RÉGION POSTÉRIEURE DU COU (remis par M. CHAMEROT, élève des hôpitaux. Mars 1855.)

OBS. C. — Cette tumeur existait depuis de longues années; elle n'avait jamais causé la moindre douleur. Dans ces derniers temps, elle s'était excoriée à la surface et déterminait de la gêne dans les mouvements et un peu de cuisson lorsque les vêtements frottaient sur la surface excoriée. L'excision fut faite avec des ciseaux courbes et donna écoulement à une faible quantité de sang.

La tumeur, du volume d'une noisette, se continue avec la peau par un pédicule gros comme une plume à écrire. Sa consistance est molle et comme flétrie; elle change de forme à la moindre pression; on dirait un sac vide; sa surface est blanche, lisse, non mamelonnée ni papilliforme. Il existe un peu de rougeur et de vascularisation autour du point excorié.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — Pas de suc en raclant la coupe; pas de liquide interstitiel. Fibres du derme très-lâchement unies et facilement dissociables, formant de gros faisceaux entre-croisés, un peu moins transparents et nets qu'à l'état normal. Très-peu de vaisseaux au centre, pas de filets nerveux, ni de glandes, ni de follicules pileux. On retrouve une assez forte proportion de fibres élastiques; malgré sa mollesse et sa laxité, ce tissu présente une très-grande résistance à la déchirure. Point de matière amorphe ni de cytoblastions. (Cet élément se combine assez fréquemment aux éléments naissants du tissu cellulaire dans les fibrômes cutanés.) Pas d'éléments fibro-plastiques. La peau qui recouvre cette masse fibreuse n'a subi d'autres altérations qu'un amincissement considérable. On reconnaît néanmoins la couche épidermique mince et dense, qui manque toutefois sur le point ulcéré. La couche papillaire est également visible, mais les papilles sont larges, très-aplaties et privées de vaisseaux. Le tissu cellulo-graisseux sous-cutané n'existe plus. Le derme lui-même ne peut être isolé et se confond avec la masse du fibrôme qu'il concourt sans doute à former.

J'ai rapporté cette description peu importante en elle-même, parce qu'elle peut servir de type à un grand nombre de tumeurs cutanées connues sous le nom de *polypes de la peau*. Ces tumeurs me paraissent n'être autre chose que des hypertrophies circonscrites du derme qui, d'abord, larges, aplaties et sessiles, sont confondues avec des tumeurs de nature toute différente, sous la vague dénomination de *verrues*. Plus tard, en s'accroissant, ces tumeurs se mobilisent, sous l'influence des frottements, se pédiculent à la manière de toutes les tumeurs qui font saillie sur une surface libre, cutanée, muqueuse ou séreuse, et prennent alors le nom tout aussi vague de *polypes*. Ce mot créé seulement pour désigner une disposition de forme très-variable d'un moment à l'autre de l'évolution, ne peut être accepté plus longtemps pour désigner un ordre entier de maladies. C'est un vestige des classifications grossières où la moindre particularité extérieure servait à grouper les tumeurs au mépris de leur composition anatomique. On peut toujours d'ailleurs conserver l'idée que ce mot représente et qui a quelque intérêt au point de vue opératoire en qualifiant de *pédiculées* les tumeurs qui sont rétrécies à leur base.

Nous venons de voir que dans ce fibrôme dermique les couches superficielles de la peau étaient amincies et comme atrophiées; il n'en est pas toujours ainsi, et la couche papillaire peut en s'hypertrophiant donner à la surface un aspect lobulé muriforme, avec ou sans vaisseaux, avec ou sans pigment, et donner ainsi naissance à des *fibrômes dermo-papillaires*, *vasculaires* ou *pigmentaires*, etc.

J'ai présenté dernièrement à la Société anatomique (voir les bulletins 1855) une tumeur pédiculée de la région ombilicale que je désignai sous le nom de *fibro-lipôme dermique* qui équivaut presque à une description.

FIBRÔME COLLOÏDE.

OBS. D. (1). — Au devant du genou et résultant d'un hygroma ancien, la tumeur représente un gâteau aplati ayant près de 15 centim. dans son plus grand diamètre, 8 à 10 dans le plus petit. Son épaisseur au centre est de 3 centim. environ.

La consistance en est très-variable; elle est lobulée, inégale en certains points, dure et fibreuse; elle présente ailleurs des saillies mamelonnées qui donnent la sensation d'une fausse fluctuation; elle donne au toucher les mêmes sensations que le lipôme.

Sa coloration est en général rosée, mais ce caractère est masqué par un revêtement fibreux plus ou moins épais.

La cohésion de la masse est considérable, sa pesanteur très-notable; elle se précipite rapidement au fond d'un vase plein d'eau.

Après l'exposé de ces caractères généraux, voyons les détails que nous révèle la dissection.

SURFACE CUTANÉE. — Une partie de la peau cernée entre deux incisions

(1) Cette observation a été recueillie en 1851. Je lui laisse sa rédaction primitive, convaincu des inconvénients réels qui surviennent quand on corrige après coup une observation faite depuis longtemps.

---

bonne volonté. Convaincu de ce qu'il croit être des vérités et des vérités qu'il croit avoir le premier découvertes ou démontrées, il en parle avec un enthousiasme, avec une exaltation qui peuvent faire sourire une froide critique, mais que la sincérité du sentiment et la valeur des idées rendent excusables et même intéressants. Il est en outre Américain, et, à ce titre, il peut avoir, sur les habitudes et convenances du monde et du style scientifiques, sur les formes de la publicité, d'autres idées que les nôtres. Enfin, quoique Canadien, c'est-à-dire d'origine française et parlant le français qui est encore la langue nationale de son pays, il est possible que ce Français américanisé ne soit pas toujours d'une parfaite correction, et revête çà et là des formes plus ou moins excentriques. Mais combien de Français de France, surtout — ne nous en déplaise — en médecine, seraient sur ce point graciables! O chers amis, chers confrères et collègues de science et de plume, nous savons, dit-on, une infinité de belles choses qu'ignoraient nos pères, mais il est certain que nous ne savons plus écrire.

Tout ceci a pour but, non pas de faire connaître le très-remarquable livre de M. Philips — la plus maigre analyse exigerait, pour être intelligible, bien des pages — mais pour le recommander à l'attention du public médical et philosophique, et détruire, autant qu'il est en nous, l'impression défavorable que des critiques insuffisamment renseignées ont pu en donner.

Je voudrais bien pourtant indiquer en passant l'idée fondamentale de ce travail et les conclusions pratiques que l'auteur en déduit.

M. Philips est un thaumaturge; il fait des miracles. Il peut par une direction appropriée de la volonté et de la puissance psycho-vitale, aidée de la mise en jeu de l'agent électrique, s'emparer de toutes les fonctions animales et organiques des individus soumis à ses expériences, en modifier à son gré tous les produits normaux ou morbides, susciter momentanément et faire disparaître tous les désordres pathologiques. Il peut, par exemple, faire prendre une canne pour un serpent, un foulard pour un corbeau, transformer un salon en un paysage; il peut encore produire le mutisme, la claudication, la paralysie de tel ou tel membre, la chorée, la suppression complète ou partielle de la mémoire; il peut donner à un verre d'eau le goût et les propriétés enivrantes du vin; communiquer à la mie de pain une vertu dormitive ou purgative; il peut, en un mot, par une simple action mentale, plonger le sujet dans un monde fantastique d'illusions et d'hallucinations, et produire en lui tous les effets du haschich, de la strychnine, de la belladone, de la jusquiame, du chloroforme, de l'opium, du galvanisme. Quelle simplification de la pharmacie! quelle richesse de ressources dans cette impondérable thérapeutique! et que va dire M. Mialhe?

Nous n'avons pas observé ces faits, et ils sont certes de ceux dont on dit qu'il faut les voir pour les croire. Mais n'y en eût-il qu'un d'avéré, il justifierait expérimentalement la possibilité de tous les autres. Ils ne sont pas d'ailleurs proprement nouveaux. Les livres des magnétiseurs en sont pleins. En dehors même du magnétisme animal, des observations exactes ont montré accidentellement la puissance physiologique et thérapeutique de ce qu'on a appelé, faute d'un meilleur terme, l'*imagination*. Or il est tout simple que les faits de ce genre se montrent plus souvent à ceux qui y croient et les cherchent qu'à ceux qui les nient et les fuient; et c'est ainsi qu'une foule de

elliptiques reste sur la partie saillante de la tumeur. Cette peau présente deux tumeurs saillantes circonscrites du volume d'une noisette pour la première, d'une noix pour la seconde. Ces bosselures cutanées sont molles, et paraissent renfermer du liquide. Il n'en est rien. Une coupe les montre formées par une hypertrophie du derme dont les mailles très-écartées sont infiltrées d'une matière jaune, albuminoïde, analogue à de la synovie épaissie et en tout semblable à la matière colloïde que nous verrons former la presque totalité de la masse morbide. La partie la plus profonde de ces mamelons cutanés se continue sans ligne de démarcation avec le reste de la tumeur sous-jacente. Je pense que ces deux tumeurs sont les vestiges des ponctions qui ont été autrefois pratiquées dans l'hygroma; elles constituaient alors des espèces de kéloïdes cicatricielles.

Dans le reste de son étendue, la peau est très-inégalement adhérente à la production morbide; là, en effet, les trabécules fibreuses du derme s'enfoncent directement dans la tumeur sous-jacente, de telle sorte que pendant l'opération le bistouri a été obligé de trancher à même la masse pathologique, tandis que dans d'autres points la face profonde de la peau en est séparée par de petites bourses séreuses très-restreintes, mais bien évidentes.

Vers la périphérie de la tumeur, la peau est beaucoup plus libre. Le tissu graisseux sous-cutané n'existe plus.

SURFACE PROFONDE. — Un tissu cellulaire lamelleux unissait la tumeur aux couches sous-jacentes; après l'avoir enlevé, on constate que la tumeur est partout limitée dans ce sens par une couche fibreuse, blanche, presque nacrée, très-résistante quoique élastique; c'est évidemment la paroi profonde de la bourse séreuse antérotulienne très-hypertrophiée. Il n'existe point de graisse de ce côté.

La circonférence de la tumeur plus mince que la partie centrale est nettement circonscrite, mais elle est inégale, comme mamelonnée, et offre des incisures profondes séparant des bosselures volumineuses.

La tumeur paraît avoir été enlevée dans sa totalité. J'ajoute qu'après l'extirpation, M. Denonvilliers a pris soin d'exciser encore quelques noyaux durs et suspects. Pour caractériser par une comparaison cette remarquable production, je dirai que, circonscrite par la peau vers sa superficie par un feuillet fibreux très-fort vers sa profondeur, elle représente une glande mammaire aplatie.

La ressemblance est encore légitimée par l'examen de la disposition du centre de la tumeur. De la périphérie, en effet, partent des cloisons fibreuses, très-fortes, qui cloisonnent la masse et la divisent en un certain nombre de lobes volumineux, arrondis, lisses, séparés les uns des autres, et des cloisons précisées par un tissu cellulaire très-lâche qui, en plus d'un point, forme de véritables bourses séreuses, secondaires et accidentelles.

Plusieurs de ces cavités renferment des liquides de diverse nature. Là on trouve de la sérosité plus ou moins filante, ce qui constitue des kystes séreux anormaux; ailleurs, cette sérosité est colorée en jaune rouille, comme les anciens foyers apoplectiques du cerveau. Ce sont des kystes dits hématiques, ce qui provient soit de ce que les opérations antécédentes ont donné lieu à des suffusions sanguines, soit de ce que du sang a été exhalé à la surface interne des bourses séreuses accidentelles enflammées, phénomène que j'ai pu observer déjà plus d'une fois et qui est loin d'être rare dans les vraies séreuses (1).

Une de ces poches, située vers la circonférence, à près de trois centimètres d'étendue, la cavité est anfractueuse et revêtue d'une couche jaune tomenteuse.

(1) La présence d'un liquide chocolat ou de couleur café, en un mot, d'un fluide qui renferme en proportions diverses du sang plus ou moins altéré, n'indique nullement que la poche hématique se soit formée à la suite d'une ancienne contusion, d'un ancien épanchement sanguin.

J'ai, dans un tiers de la tumeur environ, isolé par la dissection les masses lobulées que je viens de décrire; elles se continuent les unes avec les autres en présentant des étranglements et des dilatations irrégulières.

Elles sont constituées par une enveloppe celluleuse très-délicate, qui renferme une masse rosée gélatiniforme analogue à la gelée de coings ou de groseilles, et traversée par un lacis de faisceaux très-déliés de tissu cellulaire.

Dans les cloisons et les interstices interlobulaires, on rencontre des vaisseaux assez volumineux; je n'y ai pas vu de nerfs. Çà et là se trouvent des ecchymoses ou de petits foyers sanguins assez circonscrits. Sont-ce des foyers hémorrhagiques spontanés analogues à ceux qui parsèment si souvent les tumeurs cancéreuses et quelquefois même les hypertrophies glandulaires? Sont-ce seulement des épanchements, suite des frottements, des chocs auxquels par sa position superficielle était exposée la tumeur en question? Je penche pour la dernière supposition.

Vers la profondeur de la masse morbide et vers sa circonférence, les masses lobulées offraient moins l'aspect colloïde que dans le centre; quelques-unes même avait l'aspect, la consistance, les caractères de masses fibreuses; mais sauf la différence de consistance, les apparences de configuration étaient les mêmes.

Je n'ai pu retrouver nul vestige de l'ancienne cavité de l'hygroma, c'est-à-dire de la bourse séreuse antérotulienne. Si, content de cette description, on voulait intituler d'une manière claire et précise cette maladie, il faudrait l'appeler hypertrophie fibro-colloïde de la bourse séreuse antérotulienne, suite d'un ancien hygroma. J'évite à dessein le mot dégénérescence. J'ai eu occasion, en effet, de voir plusieurs fois déjà les tumeurs formées par le tissu colloïde en l'absence de toute production cancéreuse, et je leur ai toujours trouvé la plus grande ressemblance avec la production que je viens de décrire. La présence de la matière colloïde n'est qu'un accident presque insignifiant des tumeurs; il ne faut lui attribuer qu'une importance restreinte; elle ne signifie guère aux yeux des anatomo-pathologistes modernes que le dépôt, dans les mailles d'un tissu normal ou accidentel, de la sécrétion ordinaire du tissu cellulaire condensée, épaissie et sans organisation; c'est une espèce d'infiltration plus circonscrite, plus lente que l'œdème.

Si la présence de la matière colloïde n'est pas liée d'une manière nécessaire à l'apparition du cancer, elle s'associe presque toujours à la production du tissu fibro-plastique qui n'est autre, comme on le sait, qu'un mode d'hypertrophie du tissu cellulaire, et cela se comprend. Le travail hypertrophique dans ce dernier tissu porte et sur les faisceaux qui le composent et sur la matière sécrétée dans les interstices. S'il y a prédominance de la production solide, la tumeur fibro-plastique apparaît avec les caractères qui lui ont été assignés dans ces derniers temps et peut probablement par une évolution plus complète devenir tumeur fibreuse; si l'élément liquide est, au contraire, exubérant, nous avons la forme colloïde: la tumeur que nous avons sous les yeux offre tous les degrés de cette échelle pathologique; nous y trouvons les masses colloïdes, le tissu fibro-plastique en voie de développement, et en d'autres points nous avons déjà des tumeurs fibreuses arrivées à leur presque complet développement. C'est ce qui résulte de l'examen microscopique attentif auquel j'ai soumis les différentes portions de la production pathologique.

Les deux bosselures de la peau, de même que les gros lobules de la tumeur, sont composés de deux éléments:

A. Une trame formée de fibres très-délicates qui ne sont autres que des faisceaux primitifs de tissu cellulaire. Ces faisceaux sont les plus réguliers, les plus beaux que j'aie jamais vus; ils pourraient servir à étudier le type normal du tissu cellulaire; ils sont solubles dans l'acide acétique. On voit, en outre, un bon nombre de fibres élastiques. Les lambeaux que j'ai soumis à l'examen sont, malgré leur ténuité, résistants et élastiques.

B. La matière colloïde qui empâte et infiltre cette trame est amorphe comme

---

phénomènes de la nature, longtemps plus ou moins cachés à l'observation non dirigée ou prévenue, et comme tels niés ou supposés très-rares, finissent, sous l'influence d'une disposition d'esprit opposée, par entrer dans le domaine de l'expérience commune et former une nouvelle branche de la connaissance. L'histoire des sciences et en particulier de la médecine est remplie de ces événements.

Qu'il en soit ou doive en être ainsi des faits en question; c'est matière à dispute. Pour notre compte, nous croyons que les phénomènes de cet ordre ont déjà perdu beaucoup de leur caractère *occulte*; qu'ils sont en voie de se populariser et séculariser, et de devenir enfin l'objet d'une investigation rigoureusement scientifique. Telle est aussi l'opinion de M. Philips. Quoique dans d'autres temps il eût eu des droits incontestables au titre de magicien, il n'y prétend nullement. Sa puissance n'a pour lui rien d'exceptionnel et de mystérieux; elle n'est que le résultat de l'application de certaines lois physiologiques dont la plupart sont ou très-connues ou expérimentalement vérifiables, la réalisation méthodique de conditions psycho-organico-physiques qui, dans le cours habituel des choses, se trouvent rarement réunies ou sont compliquées d'autres influences qui altèrent ou masquent le vrai caractère des effets. Elle est à l'usage du premier venu. Sa magie est donc de la pure magie *blanche*, car elle n'opère ses prodiges que par la combinaison intelligente des forces naturelles. C'était celle qui s'enseignait jadis sous le secret, dans les temples, et dont les prêtres étaient les gardiens exclusifs et jaloux. C'était celle du fabuleux Hermès Trismégiste, de la non moins fabuleuse Circé, celle de Numa, celle de Moïse et de leurs disciples. La fameuse lutte publique de prodiges entre Moïse et les magiciens de Pharaon n'était qu'une lutte d'habileté dans l'art alors très-cultivé des prestiges. Dans l'Inde, cet art est encore exercé traditionnellement avec un talent qui surpasse autant celui de nos Mesméristes que l'adresse des jongleurs indiens celle de nos vulgaires escamoteurs. Tel est celui du savant prêtre indou, Lehanteka, en ce moment en Californie, qui, au rapport d'un médecin témoin oculaire, le docteur Pope, voulant, dans une leçon qu'il faisait sur sa doctrine, joindre le fait à la théorie, fit apparaître tout à coup une troupe d'oiseaux que l'on *vit* voltiger dans la salle et dont le chant fut *entendu*. Il y eut donc là production d'une double hallucination ou illusion, celle de la vue et celle de l'ouïe. M. Philips approche cependant beaucoup de ces grands prestigiateurs, car, de même que Lahanteka, il a changé une fois un mouchoir en oiseau, et une autre fois une canne en serpent; opération par laquelle s'ouvrit le concours entre Moïse et les magiciens de Pharaon. Seulement au lieu de faire parade de ces prouesses et de s'attribuer, comme les antiques Thaumaturges, un pouvoir surnaturel, il nous assure que rien n'est plus ordinaire que cet extraordinaire, rien de plus naturel que ce surnaturel, rien de plus facile à faire que ces impossibilités, et enfin rien de plus aisé à comprendre que ces choses incompréhensibles.

Ce dernier point nous conduit à la théorie.

Cette théorie ne se dégage peut-être pas assez nettement des expériences et des discussions; il faut quelque attention pour la saisir au travers des épines d'un néologisme impitoyable et dans l'intrication d'une distribution de matières confuse. Elle se peut formuler en ces deux thèses.

cela doit être; suivant qu'elle prédomine plus ou moins, les bosselures sont plus ou moins consistantes. Certaines d'entre elles présentent une sorte de fluctuation qui pourrait les faire prendre pour des kystes. Lorsque l'on vient à couper un des lobules de la tumeur, on n'en extrait pas de suc lactescent par le raclage, mais la pression fait écouler la matière colloïde, comme elle exprimerait un liquide visqueux contenu dans les mailles d'une éponge.

C. Ce liquide renferme un assez bon nombre de cellules fusiformes libres plus ou moins allongées et qui pourraient également servir de type à l'étude du tissu fibro-plastique à son origine.

D. Enfin on rencontre un assez bon nombre de ces fibres granuleuses qui établissent le passage entre les cellules allongées du tissu fibro-plastique et les faisceaux plus parfaits du tissu cellulaire. Le développement est ici plus complet.

E. Dans les masses dures et cohérentes, la matière colloïde n'existe presque plus; nous ne retrouvons plus que des éléments fusiformes très-condensés dont on ne reconnaît la nature qu'en s'aidant de l'acide acétique.

F. On trouve çà et là quelques globules granuleux, accompagnement presque obligé des manifestations inflammatoires, quelques rares gouttelettes huileuses, et enfin des globules sanguins déformés dans les points où l'œil nu reconnaît l'existence d'épanchements sanguins plus ou moins anciens.

Comme dernier détail, j'ajouterai que j'ai soumis à l'analyse chimique (incomplète sans doute) le liquide renfermé dans les aréoles celluleuses des tumeurs colloïdes. Ce liquide filant, visqueux, variant en coloration du jaune au rouge, renferme une telle proportion d'albumine qu'il se prend en masse par la chaleur et que dilué d'au moins vingt fois de son poids d'eau, il donne encore un précipité floconneux extrêmement abondant.

Je viens de citer un cas de fibrôme qui a succédé à un hygroma qui avait été déjà deux fois ponctionné. Je n'ai pu me procurer l'observation complète, c'est-à-dire la partie clinique. J'ai déjà vu un certain nombre de fois des tumeurs fibro-plastiques se développer dans des gaînes tendineuses ou dans des bourses séreuses; en un mot, l'hypertrophie celluleuse peut envahir les organes de glissement, soit spontanément, soit après des tentatives infructueuses de traitement. Je ne puis que mentionner ici (l'observation sera sans doute publiée plus tard) un fibrôme nucléaire de la gaîne du long fléchisseur du pouce qui a nécessité quatre opérations successives, et enfin en dernier lieu, je crois, l'amputation du poignet ou de l'avant-bras. J'ai présenté également à la Société anatomique une hypertrophie des gaînes tendineuses des muscles qui contournent la malléole interne. Maladie très-grave mal décrite encore, et qui, dans ce cas, avait nécessité l'amputation de la jambe. Des éléments fibro-plastiques, des cytoblastions, de la matière amorphe très-abondante constituaient la tumeur qui s'étendait autour des tendons, envoyant un prolongement sous le tendon d'Achille, et ne mesurant pas moins de 12 à 15 centimètres de long sur une épaisseur de 2 à 3 centimètres en certains points. Ai-je besoin de répéter que le *fongus articulorum* est ordinairement constitué par une production exubérante de tissu fibro-plastique vasculaire, mélangé de matière amorphe?

Un des cas les plus curieux que j'ai observés se rapporte aux citations précédentes.

FIBRÔME DE LA BOURSE SÉREUSE DE L'ARTICULATION MÉTATARSO-PHALANGIENNE DU GROS ORTEIL (1).

Obs. E. — Un vieillard couché dans le service de Roux, remplacé temporairement par M. Gosselin, présentait à la partie interne de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil une tumeur du volume d'une noix, rouge, saignante et fongueuse à sa surface, d'une consistance ferme. Cette production était retenue à son point d'implantation et paraissait se perdre dans la profondeur à travers une perforation circulaire de la peau. La maladie existait depuis longtemps (plusieurs années); elle rendait la marche pénible quoique la tumeur ne soit guère douloureuse à la pression. Le malade racontait qu'il avait eu d'abord un oignon (dénomination ridicule), que cet oignon s'était enflammé, avait suppuré, et avait été suivi d'une perforation donnant issue à du liquide. A travers cette perforation s'était engagée une masse charnue qui peu à peu s'était accrue de manière à constituer en dernière analyse la fongosité volumineuse existant actuellement. Cette évolution avait été lente. Il est facile de reconstituer cette histoire pathologique.

Notre malade présente la déviation en dehors du gros orteil, avec tuméfaction de la région articulaire en dedans. Une bourse séreuse très-vaste se forme, comme chacun le sait, au niveau du point saillant (2). Cette cavité peut devenir le siége soit d'un hygroma, soit d'une inflammation purulente, d'un véritable abcès. Celui-ci s'est ouvert et la bourse séreuse est devenue fistuleuse, puis le fond de la poche a végété. Les végétations se sont engagées par la fistule cutanée, petit à petit elles ont comblé la cavité et sont vennes s'épanouir au dehors. Peu à peu la masse s'est indurée au centre, tandis que la superficie continuait à suppurer, et la maladie passant ainsi par des métamorphoses successives et très-faciles à concevoir, a donné naissance à la tumeur qui nous occupe.

L'extirpation fut faite, et l'examen que je fis de la pièce me fit reconnaître qu'elle était entièrement composée de tissu fibreux, dense, infiltré de matière amorphe, à faisceaux serrés, cohérents, formés par des éléments de tissu cellulaire à divers degrés d'évolution.

FIBRO-LIPÔME DERMIQUE DIFFUS DE LA RÉGION DU MOLLET (3).

Obs. F. — Martinet (Arthur), âgé de 20 mois, entre à l'hôpital, salle Saint-Côme n° 14, le 6 août 1855. Les parents rapportent qu'à la naissance cet enfant présentait à la partie postérieure et interne de la jambe droite une tumeur grosse comme le bout du petit doigt, assez dure, mobile sous la peau, sans changement de couleur à la surface. Depuis ce moment la tumeur s'est accrue peu à peu, et lors de l'entrée du petit malade elle avait le volume d'une petite figue. Elle n'offre ni fluctuation, ni rénitence, ni douleur au toucher, elle diminue un peu par la pression et présente une coloration un peu plus foncée que les parties environnantes.

On fit pendant six semaines, et sans succès, des frictions avec la pommade iodurée. M. Guersant traversa alors la tumeur avec des aiguilles rougies à blanc qui enflammèrent le tissu morbide, les piqûres suppurèrent, mais lors de leur cicatrisation la tumeur n'avait pas diminué de volume; elle parut au contraire s'accroître d'une manière progressive. On tenta alors la compression au moyen de disques d'agaric et de bandelettes de diachylon,

(1) J'ai recueilli cette observation autrefois, mais je l'ai égarée; je la donne seulement ici de souvenir, je la crois cependant bien présente à mon esprit.

(2) Ces particularités ont été étudiées dans ces derniers temps et avec beaucoup de soin par mon excellent ami le docteur Broca.

(3) Je dois cette pièce à l'obligeance de M. Guersant, chirurgien de l'hôpital des Enfants.

1° *Rapport* intime, *solidarité* universelle, constante, indéfectible entre la vie psychique et la vie organique, ou, suivant les formules ordinaires du dualisme, entre l'âme et le corps.

2° *Spécificité* originelle et essentielle d'organisation et de fonctionnalité de toutes les divisions du système nerveux, réservoir de l'électricité vitale, ou, en d'autres termes, *fixité*, *immutabilité* des propriétés fonctionnelles de chaque espèce de fibres nerveuses, tant de la vie animale que de la vie végétative.

Par la première de ces thèses on établit que tout acte organico-vital est accompagné d'un acte psychique, et réciproquement que tout phénomène mental est lié à une modification somatique; ou, pour emprunter la langue d'un grand maître (Leibnitz), que tout ce qui se passe dans le corps est représenté dans l'âme, et tout ce qui se passe dans l'âme représenté dans le corps. La loi de solidarité est universelle et sans exception. Elle ne règne pas seulement dans les fonctions et les organes de relation, elle embrasse l'universalité des actions vitales et des fibres nerveuses. L'état dynamique des nerfs de tout ordre est toujours présent à l'âme, quoiqu'à des degrés très-inégaux de clarté et de détermination pour la conscience; et de même l'âme est toujours présente et agissante dans chaque nerf, quoique sa présence et son influence ne se révèlent pas dans les uns d'une manière aussi manifeste que dans les autres. Ainsi il n'y a pas, dans les plus obscures profondeurs de l'organisme, une molécule vivante, une action nerveuse, qui soient entièrement et toujours soustraites à la conscience, et sur lesquelles l'âme n'exerce actuellement ou ne puisse exercer à quelque degré son pouvoir. L'état pathologique prouve, en effet, que toutes les parties pourvues de nerfs (et il y a partout des nerfs) sont sensibles, et pareillement la conscience atteste que le sujet sentant peut, à son gré, porter son attention sur un point déterminé de son organisme, et par cet influx volontaire, exercer sur le même point une action élective, locale et immédiate. Par là, la vie tout entière, et non pas seulement quelques-unes de ses manifestations, — comme, à tort, on le suppose d'ordinaire, — entre dans la sphère de la conscience et du Moi, et pareillement la puissance du Moi, dépassant le domaine, arbitrairement délimité, des muscles volontaires, s'étend à toutes les fonctions, à tous les organes.

La seconde thèse, celle de la *spécificité* primordiale, incommunicable et inamissible des propriétés fonctionnelles des divers ordres de nerfs, est plus facile à saisir, dans son ensemble, et moins sujette à contestation que la précédente. Elle est, si je ne me trompe, admise plus ou moins explicitement par la plupart des physiologistes. Elle a été notamment mise en lumière par Muller. Dans cette théorie, chaque nerf ou même chaque fibre nerveuse primitive est douée d'une sensibilité propre et spéciale, en vertu de laquelle, excitée par n'importe quel modificateur, elle réagit toujours de la même manière et donne toujours le même produit fonctionnel. Cette loi est particulièrement évidente dans les nerfs, dit spéciaux, des organes sensoriaux, visuels, acoustiques, olfactifs, etc. L'excitation de la rétine donne toujours de la lumière et rien que de la lumière, celle du nerf auditif des sons et rien que des sons, et ainsi des autres. La spécificité de la sensation ne résulte pas — comme on l'a supposé longtemps — de la nature spéciale de l'excitant, mais de la spécificité dynamique du nerf stimulé. Mais cette spécificité n'est pas le lot

la saillie s'aplatit et parut perdre de son volume, mais le lendemain du jour où ce moyen fut suspendu les dimensions primitives reparurent.

Le 27 décembre M. Guersant, cerna la tumeur entre deux incisions semi-elliptiques parallèles au grand axe du membre. La plaie fut réunie par première intention au moyen de la suture enchevillée.

EXAMEN ANATOMIQUE. — La peau, saine à la surface, montre les cicatrices du trajet des aiguilles, on y remarque une coloration brunâtre légère, due sans doute à un dépôt plus considérable que de coutume du pigment cutané. Par sa face profonde la peau se continue sans ligne de démarcation avec l'induration qui forme la tumeur; le derme est lui-même épaissi, mais on ne put l'isoler que par une dissection artificielle et en coupant des tractus fibreux épais et forts qui vont se perdre dans la tumeur.

Celle-ci n'est pas mieux circonscrite à sa circonférence, son tissu se continue évidemment sans ligne de démarcation avec la trame fibreuse et adipeuse du tissu cellulaire sous-cutané. Sur sa face profonde la production reposait sur l'aponévrose d'enveloppe, et était un peu plus lâchement tissée. Cette tumeur comprend sans aucun doute toute l'épaisseur de la couche sous-cutanée, car on trouve à sa face profonde une portion de la veine saphène interne qui a été reséquée dans l'étendue de 2 centimètres environ.

La coupe du tissu induré n'offre aucune particularité remarquable, on n'y voit pas autre chose que des pelotes de tissu adipeux renfermées dans des loges interceptées par des tractus fibreux très-résistants, épais, blancs et entrecroisés en divers sens, se continuant d'une part avec la face profonde du derme, de l'autre avec les cloisons celluleuses du pannicule adipeux voisin.

Çà et là on aperçoit des points plus vasculaires que les autres; mais cependant les vaisseaux ne sont pas assez volumineux pour rappeler l'existence antécédente d'une tumeur érectile.

L'examen microscopique ne découvre rien autre chose que du tissu adipeux, du tissu élastique assez abondant, des faisceaux fibreux très-cohérents, et dans lesquels l'acide acétique montre quelques noyaux allongés et épars; enfin on retrouve des vaisseaux, des filets nerveux, mais rien d'étranger aux éléments anatomiques normaux de la région.

L'histoire de cette tumeur à structure si simple est fort intéressante. Les divers traitements mis en usage montrent quelles ont été les hésitations du diagnostic. L'insuccès des iodiques, des aiguilles chauffées à blanc, de la compression, s'explique fort bien dans l'hypothèse d'une simple hypertrophie des éléments du tissu cellulaire sous-cutané. La maladie n'était point dangereuse, point maligne, comme on dirait, et cependant elle ne devait point céder à tous ces procédés, l'extirpation seule pouvait en faire justice. Le mélange des tissus fibreux et de la graisse, l'absence de limitation de la tumeur, son adhérence à la peau ne donnaient aucun caractère tranché, ni des tumeurs fibreuses, ni des lipômes; une coloration équivoque, une apparence de réductibilité, la congénialité, justifient un peu l'hypothèse d'une tumeur érectile veineuse; en un mot, en l'absence d'aucun caractère pathognomonique, le diagnostic devait être ce qu'il a été, c'est-à-dire incertain et vague.

L'hypertrophie diffuse des éléments du tissu cellulo-adipeux sous-cutané n'est point décrite dans nos livres; c'est pour cela que je publie ce fait, car c'est seulement lorsque l'on connaîtra à fond toute la série possible de ces combinaisons pathologiques qu'on pourra éviter l'erreur dans ces cas difficiles. Le diagnostic par élimination sera moins hypothétique et la thérapeutique mieux raisonnée.

Combien de cas comparables passent inaperçus parce qu'ils ne paraissent pas dignes d'être mentionnés, en raison de leur simplicité!

FIBRO-ADENOME LACRYMAL (1). (Pièce remise par M. Denonviliers, novembre 1853).

OBS. G. — La tumeur qui avait été extraite de la cavité orbitaire offrait une longueur de 3 centimètres sur 2 centimètres en largeur et en épaisseur. Elle est ovoïde, aplatie, terminée à la circonférence par un bord aminci et comme lobulé, on y voit pénétrer un nerf long et grêle qui se divise en deux branches, l'une qui se perd dans la masse morbide, l'autre qui la contourne et a été divisée. Le volume de ce nerf, sa bifurcation, ses rapports le font reconnaître pour le nerf lacrymal, et prouvent en même temps que le tissu pathologique siége réellement bien dans la glande à laquelle il s'est substitué.

L'organe malade tient encore aux parties voisines par un faisceau cellulo-vasculaire très-riche en veines.

Lorsque tout le tissu cellulaire est enlevé par la dissection, on reconnaît en plusieurs points limités de la circonférence de la tumeur et surtout vers la partie interne l'aspect glandulaire normal; on retrouve quelques lobules bien conservés avec leurs culs-de-sac et l'épithélium nucléaire qui remplit leur cavité.

La plus grande partie de la masse est constituée par une vaste poche revêtue à l'intérieur d'une paroi fibreuse qui représente sans doute la tunique fibreuse de la glande et qui, à sa face interne, est recouverte d'une couche pulpeuse, friable, imprégnée d'un suc filant, rougeâtre quoique transparent et semblable à de la lymphe plastique.

Dans cette poche, dont la cavité résulte du travail de ramollissement de la tumeur, flotte presque librement un gros lobule d'un tissu friable, qui ne résiste ni à la pression ni au tranchant du scalpel. Cette substance, qui adhère à peine à la paroi, est d'un jaune rougeâtre; elle donne au raclage des débris ténus et du liquide visqueux; mais point de suc crémeux et lactescent.

Avant de procéder à l'examen microspique, il est aisé de reconnaître là les caractères du tissu fibro-plastique, et l'hypothèse du cancer ne peut venir à l'esprit.

On constate en effet : 1° un très-grand nombre d'éléments fibro-plastiques libres ou faiblement cohérents. Toutes les variétés y sont représentées : noyaux libres ovoïdes, cellules ovoïdes ou presque sphériques, cellules à noyau allongées et fusiformes, corps fusiformes sans noyau ou dans lesquels il est peu évident. Tous ces éléments ont un volume assez considérable, ce qui paraît commun dans les tumeurs fibro-plastiques des glandes; 2° la matière pulpeuse qui tapisse la poche ou qui flotte en débris dans le liquide offre exactement la même composition; 3° çà et là on rencontre quelques noyaux d'épithélium de la glande mélangés aux éléments fibro-plastiques, ils sont isolés ou associés en petits amas en mosaïque; 4° il n'y a nulle trace d'éléments cancéreux.

J'ajouterai comme dernier détail que l'opération paraît avoir été complète, c'est-à-dire avoir enlevé la totalité du mal.

Mon désir n'étant pas d'étendre davantage les limites de cette simple note, je passe sous silence des faits nombreux et importants qui rentrent naturellement dans l'histoire des fibrômes. Si je voulais en effet être complet, je devrais parler encore : 1° des fibrômes cicatriciels connus sous le nom chéloïdes; 2° des fibrômes des membranes muqueuses dus à l'hypertrophie du derme de ces membranes, et qui sont décrites sous le nom de polypes fibreux ou sarcomateux; 3° d'une

(1) Le mot *adenôme* pourrait remplacer avantageusement le mot d'hypertrophie glandulaire, qu'on a beaucoup critiqué dans ces derniers temps.

---

exclusif des nerfs sensoriels; elle appartient également à tous les nerfs, tant à ceux du système cérébro-spinal qu'à ceux du système ganglionnaire. Il n'y a pas deux points de la peau, même très-voisins, qui, également stimulés et par le même stimulant, ne donnent une sensation qualitativement différente. Quelles diversités de réactions fonctionnelles provoquées par la même substance dans son parcours et ses stations sur la muqueuse du tube digestif, depuis l'ouverture des lèvres jusqu'à l'anus! C'est qu'elle rencontre en chemin des nerfs de tout ordre dont chacun répond à sa manière à son appel. C'est cette même vertu spécifique des nerfs ganglionnaires qui différencie les produits de tous les organes et appareils de la vie végétative, notamment les sécrétions. La spécificité des agents pathogénétiques, des agents thérapeutiques introduits dans l'organisme, ne résulte également que de la spécificité des puissances nerveuses qu'ils provoquent. Un refroidissement, la peur, excitent la sécrétion intestinale comme la rhubarbe, et une simple pensée fait couler les larmes comme la fumée de tabac ou le jus de l'oignon.

Ces deux lois, posées et développées par M. Philips avec une grande richesse de développements, avec une rigoureuse logique, avec un rare talent d'analyse et d'observation, nous paraissent fondées en raison et en fait. On voit quel parti il a pu en tirer pour l'explication et la justification scientifiques de ses opérations thaumaturgiques. Si, d'une part, notre âme ou nos âmes (car M. Philips, ainsi que Van Helmont, en admet une infinité), si l'âme, dis-je, est dans un rapport dynamique immédiat et permanent avec tous les organes nerveux, et si, d'autre part, les fonctions spéciales de ces organes peuvent être indifféremment mises en jeu par toute espèce de modificateur, et donner, quelle que soit la nature de l'agent d'excitation (mécanique, chimique, galvanique, etc.), un produit qualitativement identique, il est évident que l'influence psychique pourra, à la rigueur, à titre de force motrice, en général, ébranler les fibres nerveuses spécifiques, et, grâce à son ubiquité, porter son action sur celle-ci ou sur celle-là. C'est ainsi que la simple *croyance* du sujet à l'effet purgatif d'une substance inerte agira instinctivement sur les nerfs ganglionnaires de la muqueuse intestinale, et déterminera l'évacuation attendue; c'est ainsi qu'un commandement du prestigiateur et la persuasion chez le sujet que ce commandement sera exécuté, peuvent rendre momentanément impossible le mouvement d'un membre ou l'exercice d'un sens; de même un appel impérieux aux organes internes de l'imagination et de la mémoire peut déterminer un état de rêve dans un individu éveillé, et substituer des scènes fantastiques à la réalité qui est devant ses yeux. On conçoit enfin, en général, que de simples paroles puissent réaliser, dans des sujets favorablement disposés d'ailleurs, des conditions psychiques telles, que certains effets organiques s'ensuivent aussi nécessairement et aussi naturellement que ceux déterminés par des modificateurs matériels. La thérapeutique, nous le disions tout à l'heure, serait singulièrement perfectionnée si les applications de cette psycho-iatrie étaient aussi sûres, aussi précises que M. Philips a l'air par moments de le croire. Serait-ce là le secret des cures homœopathiques? La vertu du globule de *cuprum* ou de *sulphur*, gravement administré par l'homœopathe ne serait-elle pas dans l'excipient *espoir* et *croyance* qui y est joint?

Me voilà arrivé à l'extrême limite du territoire du feuilleton, et j'ai à peine

formation analogue dans les séreuses, les synoviales, les gaines tendineuses, les bourses séreuses. L'hypertrophie circonscrite de la partie fibreuse de ces membranes possède une remarquable tendance à se pédiculer, et donne naissance à ces corps étrangers : du péritoine, de la tunique vaginale, des articulations ; puis à ces corpuscules pédiculés des gaines du poignet ou autres désignées sous le nom de grains de riz, d'hydatides, et dont la formation est attribuée à tort à des concrétions albumineuses ou fibrineuses. Toutes ces questions, du reste, sont dignes d'un examen spécial, et je compte publier un jour les résultats de mes recherches à cet égard.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

II. THE NEW-YORK JOURNAL OF MEDICINE.

Les livraisons de janvier, juillet et septembre 1855 renferment les travaux originaux suivants : 1° *Observations sur le typhus*, par M. Sterling. 2° *Réduction de la luxation du fémur, uniquement par des manipulations, d'après la méthode de Reid*, par M. Markoe. 3° *Histoire du choléra asiatique qui a sévi à Brooklyn en* 1854, *et observations*, par M. Hutchison. 4° *Excision de la tête du fémur et ablation du bord supérieur de l'acétabulum pour cause de maladie de l'os, avec guérison parfaite*, par M. Sayre. 6° *Cas d'abcès circonscrit de l'os*, par M. Bleek. 6° *Elkoplastie ou anaplastie appliquée au traitement des vieux ulcères*, par M. Hamilton. 7° *De la cause, la nature, la guérison et du traitement prophylactique du choléra épidémique*, par M. Knopp. 8° *Du climat de la vallée du Sacramento en Californie*, par M. Hath. 9° *Remarques sur l'existence invariable d'une diarrhée prémonitoire dans le choléra*, par M. Maclougblin. 10° *Observations sur les cas de luxation du fémur, que M. Marcoe a traitées par les manipulations*, par M. Reid. 11° *Remarques sur l'hémorrhagie ombilicale des enfants avec une table de* 75 *cas*, par M. Smith. 12° *Quelques observations sur les fièvres régnantes sur les côtes occidentales de l'Afrique, faites à Gaboon, latitude* 0° 30' *nord ; longitude* 9° 17' *est de Greenwich, durant une résidence de quatre années*, de 1851 à 1855, par M. Ford. 13° *De l'anesthésie en chirurgie. Comment peut-on éviter ses dangers?* par M. Lente. 14° *Sur l'application précoce du nitrate d'argent au pharynx dans le traitement de la scarlatine*, par M. Macfarlan. 15° *Du choléra épidémique qui s'est montré à l'hôpital de Franklin pendant l'été de* 1854, par M. Vanderveer. 16° *Le choléra est-il invariablement précédé de la diarrhée prodromique?* par M. Hutchison. 17° *Du bandage fait avec des bandes de diachylon après l'accouchement*, par M. Ryer. 18° *Cas d'hydrophobie, avec des observations statistiques*, par M. Smith. 19° *Cas de scarlatine suivie de l'érysipèle, avec remarques*, par M. Meacham. 20° *Elkoplastie appliquée au traitement d'un ulcère calleux rebelle de la jambe*, par M. Leate. 21° *De l'emploi du caoutchouc liquide*, par M. Stillmann. 22° *Du veratrum viride*, par M. Grisson.

RÉDUCTION DE LA LUXATION DU FÉMUR, UNIQUEMENT PAR DES MANIPULATIONS, D'APRÈS LA MÉTHODE DE REID ; par M. MARKOE.

M. Markoe donne le récit des cas de luxations du fémur qui ont été traitées au moyen seul des manipulations, durant les deux dernières années, à l'hôpital de New-York, avec quelques remarques sur cette méthode de réduction.

Le fait, dit-il, que les luxations du fémur peuvent être réduites par des manipulations, sans employer l'extension forcée par des poulies ou autres puissances mécaniques, semble s'être présenté de lui-même à l'esprit de plusieurs écrivains tant anciens que modernes. L'idée paraît même avoir été suggérée quelquefois par la réflexion faite sur le mécanisme de l'articulation et de ses déplacements. Chelius, dans son traité de chirurgie, donne un aperçu des vues de quatre écrivains qui ont proposé d'effectuer la réduction de cette luxation au moyen seul des mains du chirurgien et de ses aides, et sans le secours des poulies ou même d'aucune extension forcée.

Le procédé consiste essentiellement dans l'extension modérée faite avec les mains, combinée avec des mouvements de rotation de l'axe du membre, avec l'addution, la flexion, etc.

M. Markoe donne les détails de 13 cas de luxations du fémur dans lesquels on a réussi, excepté dans deux cas.

Quant à la théorie, il observe que la plupart de ceux qui ont écrit sur ce sujet s'accordent sur les points principaux.

La tête d'un fémur luxée est retenue dans sa nouvelle position par un mécanisme qui n'existe dans aucune autre articulation, et qui est produit par le fait que les muscles n'étant pas insérés sur la tête, mais sur le trochanter, à 3 pouces à peu près de la tête, et que, de ce point d'insertion musculaire principale, le col formant un grand angle avec l'axe de l'os, il s'ensuit que lorsque la tête du fémur est sortie de sa cavité, le trochanter n'est pas plus proéminent qu'auparavant, mais qu'il est retenu solidement par les muscles qui sont insérés à sa base et ne peut s'élever facilement, tandis que la tête et le col, glissant d'un côté ou de l'autre, sont tenus en contact avec quelque partie de la face externe du pelvis, qui varie suivant les différentes formes de luxation.

Cela étant admis, il est clair que toute tentative de réduction qui porte simplement la tête de l'os vers l'acétabulum ne réussira pas à la faire entrer dans cette cavité, parce que le col et le trochanter sont situés contre le côté du pelvis. Il faut donc non-seulement porter la tête sur la cavité, mais en même temps élever le trochanter et le col de manière à permettre à la tête de rentrer. D'après la méthode ordinaire de réduction, l'action de relever le trochanter de manière à placer le col dans la direction convenable pour que la tête entre dans sa cavité, est produite par des poulies, et c'est en second lieu que la tête se rapproche de la cavité par la continuation de l'extension. Les muscles qui s'insèrent à la base du trochanter, s'opposent fortement à ce qu'il s'élève, et faisant presser de plus en plus la tête contre le pelvis, sont par suite la cause moyenne de la difficulté. C'est en cela principalement que toute contraction musculaire active, s'oppose à la réduction d'une luxation du fémur.

Le procédé par manipulation évite cette difficulté et élude, suivant

---

commencé la tâche que m'imposait le sommaire de cet article ! Je voulais vous parler du DÉMON DE SOCRATE de M. Lélut, nouvelle édition d'un excellent petit volume qui fit jadis grand bruit et grand scandale parmi les philosophes officiels, et qui a ouvert des sources nouvelles à l'étude de la pathologie mentale ; — du SOMMEIL, ouvrage couronné par l'Institut et que nous devons, par conséquent, considérer comme le moins faible de ceux envoyés au concours et apprécier avec la déférence due à un jugement académique ; — de la QUESTION DES ESPRITS, traitée à nouveau par un écrivain qui n'a pas perdu le sien à cette recherche ; — et enfin de quelques petits écrits philosophico-doctrinaux nés des récentes discussions académiques. Je voulais, dis-je, vous parler de ces livres *et quibusdam aliis*. Je réparerai certainement et bientôt ma faute. Que voulez-vous, je me suis laissé halluciner par M. Philips. J'aime d'ailleurs la magie, blanche ou noire. Il me semble, comme à Leibnitz, que c'est surtout dans l'invention et le talent des jeux que brillent la force et l'ingéniosité de l'esprit humain. Le sujet, d'ailleurs, n'est pas tout à fait étranger à la science médicale et à la profession. La médecine a passé dans tous les temps pour avoir bien de l'affinité avec les arts magiques. Aujourd'hui encore, chez une multitude de peuples, le médecin est en même temps le sorcier. Hélas ! nous n'avons, nous, que la moitié de ces attributions, et il n'est que trop certain que nous ne sommes pas sorciers.

L. PEISSE.

(*La fin prochainement.*)

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 11 février 1856, M. Nogués, docteur en médecine, chef des travaux anatomiques à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, est nommé professeur suppléant à ladite Ecole, pour les chaires d'anatomie et physiologie.

M. Nogués conservera en même temps les fonctions de chef des travaux anatomiques.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 19 février 1856, M. le docteur BEAUGRAND a été nommé bibliothécaire adjoint de la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Ségond, démissionnaire.

— Le 17 mars 1856, à midi, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'assistance publique, pour la nomination à une place de chirurgien au bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.

Les inscriptions doivent être faites du 14 février au 1er mars.

M. Markoe, l'opposition des muscles. Le trochanter étant fixé par les muscles qui s'insèrent à sa base, agit comme un point fixe ou point d'appui, autour duquel, en mouvant le membre, on peut faire décrire un cercle à la tête de l'os.

Lorsqu'on se rappelle que ce point d'appui n'est pas, à proprement parler, un point fixe, mais qu'il a un certain degré de mouvement qui lui est propre, on conçoit facilement comment, au moyen de ce point mobile, la tête de l'os, peut être placée par des mouvements variés du membre à 2 pouces de l'acétabulum, et par suite sur l'acétabulum lui-même. Si cette manipulation est faite de manière à ne pas élever le trochanter, de sorte qu'il cesse de reposer contre le pelvis; alors, lorsque la tête vient sur l'acétabulum, une rotation légère telle que celle produite par le mouvement imprimé, élèvera suffisamment le trochanter pour faire glisser la tête sans provoquer l'opposition des muscles trochantériens, et si les mouvements sont imprimés dans une direction propre à relâcher les muscles contractés, le tout peut s'accomplir sans exciter la plus petite opposition musculaire, depuis le commencement jusqu'à la fin de l'opération.

Le petit nombre de cas cités par M. Markoe semble suffisant pour montrer que ce procédé peut être facilement appliqué, et avec sûreté et succès, à un certain nombre de luxations et probablement à tous les cas qui peuvent se présenter.

EXCISION DE LA TÊTE DU FÉMUR ET ABLATION DU BORD SUPÉRIEUR DE L'ACÉTABULUM POUR CAUSE DE MALADIE DE L'OS; par M. SAYRE.

OBS. — Le sujet était une jeune fille âgée de 9 ans, qui souffrait de cette maladie depuis dix-huit mois. Lorsque M. Sayre la vit, il existait un abcès qui embrassait toute la partie supérieure et la portion interne de la cuisse, avec frissons, sueurs profuses et grande prostration. L'abcès paraissait près de s'ouvrir. La jambe était raccourcie de 2 pouces et quart et était tournée en dedans. Cependant « elle n'était pas fixée d'une manière permanente dans cette position, » comme c'est l'habitude; mais elle permettait un mouvement considérable qui faisait entendre une crépitation distincte entre le fémur et l'iléum.

M. Sayre jugea convenable d'ouvrir l'abcès et, s'il était nécessaire, d'enlever la tête de l'os.

Le 29 mars 1854 il fit une incision de 6 pouces environ au-dessus du grand trochanter. Une pinte de pus séreux et floconneux s'écoula. Puis ayant passé le doigt autour du col du fémur, il découvrit une ouverture dans le ligament capsulaire. Le bord supérieur de l'acétabulum avait été absorbé, et la tête du fémur entourée par la capsule était située sur la face externe de l'iléum, près de l'épine antérieure et supérieure. Il existait un dépôt osseux, qui paraissait être un effort de la nature pour former un nouvel acétabulum. M. Sayre ouvrit le ligament capsulaire et désarticula le fémur; puis avec le ciseau de Luer, il incisa la tête du fémur à l'extrémité inférieure du col. L'insertion du grand psoas fut laissée intacte; il en fut de même de l'iliaque interne et de tous les muscles puissants qui s'insèrent juste derrière le grand trochanter. Le bord supérieur de l'acétabulum avait été absorbé, et le nouveau dépôt osseux qui devait le remplacer était dénudé et carié. M. Sayre les enleva avec la gouge; l'épine iliaque antérieure et supérieure à sa face externe et la lèvre externe de la crête iliaque étaient noires et cariées dans une certaine étendue; il rugina aussi ces parties. Il s'écoula très-peu de sang durant l'opération. Après avoir enlevé tous les débris, il mit le membre dans la position droite, recouvrit la plaie de charpie, et recouvrit le tout d'une compresse d'eau froide. On mit la malade au lit et on lui administra une tasse de café fort. Après quoi elle s'endormit bientôt. L'opération, pratiquée sous l'influence du chloroforme, avait duré vingt minutes.

Le cas marcha favorablement, et le 5 avril M. Sayre soumit l'enfant à l'extension et à la contre-extension, de manière à donner au membre la même longueur que celui du côté opposé. A partir du 1er août, chaque fois qu'on le pansait le corps était porté à angle droit avec les membres inférieurs afin de prévenir l'ankylose.

Au milieu d'octobre, elle commença à marcher avec des béquilles, et le 20 novembre, la jambe ayant été mesurée, on trouva qu'elle avait un huitième ou près d'un quart de pouce de raccourcissement. Lorsqu'elle était couchée sur le dos, elle pouvait élever le membre à 16 pouces au-dessus du lit et fléchir le genou de manière à porter la cuisse à angle droit avec le pelvis. Elle peut imprimer des mouvements de rotation, intérieurement de manière à toucher l'autre pied, et extérieurement de manière à toucher le lit. La santé générale était parfaite.

M. Sayre donne une table contenant 30 cas dans lesquels l'excision de la tête du fémur a été pratiquée dans des cas de maladie de l'os coxal. Sur ces 30 cas, 20 ont guéri et 10 sont morts.

DE L'EMPLOI DU CAOUTCHOUC LIQUIDE; par M. STILLMAN.

L'utilité du collodion comme emplâtre imperméable dans diverses affections cutanées est généralement reconnue; cependant dans certains cas il offre des inconvénients provenant de son défaut d'élasticité, qui fait que son application sur une grande étendue est difficile ou impossible. M. Stillman préconise le caoutchouc sous forme liquide tel qu'il découle de l'arbre; vu sa grande élasticité, il ne se contracte pas aussi fortement que le collodion. Il adhère solidement à la peau, permet la liberté complète du mouvement et peut s'appliquer sur une étendue quelconque. Dans les brûlures, il a un avantage que M. Stillman n'a rencontré dans aucun des moyens qu'il a employés jusqu'à ce jour, de même que dans l'érysipèle. La chirurgie en retirera sans aucun doute de très-grands avantages.

III. THE MEDICAL EXAMINER.

Les numéros d'août, septembre, octobre, novembre et décembre 1854, et de janvier, février, mars, avril, mai et juin 1855 renferment les travaux originaux suivants : 1° *Cas tirés de la pratique de l'hôpital*; par M. J. Neill. 2° *Cas de cyanose*; par M. Shaw. 3° *Singulière difformité fœtale*; par M. Skinner. 4° *Mortalité de Philadelphie pendant les mois d'avril, mai et juin* 1854; par M. Jewell. 5° *Hôpital de Will pour les maladies des yeux, service de M. Littell.* 6° *Traitement de la fièvre intermittente par la quinidine*; par M. W. Pepper. 7° *Note sur quelques cas de choléra traités pendant l'été de* 1849, *démontrant la propriété curative relative du sulfate de quinine à hautes doses*; par M. Sargent. 8° *Opération césarienne*; *la mère et l'enfant sauvés*; par M. Angulo. 9° *Anasarque traitée par la décoction d'oignons*; par M. Wranza. 10° *Cas de rupture de l'utérus*; *gastrotomie opérée avec succès*; par M. J. Neill. 11° *Deux cas d'opération césarienne opérés avec succès*; par M. Mérinar. 12° *Cas d'amputation au-dessus de l'articulation de l'épaule*; par M. Gilbert. 13° *De l'organisation élémentaire du cerveau*; par M. Wagner. 14° *Mort par une attaque aiguë de goutte*; par M. Morris. 15° *Cas de plaie pénétrante de l'abdomen et des intestins grêles et mort par un étranglement interne*; par M. Hartshorne. 16° *Sommaire des cliniques de Berlin, clinique du docteur Græfe.* 17° *Réflexions sur le cas d'un dentiste accusé d'avoir violé une personne qu'il avait éthérisée*; par M. Hartshorne. 18° *Effets psychiques de l'inhalation d'éther*; par M. Stillé. 19° *De la quinidine dans la fièvre intermittente*; par M. Upshier. 20° *Gastrotomie pratiquée dans le but d'enlever une tumeur ovarienne*; *erreur de diagnostic*; *guérison*, par M. Smith. 21° *Cas d'albuminurie*, par M. Lewds. 22° *Resection de l'articulation du coude droit dans un cas de carie des os et ankylose*; *guérison avec mouvement considérable de l'articulation*, par M. Smith. 23° *De l'hydropisie suite de scarlatine*, par M. Gibbs. 24° *Ablation d'une portion du poumon gauche*, par M. Hale. 25° *Accouchement de trois enfants*, par M. Penrose. 26° *Mortalité de Philadelphie pendant les mois d'octobre, novembre et décembre* 1854 *avec un état sommaire des morts de l'année entière*, par M. Jewel. 27° *Introduction d'un bâton ou manche de balai qui avait plus de* 10 *pouces de long dans l'estomac*; *sa sortie par un abcès*; *guérison*, par M. Francisco y Garcia. 28° *Recherches sur le nombre de personnes tuées par la foudre et sur certains phénomènes observés chez les hommes et les animaux qui ont été frappés* (traduit du français). 29° *Phthisie calculeuse* (traduit de la GAZETTE MÉDICALE). 30° *De la nature du poison existant dans les saucisses* (traduit de l'allemand). 31° *Note sur l'ophthalmie variolique secondaire*, par M. Listall. 32° *De la resection des os du tarse et du métatarse dans les caries du pied, comme moyen d'éviter l'amputation, accompagnée d'un cas de resection de deux cunéiformes et de deux métatarses*; *guérison*, par M. Smith. 33° *Cas de fracture du crâne, traitée avec succès*, par M. Dock. 34° *Cas extraordinaire de guérison d'un mangeur d'opium*, par M. Myers. 35° *Effets médicaux des alcalis.* 36° *Cas de gastrotomie pratiquée pour retirer un barreau de plomb*; *guérison*, par M. Neal. 37° *Cas de polypes de la conjonctive*, par M. Neil. 38° *Physiologie animale et végétale.* 20° *Cas de travail naturel chez une jeune négresse âgée de* 13 *ans*, par M. Steakley. 39° *Investigation sur les faits et les théories de fermentation et de putréfaction*, par M. Pemberton. 40° *De la quinoïdine dans le traitement de la fièvre intermittente.* 41° *Mortalité de Philadelphie pendant les mois de janvier, février et mars* 1855. 42° *Sur la nature et le traitement du choléra*, par M. Hartshorne. 43° *Créatine déposée spontanément dans l'oxalurie*, par M. Miltenberger. 44° *De la contagion de la fièvre puerpérale.* 45° *Nouvelle forme d'aiguille à cataracte*, par M. Neill. 46° *Sources minérales et thermales des Etats-Unis.*

CAS DE RUPTURE DE L'UTÉRUS; GASTROTOMIE PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS; par M. J. NEILL.

OBS. — Madame Mc Devitt, de bonne constitution, était en travail de son

sixième enfant, lorsque M. Mason l'examina le 24 juillet à neuf heures du matin. Il trouve le col de l'utérus à moitié dilaté, les membranes non rompues. On sentait la tête au-dessus du détroit supérieur. N'ayant pas la moindre crainte sur les résultats du travail, il alla faire une visite dans une rue voisine. Dans cet intervalle, la patiente voulut aller à la chaise. Elle éprouva pendant ce temps des douleurs; durant la dernière, elle éprouva tout à coup une douleur intense et une sensation de brûlure du côté droit.

L'accoucheur administra 40 gouttes de laudanum et fit faire des fomentations; mais trouvant que les contractions utérines étaient complétement suspendues, que la partie qui se présentait s'était retirée, qu'il y avait un écoulement sanguin, quoique non considérable, par le vagin, il resta convaincu qu'il y avait rupture de l'utérus.

Le docteur Hollingsworth ayant été appelé en consultation, confirma ce diagnostic, et le lendemain la malade fut décidée à se soumettre à l'opération de la gastrotomie, qui, selon l'opinion des consultants, lui offrait les meilleures chances de salut.

L'opération fut pratiquée par le docteur Neill. L'enfant était mort et hydrocéphale. La déchirure de l'utérus était énorme. L'opérateur put facilement passer les deux mains à travers l'ouverture pour extraire le placenta; puis il retira le sang, soit fluide, soit coagulé, qui s'était épanché dans la cavité abdominale. L'incision fut réunie par cinq sutures, etc.

Un mois après, la malade était parfaitement remise.

C'est le seul cas, pense le rédacteur du MEDICAL EXAMINER, pour lequel la gastrotomie pour cause de rupture de l'utérus ait été pratiquée avec succès aux États-Unis.

(La fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 11 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. BINET.

INNOCUITÉ DU PHOSPHORE AMORPHE; RÉCLAMATION DE PRIORITÉ ADRESSÉE par M. A. CHEVALIER à l'occasion d'une note récente de MM. Orfila et Rigout.

Dans la séance du 9 octobre 1855, j'ai présenté à l'Académie des sciences un rapport fait à l'Académie de médecine sur un mémoire de M. Caussé, d'Alby, rapport dans lequel j'établissais :

1° L'idée que j'avais eue de substituer le phosphore amorphe au phosphore ordinaire dans la fabrication des allumettes phosphorées, but déjà atteint, puisqu'un fabricant de Paris, M. Camaille, avait préparé des allumettes au phosphore amorphe qui furent présentées au conseil de salubrité et l'objet d'un rapport dans lequel on reconnaissait l'utilité de cette substitution;

2° Que déjà, dans une note du tome XIX du JOURNAL DE PHARMACIE, on trouvait que M. Bussy, dès 1850, avait constaté que le phosphore rouge n'était pas susceptible d'agir comme toxique, et qu'un chien avait pu impunément en prendre 2 grammes;

3° Que j'avais fait établir l'innocuité de ce corps combustible en priant MM. Lassaigne et Raynal de faire à Alfort des expériences sur les animaux, expériences qui démontrèrent que non-seulement le phosphore rouge n'était pas toxique, mais encore que le mélange de chlorate de potasse, de gomme et de phosphore rouge, mélange employé pour la fabrication des nouvelles allumettes chimiques, n'avait pas d'action toxique.

Dans ce rapport je faisais encore connaître l'avantage qui ressortait de l'emploi du phosphore amorphe pour la santé des ouvriers, qui ne seraient plus exposés à la nécrose et aux accidents funestes qui accompagnent cette maladie, accidents qui sont souvent suivis de la mort du malade.

Plus tard, en mars 1855, M. Caussé, d'Alby, en collaboration avec mon fils, adressèrent à l'Académie des sciences une brochure ayant pour titre : CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR L'EMPOISONNEMENT PAR LE PHOSPHORE ET PAR LES PATES PHOSPHORÉES ET PAR LES ALLUMETTES CHIMIQUES.

La note de M. Chevallier et les deux opuscules qu'il a mentionnés sont renvoyés à l'examen de la commission nommée pour le mémoire de MM. Orfila et Rigout, qui jugera s'il y a lieu de les réserver pour le concours Montyon, prix dit des *Arts insalubres*.

— M. BROWN-SÉQUARD signale une erreur qui le concerne dans le compte rendu de la séance du 3 décembre dernier. Il avait prié l'Académie de le considérer comme candidat pour la chaire de médecine vacante au collége de France par la mort de M. Magendie. On a indiqué par erreur sa candidature comme étant pour la place vacante par suite du décès de M. Magendie dans la section de médecine et de chirurgie.

ADDITION A LA SÉANCE PRÉCÉDENTE.

SUR UN NOUVEL ACARUS DU CHEVAL; POUVANT TRANSMETTRE LA GALE DE CE SOLIPÈDE A L'HOMME; par MM. BOURGUIGNON et DELAFOND.

Jusqu'à ce jour, il était permis de révoquer en doute les cas de transmission de la gale du cheval à l'homme, attendu que le parasite connu de la gale du cheval ne pouvait vivre sur l'espèce humaine, et que les auteurs qui se sont prononcés pour l'affirmative n'ont jamais démontré scientifiquement que la maladie transmise fût réellement due à la présence d'un acare provenant du cheval. En partant des données fournies par l'entomologie, on était fondé à refuser aux parasites connus propres aux herbivores, et au cheval en particulier, la faculté de transmettre la gale. L'observation vient de nous permettre de remonter des effets aux causes et de tout expliquer.

Le cheval peut avoir deux espèces de gale : une première, due à la présence du parasite acarien propre aux herbivores et connu depuis longtemps, qui ne saurait tracer des sillons, vivre sur la peau de l'homme et lui transmettre la contagion; une seconde, due à la présence d'un acare identique à celui des carnivores pouvant tracer des sillons, transmettre la psore, *et dont personne n'a soupçonné l'existence jusqu'à ce jour*. Cette maladie transmissible est aussi différente dans l'ensemble de ses symptômes de celle qui ne peut se communiquer, que les parasites qui en sont la cause première diffèrent entre eux.

ACTION DES VAPEURS D'ESSENCE DE TÉRÉBENTHINE INSPIRÉES; par M. LETELLIER.

Voulant empêcher une citerne de 8 mètres cubes de perdre l'eau, j'y descendis avec un vase contenant environ 250 grammes d'essence et 500 grammes de goudron et de poix et placé sur trois ou quatre charbons. J'étendis ce mélange chaud au pinceau. Je n'avais pas recouvert 8 mètres de surface que je fus obligé de remonter, en raison de vertiges, sans douleur, sans pesanteur de tête, sans voir les objets tourner, sans aucune disposition à la syncope, sans la moindre faiblesse dans les jambes; il me semblait que j'allais tomber à droite ou à gauche (jamais en avant ou en arrière) et j'écartais machinalement les jambes pour éviter une chute; les secousses de la tête augmentaient ce chancellement, cette titubation. Nul brouillard devant les yeux, tous les sens bien intacts; la parole seule me paraissait un peu pénible; pouls et respiration parfaitement normaux; nul dérangement de l'intelligence, de l'estomac ou des entrailles; je n'éprouvai qu'une légère moiteur et un peu de fourmillement au dos des poignets; l'urine était absolument inodore (je n'ai pas perçu davantage l'odeur de violette sur deux malades affectés de catarrhe intense de vessie et qui ont guéri par l'essence prise par la bouche mieux qu'avec la térébenthine cuite). Cet accident se dissipa peu à peu, en une heure, par l'exposition à l'air.

Dans la soirée je renouvelai mon essai, et bien que le fourneau n'eût pas été allumé plus de quelques minutes, les mêmes accidents se reproduisirent en moins d'une demi-heure; enfin le lendemain je recommençai sans feu, et en une demi-heure, je fus forcé de remonter par des accidents absolument identiques.

Je conclus de cette observation que les vapeurs d'essence de térébenthine inspirées agissent primitivement sur le cerveau en l'excitant à la manière des alcooliques, et que par conséquent on ne doit employer ces substances qu'avec précaution. Il se peut qu'après l'excitation il survienne de l'affaissement comme après l'abus des alcooliques, mais ce ne serait qu'un effet consécutif.

— M. WANNER présente, comme supplément à sa précédente note sur l'ORGANE PULMONAIRE CONSIDÉRÉ COMME PREMIER IMPULSEUR DU SANG, les résultats de deux expériences qu'il considère comme des preuves à l'appui de la théorie exposée dans cette note.

Dans la première expérience faite sur un mouton, on a introduit de l'air condensé dans les deux médiastins de manière à neutraliser les mouvements de la poitrine, et l'on a ainsi déterminé en dix minutes la cessation complète des battements du cœur.

Dans la seconde expérience, du sang de bœuf tiré instantanément de l'animal, et reçu, afin d'éviter sa coagulation, dans un vase maintenu à une température de 37 degrés centigrades, a été soumis à l'action du gaz acide carbonique, au moyen d'un tube de verre recourbé dont un bout était adaptée à la vessie contenant le gaz, et l'autre à un bouchon de liége percé et avec lequel était bouchée la bouteille contenant le sang; le liquide sanguin est devenu de couleur rouge brun et a présenté une semi-coagulation.

Je conclus du fait de la première expérience, comparée à la possibilité où l'on est de faire circuler par une respiration artificielle dans le corps d'un animal mort tout récemment le sang aussi longtemps qu'il conserve sa liquidité, que si le cœur était le premier impulseur du mouvement circulatoire, ses battements devraient se prolonger bien au delà du temps marqué dans mon expérience, car MM. Williams et Hope ont fait durer, comme on le sait, une circulation artificielle une heure vingt minutes après le décès constaté, et auraient pu la faire durer plus longtemps encore.

La conséquence de la seconde expérience ne me semble pas moins favorable à la thèse que je soutiens, puisqu'elle semble indiquer que la mort est déterminée dans l'asphyxie par la coagulation du sang et l'impossibilité de la circulation par suite de cette coagulation.

— M. BEAUPOIL envoie de Bruxelles, pour le concours Montyon (prix de médecine et de chirurgie), un mémoire imprimé portant pour titre : DE L'ENTÉROPATHIE MÉTALLIQUE, et y joint, conformément à une condition imposée aux concurrents, une note manuscrite indiquant ce qu'il considère comme neuf dans son travail.

(Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— M. Ehrmann, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Strasbourg, prie l'Académie de vouloir le considérer comme candidat pour la place de correspondant vacante dans la section de médecine. (Renvoi à l'examen de la section de médecine.)

— M. S. Gabet adresse de Rome un nouveau manuscrit contenant :

1° Des rectifications relatives à ses communications précédentes ;

2° Des considérations sur les causes de certaines monstruosités et de certains cas de grossesse extra-utérine et de quelques cas de stérilité ;

3° Des observations sur les bons effets obtenus de l'éthiops minéral dans le traitement du choléra-morbus et de quelques autres maladies. Dans cet envoi sont comprises six planches relatives, les unes à son mémoire sur les déjections des cholériques, les autres à sa note sur une nouvelle distribution des corps naturels.

(Renvoi à l'examen des commissaires nommés pour les précédentes communications de l'auteur.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 19 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de la guerre envoie à l'Académie un exemplaire du tome XVI de la seconde série du Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires.

Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie le tableau des vaccinations pratiquées en 1854 dans le département de la Lozère. (Commission de vaccine.)

— La correspondance non officielle comprend :

Une note de M. Puech, chirurgien chef interne des hôpitaux de Toulon, sur l'anatomie d'un monstre double appartenant à la fois aux genres derodyme, dérencéphale et uromèle. (Commissaires : MM. Depaul et Desportes.)

Une note de M. le docteur Castellani, de Bolgheri (Toscane), sur un cas intéressant de monstruosité. (Mêmes commissaires.)

La description d'un nouveau procédé de cathétérisme dans les cas de tumeurs prostatiques et de valvules du col de la vessie compliquée de fausses routes, par M. le docteur Aug. Mercier. (Commissaire : M. Ségalas.)

— M. le docteur Boulu adresse un deuxième supplément à son mémoire sur le traitement des adénites cervicales par un nouveau procédé d'électro-puncture pratiquée au moyen d'un séton métallique (commission déjà nommée).

— M. le président annonce à l'Académie qu'elle vient de faire une nouvelle perte dans la personne de M. Richond des Brus, membre correspondant.

— M. Danyau prend la parole à l'occasion du procès-verbal : J'ai eu le regret, dit-il, de me trouver absent au commencement de la séance dernière et je n'ai pu joindre mes renseignements particuliers à ceux qui ont été fournis à M. Moreau par quelques-uns de nos collègues. Je suis en mesure aujourd'hui de donner à l'Académie des explications très-précises sur ce qui se passe à la Maternité. C'est à tort qu'on a dit que dernièrement une partie de la Maternité a été fermée pour cause de réparations. C'est pendant les mois de septembre, d'octobre, de novembre et le commencement de décembre que quelques salles ont été fermées en effet. Elles ont été rouvertes le 15 décembre. Depuis cette époque jusqu'au 18 février, 516 femmes ont accouché à la Maternité ; sur ce nombre, 10 ont succombé. Mais il faut en défalquer une femme arrivée dans un état cachectique avancé et qui est morte des suites d'hémorrhagies répétées ; une autre a succombé aux progrès d'une phthisie au troisième degré ; il conviendrait peut-être encore d'en retrancher une qui est morte d'une péritonite suite de perforation intestinale. Admettons 8 décès sur 516 accouchées, ce qui fait un sur 63 environ. C'est là un résultat favorable pour un hospice comme la Maternité ; peut-être en sommes-nous redevables aux réparations maintenant achevées. Cette faible mortalité est survenue à une époque habituellement défavorable. Loin de croire à une épidémie de fièvre puerpérale, il y a lieu de se féliciter de l'état sanitaire de Paris, à ce point de vue. La Maternité n'a été nullement fermée au moment où ont couru les bruits auxquels M. Moreau a fait allusion. Une seule malade a été réellement atteinte de cet état grave qu'on désigne sous le nom de fièvre puerpérale.

M. Moreau : Je remercie mon collègue des explications dans lesquelles il a bien voulu entrer, et je le félicite de l'heureux résultat qu'il nous annonce. Précédemment nous nous estimions heureux de ne perdre que 5 à 6 malades sur 100 ; une année, nous en avons perdu jusqu'à 10 et 11 pour 100. Je le répète, je félicite M. Danyau de sa communication et du résultat dont il nous a fait part.

M. Depaul : Le hasard me permet d'apporter mon petit contingent à cette discussion ; j'ai été chargé dans ces derniers temps du service d'accouchements à l'hôpital des Cliniques. Depuis le commencement du mois de février, 3 femmes ont succombé sur 49 accouchées ; une seule a été atteinte d'une affection ayant quelque analogie avec la fièvre puerpérale ; une est morte de la fièvre typhoïde, une autre d'accidents qui ne peuvent se rattacher à la fièvre puerpérale. J'ajouterai même qu'on est frappé depuis quinze jours de l'état satisfaisant qui règne à la Clinique. Les femmes accouchent plus ou moins heureusement et se rétablissent avec une grande facilité.

La parole est à M. Chevalier pour un rapport fait, au nom de la section de pharmacie, sur le mémoire de M. Gobley sur les champignons (*Voy.* Gazette Médicale du 7 février 1856).

M. Chevalier rappelle les travaux antérieurs d'Orfila et de Braconnot sur les champignons, puis il donne une analyse succincte du travail de M. Gobley. Ce chimiste a démontré que la fungine n'est point un principe immédiat, mais bien de la cellulose qui retient de l'albumine. Il a constaté que la matière grasse des champignons se compose d'oléine, de margarine et d'une substance particulière, l'agaricine, à laquelle Vauquelin et Braconnot ont donné le nom d'adipocire. Il a fait voir aussi que la matière sucrée cristallisée ne constitue pas un sucre particulier et que ce n'est autre chose que la mannite. Après avoir fait ressortir les résultats principaux du travail de M. Gobley, le rapporteur déclare qu'il a vérifié personnellement par l'expérimentation chimique les faits annoncés par l'auteur et il propose, au nom de la commission, les conclusions suivantes : Encouragements et remercîments à l'auteur, renvoi du mémoire au comité de publication.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

L'ordre du jour appelle à la tribune M. Renault pour achever la lecture commencée dans la précédente séance.

TYPHUS CONTAGIEUX DE L'ESPÈCE BOVINE.

M. Renault rappelle que, dans la précédente séance, il a tracé l'historique de la maladie désignée sous le nom de Peste bovine ou de Typhus contagieux des bêtes a cornes et qu'il a commencé à l'examen de ces deux questions importantes : Le typhus est-il contagieux ? Est-il particulier aux bestiaux provenant des steppes de la Russie et de la Hongrie ?

Cette maladie est désignée par les vétérinaires allemands et italiens sous le nom de *peste bovine*, qui indique l'idée d'extrême gravité qui y est attachée ; en France, on l'appelle *typhus contagieux*, à cause de sa ressemblance avec le typhus de l'espèce humaine, ressemblance qui n'existe pas seulement dans les symptômes, mais se poursuit encore dans les lésions anatomiques.

Elle est rarement sporadique, si tant est même qu'on l'ait observée sous cette forme. Elle attaque presque toujours les bestiaux en masse, mais elle diffère toutefois des épizooties par cette propriété essentielle de ne se propager jamais que par voie de contagion exclusivement. Quelques chiffres vous donneront une idée des ravages opérés par cette maladie meurtrière :

En 1811, époque où, pour la première fois, elle a paru en Europe et sévi dans le Milanais et dans d'autres parties de l'Italie, la mortalité, dans l'espace de trois ans, fut de 1,500,000 têtes ; — de 1713 à 1740, en Hollande, de 300,000 têtes ; — de 1740 à 1749, dans le Danemark seulement, de 280,000 ; — Franck, qui s'est occupé de cette maladie, surtout au point de vue statistique, a calculé que de 1711 à 1796 la somme de la mortalité pouvait être évaluée à 200 millions de têtes ; — en Égypte, de 1841 à 1847, 400 millions de bêtes à cornes périrent du typhus contagieux ; — en Russie, il en mourut de 1840 à 1845 1 million d'animaux. Dans les cas ordinaires, il en meurt 80 à 90 sur 100 qui sont attaqués du typhus ; dans les cas graves, de 95 à 96 ; et souvent, au début de l'épizootie, tous les animaux qui en sont atteints succombent.

Cette maladie règne très-souvent en Russie, d'où elle fait fréquemment aussi des pointes du côté de la Gallicie, de la Pologne, de la Prusse. En France, elle apparut en 1816, et ne s'est pas renouvelée depuis. Mais vous venez de voir, à l'occasion de la fièvre puerpérale, avec quelle facilité se répand la terreur des maladies épidémiques. C'est ainsi qu'en 1844 un article inséré dans un petit journal d'alors, la Réaction, annonçant que le typhus contagieux avait pénétré dans la Bohême, et menaçait de s'étendre à l'Europe occidentale, jeta l'alarme dans les esprits ; le gouvernement lui-même s'en inquiéta et envoya en Allemagne une commission dont je fis partie. Nous ne trouvâmes, en Allemagne, d'autre cause d'émotion que l'inquiétude qui s'était répandue en France.

En 1854, au commencement de l'expédition de Crimée, quelques personnes (et notre collègue M. Delafond surtout, par des assertions auxquelles son autorité donnait une certaine importance), firent renaître ces craintes, en prédisant que les bestiaux de l'armée russe, atteints de typhus, allaient communiquer la maladie aux bestiaux des armées anglo-françaises. L'administration, un instant effrayée, se rassura bientôt, et le commerce des cuirs et des suifs ne fut pas même interrompu.

Un article destiné à rassurer de nouveau les esprits à cet égard a récemment paru dans le Moniteur. Il s'agissait, cette fois, d'une invasion typhoïde en Prusse. Or ces invasions n'ont aucune gravité en Prusse ; d'après Spinola, le typhus a envahi vingt-six fois ce pays de 1828 à 1844, et chaque fois elle a été promptement arrêtée, grâce aux mesures énergiques de la police sanitaire. Ces mesures consistent dans l'assommement immédiat de tout animal atteint de typhus ou suspect de l'avoir contracté ; dans l'assommement immédiat des animaux qui ont communiqué avec ceux que je viens de désigner ; dans la séquestration absolue des personnes ou des animaux suspects d'avoir communiqué avec les précédents. Ce ne sont pas des agents de la police, mais des corps d'armée, des cordons sanitaires que l'on charge de cette surveillance, qui est exercée avec une rigueur extrême.

Il est évidemment deux points importants qu'il faut élucider tout d'abord. C'est, en premier lieu, le fait de la contagion directe ; s'il n'était pas admis,

les cordons sanitaires ne seraient d'aucune utilité. A cet égard, il n'y a guère de dissidents : M. Clot-Bey est le seul, à ma connaissance, qui conteste la contagion du typhus. Il faut résoudre, en second lieu, la question de savoir si le typhus est particulier aux steppes de la Russie, ou si, rejetant cette origine spéciale, on doit le considérer comme pouvant se développer dans nos pays sous l'influence de certaines causes débilitantes. C'est à l'étude de cette grave question que ce mémoire est consacré.

Origine du typhus. — Deux opinions sont en présence relativement à l'origine du typhus contagieux du gros bétail :

L'une qui, assignant à cette maladie des causes générales existant ou pouvant se produire partout, professe qu'il suffit que ces causes agissent sur le bétail, n'importe dans quel pays, n'importe sur quelle race, pour que le typhus s'y développe. Dans ce système, cette maladie n'a pas de lieu d'origine spécial et exclusif : elle peut naître tout aussi bien en France, en Angleterre, en Hollande, que dans les steppes et sur les bœufs de la Russie méridionale ou de la Hongrie. On reconnaît bien que les animaux de ces dernières contrées en sont plus souvent affectés que les autres ; mais on n'admet pas que ce soit en vertu d'une aptitude spéciale qu'ils auraient seuls à la contracter originairement. Suivant cette doctrine, ce serait seulement parce que, par les conditions de leur existence, de leur élevage, de leur utilisation, du commerce dont ils sont l'objet, les bestiaux des steppes sont plus fréquemment exposés aux causes générales productrices de l'affection typhoïde.

Cette opinion contre laquelle, on peut le dire, l'Allemagne tout entière a protesté avec énergie par l'organe de ses hommes les plus autorisés à se prononcer sur la question ; cette opinion, dit M. Renault, a été, sinon émise pour la première fois, du moins singulièrement appuyée et plus particulièrement répandue et accréditée par les vétérinaires français depuis le commencement de ce siècle ; et, chose bizarre, par ceux-là surtout qui n'ont les uns jamais, les autres qu'une fois à peine eu l'occasion de voir et d'étudier le typhus. Parmi eux je citerai Darhoval, Rodet, Vatel, Gellé, M. Huzard fils, et surtout M. Delafond, qui a concouru plus que personne, par son enseignement à Alfort, par ses écrits, par l'autorité de son nom, à la propager en France, et même à la faire pénétrer jusque dans quelques parties de l'Allemagne centrale, dans la Bohême notamment, à laquelle elle a fait perdre tant de bestiaux en 1844.

Toutefois, M. Delafond n'a cité aucun fait, aucune observation à l'appui de son raisonnement. Mais ce que n'a pas fait M. Delafond, Rodet, Gellé et M. le professeur Carlo Lessona (de Turin) ont cherché à le faire. Ils ont essayé, en rapportant ce qu'ils ont appelé des faits, de donner des bases à cette opinion qu'ils ont professée. M. Renault examine successivement ces faits, afin de leur restituer leur véritable signification.

Après avoir consacré quelques lignes à deux faits isolés, empruntés à Lahore et à Gellé, et qu'on a considérés à tort comme des cas de typhus contagieux, M. Renault examine quelle est la cause réelle du typhus contagieux qui a régné, de 1795 à 1798, sur les bestiaux des parcs d'approvisionnement de nos armées du Rhin, qui l'ont propagé dans les parties de nos départements de l'Est, dans lesquels ils ont passé et séjourné. Quiconque ayant déjà la moindre connaissance de l'activité de la contagion du typhus et des nombreuses voies par lesquelles il peut se transmettre, voudra se donner la peine de rechercher quels ont été les mouvements, les marches et contre-marches de notre armée du Rhin à l'époque dont il est question : quiconque aura vérifié, en interrogeant les documents de l'histoire, comment, tantôt victorieuse elle s'est trouvée au delà du Rhin à la suite de l'armée autrichienne dont elle occupait alors les positions et suivait les mouvements ; tantôt refoulée par cette dernière, elle l'a laissée pousser des reconnaissances jusque dans nos départements situés en deçà de ce fleuve ; d'où résultaient les passages et les séjours fréquents de nos soldats et du bétail qui les suivait dans les campements ou dans les villages où avaient passé et séjourné les parcs qui accompagnaient l'armée autrichienne : quiconque n'ignore pas que c'est de la Hongrie presque exclusivement qu'étaient tirés et qu'arrivaient incessamment par troupes nombreuses les bestiaux qui alimentaient ces parcs, ainsi que l'attestent les renseignements officiellement communiqués par l'administration autrichienne elle-même : quiconque aura pu se convaincre, en consultant les archives administratives du grand-duché de Bade, du Wurtemberg, de la Bavière, que, depuis 1784 jusqu'en 1801, le typhus n'a pour ainsi dire pas cessé de régner dans ces différents États, et qu'il y était apporté et entretenu, soit par le passage continuel soit des troupeaux de bœufs hongrois qui traversaient ces pays pour se rendre aux armées autrichiennes du Rhin ; soit par le passage des troupes qui traînaient avec elles leurs parcs infectés : quiconque, disons-nous, pourra vérifier la parfaite exactitude de tous ces faits et de toutes ces choses, demeurera convaincu que, loin de prouver que le typhus contagieux peut prendre naissance originairement sur le bétail de nos pays occidentaux, l'épizootie typhoïde observée en 1796, 1797, 1798 et 1799 dans notre armée et dans nos départements de l'Est fournit, au contraire, un exemple de plus, s'il en était besoin, pour démontrer que jamais cette maladie n'a sévi sur nos bestiaux qu'alors que, directement ou indirectement, ils ont communiqué ou en des rapports soit avec des bestiaux hongrois ou russes atteints de cette maladie, soit avec des bestiaux d'autres races primitivement infectés par ceux-ci.

Partout où pénètrent les armées autrichiennes, en 1793, dans la Lombardie, en 1794 dans les États Sardes, en 1795, dans la Hesse et le duché de Nassau, la Bavière, le Wurtemberg, le duché de Bade, le typhus contagieux vient exercer ses ravages.

Par suite des mesures vigoureuses et énergiques qui furent prises par les administrations bavaroise et wurtembergeoise, pour empêcher la propagation du typhus que semaient sur leur passage les bœufs qui se rendaient de la Hongrie aux armées autrichiennes du Rhin, ce ne fut que sur la route assignée, comme itinéraire obligé, à ces bestiaux, et dans les villages qui bordaient ou avoisinaient cette route, que le typhus se déclara et se maintint tant que la guerre resta sur les bords du Rhin, dans la Souabe et le Palatinat.

L'infection par le typhus, et des parcs d'approvisionnement du corps d'armée qui faisait le siége de Dantzick, et de la plupart des pays occupés par l'armée française et les armées combinées de la Prusse et de la Russie, n'avait manifestement d'autre cause que la contagion déjà antérieurement apportée dans ces pays par les bœufs des steppes qui abondaient dans les armées prussiennes et russes ; n'y eût-elle pas existé, elle y aurait certainement été importée par les bœufs des mêmes contrées que les fournisseurs de l'armée française trouvaient moyen d'y amener en les faisant venir par fraude de la Gallicie.

Ce n'est donc pas là un exemple de typhus né *originairement* sur des animaux de provenance étrangère aux steppes, ainsi que l'a dit Rodet et comme on l'a répété après lui.

Rodet indique encore, sans la décrire, une épizootie de typhus contagieux qui, suivant lui, se serait manifestée en 1810 dans les environs de Madrid et se serait ensuite propagée aux provinces avoisinantes. M. Renault observe qu'il est permis de douter qu'une épizootie qui, abandonnée à elle-même, n'a fait que peu de victimes dans une contrée, théâtre de la guerre, aussi riche en bestiaux, ait été le typhus contagieux. D'ailleurs, Rodet est le seul vétérinaire, non-seulement français, mais espagnol qui ait fait mention de cette épizootie. Dans les archives de l'administration agricole et sanitaire d'Espagne on ne trouve rien qui fasse allusion à cette épidémie typhoïde. Enfin Rodet, qui ne donne aucun détail symptomatologique ou nécroscopique sur la maladie, déclare qu'elle ne fit que peu de victimes, bien que les habitants n'aient su lui opposer que des prières et des amulettes. Comment expliquerait-on l'immunité dont auraient joui les bestiaux de l'armée anglo-portugaise qui cependant venaient du Maroc pour la plupart, et auxquels les vicissitudes de la guerre durent imposer de grandes fatigues ? Or il est certain qu'à aucune époque le typhus contagieux n'a régné en Portugal. Et puis encore, comment comprendre que le typhus ne se soit montré qu'en 1810 et dans une partie limitée de l'Espagne, pendant cette guerre de l'indépendance qui a duré de 1808 à 1814 ? M. Renault ne considère donc pas comme un typhus contagieux, l'épizootie observée aux environs de Madrid en 1810.

Une objection plus importante a été faite par M. le professeur Carlo Lessona à l'opinion de l'origine exclusive du typhus sur les bestiaux des steppes. Cette objection, la voici :

« Une épizootie sur le gros bétail a sévi en Égypte de 1841 à 1844. Elle y a enlevé plus de 400,000 animaux. Les descriptions qui en ont été données par des vétérinaires et des médecins mettent hors de doute que ce fut le *typhus contagieux*. Or, l'Égypte ne recevant aucun bétail du pays des steppes ni de l'Allemagne, il est évident que cette maladie a dû se développer sur ces animaux par suite de la disposition naturelle qu'ont *tous les animaux de l'espèce bovine* à la contracter sous l'influence des causes générales qui la font naître. »

M. Renault reconnaît, en effet, que c'est bien le typhus contagieux qui a régné en Égypte de 1841 à 1844. Mais de nombreux et graves documents qu'il a recueillis sur cette épizootie établissent que cette épidémie a pris naissance sur des bêtes bovines achetées en Syrie et en Turquie, et que, pour des besoins extraordinaires, on importait dans cette contrée. Ce n'est pas même pendant la traversée que le mal s'est déclaré sur ces animaux ; c'est en Syrie, avant leur embarquement. Ces bœufs étaient tirés de l'intérieur de l'Anatolie et de la Karamanie, de la Roumélie, *des bords du Danube et de la Moldavie*. Or, le plus grand nombre des bœufs de la Moldavie appartient à la *race des steppes*. La Russie fait d'ailleurs un assez grand commerce de bœufs avec l'Anatolie, la Karamanie, la Syrie. Enfin, la description tracée par M. Ismaïl, vétérinaire égyptien, ne permet pas de douter que ces bestiaux ne fussent de la race des steppes.

Tels sont les seuls faits sur lesquels s'appuie la doctrine de l'origine possible du typhus contagieux sur les animaux étrangers aux steppes. M. Renault estime qu'ils sont loin de fournir un seul argument sérieux aux partisans de cette doctrine.

Toutefois, désireux d'en finir avec une opinion qui, en 1844, a coûté plusieurs millions de bestiaux à la Bohême, qui pourrait être si funeste chez nous et qui est si dangereuse par l'autorité scientifique des auteurs qui les professent, M. Renault a cru utile de ne laisser passer sans appréciation aucune des raisons à l'aide desquels on a cherché à la faire prévaloir.

M. Renault a interrogé à cet effet l'histoire de tous les peuples de l'Europe sur tout ce qui directement ou indirectement pourrait avoir trait au typhus contagieux. Il a demandé aux personnes les plus compétentes quelles avaient été les coïncidences pouvant se rattacher à ces différentes apparitions, quels rapports prochains ou éloignés il pouvait y avoir entre les guerres auxquelles certains peuples avaient pris part depuis plus d'un siècle, et les épizooties qui avaient frappé leurs bestiaux. Il résulte des documents très-précis qui lui ont été transmis de tous côtés que quels qu'aient été les déplacements de troupes, les masses d'hommes et de bestiaux mis en mouvement pour la guerre, jamais le typhus contagieux ne s'était montré dans les parcs d'approvisionnement de bœufs des armées, quand ces parcs ne se recrutaient pas en totalité ou en partie dans la race des steppes russes ou hongroises, et quand les bestiaux qui les composaient n'avaient pas eu de rapports avec des animaux de ces races atteintes de cette maladie, ou d'autres infectés par

eux; tandis qu'il n'est pas une guerre un peu importante à laquelle ait pris part la Russie ou l'Autriche, sans que, la campagne à peine commencée, on ait vu le typhus apparaître et faire des ravages parmi leurs troupeaux d'approvisionnement. C'est ici le lieu de rappeler, ce qui, du reste, est à peu près connu de tout le monde, que les bœufs qui servent à l'approvisionnement des armées de la Russie sont, ou exclusivement, ou pour la plus grande partie, fournis par les steppes des provinces méridionales de cet empire, et que ceux qui composent les parcs des armées autrichiennes proviennent principalement, soit des mêmes steppes, soit de celles de la Hongrie. C'est là un fait constant qui résulte de toutes les recherches de M. Renault dans les archives ou dans les auteurs russes et allemands, de tous les renseignements officiels et autres qui lui ont été transmis.

De 1800 à 1814, la France a eu de grandes guerres à soutenir; elle a mis en mouvement de grandes armées et, pour les conduire sur les champs de bataille lointains, il a fallu rassembler et faire marcher avec elles des troupeaux de bœufs bien considérables, auxquels les préoccupations et les nécessités de la guerre ne permettaient pas assurément de donner tous les soins d'une bonne hygiène. Or, jusqu'en 1814, tant que ces armées n'ont pas quitté la France ou les pays limitrophes, tant qu'elles n'ont pas été en contact avec les armées de la Russie et de l'Autriche, ces armées n'ont jamais vu leurs parcs d'approvisionnements ravagés par le thyphus. Dans nos campagnes d'Afrique, les bœufs d'approvisionnement de nos colonnes expéditionnaires n'ont jamais été frappés de cette épizootie malgré les conditions hygiéniques les plus défavorables, privations de tous genres, marches forcées sous un ciel brûlant, exposition de jour et de nuit aux intempéries de l'air, etc.

En résumé, dit M. Renault, l'expatriation, les conditions de marche et de régime les plus misérables ne suffisent pas à produire le typhus contagieux sur les bêtes bovines; il faut encore, pour que cette maladie germe et se développe chez ces animaux, qu'il existe chez eux une predisposition une aptitude spéciale qui, jusqu'à présent du moins, paraît ne se rencontrer que dans *la race des steppes*.

M. Delafond demande la parole pour la prochaine séance sur le mémoire de M. Renault.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES OPHTHALMIES PAR L'OCCLUSION DES PAUPIÈRES.

M. Hipp. Larrey: Dans la dernière séance, M. Bonnafont a lu un mémoire intitulé: NOUVEAU MODE D'OCCLUSION DES YEUX DANS LE TRAITEMENT DES OPHTHALMIES. L'importance d'une pareille question nous a tous frappés. Depuis un grand nombre d'années, j'ai souvent fait l'application de ce moyen, mais, tout en reconnaissant ses avantages, je ne partage pas l'excessive confiance que lui accorde M. Bonnafont. Je me propose d'apprécier, à mon point de vue, quelques-unes des assertions qu'il a émises. Le traitement des ophthalmies par l'occlusion a été pour moi, depuis dix-huit à vingt ans, un sujet d'études et de recherches. J'ai recueilli sur cette méthode des matériaux nombreux pour un travail que j'avais préparé pour l'Académie, mais que je n'ai pas rédigé. C'est de ce travail que j'ai extrait ces notes, qui serviront à compléter le travail de M. Bonnafont.

M. Bonnafont, dans son travail, aurait dû partir du principe de l'occlusion, et lui attribuer ce qu'il a attribué à une méthode qui n'est, après tout, qu'un moyen. Il aurait dû faire voir que le principe de l'occlusion artificielle est tiré de l'occlusion naturelle, spontanée des yeux. Je crois ces prolégomènes indispensables pour apprécier le moyen en lui-même.

L'occlusion a été employée très-diversement; l'occlusion incomplète se puise dans l'obscurité même; on l'obtient au moyen d'un bandeau simple, de conserves, de garde-vue, etc., Wenzel employait de préférence un simple bandeau.

Vient enfin l'occlusion complète; c'est à cette méthode que M. Bonnafont a voulu faire allusion. Elle remonte à une époque très-éloignée; Celse conseillait d'appliquer sur l'œil, après l'opération de la cataracte, de la laine enduite de blanc d'œufs. Les Egyptiens d'autrefois et ceux d'aujourd'hui ont également préconisé la méthode d'occlusion au début de l'ophthalmie purulente. Il est de toute évidence que c'est seulement à cette période de l'ophthalmie purulente que l'occlusion peut être pratiquée, et non pas lorsqu'elle a acquis un degré de développement assez considérable. En Algérie, les médecins arabes se montrent assez partisans de l'occlusion dans diverses ophthalmies. On trouve plus commode de soustraire l'œil malade à l'action des agents extérieurs, que de mettre en usage une médication rationnelle. Bon nombre de chirurgiens et d'oculistes appliquent l'occlusion dans différents cas. Wenzel a considéré l'occlusion naturelle des paupières comme le meilleur moyen; il conseillait d'appliquer une compresse sur les paupières exactement closes.

L'occlusion comporte des bandages, des appareils, des moyens de pansement très-variés. M. Gerdy, dans son TRAITÉ DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE, a plus spécialement décrit qu'aucun autre les bandages connus sous les noms de monocle, de binocle; ces moyens ont été souvent cliniquement appréciés. Somme toute, on est plus disposé à en blâmer qu'à en préconiser l'usage. On leur reproche surtout d'échauffer considérablement l'œil, de déterminer par leurs frottements l'irritation des paupières, et d'entretenir ainsi les conjonctivites, d'augmenter la sécrétion muco-purulente dans certains cas, de favoriser le développement des pannus, etc. Ces inconvénients ont été signalés par Wenzel, Jæger, Walther, Saint-Yves, Demours, Ch. Deval, etc. Les appareils légers ont cependant des avantages. J'ai été étonné d'une chose, c'est de la série de pièces d'appareils énumérée par M. Bonnafont; il ne faut rien moins que son habileté propre pour triompher des inconvénients de cette complication. Un simple bandage, appliqué avec soin, qui soutienne les paupières sans les comprimer, me paraît mériter la préférence. Il n'est pas de chirurgien qui, sans y attacher une grande importance, n'ait eu recours à cette occlusion. Mon père, grand partisan de l'inamovibilité dans certaines affections chirurgicales, a eu recours à l'occlusion dans l'ophthalmie d'Égypte, soit au commencement, soit à la fin de cette affection. Il appliquait un petit bandage croisé, un monocle. Il me serait possible de citer ici plusieurs faits, mais cette citation serait trop directe.

Bien d'autres moyens d'occlusion ont été mis en usage; le coton cardé, par exemple, dont Mayor de Lausanne avait fait une sorte de panacée, a été employé par lui pour obtenir l'occlusion. J'en ai souvent fait usage d'après lui; c'est un topique doux qui peut suffire dans bien des cas. Mais, comme l'a fait observer M. Malgaigne, il est difficile de condamner un œil à l'immobilité si l'autre reste ouvert, et le coton lui-même ne laisse pas que de produire, sous l'influence de ces mouvements, une disposition érythémateuse. En 1843, M. Furnari a substitué au coton cardé le coton gommé pour l'occlusion des yeux après l'opération de la cataracte.

On a employé encore les bandelettes agglutinatives et le monocle. M. Gama, ancien chirurgien du Val-de-Grâce, s'en servait, dès 1834, dans les kératites aiguës avec photophobie. Je suivis cette pratique dans un cas de kératite ulcéreuse, qui avait résisté à toutes les médications, et j'obtins un résultat vraiment inespéré. M. Bégin nous a exposé lui-même dans la dernière séance comment et de quelle façon il avait eu souvent recours, il y a longues années, à l'occlusion complète.

Comme maître, qui n'est étranger à aucun des progrès de la chirurgie, notre savant collègue, M. Velpeau, a mis en pratique l'occlusion, spécialement à ma connaissance dans certains cas de chémosis séreux ou s'accompagnant de sang épanché. Beaucoup d'autres chirurgiens sans doute encore ont eu occasion d'avoir recours à d'autres moyens variés d'occlusion, mais sans l'appliquer d'une manière générale.

L'occlusion était bien évidemment une pratique ancienne; je passe maintenant aux efforts qui ont été tentés pour l'ériger en principe ou en méthode générale. Mes premiers travaux dans cette voie remontent à 1837. Témoin des faits de la pratique de MM. Gama et Bégin, je me suis demandé si on ne pourrait pas avoir plus souvent recours à l'occlusion complète; si, par exemple, l'analogie n'en indiquait pas l'emploi dans les ulcères de la cornée, par comparaison avec ce qui a lieu dans les ulcères des membres? J'ai été étonné des résultats que j'ai obtenus et j'ai étendu l'application de ce principe à d'autres conditions pathologiques de l'œil. J'ai employé d'abord le coton, les bandelettes adhésives et le monocle des anciens, quelque chose d'analogue à l'appareil de M. Bonnafont, et j'en ai retiré des résultats très-encourageants. Dans une ophthalmie provoquée et entretenue par un jeune soldat, qui voulait s'en faire un moyen de réforme, l'occlusion complète me donna un résultat inespéré; le jeune soldat devint apte à continuer son service et fut renvoyé à son régiment. J'ai fait des applications multipliées de l'occlusion dans des cas variés, mais spécialement aux kératites ulcéreuses chroniques ou rebelles à tous les autres traitements. J'ai communiqué ces faits à la société d'émulation, à la société de chirurgie; je les ai fait connaître dans les cours dont j'ai été chargé au Val-de-Grâce. J'avais amassé beaucoup de notes que je comptais lire à l'Académie; M. Bonnafont a eu le mérite de prendre les devants.

En feuilletant mes notes dans ces derniers jours, j'ai retrouvé précisément une lettre d'un chirurgien italien, M. Gennaro Barracano, qui m'écrit, en 1852, pour me féliciter des résultats que j'ai obtenus de l'occlusion et qui m'apprend, en même temps, que, dès l'année 1831, il avait appliqué un grand nombre de fois ce moyen de traitement. Il se servait de bandelettes adhésives de taffetas gommé.

M. Piorry, cité par M. Bonnafont, a eu occasion de recourir aussi à l'occlusion complète, à la maison de refuge des orphelins du choléra, en 1832, dans une épidémie d'ophthalmies. Je lui laisse le soin de donner lui-même des éclaircissements à l'Académie. Poursuivons ces recherches. M. Pétrequin, en 1838, se servait à Lyon de l'occlusion, pratiquée au moyen de bandelettes de taffetas d'Angleterre, dans la kératite ulcéreuse. M. Hairion, de Louvain, essayait un peu plus tard le même procédé, d'après M. Pétrequin; puis MM. Furnari et Ch. Deval, qui préfèrent les bandelettes adhésives aux bandages, leur reprochant une partie des inconvénients que j'ai signalés, d'échauffer et d'irriter l'œil. On ne peut user des handelettes de diachylum qu'avec une extrême réserve; les autres bandelettes emplastiques se maintiennent difficilement.

M. Hairion, le premier, a eu l'idée de mettre en usage un moyen appliqué à d'autres affections; je veux parler du collodion. Il attribue d'ailleurs le principe à M. Pétrequin: et M. Deval, à son tour, en fait honneur à M. Hairion. M. Bonnafont a paru s'en faire honneur à lui-même. Cette tendance est naturelle, et chacun de nous d'ailleurs peut bien offrir de pareils exemples. J'ajouterai quelques mots sur l'emploi du collodion qui offre de très-grands avantages. Le premier procédé, imaginé par M. Hairion, est devenu très-usuel; il est décrit avec détail dans les ANNALES D'OCULISTIQUE et l'UNION MÉDICALE, année 1849. Ce procédé consiste à tremper une bandelette dans du collodion et à l'appliquer sur les paupières hermétiquement fermées; on maintient, pendant un court espace de temps, la bandelette de collodion au moyen d'une compresse. Le collodion doit réunir certaines conditions de préparation, et quelques précautions sont à prendre dans l'application. Si les cils sont trop fortement collés ils s'en vont lorsqu'on enlève l'appareil; il arrive que la conjective est fortement irritée; les malades perçoivent une sensation de froid pendant quelques instants, suivie d'une chaleur mordi-

cante qui persiste plusieurs heures. Le muco-pus ne sortant pas facilement devient pour l'œil une cause d'irritation nouvelle. Il est vrai de dire que le plus souvent les liquides s'échappent du côté du grand angle de l'œil, du sac lacrymal.

Frappé de ces inconvénients, M. Hairion a modifié ce procédé de la manière suivante : il abaisse autant que possible la paupière supérieure et il applique deux bandelettes enduites de collodion, isolées l'une de l'autre, et placées l'une sur la paupière supérieure et l'autre sur l'inférieure; des fils fixés à ces bandelettes permettent de maintenir une occlusion exacte ou d'examiner l'œil par une espèce de fenêtre, en relâchant les fils. Mais la levée des bandelettes constitue toujours une difficulté.

Maintenant faut-il couvrir les deux yeux ou un seul? Si l'affection est exclusivement locale, on peut se contenter de l'occlusion unioculaire. S'il s'agit, au contraire, d'une variété d'ophthalmie qui passe facilement d'un œil à l'autre, il faudra couvrir les deux yeux.

Un ophthalmologiste distingué, mort il y a quelque temps, M. F. Cunier, dans une communication à l'Académie de Bruxelles, a bien voulu m'attribuer le principe de l'occlusion dans certains cas réservés ; ce chirurgien se servait de préférence d'un appareil léger de collodion. J'ai eu occasion de voir à Londres, M. Hancock, appliquer une bandelette adhésive après l'opération de la cataracte. M. Forget, de Strasbourg, dans un travail intéressant, mais procédant exclusivement de sa propre expérience (ANNALES D'OCULISTIQUE de 1852), mentionne aussi les bons effets de l'occlusion. Il dit d'ailleurs : « Ma méthode est certainement ancienne, mais les citations manquent. » Il se sert d'un moyen mixte ou plutôt composé : il applique sur les paupières fermées une compresse mouillée qui se moule exactement sur les parties, et qu'on soutient par un bandeau. C'est un moyen excellent uni aux applications froides, et qui n'exclut pas les autres médications. M. Forget n'a rapporté que trois observations dans son mémoire, mais saillantes toutes les trois, d'ophthalmies rebelles guéries par ce procédé.

M. Bonnafont, avant de s'arrêter à son procédé actuel, a employé aussi le collodion, le taffetas et le sparadrap avec charpie et bande (ANNALES D'OPHTHALMOLOGIE, novembre et décembre 1853). Son mode d'occlusion nouveau, ce qu'il appelle sa méthode, consiste dans un appareil de pansement complet, qui me semble mériter les critiques que les anciens ont faites des premiers appareils d'une certaine complication ; il y a des avantages qui peuvent devenir des inconvénients. Je me fierais assurément à son appareil appliqué par lui, mais je m'en défierais dans des mains moins expérimentées.

L'occlusion des paupières est certainement une méthode excellente, mais non dans tous les cas et non à l'exclusion des autres moyens de traitement; d'où *l'occlusion simple et l'occlusion composée*. Il y a différents procédés pour appliquer cette occlusion. Il ne faut pas perdre de vue les autres moyens que réclament les affections des yeux, l'eau froide, les collyres, les pommades, les cautérisations, les moyens médicaux et enfin l'hygiène oculaire. L'occlusion favorise l'absorption des médicaments. M. Furnari considère une légère compression comme salutaire et le traitement médical comme essentiel.

Il faut recourir à l'occlusion, surtout chez les enfants indociles et chez les malades qui se rapprochent des enfants par leur mobilité et leur indocibité, chez certains militaires qui peuvent avoir intérêt à entretenir une ophthalmie.

Je passerai maintenant à l'examen des résultats généraux en faveur de l'occlusion et j'indiquerai les cas spéciaux où il convient de l'appliquer.

Je citerai tout d'abord les lésions mécaniques du globe de l'œil, d'après mes propres observations, les blessures, les contusions, la commotion, les plaies, même compliquées de corps étrangers, mais après l'extraction des corps étrangers toutefois, l'ophthalmoptosie, l'exophthalmie, les congestions oculaires, les hydrophthalmies, les ophthalmies en général, en l'absence ou à cause de l'insuffisance des autres traitements.

On mettra encore l'occlusion en pratique avec avantage dans le phlegmon oculaire, mais ici seulement au début, dans le chémosis; dans les granulations de la conjonctive, cela supporterait peut-être quelques observations. L'occlusion trouve surtout ses applications les plus spéciales dans les ulcérations de la cornée, les kératites, les staphylômes, les perforations, les fistules, les opacités même, dans les maladies de l'iris, la procidence de l'iris, les iritis. On ne devra y avoir recours qu'avec une extrême réserve dans les cas d'adhérence, les synéchies, dans les maladies du cristallin, à la suite des opérations de cataracte, dans les maladies de la rétine et des parties profondes de l'œil, dans les cas de troubles visuels, les phosphènes, la myopie, la presbytie, la diplopie, l'héméralopie, la nyctalopie, l'amblyopie. On pourrait en essayer peut-être dans les cas d'amaurose, mais ce ne serait ici qu'un simple palliatif. Enfin, l'occlusion pourrait peut-être encore avoir des avantages dans certaines maladies des annexes de l'œil, certaines maladies des muscles de l'œil, le strabisme, dans les maladies des paupières, dans les plaies des paupières, l'ectropion, etc., dans le trichiasis, dans les brûlures, mais en veillant à ce que la cicatrisation soit régulière.

Je dirai en terminant que l'occlusion est une méthode ancienne qui a été appliquée avec succès à un assez grand nombre de maladies oculaires et qui mérite d'être conservée dans la pratique, en l'associant aux autres moyens d'hygiène oculaire et de traitement médical. Je me suis proposé, en exposant ces résultats devant l'Académie, de fixer davantage les opinions sur certains points et de compléter le travail que M. Bonnafont a communiqué dans la dernière séance.

M. VELPEAU demande la parole pour la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

DU SUICIDE ET DE LA FOLIE SUICIDE, CONSIDÉRÉS DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA STATISTIQUE, LA MÉDECINE ET LA PHILOSOPHIE; par M. BRIERRE DE BOISMONT, docteur en médecine de la Faculté de Paris, directeur d'un établissement d'aliénés, etc. — Un vol. in-8°. — Paris, chez Germer-Baillière, éditeur.

Les moralistes ont beaucoup écrit sur le suicide, mais ce n'est guère que de nos jours que les médecins ont, à leur tour, porté leurs investigations sur ce sujet, et le livre que nous avons sous les yeux est l'étude la plus complète et la plus consciencieuse qui ait été publiée sur la mort volontaire. Les médecins sont venus faire la part de l'élément organique négligé par les moralistes qui n'avaient cherché les causes du suicide que dans les passions ou les idées dominantes à diverses époques. Mais, comme le fait observer M. Brierre de Boismont, les médecins subissant, à leur insu, le joug de leurs méditations habituelles, n'ont vu, pour la plupart, dans le suicide qu'une maladie dont ils ont été conduits à faire un symptôme de la folie. M. Bourdin a surtout défendu cette manière de voir vers laquelle Esquirol lui-même semble incliner dans son article sur le suicide. M. Brierre, dans l'introduction de son ouvrage, établit tout d'abord qu'il y a deux formes de suicide: dans l'une, l'homme conserve la liberté et la volonté; dans l'autre, il n'est plus maître de soi; il a perdu sa liberté morale; c'est un aliéné; aussi l'auteur a-t-il intitulé son livre : DU SUICIDE ET DE LA FOLIE SUICIDE. Cette opinion avait déjà été soutenue avec talent par M. Etoc Demazy et par M. Petit, dans sa dissertation inaugurale qu'il faut toujours citer quand il s'agit de suicide.

Depuis le commencement de ce siècle, le suicide n'a pas fait en France moins de 300,000 victimes, plus de cinq mille par année. Un mal qui exerce de pareils ravages mérite de fixer l'attention des philosophes et des physiologistes. Au point de vue de la société, comme au point de vue de la famille, le suicide constitue peut-être un acte aussi répréhensible et aussi regrettable que l'homicide proprement dit. Assurément beaucoup d'individus mettent fin à leur existence qui ne seraient pour leur famille que des sujets de chagrin et quelquefois d'opprobre, et pour la société des membres inutiles ou dangereux. Mais combien s'affaissent sous la douleur et arrivent à la mort volontaire, la dernière expression du désespoir, qui s'ils eussent lutté plus longtemps auraient triomphé de la douleur et fussent devenus des citoyens utiles, ne fût-ce qu'en donnant aux autres le noble exemple des vertus et du courage dans le malheur! Brutus, après la bataille de Philippes, Caton d'Utique, après la défaite de Thapse, désespèrent du salut de la république, ils terminent dans la force de l'âge, par une mort violente, une vie qu'ils pouvaient certainement encore continuer avec fruit pour leur patrie. Vercingétorix ne montre-t-il pas plus de grandeur quand, sur le point d'être forcé dans Alise, il se dévoue pour le salut des siens et se remet entre les mains de César qui ne sait pas user de sa victoire? De nos jours, Napoléon, trahi par ses généraux, abandonné par son peuple, désespère de sa fortune; le 14 avril 1814, au palais de Fontainebleau, après sa première abdication, il prend au milieu de la nuit du poison qu'il avait constamment porté sur lui depuis la retraite de Russie. Mais des gémissements furent entendus, des secours arrivèrent; le Titan n'avait pas achevé sa destinée; l'expiation de Sainte-Hélène aurait manqué à la moralité de l'histoire et à la grandeur même du héros.

Le mal du suicide est presque aussi vieux que le monde, mais les systèmes philosophiques et religieux ont amené à diverses époques des recrudescences ou des rémissions dans l'intensité du mal. L'Orient panthéiste nous offre les premiers exemples de mort volontaire; nous trouvons le suicide en bonneur chez les Chinois, les Japonais et les Indiens. Les exemples de mort volontaire sont très-rares au contraire chez les Chaldéens, les Perses et les Hébreux, qui s'éloignaient singulièrement, par leur genre de vie et leur religion, des peuples que nous venons de citer; ce ne fut qu'après l'invasion romaine que le suicide devint chez les Hébreux une chose plus indifférente et plus commune. En Afrique, chez les Égyptiens surtout, le suicide fut en grande faveur, principalement au temps de Marc-Antoine et de Cléopâtre.

Dans l'Europe ancienne, nous voyons le suicide glorifié chez les Gaulois et chez les Celtes du Nord, adonnés comme les Orientaux, aux croyances panthéistes et grands partisans de la métempsycose. Chez les Grecs et chez les Romains l'apologie de la mort volontaire se retrouve presque partout; les plus grands esprits n'ont pas toujours échappé à

l'influence des idées philosophiques qui ont surtout prévalu chez ces peuples, dont l'histoire nous offre l'expression la plus élevée de la civilisation ancienne. Un des fondateurs de la première Académie, Speusippe, se tue à cause des railleries de Diogène; les créateurs de la seconde et de la troisième Académie, Arcésilas et Carnéade, terminent aussi leurs jours par le suicide. Le mal s'accrut avec la propagation des doctrines du scepticisme et du pyrrhonisme qui exigèrent en dogme le doute universel, tandis que les platoniciens et les pythagoriciens n'avaient posé le doute que sur certaines questions. Diogène et son disciple Stilpon, le cynique Pérégrin se suicidèrent tous les trois, le dernier publiquement, au milieu des jeux olympiques. Mais ce furent surtout les stoïciens qui firent un dogme du suicide et formulèrent le décret : *Mori licet cui vivere non placet*; Zénon, fondateur de la secte, joignit l'exemple au précepte. Parmi les disciples qui suivirent en foule son exemple, il faut citer surtout Caton, Brutus, Sénèque, etc. Aristippe, le chef des Cyrénéens et Hégésippe, un des plus célèbres d'entre eux, enseignaient que le sage doit choisir ce qu'il aime le mieux de la vie ou de la mort. Les épicuriens considéraient que le suicide est une action sans importance et qu'il importe à l'homme d'examiner s'il est utile de prévenir ou d'attendre la mort. A cette secte appartenaient Lucrèce, qui se tua à peine âgé de 48 ans, l'écrivain Diodore et le poëte Pétrone, qui moururent aussi de mort volontaire. Ces idées philosophiques ne furent pas non plus assurément sans influence sur le nombre considérable de morts volontaires, déterminées surtout par des passions héroïques ou généreuses, que nous offre l'histoire grecque ou romaine; chacun a présent à l'esprit la fin tragique de Thémistocle, de Codrus, de Porcie, fille de Caton, de Cléomènes, de Lucrèce, femme du premier Brutus, des femmes des Teutons, des vierges d'Antioche, etc., etc.

Après avoir suivi M. Brierre de Boismont dans cette étude du suicide chez les anciens, il nous a semblé qu'il y avait une omission dans ces pages auxquelles il a su donner un saisissant intérêt. Il n'a pas fait la part des doctrines philosophiques, opposées à celles que nous venons de passer en revue. Les péripatéticiens, par exemple, disciples d'Aristote, n'admettaient pas que l'homme eût le droit de quitter volontairement la vie. Socrate, le fondateur de la morale, a condamné le suicide; Pythagore, bien qu'il ait enseigné la métempsycose, ne paraît pas non plus l'avoir approuvé. Socrate, il est vrai, refuse de se défendre et boit la ciguë, malgré les moyens qu'on lui offrait de s'évader, mais il a voulu prouver par là sa confiance dans la justice de sa cause et son obéissance aux lois de son pays. Platon et Cicéron ont eu des opinions incertaines; cependant le premier surtout a condamné le suicide en thèse générale. « Un philosophe, dit Platon dans le PHÉDON, ne se donnera jamais lui-même la mort; car cela n'est pas permis, même à ceux pour qui la mort serait meilleure que la vie. Ils ne peuvent se procurer un avantage qui leur serait si nécessaire; car la divinité nous a mis dans la vie comme dans un poste, que nous ne devons jamais quitter sans sa permission. » Cicéron, dans le premier livre des Tusculanes, soutient à peu près cette même opinion; il ajoute, il est vrai, que le vrai sage doit passer avec plaisir de ces ténèbres aux lumières célestes, lorsque le dieu qui a sur nous un pouvoir souverain en fait naître en nous le juste désir.

Avec l'établissement du christianisme, le suicide devint beaucoup plus rare. Dès le quatrième siècle, saint Augustin fixait pour l'avenir les idées chrétiennes sur le suicide. Du cinquième au dixième siècle, on ne trouve dans les auteurs qu'un petit nombre de suicides dus à une disposition maladive des âmes, l'*accidia* ou *athumia*, véritable lypémanie. Au douzième et au treizième siècle, la monomanie avec penchant au suicide se montre plus fréquente dans les monastères. Les juifs se suicident aussi en grand nombre pour échapper aux persécutions atroces dirigées contre eux. Mais c'est surtout à partir du seizième siècle qu'il se fit une secte de réaction en faveur de la mort volontaire. Quelques écrivains osèrent la justifier; en Angleterre, Thomas Morus; en France, Montaigne, qui ne cherche point à déguiser sa pensée sous des artifices de langage, a écrit : « Le sçavoir mourir nous affranchit de toute subjection et contraincte. » Nous lisons aussi, dans l'ouvrage M. Calmeil sur la folie, qu'à la même époque, les démonolâtres se suicidaient en foule pour mettre fin à une existence insupportable.

Dans les temps modernes, les doctrines encyclopédistes, l'exagération de l'amour du moi, les formules panthéistes de nouveau proclamées en Allemagne, l'affaiblissement de la foi religieuse, l'énervement moral, l'ennui qui envahit les nations blasées sont venus donner une nouvelle impulsion au suicide. Et puis encore, et par-dessus tout, la doctrine des intérêts matériels substituée à celle des intérêts moraux, le culte de la force et du succès ont faussé les consciences, détruit les convictions généreuses, ébranlé la croyance dans l'avenir, engendré des espérances démesurées, multiplié les déceptions et partant les aspirations vers la mort.

Nous passons avec M. Brierre à l'étude des causes prédisposantes, l'hérédité exerce une influence incontestable, surtout chez les aliénés. Parmi les conditions de causalité du suicide, il faut ranger les influences climatériques et météorologiques. Le suicide est plus commun chez les hommes que chez les femmes, dans les grands centres de population que dans les pays où la population est disséminée; il se montre cependant dans les campagnes et avec assez de fréquence, ainsi que l'avaient établie déjà le livre de M. Cazauvielh et les travaux de MM. Etoc-Demazy et Petit. C'est un préjugé médical qui a duré longtemps que cette croyance qu'il n'y avait pas de suicide chez les gens des campagnes. » Dans cette portion de la société, écrivait il y a quelques années M. le docteur Archambault dans les ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES, les passions exercent leur funeste empire avec autant d'énergie que dans les autres classes..... Mais les poëtes avaient vanté le bonheur des champs, les médecins ont cru aux poëtes et n'ont plus voulu admettre que le penchant au suicide pût se montrer chez les laboureurs. »

Le suicide se trouve à tous les âges de la vie, très-rare dans le jeune âge, il atteint son maximum de fréquence de 30 à 50 ans. Contrairement à l'opinion d'Esquirol, la vieillesse a aussi ses morts volontaires. Les suicides sont plus fréquents dans le célibat, dans le veuvage. Certaines professions y prédisposent. L'instruction semble favoriser cette tendance. Le pauvreté a une action marquée sur cette détermination; l'immoralité y conduit.

Les principales causes déterminantes du suicide sont l'ivrognerie, la misère, l'inconduite, la folie, les chagrins domestiques, l'amour, le jeu, l'orgueil, l'ennui; l'*athumia* des anciens, le *tædium vitæ*, fait aussi de nombreuses victimes; le mal de l'ennui est le symptôme d'une civilisation vieillie et blasée. Au premier siècle de notre ère, Sénèque et saint Chrysostome nous ont dépeint l'âme de leurs contemporains livrée à une pernicieuse tristesse et au dégoût de la vie, à cette maladie morale contagieuse dont Sérène et Stagyre sont des types saisissants. A dix-huit siècles de distance, Rousseau, dans LA NOUVELLE HÉLOISE, Goethe, dans WERTHER, Chateaubriand, dans RENÉ, Lamartine, dans RAPHAEL, nous révèlent les mêmes tendances à notre époque. Et Rousseau, Goethe, Chateaubriand, Lamartine ont-ils fait autre chose que prêter à leurs personnages leurs propres sentiments? Leurs mémoires, leurs confessions, leurs confidences nous apprennent qu'ils ont éprouvé cette langueur, cette amertume de l'âme au point d'en être arrivés à des tentatives de suicide. Ce ne sont pas seulement les âmes inquiètes et rêveuses, les poëtes et les artistes qui sont atteints du mal de l'ennui; les hommes de la trempe la plus vigoureuse n'y échappent pas toujours; Dupuytren en avait été tourmenté dans sa jeunesse et Napoléon lui-même nous apprend qu'il faillit céder, au début de sa carrière, au dégoût que lui inspirait la vie.

Esquirol avait cherché à établir que les heureux de la terre ne se tuaient jamais par ennui, sans qu'il y eût alors quelque chose de dérangé dans leur esprit; M. Brierre s'attache à réfuter cette opinion. Pour lui, l'ennui, *même avec tendance au suicide*, ne constitue pas un appendice de la folie, s'il ne s'accompagne pas manifestement de désordre des sentiments et des facultés intellectelles. Nous inclinerions plus volontiers, quant à nous, vers l'opinion d'Esquirol; l'ennui, quand il est porté au point de conduire au suicide, constitue vraiment une lésion de l'entendement, une aberration mentale; une des raisons principales que l'on peut apporter à l'appui de cette manière de voir, c'est que l'ennui est rarement primitif; il est souvent secondaire; il est lié à de certaines conditions organiques; il est déterminé par la surexcitation de l'époque de la puberté, l'épuisement qui succède aux excès de tout genre, l'habitude des émotions trop vives, etc.

Des suicides nombreux sont dus à l'amour et à la jalousie; on s'étonne cependant de ne voir figurer cette cause qu'au quatrième rang dans les causes déterminantes. L'amour n'est-il pas la plus puissante des passions, celle d'où dérivent toutes les autres? « Otez l'amour, a dit Bossuet, il n'y a plus de passions, et posez l'amour, vous les faites renaître toutes. » Et Lamartine : « Il y a une femme au commencement de toutes choses. »

Un des chapitres les plus neufs et les plus intéressants du livre de M. Brierre est celui qui est consacré à l'analyse des derniers sentiments exprimés par les suicidés dans leurs écrits. Nous regrettons de ne pouvoir suivre l'auteur pas à pas dans cette étude que nous résumerons brièvement. Des suicidés, les uns se tuent froidement, résolument; les autres ne se déterminent qu'après de longues hésitations. Très-peu résistent au désir de faire connaître les sentiments qui les

agitent au moment de quitter volontairement la vie. Les écrits des suicidés permettent d'approfondir davantage l'étude des causes. Le besoin de sociabilité est manifesté par des adieux à la famille, aux amants, aux maîtresses. Beaucoup se déclarent les auteurs de leur mort et indiquent les motifs qui les ont portés à cette détermination. Les uns expriment la douleur de n'avoir pu triompher d'habitudes mauvaises; ils laissent à leurs ennemis des paroles de conciliation et d'oubli et manifestent un retour vers les idées religieuses; ils se préoccupent de considérations relatives à leurs funérailles. D'autres laissent échapper des regrets amers de la vie, des plaintes; des récriminations, des injures, des menaces. Quelquefois le mensonge se continue jusque dans la mort; il y a des individus qui cherchent à donner le change sur leur genre de mort ou sur les motifs de leur détermination. Quelques écrits témoignent que le suicide reconnaît souvent pour causes les motifs les plus futiles; d'autres enfin portent le cachet de la folie. L'analyse des derniers sentiments fait bien voir quelle différence tranchée sépare les suicides des gens raisonnables de ceux des aliénés. Les motifs invoqués par les premiers sont pris, en effet, dans les passions, les désirs, les regrets, en un mot dans tous les mobiles ordinaires de la vie. Chez les seconds, au contraire, la tendance au suicide est déterminée par des hallucinations, des illusions, des conceptions délirantes, une irrésistibilité morbide, un véritable état maladif.

M. Brierre consacre un chapitre à l'examen de l'influence de la civilisation sur le suicide; il établit qu'il y a progression dans le chiffre des morts violentes et volontaires; que le maximum des suicides se trouve à Paris, et que plusieurs des grandes villes ont le triste privilége d'exercer une pareille influence. Dans tous les départements, le chiffre des suicides s'élève ou s'abaisse selon le rapport existant entre l'élément urbain et l'élément rural. La condition de causalité la plus puissante du développement du suicide consiste dans l'exaltation de la sensibilité morale, qui résulte d'une civilisation avancée.

On compte en France 1 suicide sur 13,461 habitants; le chiffre des suicides atteint son maximum dans le nord; il décroît dans l'est, l'ouest et le centre; il est au minimum dans la région du sud. Les suicides sont plus nombreux le jour que la nuit; dans les mois d'été que dans les mois d'hiver. Nous excéderions le cadre de cette notice bibliographique si nous voulions suivre l'auteur dans l'examen des lieux habituels du suicide (le domicile généralement), des époques de la reconnaissance et du mode de constatation des suicides, des objets trouvés à leur domicile, des suicides réclamés ou non, des modes de suicide, etc.

L'auteur consacre un chapitre à l'étude des caractères physiologiques et symptomatologiques du suicide : 1° chez les gens raisonnables; 2° chez les aliénés.

Chez les premiers, il est d'observation que le suicide est presque toujours instantané dans la jeunesse et déterminé par des émotions sentimentales. Les caractères mélancoliques y sont plus disposés. Les signes du suicide dans l'âge mûr et même aussi dans la vieillesse se tirent des caractères, des tempéraments, des changements qu'ils éprouvent, de la nature des idées, de l'éducation, des professions, des organisations, des degrés de sensibilité et surtout de l'irritabilité. L'expression du visage révèle souvent la résolution fatale. Une première tentative de suicide n'est point une garantie contre le retour d'une pareille tendance.

Chez les aliénés, il faut prendre en grande considération le tempérament, le caractère, les antécédents, l'hérédité; la forme oppressive de l'aliénation mentale est celle qui compte le plus grand nombre de suicides; on en observe cependant aussi dans l'hypocondrie et dans la folie d'action. Les hallucinations et les illusions sont très-communes chez les aliénés suicides. Parmi les conceptions délirantes qui engendrent la tendance au suicide, celles dont l'action se fait plus vivement sentir sont : les idées d'ennemis, d'empoisonnement, de persécution, de peurs exagérées de l'enfer, de la police, de la prison, du jugement, du remords, etc. Le refus des boissons et des aliments s'associe très-fréquemment à l'idée d'empoisonnement.

Les lésions de la sensibilité générale et de la sensibilité cutanée existent chez un grand nombre d'aliénés suicides. Le suicide est quelquefois aigu. Il peut être précédé d'homicide; il peut être le résultat d'impulsions morbides irrésistibles. La science peut intervenir avec succès auprès de ces malades et donner une proportion assez considérable de guérisons.

Dans un chapitre intitulé : *Nature du suicide*, M. Brierre de Boismont s'attache, une fois de plus, à démontrer que le suicide est souvent un acte volontaire, mûrement réfléchi et froidement exécuté dans une complète liberté d'esprit. Il discute l'influence des idées et des croyances et celle de l'organisation sur la tendance au suicide. Il cite un nombre considérable d'hommes célèbres qui ont eu la pensée du suicide et qui ont été même jusqu'à un commencement d'exécution. L'auteur est loin toutefois d'être exclusif et ne fait nulle difficulté d'avouer l'influence de la folie sur ce genre de mort.

Après une dissertation très-complète sur la médecine légale des suicides, l'auteur aborde enfin la question du traitement.

La thérapeutique du suicide varie nécessairement suivant l'état de raison ou de folie du malade affecté de cette tendance.

Dans le premier cas, la religion, la morale, la pratique des devoirs, une sage direction des passions sont les meilleurs préservatifs du suicide. Fuir la tristesse, avoir une famille, exercer une profession, voilà pour les jeunes gens les meilleurs moyens de combattre la tendance au suicide. Le raisonnement, les moyens moraux, la méthode de diversion peuvent être couronnés de succès dans l'âge mûr. L'isolement est souvent une cause de suicide dans la vieillesse; il faut créer autour d'elle une famille nouvelle pour vaincre cette disposition. L'imitation, sorte de contagion morale, contribue à propager le suicide; il faut recommander de fuir les entretiens, les livres qui traitent de ce sujet. Les peines comminatoires paraissent sans effet contre le suicide, surtout chez les nations civilisées. M. Brierre estime qu'il y a dans la religion deux puissants leviers qui ont arraché plus d'une victime au suicide, ce sont la confession et le cloître. Le cloître? Si l'état physique est un élément de la maladie, il faut lui opposer bien entendu un traitement convenable.

Dans l'état de folie, il faut combattre les tendances au suicide par l'isolement, les agents thérapeutiques, les mesures coercitives. Les bains prolongés, les irrigations continues conviennent généralement dans la folie-suicide. On peut aussi employer avec succès les affusions froides, l'hydrothérapie, les préparations toniques et antispasmodiques, les frictions sèches, les émissions sanguines, les vésicatoires, etc. La morphine paraît avoir aussi une action avantageuse. L'alimentation forcée à l'aide de la sonde œsophagienne est quelquefois indispensable dans le refus prolongé des aliments. A l'époque de la convalescence, la campagne, les voyages, les distractions, la gymnastique, le travail intellectuel et manuel contribuent à hâter et à consolider la guérison. La guérison de la folie-suicide peut être due à une crise physique ou morale. La diversion morale peut amener la guérison dans les cas où la maladie est stationnaire. Les enfants nés de parents-suicides doivent être l'objet d'un traitement préservatif, qui consiste dans une éducation intellectuelle particulière dirigée avec sagesse et persévérance par des personnes choisies.

La période aiguë de la folie-suicide une fois passée, dit M. Brierre, *la vie de famille* rend de grands services. Par vie de famille, l'auteur entend, non pas le retour du malade au sein de sa famille elle-même, mais la réunion des malades des deux sexes sous la continuelle surveillance d'un des deux chefs de l'établissement où ils reçoivent des soins. Cette vie intime et familière qui offre du mouvement, de l'entrain et presque la physionomie normale de la société, a de grands avantages, surtout pour les monomanes tristes, sur l'isolement des malades au milieu des divisions où ils sont parqués. Exercer sur les malades une action incessante par le raisonnement, les avis, les exhortations; remplir auprès d'eux les fonctions de consolateur et d'ami, leur donner à tout instant des marques d'intérêt, de bienveillance, de sympathie, de dévouement, tel est le but que doivent se proposer les personnes appelées à la direction de ce traitement. De pareilles fonctions n'exigent pas des qualités supérieures, il suffit, pour les remplir d'une manière utile, d'être doué d'heureuses qualités morales. Cette pression de tous les moments finit par ébranler les malades, les faire sortir de leur engourdissement et les ramener aux réalités de la vie. C'est ainsi que M. Brierre a obtenu des améliorations, des guérisons durables qui avaient résisté à tous les autres moyens.

Le livre de M. Brierre de Boismont est élégamment écrit et bien coordonné; c'est le traité le plus complet qui ait été publié sur le suicide. L'auteur a fait preuve d'un remarquable talent d'analyse psychologique et d'une expérience médicale éclairée. On y rencontre à chaque page une heureuse abondance de détails et d'aperçus pratiques. Il résume, en les complétant, les estimables travaux d'Esquirol, de MM. Etoc-Demazy, Bourdin, Petit, Falret, etc. C'est un livre indispensable aux médecins aliénistes et que les moralistes et les administrateurs consulteront avec intérêt et avec fruit.

CH. LOISEAU.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE SANITAIRE.

DE L'ÉTAT SANITAIRE DE PARIS COMPARÉ A L'ÉTAT SANITAIRE DE LONDRES ET DE L'ANGLETERRE EN 1855.

On a compté à Paris dans l'année qui vient des'écouler 38233 décès. Ce nombre est de 5000 unités environ inférieur à celui de 1854; il indique donc, au moins d'une manière relative, une amélioration dans l'état sanitaire. Pour apprécier à sa valeur absolue l'état sanitaire de 1855, il faut comparer le chiffre de cette année à celui de l'année non épidémique de 1852 qui n'a donné que 29863 décès. En 1853, où le choléra avait causé 812 décès seulement, la mortalité totale s'était élevée à 35384, soit 6000 décès de plus qu'en 1852. Si nous enlevons de 43095, total des morts en 1854, 8445 décès cholériques, nous trouvons que la mortalité de cette année, en dehors même de l'influence épidémique exceptionnelle, est représentée par le chiffre encore élevé de 34650 qui représente 5000 décès environ de plus qu'en 1852.

Il y a donc probablement dans ces nombres 29863, 35384, 43095, 38233, qui expriment la mortalité des années 1852, 1853, 1854, 1855, autre chose que des oscillations dues à l'invasion, à la présence et à la diminution de la grande influence morbide qui a parcouru presque toute l'Europe depuis quatre ans. En 1853, du 7 novembre à la fin de décembre, on a compté 812 décès cholériques; en 1854, le choléra figure pour 8445 morts; en 1855, il cause encore 2297 décès du 13 août au 27 décembre. En défalquant cette mortalité cholérique, on a le tableau suivant :

	1851.	1853.	1854.	1855.
Décès. . .	29866	34572	34650	35936

On devra sans doute tenir compte de l'augmentation progressive de la population de Paris; cette augmentation a été tellement considérable en 1855 que bien que passagère, elle a dû contribuer beaucoup à accroitre d'une manière factice le nombre des décès.

La mortalité totale se répartit de la manière suivante dans les quatre trimestres de chaque année :

	1852.	1853.	1854.	1855.
Premier trimestre ..	8086	10751	9172	11347
Deuxième trimestre.	7809	9429	11490	10655
Troisième trimestre.	6891	6851	13196	8220
Quatrième trimestre.	7077	8352	9237	8011

Nous ferons remarquer dans ce tableau le chiffre élevé de la mortalité du premier trimestre de 1855. A la même époque, sous l'influence d'un hiver rigoureux, les décès ont dépassé de beaucoup la moyenne à Londres, comme on va le voir. La forte mortalité du deuxième et du troisième trimestre de 1854, peut être l'effet de l'influence cholérique; mais l'accroissement de la mortalité dans le deuxième trimestre de 1855 et dans le premier trimestre de 1853 ne peut reconnaître une cause analogue.

Le tableau suivant représente la moyenne des décès par jour pour chacun des trimestres :

	1852.	1853.	1854.	1855.
Premier trimestre. . .	89	119,3	102,3	126
Deuxième trimestre. .	85,3	103,3	125,6	116,6
Troisième trimestre. .	74,6	73	142,6	88,6
Quatrième trimestre. .	76,3	91	102	86,3

La moyenne des décès par jour pour chaque année est de 81,59; 96,94; 115,32; 104,74.

A côté de ces renseignements généraux que nous devons à l'obligeance de notre savant ami, M. Trebuchet, qui dirige avec une habileté si éprouvée le bureau chargé de l'enregistrement des décès, une publication officielle du REGISTRAR GENERAL, nous permet de placer le travail suivant sur l'état sanitaire de Londres en 1855. Au milieu de documents statistiques nombreux, nous avons relevé les faits qui méritent le plus d'être cités à cause de leur importance au point de vue de l'hygiène publique et de l'épidémiologie.

Le tableau suivant résume le mouvement de la population à Londres en 1855.

Naissances..	Sexe masculin.	43352	84944
	Sexe féminin. .	41592	
Décès. . . .	Sexe masculin.	31203	61506
	Sexe féminin. .	30303	
Population..	Sexe masculin.	1201811	2565579
	Sexe féminin. .	1363768	

Les *naissances* ont excédé de 260 seulement le chiffre de 1854. M. Farr attribue cette faible augmentation au prix élevé des aliments et à la guerre qui éloigne les hommes mariés de leur famille.

Les *décès* présentent une diminution considérable; ils sont de plus de 12,000 au-dessous du chiffre de l'année cholérique de 1854. Que si cependant on les compare au chiffre des années ordinaires, on trouve qu'ils ne sont pas dans une proportion faible. Les froids intenses des mois de janvier, février et mars ont augmenté considérablement dans le premier trimestre le chiffre de la mortalité. La mortalité en 1855 a réalisé la proportion de 24 décès sur 1000 habitants; dans les neuf années de 1847 à 1855, cette proportion a varié de 21 à 30 sur 1000. Les différentes parties de Londres présentent des degrés différents de salubrité et d'insalubrité. Ce fait se vérifie en examinant les chiffres mortuaires des cinq grands arrondissements dans lesquels se répartissent les trente-six districts de cette ville immense. En 1855, la mortalité a été de 23 sur 1000 dans les arrondissements de l'Ouest et du Nord et de 25 sur 1000 dans l'arrondissement de l'Est. Il est digne de remarque que cet arrondissement a une mortalité généralement plus élevée que celle du Sud, si ce n'est dans les années cholériques. Dans ces circonstances on y a attribué l'intensité plus grande du fléau à la moindre élévation du sol.

La mortalité a atteint son maximum dans la quatrième semaine de l'année où l'on a compté 1630 décès. L'époque de la moindre mortalité a été la troisième semaine de juillet et la seconde d'octobre qui ont donné respectivement 915 et 870 décès. La température, à l'époque

FEUILLETON.

LES VIEILLES RECETTES.

Voici un livre curieux qui n'est pas nouveau, car il date de 1791; mais il est oublié, et il offre matière à des rapprochements qui ne seront pas sans intérêt.

C'est un dictionnaire : un DICTIONNAIRE PHARMACEUTIQUE, *contenant les propriétés des végétaux et des animaux d'usage, avec les préparations de pharmacie les plus usitées en médecine.* Il est destiné aux jeunes pharmaciens et chirurgiens, aux hôpitaux, aux communautés et aux personnes charitables qui pansent les pauvres. Uni au livre de la médecine et de la chirurgie des pauvres, dit la préface, il constitue pour les jeunes étudiants en médecine une petite bibliothèque portative, dans laquelle ils trouveront, en abrégé, ce qu'il y a de meilleur dans les livres.

Les lecteurs de la GAZETTE ont déjà compris : un abrégé, un manuel, des tricheries scientifiques, utiles peut-être à quelques lointains praticiens, mais qui, pour les étudiants, sont comme les petites heures de la paresse et du savoir écourté; nous pouvons en parler sans trop de respect. De toutes les sciences, la science militaire est la seule qui puisse fournir un manuel avantageux. Les charges en trois et en douze temps, coucher en joue, faire feu... un bon soldat n'en sait pas plus. Mais, en médecine, l'exercice est plus compliqué. Il faut proscrire les abrégés, sous peine de faire comme un bon soldat : viser faux et tuer son homme...

De plus, il s'agit d'un dictionnaire de pharmacie, à l'usage des personnes charitables qui pansent les pauvres, c'est-à-dire ceux-là même qui ont toujours enrichi et qui toujours enrichiront leurs guérisseurs !

Ce livre a eu du succès; car on l'a réimprimé, *parce que,* dit l'approbation, *le nombre précédent de ses impressions fait penser qu'il est utile et du goût du public;* il respire je ne sais quel souffle d'enchanteur et de sorcier. Nous avons cherché quel homme, possédé de magie, avait pu l'écrire; la lecture des premières lignes nous a fait croire que c'était un épicier. « *Nous avons l'avantage de vivre dans un siècle fécond en beaux esprits...* » Cela débute ainsi, donc c'est le livre d'un épicier railleur et, cela va sans dire, ennemi des apothicaires.

Chacun sait que le décret de 1560, qui réunit en un seul le corps des épiciers et celui des apothicaires, enferma dans un même sac les anguilles et les serpents. Les pauvres maîtres apothicaires, qui signaient pieusement « chrétiens et craignans Dieu, » ne pouvaient tenir contre les épiciers, tous vrais païens, procédant des sorcières antiques et fabriquant des remèdes enchantés, comme Circé, Aspasie et Cléopâtre. Ce n'était pas une lutte, c'était un étouffement.

Les apothicaires s'abritaient sous une formule de leur serment professionnel : « Je jure, disaient-ils, de désavouer et fuir comme la peste, la façon de

notée de février, a été de 25° Fah.; en octobre elle était de 64°. Une diminution de température de 39° a ainsi coïncidé avec un accroissement de 700 décès.

On compte 7545 décès par phthisie, environ la huitième partie du nombre total des décès. Dans les deux premiers et les deux derniers trimestres, les chiffres de cette mortalité s'égalisent, tandis qu'en comparant entre elles les deux moitiés de l'année, on trouve des nombres qui sont comme 21 est à 16.

La maladie qui vient ensuite dans l'ordre de la mortalité est la bronchite. Cette rubrique comprend 5512 décès, et le premier trimestre à lui seul en compte presque autant que le reste de l'année. La pneumonie a compté 3992 décès ainsi répartis : 1559 en hiver et 492 en été. Ces deux maladies ont été très-graves ; plus que les autres elles sont influencées par le froid, et la température moyenne de l'hiver 1855 a été de près de 6° au-dessous de la moyenne des quatorze hivers précédents.

Des maladies épidémiques, la scarlatine a été la plus grave : elle compte 2602 décès, la coqueluche 2415, le typhus 2332, la diarrhée 2061, la variole 1024, la rougeole 864.

Les hôpitaux, les divers établissements publics, les workhouses ont donné environ la cinquième partie des décès, à savoir : 6552 dans les workhouses, 456 dans les asiles d'aliénés, 71 dans les prisons, 4231 dans les différents hôpitaux et hospices.

INFLUENCE DES PROFESSIONS. — Sur 15395 personnes qui sont mortes âgées de 40 ans et au-dessus, on a compté 575 cordonniers sur 26639 individus de cette profession (recensement de 1851) ; 456 tailleurs sur 20257; 204 boulangers sur 9841; 460 charpentiers et menuisiers sur 21174; 158 bouchers sur 7428; 254 marchands de liqueurs et restaurateurs sur 6843; 109 cochers sur 2591. Comme les personnes attachées aux différentes professions ont des âges différents, suivant les professions, et comme le chiffre de la mortalité dépend principalement de l'âge, il faudrait dresser le tableau des âges des morts et des survivants dans chaque profession avant de tirer des déductions quelconques relativement à l'influence de ces professions sur la santé.

Pour compléter cette revue, il nous reste à analyser les documents relatifs à l'état de la santé publique en Angleterre en 1855, et principalement dans le quatrième trimestre de cette année :

MORTALITÉ. — Les décès ont atteint, en Angleterre et dans le pays de Galles, dans le quatrième trimestre de l'année passée, le chiffre de 97119 qui correspond à une mortalité annuelle de 2,041 pour 100. Cette proportion est inférieure à la moyenne des dix années précédentes, qui donne pour la mortalité du quatrième trimestre 2,208 pour 100.

La mortalité des 117 districts urbains a été d'environ 24 sur 1000; la mortalité des 511 districts ruraux a été de 18 sur 1000. Au lieu de ces chiffres, 24 et 18, la moyenne des années antérieures donne ceux de 26 et de 20 sur 1000, pour l'expression de la mortalité de ces deux divisions du territoire (1).

La mortalité a été un peu au-dessous de la moyenne dans les comtés du sud-est. Crayton et Dartfort, qui étaient le théâtre d'une épidémie dans le trimestre précédent, ont présenté un état sanitaire satisfaisant. Canterbury, Gravesend et Farham ont vu se développer quelques maladies épidémiques. A Canterbury, la variole s'est montrée sur les soldats qui n'avaient pas été vaccinés. La scarlatine a régné à Alverstone, Newport, Winchester, Windsor.

Dans les comtés du sud qui ne sont pas baignés par la mer, la mortalité a été bien inférieure à celle de l'année passée. Dans quelques districts, différentes affections régnèrent épidémiquement. La variole a fait des victimes à Ware, parmi certaines familles agglomérées qui avaient négligé la vaccination. A Roystnn, le registrar note que les mesures sanitaires ont été fort négligées et qu'il y a eu beaucoup de cas de typhus. La scarlatine a donné lieu à des décès dans un grand nombre de localités : la variole s'est aussi montrée dans ces lieux par cas isolés. On se plaint des difficultés que rencontre l'exécution de la nouvelle ordonnance relative à la vaccination. A Cambridge, la scarlatine et la *fièvre* ont régné simultanément pendant l'été et l'automne.

Dans les comtés de l'est, la mortalité a été faible, à l'exception toutefois de quelques districts. La scarlatine maligne s'est montrée dans la paroisse de Downham et dans le subdistrict d'Ingatestone. Les érysipèles de la face ont régné à Coggeshall. A Sudbury, il y a eu seulement 54 décès sur 8000 habitants.

Dans les comtés du sud-ouest, la mortalité a été aussi au-dessous de la moyenne. Cependant la scarlatine s'est montrée dans plusieurs districts, ainsi que la *fièvre*. La diminution de la mortalité à Edington est attribuée aux mesures prescrites par l'inspecteur sanitaire. La population pauvre des environs d'Exeter a souffert beaucoup de l'élévation du prix des aliments.

Une partie des comtés de l'ouest (1) a donné un chiffre de mortalité bien inférieur à la moyenne. En 1853, on y comptait 12504 décès ; en 1854, 13611 ; en 1855, 11172. C'est surtout dans les grandes villes que la diminution a été prononcée. Dans le dernier trimestre, la mortalité était, à Bristol, de 904 en 1853, et seulement de 726 en 1855 ; les chiffres correspondants sont de 858 et 704 pour Wolverbampton; de 1032 et 747 pour Dudley ; de 1888 et 1440 pour Birmingham. A Coventry, la mortalité n'a présenté qu'une diminution insignifiante ; parmi les 94 décès du sub-district de Trinity, 54 se rapportent à des enfants âgés de moins de 3 ans (faiblesse de constitution, diarrhée, convulsions). Les autres comtés de l'ouest (2) ont éprouvé aussi une mortalité inférieure à la moyenne, à l'exception du Cheshire et du Lancashire où l'amélioration est à peine marquée. A Liverpool et dans le West-Derby, où la scarlatine a été épidémique, il y a eu 3487 décès, soit 273 de plus qu'en 1853. D'un autre côté, à Manchester et à Salford, on a compté seulement 2396 décès, soit 374 de moins qu'en 1853. A Runcorn, la scarlatine a causé plusieurs décès. Dans le Yorkshire, la diminution de la mortalité a été considérable ; dans les trois derniers mois de 1853, on y avait enregistré 10670 décès, tandis qu'en 1855 on n'en a compté

(1) Les districts urbains comprennent les principales villes, les districts ruraux, les petites villes et les campagnes.

(1) Gloucester, Hersford, Salop, Stafford, Worcester, Warwick.
(2) Leicester, Lincoln, Nottingham, Derby.

» pratique scandaleuse et totalement pernicieuse de laquelle se servent aujourd'hui les charlatans empiriques et souffleurs d'alchimie, *à la grande » honte des magistrats, qui les tolèrent!* » Mais les épiciers se moquaient de cette dignité convenable et débitaient à l'avenant les bezoards, les larmes de cerf, les amulettes d'escarbot et les onguents de foies de loup.

Plus tard les apothicaires prirent le nom de maîtres en pharmacie, espérant échapper enfin à cette déshonorante confusion ; vain espoir ! les épiciers s'intitulèrent droguistes et les poursuivirent avec plus d'acharnement sur ce nouveau terrain.

Cela ressemble à de l'histoire ancienne, et pourtant c'est de l'histoire toute récente. De nos jours il a fallu que, dans un but d'assainissement, on fît sauter la rue des Lombards, pour disperser les vendeurs des remèdes des pauvres et opérer une trêve momentanée dans la concurrence.

Quoi qu'il en soit de cette rivalité persistante et de l'auteur présumé du dictionnaire en question, arrivons au dictionnaire même. Nous nous arrêtons de préférence sur les remèdes tirés du règne animal, et nous prions le lecteur de vouloir bien faire attention, autant aux descriptions caractéristiques des animaux, qu'à leur emploi thérapeutique.

Le premier animal dont il est question, par ordre alphabétique, c'est l'alouette. Nous copions :

« ALOUETTE, est un petit oiseau assez connu, qui se sert de ses ailes pour » voler. Il y en a de deux espèces, une qui est huppée et l'autre qui ne l'est » pas. Le cœur de l'alouette huppée, lié sur la cuisse, empêche la colique. » Ce cœur avalé tout chaud et l'alouette rôtie avec ses plumes produisent le » même effet. L'usage des alouettes est très-bon à ceux qui ont de la disposition à la gravelle. »

Constatons que la disposition à la gravelle n'est pas indispensable pour manger des alouettes, et passons à l'âne.

« ASNE (*asinus*), est un animal à quatre pieds, connu de tout un chacun. » L'ongle ou la corne du pied de l'asne, à la dose d'une demi-once tous les » jours, pendant un mois, guérit sûrement le mal caduc. La même corne, en » parfum, apaise les douleurs des hémorrhoïdes. Le sang de l'asne tiré derrière les oreilles guérit les maniaques et les maladies causées par sortilége. » On le reçoit, au printemps, sur un linge qu'on met infuser dans quelque » boisson. »

« ANGUILLE, est un poisson d'eau douce qui est fait comme un serpent. La » tête de l'anguille, coupée et appliquée toute sanglante sur les verrues, puis » ensuite enterrée, pour la laisser pourrir, les guérit. Le sang tiède, bu avec » du lait de femme, apaise la colique. »

L'article sur l'anguille se termine par une remarque qui a son mérite :

« Vous remarquerez qu'il n'est rien de meilleur contre la chute de la matrice qu'un œuf pourri et corrompu : on le met dans un réchaud sur les » charbons, et lorsqu'il éclate en se crevant, la malade a peur, et cette surprise jointe à la mauvaise odeur fait remonter la matrice. »

« ARAIGNÉE, est un insecte qui a beaucoup de pattes et qui fait horreur à » un chacun. L'araignée arrête l'accès de la fièvre quarte, étant écrasée et » appliquée au poignet ou aux deux tempes, ou étant enfermée vivante dans

que 9241. Les villes de Bradfort, Sheffield, Leeds, York, Hull, présentent aussi une diminution notable du chiffre des décès.

Dans les comtés du nord (1), les décès n'ont pas atteint la moyenne. La scarlatine a été très-grave; elle a sévi dans les districts houillers de Durham; les deux villages d'Easington dans lesquels la maladie a été plus grave sont situés dans une localité basse, marécageuse, humide, mal drainée. Dans le district de Shield, où un grand nombre d'ouvriers sont employés à la construction d'un immense dock, la scarlatine et le typhus ont régné. A Bedlington et Morpeth, la variole a atteint des individus de tout rang et de tout âge; les personnes qui n'avaient pas été vaccinées en ont le plus souffert. 14 personnes sont mortes du choléra asiatique et 7 de la diarrhée à Sunderland, première localité touchée par le choléra en 1831. Dans le pays de Galles, la scarlatine et le typhus se sont montrés dans quelques districts, mais la mortalité y a été, malgré cela, moindre qu'en 1853 et 1854.

NAISSANCES. — On a enregistré dans ce trimestre 148853 naissances, ce qui donne 2394 naissances de plus qu'en 1854. Le chiffre moyen des naissances dans le trimestre a été de 3128 pour 100 habitants, proportion qui est un peu au-dessous de la moyenne (3,142).

L'accroissement des naissances a été presque partout général, et les différents registrars rendent compte de ce fait de différentes façons. Le registrar de Rayston en accuse le « départ pour l'armée (*militia*) de beaucoup d'hommes nouvellement mariés. » Un autre registrar pense que la formation du camp d'Aldersbott « doit avoir causé l'augmentation des naissances à Farbam. »

ACCROISSEMENT DE LA POPULATION. — Dans l'année de guerre qui vient de s'écouler, il y a eu en Angleterre 635123 naissance et 426242 décès, différence de 208881 en faveur de l'accroissement de la population. Dans le dernier trimestre seulement l'excédant des naissances sur les décès a été de 51734. L'immigration en Angleterre des Irlandais et des Ecossais n'a pas pu être appréciée. Les émigrants au nombre de 24207 se sont embarqués dans les différents ports, au nombre de 16111 pour les Etats-Unis, 7329 pour les colonies australiennes. Le nombre total des émigrants anglais pendant l'année a été de 57132.

CHERTÉ DE L'ALIMENTATION. — Le prix des aliments, l'état des transactions commerciales et la saison ont partout une influence marquée sur le nombre des mariages, des naissances et des décès. Pour comparer le prix des principaux aliments dans le dernier trimestre de 1853, 1854, 1855, on a les chiffres suivants :

Froment, 88 fr., 85 fr., 99 fr. les 3 décalitres et demi.
Bœuf, 52 cent., 57 cent., 58 cent. la livre de 445 grammes.
Mouton, 55 cent., 62 cent., 58 cent. la livre.

Les pommes de terre au lieu de se vendre 187 fr. les 11 hectolitres ne se vendaient que 118 fr.

MÉTÉOROLOGIE. — La température moyenne d'octobre était au-dessus et celle de novembre et de décembre au-dessous de la température moyenne de ces mois. L'air a été humide en octobre et en novembre, sec en décembre. Il est tombé une quantité moyenne de pluie. La température moyenne a varié suivant les localités, de 45°,5 F. en Cornouailles, à 41°,7 à Shields. La quantité de pluie a été de 10,5 pouces à Newport et de 5,5 pouces seulement à Liverpool.

(1) Durham, Northumberland, Cumberland, Westmoreland.

Tels sont les renseignements les plus précis qu'il nous a été possible de réunir pour apprécier les fluctuations de la mortalité en 1855 et dans les années précédentes. Il nous manque beaucoup de données pour compléter ce sujet et pour en tirer des conséquences rigoureuses. En statistique comme en pathologie, les faits ont besoin d'être observés d'après une méthode uniforme pour être comparables entre eux; il faut, de plus, qu'ils soient très-nombreux et très-détaillés pour fournir les éléments d'une induction légitime. C'était dans le but d'établir sur tous les points de la statistique officielle des différents états une enquête analogue à celle dont nous donnons ici un premier essai, que le *Congrès international de statistique* s'était réuni à Paris l'an passé.

Nous espérons que les vœux qu'il a formulés relativement à la statistique des décès et des épidémies, recevront bientôt un commencement d'exécution, et permettront d'apprécier, avec toute la rigueur nécessaire, les variations de la mortalité afin de remonter à leurs causes.

THOLOZAN.

PATHOLOGIE EXTERNE.

NOUVELLES RECHERCHES SUR L'ÉRYSIPÈLE DES NOUVEAU-NÉS ET DES ENFANTS A LA MAMELLE (mémoire lu à la Société médicale des hôpitaux de Paris, dans sa séance du 27 juin 1855); par le docteur HERVIEUX.

Avant de devenir l'objet d'une étude particulière et des travaux sérieux que nous aurons à mentionner, l'érysipèle des nouveau-nés et des enfants à la mamelle avait, depuis longtemps, fixé l'attention des accoucheurs, parmi lesquels nous citerons Gardien, Capuron, et le professeur Osiander (de Gœttingue).

Vers la fin du siècle dernier, Bromfield et Girtanner avaient rapporté quelques cas isolés d'érysipèle des nouveau-nés, mais c'est dans les mémoires sur la médecine et l'obstétrique, publiés par Osiander, qu'il faut chercher la première bonne description de cette maladie.

En 1801, Hufeland, mettant à profit quelques observations qu'il avait eu occasion de recueillir et le travail d'Osiander, fit paraître sur l'érysipèle des nouveau-nés une étude qui, tout imparfaite qu'elle soit, a servi à défrayer d'autres descriptions beaucoup plus connues (THE LOND. M. AND PHYS. JOURN., 1801, t. V, p. 511), et notamment celle de Michael Underwood. (TRAITÉ DES MAL. DES ENF., trad. d'Eusèbe de Salles; Paris, 1823, p. 343 et suiv.).

Après avoir reproduit presque textuellement la description d'Hufeland, Underwood signale, parmi les variétés de l'erysypèle des nouveau-nés, des gangrènes de la peau siégeant particulièrement sur les extrémités, les jambes, les doigts et les orteils.

» une coquille de noix et pendue en col ou attachée au bras au commencement de l'accès. »

Et voilà le livre que l'autorité, il y a soixante ans à peine, permettait d'imprimer pour cause d'utilité... Nous pourrions accumuler là-dessus toutes sortes d'affligeantes réflexions; mais à quoi bon? Pas un de nos lecteurs ne voudrait les supporter.

Passez, passez, tristes souvenirs, et revenez, plaisanterie légère...

Il y avait cependant à cette époque une Faculté et une école de chirurgie. Oui, mais la Faculté n'enseignait guère que les doctrines médicales et négligeait soigneusement la thérapeutique. Au-dessous d'elle s'agitait tout un monde de sorciers, médecins de la borne, prophètes guérisseurs.

Il y a quelques jours, nous entendions caractériser les trois derniers siècles par un homme compétent. Le dix-septième siècle, disait-il, a été tout littéraire; le dix-huitième tout philosophique, et le dix-neuvième se distinguera par un caractère tout scientifique et essentiellement positif. Cela est vrai comme expression définitive.

Mais si l'on considère l'action même de tout un siècle, et qu'on veuille pénétrer la suite des idées qui l'ont traversé, le dix-huitième siècle, en même temps qu'une pensée de haute philosophie, présente d'autres caractères, qui ne sont pas moins importants.

A côté des apôtres de la raison pure, il y avait les fanatiques et les prédicants de la divination.

Le mysticisme soufflait dans toutes les têtes et remuait toutes les classes de la société. La science vraie se tenait péniblement en dehors de cet irrésistible courant; mais les adeptes des pharmacopées galénique ou hermétique, par ignorance ou par spéculation, donnaient, de plein, dans l'entraînement général.

Croit-on qu'il y eût une si grande différence entre les maîtres illuminés et les maîtres pharmaciens et droguistes? La différence était si petite, que l'on peut s'étonner que Saint-Germain ou Cagliostro n'aient pas proclamé leur identité avec Paracelse ou Van-Helmont.

Tous ceux que les premiers avaient endoctrinés étaient les clients obligés des derniers. C'étaient les mêmes esprits troublés, malades d'une croyance étrange, et qu'un remède étrange ou horripilant pouvait seul guérir. C'est lorsqu'on revenait fou des représentations du diacre Paris, que l'on buvait du sang d'un âne pour se délivrer du sortilége, et qu'on coupait en deux une poule noire pour guérir une céphalalgie. Le dictionnaire était le code de ces pratiques spirituelles; dès lors, si on ne peut admettre son utilité, au moins on comprend qu'il fut le guide indispensable et très-apprécié d'un public voué à d'absurdes croyances.

« COQ, POULE, sont deux oiseaux connus, qui ne servent pas de leurs » plumes pour voler. Une poule noire, coupée vive par le milieu et appliquée » toute chaude sur la tête, guérit sûrement la phrénésie, la céphalalgie et le » délire, le transport au cerveau et les fièvres malignes.

» Une poule ou un coq, plumés vifs autour du fondement, et appliqués sur » les morsures venimeuses, en attirent le venin, mais ils en meurent... »

Le pigeon était affligé, mais à un moindre degré, des mêmes prérogatives que le coq et la poule. On l'appliquait coupé en deux sur la tête, pour tem-

Or rien ne prouve qu'il s'agisse, même dans ces cas, d'érysipèles terminés par gangrène.

M. Rayer, dans son article sur l'érysipèle (TRAITÉ DES MAL. DE LA PEAU, t. I, p. 154), mentionne l'érysipèle de la région ombilicale comme ayant été observé principalement chez les nouveau-nés. Nous verrons toutefois que, si la suppuration de l'ombilic donne lieu souvent au développement de cet exanthème dans la région indiquée, on ne le rencontre pas moins fréquemment dans les autres parties du corps.

Il faut arriver jusqu'à Billard, dont le livre parut, comme on sait, en 1833, pour trouver quelques notions précises sur l'érysipèle des nouveau-nés. Les trente faits recueillis par cet auteur lui ont servi à tracer une esquisse plutôt qu'une description de cette maladie. C'est un cadre où les diverses formes d'érysipèle qu'on rencontre chez les les nouveau-nés sont assez exactement indiquées, mais le manque de détails ôte à ce travail beaucoup de sa valeur.

Il appartenait à M. Trousseau de reprendre la question au point de vue clinique et d'étudier à nouveau les symptômes et la marche de la maladie. C'est, en effet, à ce point de vue que la description publiée par le savant professeur de l'Hôtel-Dieu (JOURN. DE MÉD., janvier 1844) présente le plus d'intérêt. La forme erratique de l'érysipèle parait surtout avoir fixé l'attention de M. Trousseau, et, nous devons le dire, elle est présentée d'une manière saisissante.

Tous les ouvrages classiques, publiés depuis cette époque, n'ayant fait que reproduire plus ou moins fidèlement les articles de Billard et de M. Trousseau sur l'érysipèle des nouveau-nés, nous n'avons pas à en faire la critique.

C'est avec ces données bibliographiques, c'est surtout avec trente nouveaux faits consciencieusement recueillis, que je me propose de présenter ici l'histoire, aussi complète que possible, de l'érysipèle des nouveau-nés et des enfants à la mamelle.

ÉTIOLOGIE.

Le plus jeune des petits malades chez lesquels j'ai rencontré l'érysipèle avait 4 jours, le plus âgé 14 mois. Mais je dois faire remarquer que vingt-deux sujets sur trente avaient moins de 6 semaines. Huit seulement d'entre eux se trouvent compris dans la période de 6 semaines à 14 mois. De ce relevé, aussi bien d'ailleurs que des résultats statistiques fournis par Billard, il ressort que c'est bien dans les quatre à six premières semaines qui suivent la naissance, que l'érysipèle atteint son maximum de fréquence: ce qui confirme d'ailleurs les opinions émises à cet égard par Osiander, Hufeland, Underwood et tous les auteurs contemporains.

La considération du sexe ne fournit à l'étiologie aucune donnée importante, puisque, sur mes trente cas, dix-sept appartenaient au sexe masculin, treize au sexe féminin.

Osiander et Hufeland avaient déjà noté parmi les causes prédisposantes de l'érysipèle chez les nouveau-nés les épidémies de fièvre puerpérale. Underwood constata le même fait dans le BRITISH LYING IN HOSPITAL, et plus tard MM. Paul Dubois et Moreau ont exprimé une opinion entièrement semblable.

Je ne mentionnerai que pour mémoire les passions de la mère ou de la nourrice, telles que la colère, la frayeur, la rétention du méconium; « toutes ces causes, dit Hufeland, qui paraissent agir sur le système nerveux abdominal de l'enfant, particulièrement sur les organes de la sécrétion biliaire et les vaisseaux lymphatiques, et par suite déterminent l'acrimonie de la bile, son transport dans le sang et sa diffusion dans les parties externes du corps. » Ces vues théoriques ont trop perdu de leur crédit pour qu'il soit nécessaire de les discuter aujourd'hui. J'arrive à un ordre de faits plus positifs, et par cela même plus digne de fixer l'attention des praticiens.

La plupart des jeunes sujets sur lesquels s'est manifesté l'érysipèle (vingt-quatre sur trente) étaient malades, six seulement étaient bien portants. Or quelles sont les affections dans le cours desquelles est apparu l'exanthème? voilà ce qu'il importe, au point de vue étiologique, de bien préciser.

Huit de mes petits malades étaient atteints de sclérème, lequel s'est trouvé, dans quatre cas, compliqué d'ictère. L'apparition de l'érysipèle chez les nouveau-nés endurcis est-elle un simple fait de coïncidence? Je ne le pense pas, malgré l'abaissement progressif de la température que l'on constate en pareil cas. En effet, il n'est pas d'affection avec laquelle l'érysipèle ait plus fréquemment coexisté qu'avec le sclérème. D'une autre part, le refroidissement qu'éprouve le nouveau-né sclérémateux n'étant nullement un obstacle au développement d'un certain nombre de phlegmasies, telles que l'entérite, la pneumonie, la pleurésie, la péritonite purulente, etc., on ne peut pas arguer de la dépression qu'éprouve la colonne de mercure dans le sclérème pour établir entre cette dernière affection et la phlegmasie érysipélateuse un antagonisme démenti d'ailleurs par les faits. Je crois, au contraire que les conditions morbides particulières dans lesquelles se trouve la peau des petits endurcis, crée chez eux une prédisposition réelle à l'érysipèle, de la même manière que les infiltrations séreuses du tissu cellulaire chez l'adulte prédisposent non-seulement aux érysipèles, mais encore aux escarres, aux inflammations gangréneuses, etc. En m'appuyant sur ces motifs et sur les chiffres déjà énoncés, je crois donc pouvoir dire que le sclérème est une cause prédisposante de l'érysipèle chez les nouveau-nés.

Sept de mes petits malades avaient présenté les symptômes d'affections intestinales diverses, entérite simple ou compliquée de l'altération des plaques de Payer et des follicules isolés, ramollissement de la muqueuse gastro-intestinale, avant la manifestation de l'érysipèle. En admettant que cet exanthème ne puisse pas être considéré comme l'expression symptomatique de la maladie des voies digestives, on nous accordera, j'imagine, que cet état pathologique n'a pas été sans exercer une influence prédisposante sur la production de l'érysipèle.

Il en est de même de la bronchite simple ou généralisée dans le cours de laquelle j'ai observé quatre fois l'érysipèle.

Une seule fois cet exanthème s'est déclaré dans la période ultime de la rougeole.

Je dis maintenant qu'il est des affections viscérales qui non-seulement exercent une influence pathogénique sur le développement de l'érysipèle chez les nouveau-nés, mais j'ajouterai même sur le siége de cette affection. En d'autres termes, j'avance que, dans certains

---

pérer les humeurs effarouchées, dissiper la tristesse et la mélancolie. Comme la poule noire, il servait de ventouse contre le venin, et il en mourait aussi le pauvre animal!

Ajoutons encore quelques détails sur le chat et le chien, deux bêtes qui doivent avoir en horreur la superstition, car elle les maltraitait atrocement.

« CHAT. Animal connu. Le sang d'un maton, tiré d'une veine de dessous » sa queue, et bue à la dose de trois gouttes chaudes, guérit entièrement le » mal caduc. Le même sang, tiré à l'oreille, guérit heureusement l'érysi- » pèle.

» La tête d'un chat noir, réduite en cendres, est un remède sans pareil » contre les taches des yeux. L'haleine des chats est naturellement venimeuse » et dispose à la phthisie. Un chat noir, ouvert vivant, après lui avoir coupé » la tête, et appliqué tout chaud, soulage les douleurs de côté. »

« CHIEN. Est un animal à quatre pieds, dont il y a beaucoup d'espèces. Le » chien, appliqué vif sur le ventre, fait passer la colique, et la goutte même » passe au chien lorsqu'il lèche la partie affectée. L'immersion des membres » paralytiques, dans une décoction de chiens entiers, les guérit. La graisse » de chien n'a pas sa pareille dans la phthisie; on la mange sur du pain, en » forme de beurre. Le poil de chien, tiré sur l'oreille droite et mis dans la » morsure de l'animal, la guérit spécifiquement. Un chien nourri d'os, sans le » laisser boire ou très-peu, puis éventré et appliqué tout chaud à la plante des » pieds, guérit les fièvres malignes. »

Et ainsi de suite pour tous les animaux qui figurent dans le dictionnaire : c'est un égorgement continu. Jamais peut-être la barbarie des peuples occidentaux ne s'est plus clairement manifestée que dans ces atroces pratiques médicales. Toutes les espèces d'animaux, à portée de la main, avaient une propriété thérapeutique, et, par suite, étaient tuées, broyées, réduites en pâtes et roulées en électuaires.

On ne s'arrêtait qu'à l'homme vivant; mais si on respectait sa vie, que de choses utiles on trouvait encore à lui emprunter, depuis son haleine jusqu'à ses déjections! L'article suivant en donnera un spécimen.

« POUX. Sont des insectes qui, s'ils incommodent les hommes d'un côté, » lui sont utiles de l'autre; car ils sont apéritifs et fébrifuges. Pour la fièvre » quarte, on en fait avaler cinq ou six à l'entrée de l'accès. Avalés au nombre » de huit ou neuf tout vifs, ils guérissent la jaunisse. »

Ce n'est certes pas la défense de ces vilains *pediculi* que nous voulons prendre; mais il est impossible de ne pas déplorer cet affreux sacrifice de l'animalité entière au profit d'un seul être.

Combien, au point de vue des rapports de l'homme avec les animaux, surtout les animaux familiers, la philosophie orientale est plus douce et plus intelligente! On ne trouve pas dans les annales des peuples orientaux cette absorption et cette cruauté humaines. Les mœurs y sont bienveillantes, les droits des diverses espèces animales mieux définis. L'homme est presque toujours le compagnon, souvent l'ami des animaux qui l'entourent, et jamais il ne se fait inutilement leur bourreau. C'est la véritable loi naturelle ou physiologique, mise en pratique dans les habitudes de la vie.

Si maintenant on cherche un prétexte à la prétendue utilité de ces pré-

cas, l'érysipèle qui s'est manifesté dans une région donnée, tient à une lésion viscérale plus ou moins profonde correspondant à cette région. Voici les faits à l'aide desquels je crois pouvoir soutenir cette proposition.

Dans un cas d'érysipèle de la paroi antérieure de l'abdomen, érysipèle qui s'étendit consécutivement à la région lombaire et à la partie supérieure des cuisses chez une petite fille de 34 jours, je trouvai à l'autopsie la cavité péritonéale remplie de pus et les circonvolutions intestinales agglutinées et recouvertes par des pseudo-membranes.

Chez un enfant de 13 mois atteint de pleurésie purulente à droite, pleurésie constatée par l'examen cadavérique, l'érysipèle avait débuté par la partie latérale droite du thorax pour s'étendre de là à l'épaule et au membre supérieur correspondant. M. Monneret a publié, en 1844, dans la GAZETTE DES HÔPITAUX (p. 65), un fait à peu près semblable. Chez un nouveau-né qui avait présenté pendant la vie un érysipèle siégeant à la partie supérieure du tronc, l'autopsie révéla l'existence d'un double épanchement pleurétique séro-purulent.

Je rapprocherai de ces faits quatre cas de stomatite ulcéreuse qui se compliquèrent, chez mes petits malades, d'érysipèle de la face, et sur ces cas, deux fois l'exanthème débuta par la tuméfaction de l'une des lèvres.

Je ne prétends point déduire de ces faits une loi rigoureuse en vertu de laquelle non-seulement l'existence, mais le siége de l'érysipèle chez les nouveau-nés serait toujours explicable par la lésion de l'un des viscères profonds les plus voisins. Je veux simplement faire remarquer qu'il paraît exister dans certains cas un rapport de causalité incontestable entre certaines inflammations viscérales et le développement de l'érysipèle sur un point déterminé de la surface tégumentaire.

Si, dans nombre de cas, on ne peut assigner à l'érysipèle des nouveau-nés aucune cause occasionnelle appréciable, il faut reconnaître toutefois qu'il n'en est pas toujours ainsi. La suppuration de l'ombilic après la chute du cordon, l'érythème, mais surtout l'érythème compliqué d'ulcérations, l'inflammation suppurative des pustules vaccinales sont autant de causes déterminantes d'érysipèle que j'ai eu maintes fois occasion d'observer, et qui d'ailleurs avaient été mentionnées par tous les auteurs. J'ajouterai que j'ai vu souvent cet exanthème se produire à l'époque où l'on avait imaginé de placer des boucles d'oreilles à tous les nouveau-nés de la crèche comme moyen de les reconnaître. Le gonflement inflammatoire dont le lobule de l'oreille devenait le siége amenait très-fréquemment des érysipèles, et un rapport de M. Baron, rapport basé sur les faits dont je viens de parler, dut faire renoncer à cette mesure administrative. J'ai vu enfin l'érysipèle se développer chez quelques-uns de mes petits malades, par suite d'une application de ventouses, par suite de l'ulcération d'un vésicatoire, et enfin consécutivement à des applications de sangsues.

On ne peut nier que toutes ces circonstances ne puissent être, à elles seules, des causes efficientes d'érysipèle. Toutefois il ne faut pas oublier que l'épidémicité et les conditions hygiéniques fâcheuses dans lesquelles se trouvent les nouveau-nés qui habitent par exemple les établissements hospitaliers agissent avec une énergie plus grande encore pour produire l'érysipèle que toutes les causes occasionnelles qui viennent d'être mentionnées; car en ville, où ces dernières causes se rencontrent également, la rareté de l'érysipèle des nouveau-nés est un fait connu de tous les praticiens.

SYMPTÔMES.

Les phénomènes locaux de l'érysipèle sont les mêmes chez les nouveau-nés que chez les adultes. Les seules différences que l'on observe sont relatives à l'érysipèle des nouveau-nés atteints de scléréme.

Dans ce cas, la tuméfaction s'accompagne d'une dureté insolite, parfois comme pierreuse. Le doigt qui comprime les parties tuméfiées y laisse une empreinte profonde et assez durable. La température de la peau, au lieu d'offrir cette exaltation qu'on observe toujours chez l'adulte, peut se trouver au-dessous du niveau physiologique, à moins que le scléréme ne soit encore au début et n'offre qu'une médiocre intensité. La rougeur peut s'effacer par la pression du doigt et laisser à nu une teinte jaunâtre que l'on a prise quelquefois pour un signe de cachexie syphilitique, mais qui n'est autre chose que la coloration propre aux nouveau-nés atteints d'ictère.

Quant aux phénomènes généraux, ils varient avec les circonstances dans lesquelles se développe l'érysipèle.

Celui-ci s'est-il enté sur un scléréme, il y a presque toujours absence complète de toute réaction fébrile, et cette absence de fièvre générale et locale n'est pas une des particularités les moins curieuses de l'érysipèle compliqué d'endurcissement du tissu cellulaire.

L'érysipèle qui se manifeste dans le cours de quelque affection intestinale ou thoracique grave s'accompagne à son début d'une légère exacerbation des symptômes fébriles déjà existants. Mais ceux-ci ne tardent pas à prendre une intensité proportionnelle à l'étendue que l'exanthème acquiert en surface, et la mort s'ensuit habituellement. Mais si l'érysipèle décroît, la fièvre décroît dans la même proportion, et quand il disparaît, elle se subordonne de nouveau à l'état général du malade.

Ce que nous venons de dire de l'érysipèle secondaire est exactement applicable à l'érysipèle primitif. Dans l'un comme dans l'autre cas, les phénomènes généraux du début sont peu marqués, ils ne se prononcent qu'au fur et à mesure que l'érysipèle s'étend. Aux symptomes fébriles déjà indiqués se joignent une agitation ou un abattement extrêmes, l'altération des traits, une décoloration plus ou moins profonde de la face, très-rarement des vomissements ou des convulsions. Quand l'érysipèle marche vers son déclin, ces divers phénomènes s'amendent et tout rentre dans l'ordre.

Eu égard aux phénomènes locaux qui l'accompagnent, l'érysipèle des nouveau-nés et des enfants à la mamelle peut présenter plusieurs formes distinctes, savoir :

1° La forme simple ou érythémateuse. C'est la plus fréquente; c'est celle qu'on observe particulièrement quand l'érysipèle s'éloignant avec plus ou moins de rapidité de son point de départ, tend à envahir une partie considérable de la surface du corps.

2° La forme œdémateuse. Elle existe inévitablement dans les cas où l'érysipèle est compliqué de scléréme. Je l'ai cependant observée une fois en dehors de cette complication. C'était chez un enfant de 10 jours. L'exanthéme occupait la partie postérieure de la cuisse droite. L'infil-

---

parations indigestes ou qu'on veuille trouver la raison des diverses et ridicules indications thérapeutiques ci-dessus énoncées, on en est réduit à alléguer pour excuse que l'art de préparer et d'administer les remèdes était, à l'époque, en dehors pour ainsi dire de la profession médicale, et que lorsque le charlatanime et la bêtise humaine sont lancés, il faut fermer les yeux et désespérer de les suivre.

« Oh! c'est pure malice à nous, si nous ne guérissons pas tout ce qui se présente, » disait Rousseau en voyant les médicastres de son temps; arrivons au nôtre et répétons la même phrase, sans crainte de parler absolument dans le vide. En général l'état présent ne se juge bien qu'en regardant le passé. Le charlatanisme a changé de forme; il tempère ses allures; mais son caractère est indélébile et ne change jamais. L'arcane s'appelle remède secret et se modifie, pour ne pas paraître ridicule; mais il reste en perpétuel honneur. Quant au public, c'est lui, toujours lui, pas moins ignorant, ni moins crédule, invariable et le même.

La science seule a changé depuis soixante ans; mais ici ce n'est pas une question de science, c'est une question de foi.

Nous n'avons pas eu la pensée, en prenant la plume sur ce vieux livre, d'en faire un sujet d'actualité, encore moins un motif de comparaison avec la thérapeutique de nos jours. Combien de gens néanmoins sont encore voués aux pratiques du DICTIONNAIRE PHARMACEUTIQUE, et combien de dictionnaires sont encore édités sous un nom et un aspect différents!

Il y a deux manières de faire la médecine, et il y a deux espèces de médecins. Étudier patiemment la maladie, la signaler et la combattre, n'est pas la même chose que s'emparer des faiblesses humaines et les cultiver dans le but de s'en faire un revenu. L'amour du merveilleux est toujours l'auxiliaire suprême des vendeurs de santé, et chose facile à constater, ce sont les hommes bien portants, mais peu doués, qui font leur fortune. Un livre à secret est publié, plein de remèdes bizarres et faciles au point que tout le monde peut les employer; ce ne sont pas les malades qui le lisent, mais les imbéciles qui copient les recettes et sont heureux de prouver leur importance en les administrant. Un autre annonce un moyen prodigieux de supprimer la maladie; ceci est le pain des désœuvrés, des sots, et de tous les gâteux et somnambules de l'esprit qui se donnent une infirmité le matin pour le miracle de s'en délivrer dans la journée.

A cette maladie d'ignorance, qui fait le premier succès des choses absurdes, il faut joindre une autre faiblesse, plus sérieuse celle-là, car elle est pathologique. Il est difficile de parler raison à un malade : la logique est impuissante à le maintenir dans la résignation, et la science ne peut malheureusement pas toujours satisfaire ses impatiences. Dans une constitution minée par la douleur, la foi germe naturellement, la raison s'émousse et l'esprit faiblit. Alors arrivent les croyances absurdes, les espérances impossibles, la dévotion à la poudre de cloportes, aux empiriques, aux vieilles commères et à tout ce monde de chenapans, qui font de la médecine une propriété commune.

La médecine, en effet, dans sa marche progressive et malgré d'incontestables efforts, conserve un caractère d'incertitude impossible à nier, et dans les sciences médicales, la partie la plus incertaine, c'est la thérapeutique.

tration œdématense, limitée d'abord à la partie supérieure du membre s'étendit bientôt à la partie inférieure et finit par envahir ainsi la totalité de ce membre.

3° La forme bulleuse ou phlycténoïde. J'en ai observé un cas très-remarquable chez une petite fille âgée de 17 jours. L'érysipèle, parti du menton, gagna le cou, puis la partie antérieure et latérale gauche de la poitrine, et, dans cette dernière région, une multitude de petites phlyctènes se produisirent, puis se réunirent pour former une énorme bulle dans les parties déclives de laquelle s'accumulèrent deux ou trois cuillerées d'un liquide séro-sanguinolent. L'enfant mourut et nous trouvâmes à l'autopsie le dernier derme violacé et gangréné, et les muscles pectoraux violacés eux-mêmes et ramollis.

4° La forme miliaire. Billard dit l'avoir rencontrée une fois. Je ne l'ai jamais observée.

SIÉGE.

L'érysipèle peut, chez les nouveau-nés et les enfants à la mamelle, se manifester indistinctement sur toutes les parties de la surface externe du corps.

Il n'est pas exact de dire, avec quelques auteurs, que son siége de prédilection est la région abdominale antérieure, et qu'on la rencontre moins souvent à la face que partout ailleurs. En effet, sur les 30 cas d'érysipèle que j'ai recueillis, 12 fois il siégeait à la face, ou bien au cuir chevelu et à la face simultanément, une fois au cou, 3 fois à la partie supérieure du tronc, 5 fois à la partie inférieure, 5 fois aux membres inférieurs et 4 fois aux membres supérieurs. Il est vrai que, dans un certain nombre de cas, l'érysipèle ne restait pas limité aux parties que je viens d'indiquer, qu'il tendait à se généraliser, passait du tronc aux membres et des membres au tronc. Mais, en tenant compte de cette circonstance, la face n'en reste pas moins le siége le plus fréquent de l'érysipèle des nouveau-nés, puisque l'exanthème dont il s'agit s'est observé 12 fois sur 30 dans cette région, tandis qu'il n'a été constaté, dans la partie inférieure du tronc, que 5 fois sur 30, c'est-à-dire dans un sixième des cas.

ÉRYSIPÈLE DE LA FACE ET DU CUIR CHEVELU.

Chez les nouveau-nés, l'érysipèle de la face débute le plus souvent par le nez ou l'une des deux lèvres, quelquefois par les paupières, dans le cas d'ophthalmie, ou par l'une des oreilles, s'il existe soit un érythème de leur partie postérieure, soit une suppuration du lobule à la suite de l'application de boucles d'oreilles. De l'un de ces points, la phlegmasie, après être restée un certain temps stationnaire, s'étend à une moitié de la face, moins souvent à la totalité, plus rarement encore au cuir chevelu. Quelquefois l'érysipèle passe de la face au cou et à la partie supérieure du tronc. Jamais je n'ai vu un érysipèle de la partie supérieure du tronc s'étendre à la face.

Chez un enfant de 16 jours atteint d'endurcissement général du tissu cellulaire, l'érysipèle s'était manifesté à la face sous la forme de larges îlots qui rappelaient assez bien l'aspect de l'érythème noueux.

ÉRYSIPÈLE DU COU.

Il est presque toujours le résultat de l'extension d'un érysipèle soit de la face, soit de la partie supérieure du tronc à la région cervicale. Il arrive quelquefois cependant que la phlegmasie a le cou pour point de départ, quand, par exemple, un érythème ulcéreux s'est développé dans les plis de cette région. Chez l'un de mes petits malades, âgé de 14 mois, l'engorgement des ganglions sous-maxillaires donna lieu à une rougeur érysipélateuse qui fit le tour du cou sans dépasser les limites de cette partie. L'enfant guérit de son érysipèle, mais il succomba peu de temps après aux suites d'une phthisie ganglio-bronchique.

ÉRYSIPÈLE DU TRONC.

Les applications de ventouses ou de vésicatoires sur la région thoracique sont les causes les plus habituelles de l'érysipèle qui se développe à la partie supérieure du tronc. Je l'ai vu aussi coïncider avec la pleurésie et l'endurcissement du tissu cellulaire. D'autres fois, il n'est que l'extension d'un érysipèle de la face, du bas ou de la partie inférieure du corps.

Quel que soit son point de départ, l'érysipèle thoracique fait souvent tout le tour de la poitrine à laquelle je l'ai vu former une ceinture complète.

L'érysipèle de la partie inférieure du tronc reconnait le plus habituellement pour cause, soit une suppuration prolongée de l'ombilic, soit une phlébite de la veine ombilicale, soit une péritonite, soit enfin un érythème ulcéreux de l'anus ou des parties génitales. Dans le dernier cas, il part de l'anus ou des parties sexuelles, franchit le pubis en avant, gagne les lombes en arrière, puis envahit quelquefois les parties supérieures du tronc, en même temps qu'il s'étend aux membres inférieurs sur lesquels il s'épuise.

Dans les autres cas, c'est au pourtour de l'ombilic que la phlegmasie prend naissance. Elle y reste quelquefois bornée, mais le plus souvent elle se porte dans diverses directions, vers les parties génitales et la partie supérieure des cuisses ou bien vers les flancs et les lombes, ou bien vers le thorax, ou enfin vers toutes ces parties à la fois.

ÉRYSIPÈLE DES MEMBRES.

Sur 5 cas d'érysipèle du membre supérieur, 3 fois j'ai vu l'exanthème prendre naissance autour de pustules vaccinales en suppuration, et de là se répandre, d'une part sur le reste du membre, d'autre part sur les diverses parties du tronc. Dans les deux autres cas, voici ce que je constatai. Chez un petit garçon de 6 semaines, atteint depuis vingt-quatre jours de bronchite avec coryza, l'érysipèle se montra à la main et ne s'étendit pas plus loin. L'enfant guérit. Chez une petite fille de 13 mois, atteinte d'entérite avec altération des plaques de Peyer, l'érysipèle se manifesta à l'avant-bras, gagna le bras et l'épaule, descendit vers la main; mais la mort survint au bout de quatre jours avant l'extinction de la phlegmasie.

L'érysipèle des membres inférieurs n'est souvent que le résultat de la propagation des érysipèles de la partie inférieure du tronc, qu'ils viennent de l'anus, des parties génitales ou de l'ombilic. Trois fois ce-

---

L'art de préparer et formuler les médicaments a subi une complète transformation; les effets des substances sont mieux étudiés et mieux définis; mais en définitive nos connaissances se résument en une certitude négative. Bien que nous ayons rejetés à jamais, comme inutiles et absurdes, les affreux mélanges qui empoisonnaient nos pères, les indications positives nous font défaut, et les méthodes thérapeutiques sont incapables de résister soit à l'examen soit à l'expérience.

Le lecteur trouvera peut-être que nous finissons bien sérieusement cet article; mais pour revenir au ton sur lequel nous l'avons commencé, il suffira d'emprunter une nouvelle citation au DICTIONNAIRE PHARMACEUTIQUE.

« ACANTHE, herbe chaude et émolliente. On se sert de ses feuilles dans la » pierre et l'accouchement difficile, et, en imitation, pour les ornements d'ar- » chitecture.... » (*Sic.*)

CASIMIR DAUMAS.

—Voici le mouvement de la population des hospices de Bordeaux pendant l'année 1855 :

10,686 malades ont été traités dans les divers services de médecine, de chirurgie et d'accouchements de l'hôpital Saint-André.

L'hospice des Enfants-Trouvés a recueilli 1,159 enfants (706 abandonnés, 75 orphelins, 319 indigents, 59 teigneux).

A ce nombre, il faut joindre celui de 4,944 enfants nourris et élevés dans les campagnes, sous la tutelle de l'administration.

L'hospice des Enfants-Trouvés n'est point consacré aux maladies du jeune âge; mais une infirmerie particulière reçoit ceux qui, déjà placés dans la maison, tombent malades. Les services de médecine et de chirurgie y offrent un véritable intérêt.

La commission administrative des hospices a, dit-on, le projet d'envoyer à la campagne tous les enfants valides pour les employer aux travaux de l'agriculture, et de créer un hôpital spécialement destiné aux maladies de l'enfance.

Deux hospices sont affectés, l'un aux incurables, l'autre aux vieillards. Le premier a eu 131 pensionnaires, et le deuxième 330.

225 femmes ont été reçues à l'hospice de la Maternité.

1,110 malades ont été traités à l'hôpital Saint-Jean (vénériens).

Enfin, les bureaux de bienfaisance de la ville ont donné des secours à domicile, pendant l'année 1855, à 10,835 individus représentant 4,138 familles.

Cette statistique n'a pas seulement pour but de satisfaire une curiosité assez naturelle; elle montre l'utilité, l'importance incontestable des établissements charitables que Bordeaux peut offrir à la population, et qui ont, dans l'espace d'un an, étendu leur influence bienfaisante sur 29,420 personnes.

pendant j'ai vu l'exanthème prendre naissance sur un des points du membre inférieur lui-même, une fois à la région inguinale droite, sous l'influence d'un érythème ulcéreux, une autre fois à la partie postérieure de la cuisse droite, une autre fois sur les deux pieds simultanément.

Dans les trois cas, l'érysipèle ne s'est pas étendu. L'endurcissement du tissu cellulaire doit être considéré avec l'érythème ulcéreux, celui des malléoles surtout, comme une des causes les plus fréquentes des érysipèles du membre inférieur.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISON.

Considéré relativement à sa marche, l'érysipèle des nouveau-nés et des enfants à la mamelle offre deux formes distinctes. Il peut être fixe et erratique. La seconde forme est incontestablement et de beaucoup la plus fréquente. Cependant j'ai vu souvent l'érysipèle des extrémités se terminer dans le lieu où il s'était développé primitivement.

Dans la majorité des cas, l'érysipèle, après avoir séjourné un ou deux jours dans le point qu'il avait primitivement envahi, s'étend de proche en proche aux parties voisines, dans toutes les directions en haut comme en bas, à droite comme à gauche, faisant le tour des membres, de la tête, du cou, du tronc, s'arrêtant quelquefois, comme s'il avait épuisé son action, mais pour reprendre bientôt ce que j'appellerais volontiers sa marche vagabonde. M. Trousseau a particulièrement insisté, et avec raison, sur cette forme remarquable de l'érysipèle des nouveau-nés. Il est assez rare cependant de voir l'exanthème parcourir toute la surface du corps. Ce que j'ai dit de l'érysipèle des différentes régions le prouve suffisamment. D'ailleurs, l'érysipèle des nouveau-nés survenant souvent dans la période ultime des maladies graves n'a pas le temps de faire un si long chemin, arrêté qu'il est dans sa marche par l'issue funeste. Ce qui est exact, c'est, comme l'a dit M. Trousseau, qu'à mesure que l'érysipèle se généralise, il semble perdre quelque chose de son intensité inflammatoire, et alors la rougeur de la peau, qui était d'abord comme empourprée, pâlit notablement. Ce qui est encore exact, c'est que l'érysipèle, se portant dans diverses directions en même temps qu'il abandonne son point de départ peut paraître multiple, c'est-à-dire semble s'être développé sur plusieurs régions à la fois.

Quoi qu'il en soit, la forme erratique est celle qui s'accompagne des phénomènes de réaction les plus intenses, fièvre ardente, agitation, cris continuels, pâleur extrême, quelquefois prostration, langue rouge et sèche, vomissements, diarrhée, puis convulsions. Quand l'érysipèle est primitif, il n'est pas rare que l'enfant conserve son appétit et ses forces, et continue de teter. Je n'ai jamais observé la forme dite ambulante ou métastatique.

La durée de l'érysipèle des nouveau-nés est très-variable. Elle dépend des conditions générales au milieu desquelles l'exanthème s'est développé. Billard la fait varier de six à douze jours, M. Trousseau de quatre jours à cinq semaines. Voici pour mon compte ce que j'ai observé.

Sur 23 érysipèles terminés par la mort :

5	sont survenus	le jour même de la mort.
4	—	1 jour avant la mort.
1	—	2 jours avant la mort.
6	—	3 —
2	—	4 —
3	—	5 —
1	—	6 —
1	—	8 —

Les 7 antres cas d'érysipèle que j'ai observés ayant accompli leurs phases pendant la vie, c'est-à-dire s'étant complétement éteints, les uns par le fait de la guérison, les autres un certain temps avant la terminaison funeste, la durée totale de l'exanthème a été :

Pour 4	d'entre eux,	3 jours.
Pour 1	—	4
Pour 1	—	5
Pour 1	—	8

En ne prenant pour base de la durée que ces 7 derniers cas, puisque, dans les 23 autres, la mort est survenue alors que l'exanthème régnait encore, on voit que le maximum de la durée est encore huit jours, et le minimum trois jours.

La mort survenant fréquemment chez les nouveau-nés atteints d'érysipèle avant que cet exanthème n'ait parcouru toutes ses phases, il n'y a pas toujours de terminaison locale de l'érysipèle. Voici cependant ce que l'observation nous a appris à cet égard.

Dans les cas rares où la guérison a lieu, la desquammation est le mode de terminaison le plus ordinaire.

Je n'ai point observé la terminaison par suppuration; mais Billard en cite 4 cas. L'un des érysipèles siégeait à la région ombilicale; un autre sur la partie latérale gauche de la poitrine; un troisième à la jambe droite, et le quatrième à la hanche et à la partie supérieure de la cuisse droite. Dans ce dernier cas, le malade a succombé après une suppuration très-étendue du tissu cellulaire sous-cutané de cette région. (*Loco cit.*, p. 122.)

J'ai rencontré deux fois la terminaison par gangrène, une fois chez un enfant de 10 jours atteint d'érysipèle du nez. L'extrémité lobulaire du nez fut frappée de sphacèle. Le second cas est relatif à un enfant de 17 jours, chez lequel l'érysipèle parti de la face s'étendit au cou, puis à la moitié antérieure gauche de la poitrine. L'autopsie me révéla une gangrène des muscles pectoraux. Billard a vu un érysipèle de la face qui a été suivi d'une gangrène de la bouche chez un enfant de 15 jours. La mort s'ensuivit.

(La fin au prochain numéro.)

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

MÉMOIRE SUR LE GOÎTRE CYSTIQUE; par M. le docteur FLEURY, professeur de clinique externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand.

(Suite. — Voir les numéros 6 et 7.)

Avant de recourir à une opération chirurgicale, il est important de bien établir le diagnostic de ces tumeurs, d'en étudier les symptômes, d'agir ensuite lorsqu'on s'est formé une opinion bien arrêtée sur leur nature.

Quoique cette affection soit plus commune dans les pays où on observe des goitreux, je n'ai pas remarqué qu'elle existât d'une manière plus spéciale dans les villages où le goitre est, pour ainsi dire, endémique, et où les habitants en portent les stigmates.

L'hypertrophie de la glande thyroïde est plus commune, dans le Puy-de-Dôme, chez les femmes que chez les hommes: dans les faits que je publie il y a autant de jeunes garçons que de jeunes filles. C'est plutôt de 10 à 30 ans que je l'ai observée que dans un âge plus avancé.

La tumeur est ordinairement lisse, arrondie ou hémisphérique, sans changement de couleur à la peau; elle suit les mouvements d'élévation ou d'abaissement du larynx.

Ses effets sont différents suivant qu'elle occupe les parties antérieures ou latérales du cou; elle gêne plus ou moins, en effet, par la compression exercée sur les voies aériennes, l'entrée de l'air dans la trachée.

Son développement est en général très-lent; quelquefois aussi elle peut acquérir presque subitement, sous l'influence d'un effort quelconque ou d'une inflammation des parties environnantes, un volume beaucoup plus considérable que celui qu'elle avait offert jusqu'alors.

OBS. XII. — Au 10 septembre de l'année 1853, j'ai été consulté par un jeune homme qui habite un des villages qui avoisinent Clermont; il est âgé de 19 ans et s'est toujours bien porté jusqu'à présent.

Il éprouve depuis dix à douze jours des douleurs très-vives dans une grosseur qui existe au cou. C'est à la suite de violents efforts de vomissements qu'elle a acquis le volume qu'elle offre aujourd'hui, et qui peut être comparé à celui d'une grosse orange. On observe en effet, au côté droit de la région cervicale, une tumeur bien circonscrite, demi-sphérique, sans changement de couleur à la peau, douloureuse à la pression et gênant les mouvements de la tête.

Le malade prétend qu'elle existait depuis dix-huit mois, mais que son volume était peu considérable (celui d'un œuf de pigeon); elle était restée indolente jusqu'au moment où l'affection actuelle s'est manifestée.

La pression des doigts y provoque des douleurs assez vives qui en rendent l'exploration difficile; je crois néanmoins y percevoir une sensation de fluctuation profonde.

Je conseille une application de sangsues, des cataplasmes émollients, le repos et la diète. Sous l'influence de cette médication les douleurs ont disparu. La saillie formée par la grosseur est moins prononcée, sans cependant qu'elle soit revenue à son volume primitif; on peut y sentir plus facilement la pré-

sence d'un liquide qui paraît renfermé dans une enveloppe épaisse; c'est évidemment un goître enkysté qui s'est enflammé.

Cette phlegmasie spontanée amènerait-elle la résorption du liquide épanché? Je ne pense pas, d'après les faits que j'ai observés, et je conseille à ce jeune homme d'entrer à l'hôpital.

Le 25 septembre une injection iodée est pratiquée à la tumeur. La canule du trois-quarts donne issue à 80 grammes d'un liquide d'un blanc jaunâtre, analogue à du petit-lait dans lequel seraient suspendus des flocons albumineux; la proportion des matières solides est surtout abondante dans ces dernières parties qui ressemblent à du pus.

La tumeur est complétement revenue sur elle-même après la ponction; ses enveloppes sont moins épaisses que je ne l'avais cru de prime abord.

Le contact du liquide injecté :

Teinture d'iode	8	grammes.
Iodure de potassium	1	—
Eau-de-vie camphrée	15	—
Eau de roses	30	—

est à peine senti par le malade; une partie ressort au bout de cinq minutes, la plus grande portion reste dans la cavité du kyste.

Le malade quitte l'hôpital le surlendemain; je l'ai revu depuis: la résolution était complète.

Obs. XIII. — Le 19 septembre 1855, la nommée Ebrard Marie, âgée de 45 ans, est admise à l'Hôtel-Dieu de Clermont.

Cette malade porte depuis plus de vingt ans à la partie antérieure du cou une tumeur du volume d'un œuf de poule. Au mois de mai dernier, à la suite d'un mal de gorge, son volume augmente d'une manière sensible, sans douleurs bien vives néanmoins.

Le 16 septembre elle y éprouve presque subitement un sentiment de brûlure très-vive, la respiration devient difficile; elle se hâte de réclamer les secours de l'art.

La tumeur qui occupe le devant du cou a le volume d'un petit melon; elle est lisse, arrondie, et fait au-dessous du menton une saillie énorme. La compression qu'elle exerce sur les voies aériennes est tellement prononcée que la malade est forcée de rester assise dans son lit et n'ose prendre une position horizontale.

Un point fluctuant est perçu au centre de la tumeur, la peau qui le recouvre est légèrement violacée et très-amincie.

Une ponction, pratiquée avec un bistouri, donne issue à une grande quantité de pus phlegmoneux. Les parois de la tumeur se sont immédiatement affaissées.

L'incision est agrandie et arrive à la partie la plus déclive du foyer.

En introduisant le doigt dans cette énorme cavité, on sent qu'elle remonte sur les côtés du cou. Dans sa moitié gauche existe une espèce de tumeur pédiculée, dure, que j'excise avec des ciseaux courbes.

L'intérieur du kyste est ensuite rempli de charpie. Des pansements répétés matin et soir, et précédés par des injections émollientes d'abord, puis détersives, ont été continués pendant dix-huit à vingt jours.

La tumeur se resserre, ses parois reviennent sur elles-mêmes, l'ouverture ne donne issue qu'à un liquide clair et séreux dont l'écoulement se tarit à la longue. La malade quitte l'hôpital le 28 octobre.

La fluctuation que l'on perçoit dans les kystes du cou est le plus souvent obscure, ce qui peut être le résultat de causes très-diverses. Les enveloppes ont presque toujours une grande épaisseur; parfois, comme dans l'hydrocèle, la distension de la poche rend difficile le déplacement du liquide qu'elle contient; la consistance des produits sécrétés peut aussi jeter du doute sur le diagnostic. Il sera toujours prudent, du reste, de tenter une ponction exploratrice qui n'aurait aucuns inconvénients si la tumeur était pleine. La tige du trois-quarts pénètre-t-elle avec facilité, on peut être presque sûr, avant de le retirer, qu'il n'y a point de liquide; trouve-t-on au contraire de la résistance, c'est l'enveloppe d'une poche que l'on doit traverser.

Tous les kystes que j'ai opérés étaient uniloculaires; une seule fois trois bosselures extérieures me laissaient dans le doute; l'affaissement qui succéda à la ponction de l'une d'elles m'apprit bientôt que les cloisons n'étaient point complètes.

Quant au liquide sécrété, il ressemble le plus souvent à du chocolat étendu d'eau, à une décoction de brou de noix ou à de l'eau dans laquelle on aurait fait macérer de la fibre musculaire. Chez un malade j'ai trouvé un produit qui ressemblait à une infusion de quina rouge; chez un autre c'était du sang presque pur; chez un troisième sa couleur foncée rappelait celle du café à l'eau; plus rarement il est incolore ou analogue à du petit-lait qui tiendrait en suspension des flocons albumineux.

Après une ponction qui donna issue au liquide brun signalé plus haut, j'ai vu du sang artériel s'échapper par la canule de l'instrument, dans les efforts que faisait le malade pour respirer; il semblait être fourni par une membrane spongieuse, vasculaire, que l'on aurait pressée entre les doigts.

L'organisation des parois du kyste est assez ordinairement en rapport avec la nature du produit sécrété. J'en ai observé deux variétés bien distinctes : dans l'une, c'est un tissu mou, spongieux, plus ou moins épais, dont la face interne est doublée par une membrane villeuse, comme veloutée, traversée par des vaisseaux sanguins en assez grand nombre; dans l'autre, c'est un tissu celluto-fibreux, serré, tapissé par une membrane analogue à une séreuse, offrant parfois la consistance du cartilage; quelquefois même une véritable coque osseuse constitue le kyste lui-même.

La résistance de celui-ci est tellement grande chez quelques malades qu'il finit par atrophier le corps thyroïde lui-même, qui paraît ensuite n'avoir avec lui que des rapports de contiguïté.

Une pièce anatomique que je trouvai sur un cadavre, dans l'amphithéâtre de dissection, mit pour moi ce fait hors de doute.

La tumeur s'était formée aux dépens du lobe gauche de la glande thyroïde, qui avait presque complétement disparu. On retrouvait encore, il est vrai, quelques traces de son lobe droit, mais il paraissait être à l'état rudimentaire.

Ce sont probablement des cas analogues qui ont fait penser que ces kystes étaient indépendants du corps thyroïde. Il y a cependant un symptôme qui peut être considéré comme pathognomonique, c'est le mouvement d'ascension qu'ils subissent dans l'acte de la déglutition.

Que deviennent ces tumeurs si elles sont abandonnées à elles-mêmes? Elles peuvent rester stationnaires ou acquérir un volume considérable, comprimer les voies aériennes et déterminer des accidents de suffocation, comme chez mademoiselle Tonduf, s'ouvrir à l'extérieur en ulcérant la peau après s'être enflammées. Sont-elles susceptibles de disparaître spontanément, et les produits sécrétés peuvent-ils être résorbés? Cela pourrait être, mais je n'en ai observé aucun exemple.

Les progrès qu'elles font sont en général lents, à moins que les malades ne fassent quelque effort, comme dans la dernière observation; ce n'est guère qu'au bout d'un certain nombre d'années qu'ils viennent réclamer le secours de la chirurgie. Si la tumeur reste stationnaire, beaucoup d'entre eux, convaincus qu'ils ont un goître, n'ont recours à aucune médication.

La perforation de ces tumeurs, provoquée par la distension de leurs parois, est rare, et cela doit être, vu leur épaisseur et leur résistance. En amènerait-elle la guérison? Cela ne serait pas impossible, mais la compression exercée sur les voies aériennes déterminerait préalablement des accidents tels, que la mort pourrait en être la conséquence.

Bien que leur nature soit différente de celle des kystes que l'on observe aux genoux, ils n'en offrent pas moins quelque analogie de structure : ces derniers guérissent souvent, il est vrai, sans l'intervention de l'art, mais cela dépend moins de leur organisation que du lieu qu'ils occupent; placés en effet dans une partie très-accessible à l'action des agents contondants, une rupture produite par un choc extérieur, une chute sur un sol résistant provoquent la déchirure des enveloppes et une inflammation qui en amène la guérison.

Le goître enkysté peut s'enflammer spontanément; il n'est pas nécessaire pour cela qu'il ait acquis un volume considérable; on ne peut donc point attribuer cette terminaison à l'irritation provoquée par la distension des parois de la tumeur.

La constitution des malades chez lesquels je l'ai observée paraît en avoir été la cause principale; ils étaient les uns et les autres très-faibles, d'une constitution éminemment lymphatique et dans des conditions telles, que du pus apparaît promptement dans les liquides de l'économie.

Chez l'un des trois, le kyste était peu volumineux; l'inflammation qui se manifesta n'eut pas moins un retentissement très-marqué sur les parties environnantes. Chez les deux autres, les accidents furent plus graves, et la compression exercée sur les voies aériennes détermina des symptômes de suffocation lorsque l'opération fut pratiquée.

Obs. XIV. — Le nommé Azar (Jacques), âgé de 10 ans, né aux Martres-de-Reyre, quoique issu de parents sains, est entaché de vice scrofuleux. Depuis les premières années de son enfance, on observait au cou de ce malade une petite tumeur qui était restée complétement stationnaire jusqu'au mois de février de l'année 1853. A cette époque, elle prit subitement, sans cause connue, un développement assez considérable, et devint douloureuse. Sa mère le conduisit à l'hôpital de Clermont le 13 avril.

Située au côté gauche du corps thyroïde, cette grosseur a le volume d'une noix volumineuse. Elle est ronde, circonscrite, sans changement de couleur à la peau, peu douloureuse au toucher, et offre une sensation manifeste de fluctuation. Elle suit les mouvements d'élévation et d'abaissement du larynx et de la trachée-artère, et doit exercer sur celle-ci une compression assez forte, à en juger par le bruit que fait l'air en pénétrant dans les bronches. L'inspiration est surtout tellement forte pendant son sommeil, que ses voisins en sont incommodés; la toux est rauque et sifflante, la voix n'a subi aucune modification.

Une incision pratiquée à la partie antérieure de la tumeur a donné issue à du pus phlegmoneux; sa cavité a ensuite été remplie de charpie, ses parois sont bientôt revenues sur elles-mêmes, et les accidents de compression ont disparu; la plaie a marché rapidement à la guérison, et l'enfant a pu sortir à la fin du mois.

Ce kyste s'était donc enflammé sans causes appréciables, sans douleur; il n'en avait pas moins provoqué des accidents qui auraient pu avoir de la gravité si la maladie eût été abandonnée à elle-même; une simple incision a suffi pour les conjurer.

Chez le second malade, les choses se passèrent d'une manière différente et purent nous faire craindre un instant pour les jours de l'enfant.

Obs. XV. — Le nommé Chalier (Étienne), âgé de 17 ans, né à Mont-Ferrand, où il exerce la profession de domestique, est d'une santé délicate et d'une constitution tellement faible, qu'on lui donnerait à peine une douzaine d'années.

Il a remarqué, à l'âge de 10 ans, une petite tumeur au devant du cou; elle avait alors le volume d'une noix, mais comme elle était indolente, il ne s'en préoccupa point; ses progrès n'ont été rapides que depuis trois ans; le malade ressentit alors un peu de gêne dans la respiration; bientôt il lui fut impossible de porter une cravate; il n'en continua pas moins son service jusqu'au mois de janvier 1853. A cette époque, la tumeur avait acquis le volume d'un œuf; elle était douloureuse et comprimait assez fortement la trachée-artère. Il entra à l'hôpital de Mont-Ferrand, où on appliqua des sangsues au cou; mais sa position, loin de s'améliorer, ne fit que s'aggraver; les douleurs augmentèrent, une fièvre ardente se manifesta.

Les religieuses de l'hospice, qui sont spécialement chargées du service des malades, voyant augmenter les accidents et craignant une terminaison funeste, le firent transporter, le 10 février, à l'hôpital de Clermont.

La respiration était alors sifflante, la figure anxieuse, le malade contraint de rester assis sur son lit, craignant à chaque instant de périr suffoqué.

La tumeur avait alors le volume d'une orange; la peau qui la recouvrait avait conservé dans la plus grande partie de son étendue sa coloration normale. Dans un point très-circonscrit, elle était un peu rouge et paraissait amincie.

Une incision dirigée de haut en bas donne issue à une grande quantité de pus de bonne nature; mais à peine ce liquide est-il écoulé que du sang lui succède en telle abondance que je me hâte de remplir avec des tampons de charpie la cavité du kyste. Je fais exercer par la main d'un aide une compression assez forte pour prévenir l'hémorrhagie. Cette médication fut suivie de succès.

La journée, la nuit qui suivit furent mauvaises, les douleurs étaient toujours très-vives, la respiration aussi gênée qu'avant l'opération, ce qui ne devait pas nous étonner puisqu'une compression au moins aussi forte que celle qui existait auparavant était l'effet du tamponnement que nous avions été contraints de faire.

Le lendemain des injections émollientes nous permirent d'enlever une partie de la charpie qui sortit imprégnée de pus mêlé à du sang exhalant une odeur fétide.

A dater de ce moment les accidents de suffocation disparurent, la plaie fournit pendant quelques jours une suppuration abondante; nous dûmes même, pour faciliter l'écoulement des liquides et prévenir leur séjour à la partie déclive du foyer, allonger l'angle inférieur de l'incision.

L'état du petit malade s'améliora rapidement: les parois de la cavité se rapprochèrent, la suppuration fut de jour en jour moins abondante, l'appétit reparut, les forces se rétablirent et il put bientôt quitter l'hôpital.

Obs. XVI. — Le nommé Merle (Antoine), âgé de 15 ans, est cordier à Clermont.

Ce jeune homme, d'une faible constitution, porte depuis trois ans une tumeur au cou, d'un volume d'une noix; il n'en a jamais éprouvé la moindre gêne.

Depuis trois jours il y a ressenti des douleurs vives, il ne sait à quelle cause les attribuer. La tumeur est dure, tendue, très-sensible à la pression et gêne tellement la respiration qu'il est forcé de rester assis sur son lit. La voix est rauque, la respiration sifflante; il existe évidemment une compression des voies aériennes.

Le malade est reçu à l'hôpital le 10 octobre 1854; une fluctuation assez profonde est perçue à la partie supérieure de la tumeur.

J'y plonge un bistouri qui donne issue à du pus, mêlé à un liquide sanguinolent.

Le soulagement est prompt; mais au bout de quelques jours le pus acquiert une odeur fétide. La fièvre, qui était éteinte, se rallume de nouveau, je suis forcé d'agrandir l'ouverture extérieure pour faciliter l'écoulement des liquides qui séjournent dans la partie la plus déclive de la tumeur.

La suppuration a été longue et abondante; le petit malade n'a pu quitter l'hôpital que le 26 novembre.

(La fin au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION DE GOÎTRE ENKYSTÉ. — EXTIRPATION DU KYSTE. — GUÉRISON; par le docteur DUNGLAS.

Obs. — Marie N...., jeune fille de couleur (Zamba), âgée de 22 à 24 ans, fit le voyage de Ica à Lima (40 et quelques lieues) dans le but de venir nous consulter, vers les derniers mois de l'année 1831; elle était de taille moyenne, d'une constitution nerveuse, dépourvue d'embonpoint, et portait, depuis quelques années, à la partie antérieure du cou, un goître, actuellement plus volumineux que sa face.

Après quelques jours de repos, nous examinâmes avec attention cette grosse tumeur, et il nous parut y distinguer de la fluctuation, quoiqu'elle y fût très-obscure en raison de sa grande tension. Pour sortir du doute où nous étions, nous prîmes la détermination d'y faire une ponction exploratrice à l'aide d'un bistouri droit, dont la pointe fut plongée parallèlement à l'axe du cou, au centre de la tumeur, du côté droit; aussitôt un jet de sérosité claire, couleur du petit-lait, fut lancée au loin; quelques flocons albumineux s'étant présentés à l'ouverture, qu'ils bouchaient, nous l'agrandîmes en haut et en bas, à l'aide de la sonde cannelée, dans l'étendue de 4 centimètres. Alors le goître se vida entièrement de tout le liquide et des grumeaux albumineux qu'il contenait. En examinant les bords de la division, nous distinguâmes le kyste à sa position et à sa couleur d'un gris blanchâtre; il nous parut de nature fibreuse et avait environ 3 millimètres d'épaisseur; nous saisîmes les bords du kyste avec des pinces à disséquer, et nous vîmes qu'il n'était uni aux parties environnantes qu'à l'aide d'un tissu cellulaire d'une extrême laxité, au point que nous pûmes l'énucléer dans tous les sens, soit à l'aide de l'indicateur, soit avec l'extrémité du manche d'un scalpel, avec une grande facilité; en voyant cela, nous agrandîmes encore une fois l'incision en haut et en bas, ce qui nous permit de séparer cette énorme poche jusqu'à la base du larynx, où elle était si adhérente que, lorsque nous exercions des tractions, la malade nous disait que nous lui arrachions la langue. Alors ayant isolé et attiré par la plaie presque la totalité du kyste, nous l'emportâmes au moins dans les cinq sixièmes de son étendue, à coups de ciseaux courbes sur le plat, et, chose assez singulière, pas la moindre hémorrhagie ne vint troubler notre opération.

Après avoir lavé les parties avec de l'eau froide, nous réunîmes les bords de la plaie avec des bandelettes agglutinatives, qui faisaient presque le tour du cou, dans le but de réunir ladite plaie et de contenir et rapprocher la peau des parties antérieures et latérales du cou, des gâteaux de charpie mollette furent placés de chaque côté et en avant, une compresse longuette doublée en quatre par dessus, et le tout fut maintenu par une cravate blanche: la malade fut mise au lit. (Diète absolue, limonade pour boisson, repos complet.)

Rien de particulier n'étant survenu dans les cinq premiers jours, le sixième nous levâmes l'appareil; la plaie était cicatrisée, toute l'étendue de la peau du cou paraissait être recollée, ce qui fut confirmé par le résultat définitif; car il n'y eut ni inflammation bien marquée, ni fièvre, ni sérosité, ni enfin aucune suppuration. La malade partit entièrement guérie après quelques jours de séjour à Lima.

Ainsi donc, en parcourant l'histoire de la maladie qui nous occupe, nous voyons que le goître enkysté n'est point rare, soit qu'il se développe dès le principe sous cette forme, comme nous le pensons, soit qu'il résulte d'une dégénérescence du goître charnu, comme le prétend M. Vidal (de Cassis), toujours est-il qu'il est plus commun qu'on ne le pense généralement; et si l'on n'est point encore pénétré de cette vérité, cela tient au respect qu'on a en jusqu'ici pour ce genre de tumeur de la glande thyroïde, dont l'extirpation a presque toujours eu de fâcheuses conséquences; aussi s'est-on borné, en général, à l'emploi des moyens hygiéniques ou pharmaceutiques pour son traitement. Mais, comme il est à peu près impossible de faire disparaître, par ces moyens, le sac qui constitue le kyste, il a fallu songer aux moyens chirurgicaux. Ces moyens, il faut bien le dire, tels qu'on les emploie, sont bien loin d'atteindre le but qu'on se propose; il est bien difficile, en effet, d'attaquer un goître d'un certain volume par les cautères sans s'exposer à de pénibles conséquences. L'incision, qu'elle soit grande ou petite et multiple, à moins qu'elle ne détermine une inflammation dans toute la masse ou dans l'intérieur de tous les kystes, s'il est multiloculaire, ou dans toute son étendue, s'il est unique, il est difficile de concevoir que la sécrétion qui se fait dans leur intérieur soit détruite au point d'obtenir une complète guérison. Nous en dirons autant des

injections, même iodées (1) : il nous paraît difficile que cette injection puisse déterminer, quoi qu'on en dise, une inflammation adhésive suffisante, soit dans plusieurs kystes, soit dans un seul, quand il est d'une certaine capacité, pour en obtenir une complète guérison; toutefois, nous sommes fort loin de révoquer en doute les faits de M. Velpeau, dont nous respectons le profond savoir, non plus que ceux de M. Fleury, rapportés dans la seconde partie de son intéressant mémoire; mais ces faits ne sont point encore assez nombreux pour pouvoir en faire une méthode générale applicable à tous les goîtres enkystés.

Il nous reste à dire un mot du séton, employé dans le but de fondre (en suppuration) le goître charnu; nous dirons que nous l'avons vu réussir complétement dans un cas, chez une dame âgée, traitée par le docteur Olivieri.

Répétons-le : nous devons donc convenir, médicalement parlant, que si, par les moyens hygiéniques et pharmaceutiques, on est parvenu à guérir quelquefois des goîtres charnus, il est bien difficile de concevoir la disparition d'un goître enkysté par le seul effet du changement de climat et des préparations iodées, à quelques doses qu'elles aient été portées, et, nous ne craignons pas de le dire, c'est ce qui a fait accuser la thérapeutique de cette affection d'infidélité.

Nous n'avons point certainement l'intention de faire une longue dissertation sur le sujet qui nous occupe; nous dirons seulement que, sous le rapport du diagnostic, n'y eût-il que la ponction exploratrice, qu'il est très-facile de déterminer si un goître est charnu ou enkysté. Dans le premier cas, le traitement interne aurait son application, et, en définitive, le séton, si le malade voulait absolument en être débarrassé. Dans le second cas, nous ne voyons pas pourquoi on n'essayerait point d'imiter la conduite que nous avons suivie dans le fait de notre observation, qu'on pourra prendre comme exceptionnel peut-être. Mais, nous voyons dans le mémoire de M. Fleury, professeur de clinique externe de l'hôpital de Clermont-Ferrand, un certain nombre d'observations en partie identiques à la nôtre; comme nous, il emploie la ponction exploratrice comme moyen concluant de diagnostic; plus tard il incise la peau et le kyste, dont il emporte quelquefois des lambeaux à coups de ciseaux courbes; mais, remarquez bien une chose (et c'est là le véritable motif qui nous fait publier notre observation), c'est que, toutes les fois que M. Fleury a cherché à isoler le kyste des parties qui le recouvrent, il a vu que le tissu cellulaire était extrêmement *lâche*, et, dès lors, nous ne voyons pas pourquoi il n'a pas cherché à l'isoler dans une plus grande étendue, afin d'en emporter le plus possible, et qu'il se contente d'en emporter quelques lambeaux. Peut-être, dans ce cas, n'aurait-on pas besoin d'en remplir le reste de boulettes de charpie, peut-être pourrait-on obtenir une réunion immédiate, comme nous l'avons obtenue.

La crainte de l'hémorrhagie pourrait-elle être un obstacle à l'excision de la presque totalité ou au moins de sa majeure partie? Nous ne le pensons pas; car le tissu qui compose les parois des kystes, quelle que soit leur nature, est en général peu parcouru par des vaisseaux d'un calibre qui doive inquiéter un chirurgien. On conçoit, en effet, que des artères puissent ramper sur une coque osseuse, cartilagineuse, fibreuse, etc., mais qu'elles pénètrent leur tissu, cela n'est pas commun.

Enfin, nous pensons que l'opération qui fait le sujet de notre observation, et celles pratiquées par M. le professeur Fleury, engageront les praticiens, non-seulement à les répéter, mais encore à régulariser son exécution au point de la faire entrer dans les cadres de la médecine opératoire. Ainsi, par exemple, nous pensons qu'une incision, de 5 à 6 centimètres, pratiquée sur chaque côté de la tumeur, parallèlement à l'axe du cou, permettrait d'isoler, d'énucléer la presque totalité du kyste et de l'emporter; ces incisions se trouveraient bien placées et suffisantes pour pouvoir lier les artères, si toutefois il s'en trouvait d'ouvertes, et on pourrait tenter la réunion immédiate, qui si elle n'avait point lieu, ne pourrait que simplifier et abréger la guérison. Nous soumettons nos réflexions au jugement de nos collègues, sans prétention aucune.

(1) Sur un bon nombre d'hydrocèles que nous avons opérés, nous n'avons jamais vu le liquide se reproduire en employant les injections de vin chaud, tandis que nous avons en deux cas d'insuccès par les injections iodées, et que nous avons guéris par la méthode ordinaire.

GANGRÈNE DU PIED ET DE LA JAMBE GAUCHES; DÉPÔTS FIBRINEUX MULTIPLES DANS LES REINS, LA RATE, LE FOIE; ENGORGEMENTS HÉMOPTOÏQUES DANS LES DEUX POUMONS; observation lue à la Société de biologie, par le docteur CHARCOT.

OBS. — La nommée Fromentin (Marie), âgée de 86 ans, autrefois jardinière, est entrée à l'hospice de la Salpêtrière le 17 décembre 1842. Elle est admise à l'infirmerie le 29 novembre 1852, service de M. Cazalis.

30 novembre 1852. Cette malade, vu l'affaissement de son intelligence, ne peut nous donner aucun renseignement sur le début de sa maladie actuelle. Dès son entrée à l'infirmerie, elle se plaint de douleurs vives avec fourmillements dans les deux membres inférieurs, surtout dans le gauche qui présente déjà une diminution de chaleur très-notable, et où elle éprouve une sensation très-pénible de froid. Cependant le sentiment persiste dans ces deux membres; la malade ne peut les mouvoir sans y éprouver une vive douleur, on n'y observe pas d'œdème, pas de changement de couleur des téguments. L'examen physique des divers organes n'y fait reconnaître aucune lésion importante. Le cœur seul paraît volumineux; on y entend un double bruit de souffle assez doux, dont le maximum siége vers la pointe et qui ne se prolonge pas dans les vaisseaux du cou. Les battements y sont intermittents, très-irréguliers, le choc peu énergique. Le pouls radial est très-irrégulier, et présente des intermittences nombreuses. Les deux artères fémorales, examinées dans l'espace inguinal, paraissent volumineuses, mais ne semblent pas ossifiées. La température du corps est assez élevée; il n'y a pas eu, assure-t-on, de frissons, pas de douleur à la pression ou à la percussion, le long de la colonne vertébrale.

Le 5 décembre, les douleurs dans les deux membres inférieurs et spécialement dans le gauche sont devenues progressivement extrêmement vives.

Elles sont à peu près continues, mais on observe qu'elles présentent, vers six heures du soir, une exacerbation très-manifeste.

La peau du tronc devient plus chaude, le pouls est plus irrégulier encore que par le passé. Il se manifeste un peu de délire et l'état adynamique se prononce. Le membre inférieur gauche a une température très-basse; il prend une coloration bleuâtre, surtout sensible sur le dos du pied, mais qui gagne, dans l'espace de deux ou trois jours, toute l'étendue des deux tiers inférieurs de la jambe; on y observe en même temps un peu d'empâtement, qui conserve à peine l'impression du doigt.

Les battements de l'artère crurale gauche sont devenus moins sensibles que ceux de l'artère correspondante du côté droit, lesquels ont cependant aussi un peu diminué d'intensité. Une tache violacée apparaît, vers la même époque, au niveau de la malléole interne du pied droit. On ne peut toucher la jambe gauche sans que la malade pousse des cris violents; elle ne peut elle-même la remuer. Quand on pince la peau de ce membre, la douleur accusée par la malade paraît très-vive, plus vive même que par le passé. Insomnie et délire continus.

Le 12 décembre, le dos du pied gauche, les deux tiers inférieurs de la jambe gauche ont une coloration uniforme violet foncé, parsemé çà et là de macules d'un rouge vif. Cette teinte violette se limite du côté des orteils et du côté de la cuisse par un bord sinueux, mais nettement tranché. Le membre, qu'on n'a cessé, depuis l'apparition de la gangrène, de recouvrir de compresses trempées dans le vin aromatique, et qu'on a continuellement mis en contact avec des vases remplis d'eau tiède, ne présente pas une température inférieure à celle du corps. La malade ne cesse de s'agiter et de pousser des cris, surtout vers le soir, tant est vive la douleur. Le délire continue. (Potion, depuis le 5 décembre: de 1 à 3 pillules d'extrait d'opium, de 0,05 chaque jour.)

Il y a toujours de la chaleur de la peau, une intermittence très-prononcée des battements du cœur et du pouls; pas de frissons, pas de dévoiement. La langue est sèche et recouverte d'un enduit fuligineux. L'artère crurale gauche ne présente plus que des battements très-faibles.

Le 15 décembre, les douleurs dans les membres sphacélés ont manifestement diminué. Les pupilles sont très-contractiles, les conjonctives très-injectées.

Mort le 17 décembre, à une heure de l'après-midi.

AUTOPSIE. — *Organes circulatoires.* — Le *cœur* est très-volumineux. Le ventricule droit est distendu par une grande quantité de sang noir, comme poisseux, à demi coagulé. Ses parois ont une épaisseur normale. Les valvules sont en bon état. Le cœur gauche est manifestement hypertrophié: les parois sont très-épaisses; la cavité contient un peu de sang noir à peine coagulé. Les valvules urétrales sont légèrement opaques; elles ne sont pas insuffisantes. Les valvules sygmoïdes de l'aorte contiennent quelques concrétions calcaires. La crosse de l'aorte présente aussi quelques incrustations. L'aorte descendante thoracique, à part quelques plaques athéromateuses, est, dans toute son étendue, saine. L'aorte abdominale, un peu avant sa bifurcation, dans l'étendue d'un décimètre, est transformée en un tube résistant, osseux, moniliforme; sa cavité ne contient pas de caillots. Les artères iliaques primitives ne contiennent pas de caillots, elles ne sont pas ossifiées; leurs parois sont simplement blanches, opaques, épaissies. L'artère crurale gauche elle-même est libre dans l'étendue de 4 centimètres au-dessus de l'arcade crurale. Plus bas, cette artère, dont les parois sont simplement épaissies et opaques, est remplie par un caillot noir, moyennement résistant, et adhérant

à peine à la membrane interne, qui présente une couleur violacée, mais qui est peu friable.

L'artère tibiale antérieure gauche, dans ses deux tiers supérieurs, présente le volume d'une plume à écrire d'assez fort calibre; plus bas elle diminue brusquement de volume, et devient tout à coup moitié moins grosse. Dans sa partie supérieure, cette artère est remplie de caillots d'une coloration rosée, consistants et adhérant assez intimement aux parois de l'artère, qui paraît fortement distendue. En certains points, l'adhérence du caillot est telle qu'il est difficile de le détacher. La membrane interne de l'artère présente une teinte rouge foncée, et dans les points où les caillots sont adhérents, on aperçoit par transparence des plaques blanchâtres qui paraissent sous-jacentes, mais pas de véritables plaques calcaires. D'ailleurs, la membrane interne est friable, mais elle n'est ni ulcérée ni même érodée. Les autres membranes artérielles sont imbibées de sang et friables, mais pas autrement altérées. Plus bas, dans la portion de l'artère qui a conservé son calibre, on rencontre un caillot noir, peu consistant, et n'adhérant nullement aux parois artérielles.

Les artères tibiale postérieure et péronnière présentent des altérations analogues.

Les grosses veines du membre sphacélé, la veine fémorale elle-même et les veines d'un calibre moyen, sont fortement distendues par du sang noir à demi coagulé.

Toutes les parties du membre inférieur qui correspondent aux points où il existe une coloration violacée ecchymotique, sont infiltrées par une sorte de sanie brunâtre, qui s'écoule quand on les divise. Les muscles, en particulier, ont une teinte pâle et leur tissu est ramolli.

L'artère crurale du côté droit est remplie par un caillot analogue à celui qu'on rencontre dans l'artère correspondante du côté gauche.

Les *poumons* sont congestionnés; ils renferment çà et là, surtout au voisinage de leurs bords antérieurs, des noyaux durs, du volume d'un œuf de pigeon, d'une coloration noire foncée, d'une structure granuleuse dont les bords sont bien arrêtés (apoplexie pulmonaire).

La *rate* est très-épaisse; elle présente 10 centimètres dans son petit diamètre. Son tissu s'écrase facilement par la compression, et laisse alors s'écouler une boule d'un brun noirâtre. Cet organe présente, vers son bord supérieur, un *noyau d'une coloration jaune rougeâtre*, de 2 centimètres de diamètre environ dans tous les sens, dont les bords sont nettement limités, et qui tranche vivement, par sa coloration, sur la teinte violet foncé du reste de l'organe.

Reins. — Un très-grand nombre de *noyaux analogues* à celui qu'on a vu dans la rate, et de divers volumes, se montrent dans les deux reins. Ces deux organes sont, en outre, un peu ramollis. Leurs plus gros vaisseaux contiennent beaucoup de sang noir; on remarque aussi une infiltration sanguine, très-prononcée et d'une teinte noire, dans le tissu propre du rein, infiltration surtout évidente au pourtour des noyaux fibrineux décolorés.

Le foie est volumineux, d'une consistance un peu molle, d'une coloration foncée. Il laisse écouler beaucoup de sang noir quand on l'incise. Il renferme çà et là un certain *nombre de noyaux ou plaques fibrineuses* analogues à celles qui ont été signalés dans les reins et dans la rate. Mais ces noyaux sont ici moins bien délimités, et ils ne consistent qu'en des espèces de taches.

Les autres organes n'ont rien présenté qui méritât d'être noté.

Les tumeurs multiples qui ont été rencontrées dans les reins, la rate et le foie de cette malade étaient composées, ainsi que nous l'a démontré l'examen microscopique, de fibrine amorphe et de nombreuses granulations moléculaires; elles ne contenaient pas de globules purulents. Tout nous porte à croire qu'elles ont été le résultat d'hémorrhagies parenchymateuses. Quelques-unes d'entre elles contenaient, en effet, outre la fibrine amorphe et les granulations, des globules du sang, parfois en grand nombre, et présentant divers degrés d'altération. Il est très-vraisemblable que les engorgements hémoptoïques circonscrits que renfermaient les poumons se fussent eux-mêmes décolorés à la longue, par suite de la disparition des éléments colorés du sang, si la malade eût pu résister plus longtemps à l'affection à laquelle elle a succombé. Nous avons vu, dans une autre circonstance (COMPTES RENDUS ET MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE, t. III, p. 91, 1851), de semblables noyaux fibreux disséminés dans divers viscères, coexister chez un même individu avec des foyers hémorrhagiques sous-séreux, sous-muqueux, etc. Dans ce dernier cas, quelques-uns de ces noyaux s'étaient ramollis à leur centre, transformé dès lors en une masse demi-liquide, d'une consistance comme crémeuse et d'une couleur jaune verdâtre. On eût pu croire qu'il s'agissait là de foyers purulents multiples, si l'on se fût contenté d'un examen superficiel. L'examen microscopique est venu démontrer que la matière liquide n'était pas formée de pus, mais bien de fibrine désagrégée et de globules que nous désignions alors sous le nom de globules pyoïdes, mais qui, suivant toute probabilité, n'étaient autres que des globules blancs du sang. Il paraît que ces globules résistent beaucoup plus longtemps à la destruction qui s'empare tôt ou tard des éléments du sang sortis des vaisseaux, que ne le font les globules rouges.

Dans l'observation que nous rapportions en 1851, et que nous rappelons ici, le malade, atteint de rhumatisme articulaire aigu, avait succombé à la suite d'une affection cérébrale à marche aiguë, et caractérisée surtout par un subdélirium suivi de coma, et une paralysie bien marquée de tout le côté gauche du corps. On trouva, lors de la nécroscopie, outre les dépôts fibrineux viscéraux multiples et de nombreux caillots hémorrhagiques, un ramollissement de la substance cérébrale au voisinage des couches optiques et du corps strié du côté droit, et dans le cœur des *végétations fibrineuses*, siégeant sur les valvules mitrales, qui étaient d'ailleurs comme ulcérées à leur bord libre. A cette époque, les accidents qui ont déterminé la mort de ce malade étaient pour nous inexplicables. Nous penchions à croire qu'on pouvait comparer les affections locales qui ont été trouvées à l'autopsie, à celles qui se rencontrent chez les sujets qui succombent à la morve aiguë, à l'infection purulente, et à d'autres maladies dites générales. Les observations qui ont quelques rapports analogues à la note publiée, il y a longtemps, par M. Legroux, Allibert et Duplay (1), auraient pu alors nous servir de terme de comparaison; mais il n'y était pas fait mention des dépôts fibrineux multiples qui fixaient surtout notre attention. D'intéressants travaux qu'on doit à des médecins étrangers, et dont les plus importants sont, sans contredit, ceux du prof. Virchow (2) et du docteur Senhouse Kirkes (3), sont venus dans ces derniers temps jeter définitivement quelque lumière sur ce genre d'affection, qu'il n'est sans doute pas très-rare de rencontrer dans la pratique.

Ces travaux tendent à faire admettre que des parcelles de matière athéromateuse, des fragments de plaques osseuses artérielles ou de végétations valvulaires désagrégées, peuvent se détacher sous l'influence de causes mécaniques ou autres, être entraînés au loin par le courant sanguin, s'arrêter par la suite dans les vaisseaux trop étroits pour leur donner passage, les obturer plus ou moins complétement, et déterminer ainsi, suivant le lieu où ils se fixent, la production des dépôts fibrineux viscéraux multiples, de gangrènes des organes profonds ou des membres, de certaines espèces de ramollissement cérébral, etc. Cette théorie est fort ingénieuse; elle peut rendre compte d'un certain nombre de faits qui, sans elle, trouveraient difficilement leur explication; mais il est, et il sera toujours fort difficile, quelque soin qu'on apporte dans ce genre de recherche, de retrouver, au milieu des caillots qui les enveloppent, ces particules fibrineuses, athéromateuses ou osseuses qui, véritables corps étrangers mêlés au sang et circulant avec lui, viendraient déterminer l'occlusion des vaisseaux. Leur existence, cependant, a pu, assure-t on, être démontrée quelquefois déjà, à la suite d'une investigation minutieuse.

Quoi qu'il en soit, les observations sur lesquelles s'appuie la partie purement descriptive des travaux dont il vient d'être question, établissent plusieurs faits importants; ainsi elles font voir: 1° que ces dépôts fibrineux multiples des reins, du foie, mais surtout de la rate, se rencontrent assez particulièrement chez des individus qui pendant la vie ont présenté les signes d'une affection organique du cœur, et chez lesquels, après la mort, on a trouvé les valvules sigmoïdes de l'aorte ou mitrales recouvertes de végétations fibrineuses qui souvent paraissaient ramollies ou comme déchiquetées. Cette coexistence fréquente des deux altérations a été remarquée par un assez grand nombre d'auteurs (Rokitansky, Hodgkin et Jackson (de Boston), ON A PARTICULAR DERANGEMENT OF THE SPLEEN, *in* MEDIC.-CHIR. TRANS.; London, 1846, v. XXIX.—Virchow, *loc. cit.*; Kirkes, *loc. cit.* et autres.) Nous l'avons rencontrée nous-même dans un assez bon nombre de cas. 2° L'oblitération des artères volumineuses avec ou sans gangrène des membres et le ramollissement cérébral s'observent quelquefois, soit isolément, soit simultanément, en même temps que les dépôts fibrineux et les hémorrhagies interstitielles, ainsi que l'ont vu les auteurs que nous venons de citer et d'autres encore. 3° Il arrive parfois aussi que les premières de ces affections locales soient les seules qui coexistent avec les végétations fibrineuses valvulaires, et que les dépôts fibrineux fassent défaut ou du moins passent inaperçus. (Pioch., GAZ. MÉD., août 1847, n° 34.—Tüffnel, DUBLIN QUARTERLY REV., v. XV, 1853, p. 371.)

(1) Legroux, Thèses de Paris, 1827, n° 215. Allibert, Thèses de Paris, 1828, n° 74. Duplay, ARCHIV. GÉNÉRAL. DE MÉDEC., t. I, 2e série, 1833, p. 177, 178, etc., etc.

(2) Virchow-Traube's Beitrage z. EXPER. PATHOL. UND PHYSIOL., 1846, Hilt 2, § 1. — HANDBUCH DER SPECIEL. PATHOL. UND THERAP., Erlangen, 1854, Bd. 1. H. I. S. 157, etc.

(3) Senhouse Kirkes (MED.-CHIR. TRANS., 1852, vol. XXXV, p. 281, et ARCH. GÉN. DE MÉD., 1853, mars, p. 279).

4° Enfin il peut arriver encore, entre autres combinaisons possibles, que les végétations valvulaires manquent et que les dépôts fibrineux et l'oblitération d'une artère volumineuse, suivie de gangrène d'un membre, existent seuls. C'est ce qui avait lieu chez la malade qui fait l'objet de notre communication.

Nous pourrions à la rigueur supposer que chez cette malade quelques fragments des plaques osseuses qui existaient à l'origine de l'aorte et à sa terminaison ont été détachées par une cause quelconque et ont déterminé la coagulation du sang dans les artères de la jambe gauche et aussi la production des hémorrhagies multiples et parenchymateuss ; mais ce serait là une hypothèse purement gratuite ; car, malgré un examen assez attentif des parties, nous n'avons rien rencontré qui soit de nature à la justifier. D'un autre côté, les détails de l'observation ne nous permettent pas de croire que l'inflammation, ou tout autre affection des artères du membre inférieur gauche, aient existé primitivement et aient provoqué la formation des caillots qui oblitéraient ces vaisseaux. Les caillots se sont formés d'abord, et l'artérite, si toutefois elle existait réellement, s'est développée ensuite. Nous ignorons quelle a pu être la cause première de cette coagulation spontanée du sang dans les artères des membres inférieurs. La rigidité des parois de l'aorte abdominale a sans doute favorisé son action, mais elle n'a certainement pas été le point de départ de tous les accidents. Il nous semble que cette cause quelle qu'elle soit devra rendre compte, non-seulement de la gangrène qui a frappé un des membres, mais encore de la présence des dépôts fibrineux et des hémorrhagies circonscrites disséminées dans plusieurs viscères.

On pourrait peut-être admettre qu'elle n'est autre qu'une modification survenue dans les propriétés plastiques du sang, et supposer que ce liquide a acquis une tendance particulière à la coagulation ; mais d'où proviendrait cette altération du sang? Serait-elle primitive, ou au contraire faudrait-il la subordonner à une affection des organes? Ce sont là des questions que nous ne pouvons point aborder pour le moment ; qu'il nous suffise de faire remarquer que la gangrène spontanée des membres n'est certainement pas toujours une affection toute locale, et qu'il est des cas où elle n'est, ainsi qu'on le voit par l'histoire de notre malade, qu'une des manifestations d'une affection qui, dès l'origine, frappe à la fois plusieurs points de l'économie. A l'appui de cette manière de voir, rappelons que dans des circonstances où la maladie affecte une marche très-aiguë, l'apparition de la gangrène est parfois précédée pendant plusieurs jours, ainsi que nous l'avons vu en particulier tout récemment, chez un homme âgé de 26 ans, par des accidents généraux graves à forme typhoïde.

OBSERVATION D'UN VAGIN DOUBLE ; par M. le docteur DUNGLAS.

OBS. — Madame Cardenas, âgée de 19 à 20 ans, d'une constitution assez robuste, d'une moyenne stature, ayant de l'embonpoint, de la fraîcheur et très-bien conformée, et, se trouvant enceinte de six à sept mois, se rendit à Lima vers la fin de septembre 1847, afin de nous consulter et d'être auprès de nous pour parer aux accidents qui pourraient se présenter pendant son accouchement, attendu qu'elle sait avoir un vice de conformation dans ses parties sexuelles. En effet, trois ou quatre jours après son arrivée (le 30 du même mois) (1), elle nous fit appeler, et pour nous faire connaître l'état de ses parties génitales, et pour savoir surtout si elle était menacée de quelques dangers.

En conséquence, un lit ayant été mis en travers, en face d'une croisée, et notre jeune dame s'étant mise dans la position que prennent toutes les femmes de ce pays-la, quand il s'agit d'explorer les organes internes de la génération (2), en écartant les grandes lèvres, nous aperçûmes une cloison qui divisait l'entrée du vagin en deux conduits, l'un à gauche et l'autre à droite. Ayant parcouru toute l'étendue de ces deux conduits avec notre doigt indicateur de la main gauche, nous nous sommes assurés que la cloison s'étendait à toute la longueur du vagin sans interruption, et qu'elle avait un bon centimètre d'épaisseur, et qu'elle était assez laxe pour pouvoir être déjetée d'un côté à l'autre. Ayant ensuite introduit un spéculum brisé par le conduit gauche, nous avons vu ladite cloison se continuer jusqu'au fond du vagin et se coller sur le côté gauche du col utérin, en laissant toute fois une ouverture de deux centimètres en forme de croissant, qui permettait de voir la surface du col à nu ; le spéculum retiré et introduit dans le conduit droit, nous permit de voir le museau de tanche encore proéminant dans le vagin, et on distingua à son côté gauche l'ouverture qui communiquait avec le conduit opposé ; voilà en peu de mots l'état des parties.

Nous savons parfaitement que cette anomalie n'est point l'unique dans l'histoire de la science, puisque Mekel, Dauce et M. Amussat en ont rapporté chacun un exemple ; mais dans notre cas, nous n'avions pas seulement à constater l'état des parties ; mais il fallait aussi répondre aux questions pressantes que faisait naître l'état où se trouvait notre consultante : aussi s'empressa-t-elle, après l'examen, de nous demander si son accouchement aurait lieu sans danger. Nous la rassurâmes en lui disant qu'elle accoucherait sans difficulté, et qu'au surplus, comme elle devait rester à Lima jusqu'après sa délivrance, nous serions à portée de lui être utile en cas de besoin, ce que nous ne pensions pas.

Nous fondions notre opinion : 1° sur la bonne santé de notre cliente ; 2° sur la bonne conformation de son bassin ; 3° enfin sur la disposition de la cloison qui divisait longitudinalement son vagin en conduit gauche et droit, et que, par ce dernier, l'accouchement pouvait s'effectuer en déjetant à gauche, une cloison qui était très-élastique. Eh bien, notre opinion se vérifia à la lettre, ayant désigné à madame C. la sage-femme qu'elle devait prendre ; celle-ci était prévenue qu'elle devait nous appeler en cas d'accident, mais il n'en fut rien, et l'accouchement eut lien sans obstacle.

Lorsque madame C. fut rétablie des suites de ses couches, elle nous fit appeler de nouveau pour nous dire qu'elle avait remarqué que sa cloison s'était déchirée en haut, mais qu'elle existait en bas dans l'étendue de quatre travers de doigt, et que, dans cet état, si elle devait encore accoucher, l'enfant venant par les pieds, celui-ci pourrait bien se trouver à cheval sur la partie restante de cette cloison, et qu'ainsi elle aimerait autant en être débarrassée s'il n'y avait aucun danger à courir. Appréciant à leur juste valeur les réflexions, bien fondées, de notre jeune dame, nous la soumîmes à un nouvel examen, et le 28 janvier 1848, nous emportâmes le reste de cette épaisse membrane par deux coups de forts ciseaux courbés sur leur plat, un en bas et l'autre en haut. L'hémorrhagie fut très-peu de chose, et la cicatrice se fit en peu de jours ; elle partit peu de temps après parfaitement rétablie.

Comme on le voit, il est facile de se rendre compte de ce qui s'était passé pendant l'accouchement ; la cloison dont il s'agit étant collée au côté gauche du col de l'utérus, tout à fait au fond du vagin, le col ne se développant que dans les derniers mois de la grossesse, on conçoit, dis-je, que cette membrane a ura été, non-seulement distendue, mais encore déchirée, lors du passage de la tête du fœtus, jusqu'au lieu que nous avons été obligé d'emporter par une opération très-simple dans son exécution.

(1) Madame Cardenas était de Tarma, ville de l'intérieur du Pérou, à 40 lieues de Lima, renommée par la beauté du sexe.

(2) Lorsque les femmes de Lima veulent qu'on prenne connaissance de l'état de leurs parties génitales internes, elles posent un matelas ou un tapis par terre, en face d'une croisée bien éclairée ; elles se mettent à genoux sur ce tapis, le dos tourné au jour, elles mettent ensuite un drap de lit sur elles, préalablement décousu au centre dans l'étendue de quatre à cinq centimètres, elles relèvent ensuite en dessous leurs robes et leurs chemises, et laissent tomber leur poitrine (les bras écartés et la tête déviée à droite ou à gauche) sur le matelas ou tapis ; dans cet état le bassin étant très-élevé, on n'a qu'à mettre le point décousu du drap en rapport avec la vulve pour introduire le spéculum, qui vous permet de voir en plein tout ce qu'il est possible de voir. Cette manière ou procédé, qu'on peut appeler américain, est bien plus commode que le procédé ordinaire.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS

(Suite.)

III. THE MEDICAL EXAMINER.

DEUX CAS HEUREUX D'OPÉRATION CÉSARIENNE ; par M. MERINER.

M. Meriner a pratiqué deux fois chez la même femme l'opération césarienne. Le diamètre antéro-postérieur du bassin ne dépassait pas 2 pouces.

OBS. — La première opération fut pratiquée le 18 juillet 1852, et le 30 septembre, la malade vaquait à ses occupations en parfaite santé.

Le 22 mai 1854, M. Meriner fut appelé de nouveau auprès de cette femme en travail ; il pratiqua une deuxième fois l'opération, et le 16 juillet, elle était parfaitement remise.

Dans la première opération, il retira un enfant mort ; la deuxième fois, l'enfant était vivant.

ABLATION D'UNE PORTION DU POUMON GAUCHE ; par M. HALE.

OBS. — C. D., Irlandais, âgé de 25 ans, plutôt petit de taille, mais solidement bâti, ayant la poitrine bien développée, s'engagea dans une lutte dans l'état d'ivresse et reçut un coup de poignard dans le côté gauche parallèlement aux côtes. La plaie avait environ un pouce et quart de long. Quatorze heures après avoir reçu la blessure, il fut visité par M. Hale, qui trouva une

portion du poumon gauche faisant hernie. Il était assis sur son lit; la portion herniée était soutenue par un bandage. Il n'accusait aucune douleur et avait perdu peu de sang. Il n'y avait pas de toux, ni de difficulté de respirer; mais lorsqu'il faisait une inspiration complète, le poumon hernié se remplissait d'air, et des gouttes de sang veineux s'en écoulaient. La hernie était si fortement étranglée à la plaie faite au thorax qu'après une heure et demie de tentatives inutiles faites pour la réduire, M. Hale tenta avec précaution d'agrandir l'ouverture dans l'espace interosseux. Cependant craignant l'effet d'une large ouverture dans la cavité de la plèvre, il se désista et pensa à pratiquer l'excision. Comme la partie herniée paraissait très-malade, à cause du temps qui s'était écoulé depuis l'accident et des efforts faits pour la réduire, craignant la gangrène, M. Hale jugea que l'excision était la seule ressource qui restait. Il voulait d'abord appliquer une ligature à la base du poumon hernié; mais ayant essayé de faire deux incisions dans sa substance, et ne voyant pas s'écouler de sang, il jugea la ligature inutile. Il excisa la masse d'un seul coup et repoussa la portion restante à travers la blessure dans l'espace interosseux; il ferma la plaie par deux épingles et recouvrit le tout d'emplâtre adhésif; puis il fit coucher le malade sur le dos et lui donna un mélange opiacé à prendre toutes les deux heures.

Le deuxième jour, M. Hale trouva le malade dans un état satisfaisant, et le sixième jour il fit une marche de six milles pour aller voir son médecin sans éprouver aucune souffrance de la perte d'une portion de poumon. Pendant les trois derniers mois, il a constamment travaillé dans les mines de charbon sans aucun inconvénient.

La guérison rapide du patient paraît être due à l'inflammation adhésive qui s'est formée entre les parois adjacentes de la plèvre autour de la plaie. Selon toute probabilité, la plèvre pulmonaire et costale et la substance du poumon sont toutes unies dans la même cicatrice.

La portion du poumon enlevée est de forme pyriforme, un peu aplatie. Elle a environ 6 pouces de long et 2 pouces un quart de diamètre à l'extrémité la plus large et 1 pouce de diamètre là où elle a été coupée en travers. Elle paraît complétement privée de sang excepté vers la petite extrémité où les capillaires paraissent congestionnés; la pièce est un peu diminuée de volume par l'effet de l'alcool dans lequel elle est conservée.

CAS DE GASTROTOMIE PRATIQUÉE POUR RETIRER UN BARREAU DE PLOMB; GUÉRISON; par M. NEAL.

OBS. — L. Bates, âgé de 27 ans, avala dans l'état d'ivresse un barreau de plomb qui avait 10 pouces de long, un demi à trois quarts de pouce d'épaisseur et pesait une livre.

Pendant les trois jours qui suivirent l'accident, Bates travailla chez un charcutier sans éprouver grand inconvénient; pendant la nuit du troisième jour, il éprouva une vive douleur dans l'estomac, qui se propageait le long de l'épine et allait de la région lombaire au sacrum, et de là aux hanches.

Le jour suivant, il alla à six milles de distance consulter le docteur Robertson. Celui-ci pria M. Neal de voir le malade avec lui. Ils le trouvèrent le jour suivant comparativement bien. La langue était blanche, l'haleine mauvaise; constipation.

On lui administra de la morphine à petites doses et du sulfate de magnésie, dans le but de neutraliser les effets délétères du plomb. Il se trouva beaucoup mieux.

Le 3 janvier, dixième jour de l'accident, des douleurs gastriques intenses se manifestèrent de nouveau et furent accompagnées de vomissements et autres symptômes de gastrite.

On résolut alors de pratiquer la gastrotomie. Le docteur Bell (de Wapello) pratiqua l'opération. Il fit une incision à travers les parois de l'abdomen de l'ombilic aux fausses côtes, de 4 pouces de long et à 2 pouces à gauche de la ligne médiane. Le péritoine ayant été divisé, le docteur Bell introduisit la main, et repoussant les intestins qui se présentaient, il sentit que le barreau de plomb était presque perpendiculaire à l'extrémité inférieure inclinant un peu à gauche; la barre fut repoussée de manière à ce que l'extrémité inférieure répondît à l'ouverture abdominale. Alors elle fut saisie et on fit une incision aux parois de l'estomac, juste assez large pour qu'on pût l'extraire au moyen d'une pince; la contraction du plan musculaire de l'estomac fit que l'incision qui y avait été faite se referma parfaitement et sans trouble. La plaie externe fut fermée par des points de suture et une compresse appliquée.

Pendant les trois jours suivants, le patient fut tenu sous l'influence de l'opium, et on ne lui permit que des boissons mucilagineuses et en petites quantités.

Il guérit aussi bien qu'un malade guérit d'une gastrite sans complication.

CAS DE POLYPES DE LA CONJONCTIVE; par M. J. NEILL.

OBS. — Un jeune homme de 28 ans se présenta à l'hôpital de Pensylvanie, pour se faire enlever un corps étranger de l'œil.

Il était porteur de deux polypes pédonculés et attachés à la paupière supérieure, près du bord supérieur du cartilage tarse. Le volume est représenté exactement par une gravure sur bois qui accompagne le texte (chaque polype était à peu près de la grosseur et de la forme d'un noyau d'olive); la partie la plus exposée à la vue était un peu comprimée dans son diamètre antéro-postérieur. Le patient semblait en avoir éprouvé peu d'inconvénient, et il est probable qu'il ne se serait pas présenté à l'hôpital s'il n'avait pas souffert d'une bûche de paille qui lui était entrée dans l'œil. Dans la position ordinaire des paupières, on pouvait à peine les apercevoir; mais en les renversant, ils paraissaient tels qu'on les voit dans la gravure.

Ils furent enlevés avec des ciseaux sans beaucoup de douleur; l'examen qu'en fit M. Neill au microscope fit reconnaître qu'ils étaient recouverts d'une enveloppe épithéliale et que l'intérieur était composé d'un tissu aréolaire délicat.

IV. THE AMERICAN JOURNAL MEDICAL MONTHLY.

Les livraisons mensuelles de janvier, février, mars, avril et mai 1855 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *De l'emploi des injections dans les tuyaux bronchiques et dans les cavités tuberculaires des poumons*, par M. Green. 2° *Leçons cliniques sur quelques-unes des maladies principales des yeux*, par M. Glück. 3° *Du tic-tac senti par la main comme moyen de diagnostic dans les maladies du cœur*. 4° *Remarques sur la pathologie et le traitement du choléra*, par M. Conant. 5° *Vie et écrits de Paracelse*, par M. Smith. 6° *Mauvais état sanitaire de l'armée anglaise en Crimée*. 7° *De la rétention du placenta dans le vagin*, par M. Parker. 8° *Cas d'abcès aigu de l'ovaire*, par M. Green. 9° *Choix de prescriptions favorites des praticiens américains vivants*, par M. Green. 10° *Du choléra épidémique*, par M. Lasalle. 11° *Clinique sur les maladies des femmes*, par M. Barker. 12° *Cas de plaie pénétrante du cœur par arme à feu*, par M. Carnochan. 13° *Pansement des plaies avec l'eau*, par M. Gibbs. 14° *Médecine et chirurgie militaires anglaises en Crimée*, par M. Peatle. 15° *De la péritonite tuberculeuse chez les adultes*, par M. Kyburz. 16° *Lettre de Paris*, par M. Warren. 17° *Réflexions sur la nature et la guérison du choléra asiatique et sur l'application expérimentale d'un mode particulier de traitement*, par M. Melville.

DE L'EMPLOI DES INJECTIONS DANS LES TUYAUX BRONCHIQUES ET DANS LES CAVITÉS TUBERCULAIRES DES POUMONS; par M. GREEN.

M. Green prétend avoir traité avec succès les maladies des bronches et la phthisie « par l'introduction directe, dans les poumons, d'une solution concentrée de nitrate d'argent qu'il injecte au moyen d'un tube élastique. » Ce sujet a été soumis au jugement de l'Académie de médecine de New-York. Nous donnons les conclusions du rapport fait par les membres du comité désigné par l'Académie :

1° Le cathétérisme des tuyaux bronchiques date du temps d'Hippocrate.

2° Les signes rationnels sont les meilleures preuves qu'un instrument a pénétré dans les tuyaux bronchiques.

3° La facilité de l'opération dépend du genre d'instrument employé, le tube à grande courbure étant le meilleur et la sonde armée d'éponge petite et adaptée de manière à pénétrer dans la trachée.

4° Qu'il n'est pas évident, dans l'opinion du comité, que la sonde ait traversé les cordes vocales.

5° Qu'il n'est pas évident qu'un instrument puisse passer *à volonté* dans les divisions bronchiques droites ou gauches.

6° Que, dans la grande majorité des cas où on a supposé que des injections avaient pénétré dans les poumons à travers un tube, elles avaient passé directement dans l'estomac.

7° Quant à ce qui concerne l'utilité des injections de nitrate d'argent dans les poumons, les expériences nombreuses soumises à l'appréciation du comité lui font regarder l'opération comme étant aussi difficile que dangereuse.

Ces conclusions sont celles de la majorité de la commission; celles de la minorité sont plus favorables.

V. THE CHARLESTON MEDICAL JOURNAL AND REVIEW.

Les livraisons de mars et mai 1855 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Deux cas dans lesquels des tumeurs furent enlevées du col, avec remarques*, par M. Toland. 2° *Introduction de la fièvre jaune à Savannah en* 1854, par M. Mackall. 3° *Cas dans lequel tout le scrotum et le périnée, avec un testicule et son cordon et presque tous les téguments du pénis, furent déchirés*, par M. Gibbs. 4° *Observations en réponse à M. Hume*, par M. Simons. 5° *Cas d'anasarque symptomatique d'une aménorrhée qui existait depuis trois ans*, par M. Gaillard. 6° *Statistique relative à la fièvre jaune qui a régné à Charleston en* 1854.

7° *Delirium tremens, sa pathologie et son traitement*, par M. Girardeau. 8° *Inflammation des tissus muqueux et séreux, ses effets et son traitement*, par M. Williams. 9° *Observations sur la fièvre jaune*, par M. Byrd. 10° *Cas d'une corne d'un volume remarquable enlevée de la tête d'une négresse*, par M. Peyre Porcher 11° *Cas de perforation traumatique de l'estomac, guérison*, par M. Happoldt.

CAS DANS LEQUEL TOUT LE SCROTUM ET LE PÉRINÉE, AVEC UN TESTICULE ET SON CORDON ET PRESQUE TOUS LES TÉGUMENTS DU PÉNIS, FURENT DÉCHIRÉS; par M. GIBBS.

OBS. — Le sujet était un homme de couleur, âgé de 22 ans, de constitution robuste, qui était tombé du haut d'une échelle. M. Gibbs le vit vingt minutes après l'accident.

Le scrotum entier était lacéré, ainsi que la peau et le tissu cellulaire, à partir de 2 pouces et demi au-dessus de l'épine du pubis jusqu'à la marge du sphincter. Le périnée dans toute sa largeur, en même temps que le testicule gauche et 5 pouces du cordon, tous les téguments et le tissu cellulaire qui recouvre le pubis, excepté une portion d'un demi-pouce de largeur à l'extrémité du prépuce et contigu avec la membrane muqueuse étaient déchirés.

Lorsque M. Gibbs vit le patient, il éprouvait des souffrances très-aiguës. On lui administra immédiatement du chloroforme.

A l'examen, on trouva que le testicule droit était pendant avec son cordon dénudé. Il paraissait recouvert seulement par la tunique vaginale commune; à la hauteur de l'anneau abdominal, on en sentait parfaitement les intestins. Il en était de même du côté opposé, où l'extrémité du cordon était tellement rétractée que la ligature était impossible. Il ne pouvait pas avoir perdu plus d'une demi-once de sang, car on observait à peine un peu de suintement; les parties séparées étaient presque aussi nettes que si elles avaient été épougées.

On appliqua trois points de suture à la plaie du périnée. Comme il était impossible de recouvrir la surface avec les lambeaux et le testicule restant, on fit un simple pansement avec de la charpie; le pénis resta appuyé sur la cuisse gauche, et on fit reposer le testicule sur un petit coussin de son, entre les cuisses.

Le patient guérit parfaitement. Son appétit sexuel, dit-il, « est aussi grand qu'auparavant et le coït aussi agréable que jamais; » la seule différence qu'il observe, c'est que la semence n'arrive pas aussi librement. »

CAS D'UNE CORNE ASSEZ REMARQUABLE ENLEVÉE DE LA TÊTE D'UNE NÉGRESSE; par M. PEYRE PORCHER.

OBS. — Le sujet avait 52 ans et avait eu plusieurs enfants; la corne, ainsi qu'on peut l'appeler proprement, avait environ 7 pouces de long en suivant son bord externe; l'autre côté était plus court et avait 4 pouces. Son plus grand diamètre était de 2 pouces trois quarts; elle était située au côté droit de la tête, juste au-dessus du point de jonction du pariétal et du frontal.

L'ablation en fut faite en décembre 1854. L'opération fut peu douloureuse et fut faite avec un simple historin, avec lequel on incisa le pourtour de la base de la corne. Elle était attachée au crâne et au périoste; sa structure dure et véritablement cornée était cartilagineuse et molle à mesure qu'elle s'approchait du crâne de manière à permettre facilement l'incision de sa base entière par le historin.

Il s'écoula comparativement peu de sang. On appliqua une compresse et un bandage approprié, et, au bout de trois semaines, elle retournait chez sa maîtresse, complétement guérie.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 18 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. BINET.

NOTE SUR LES ACCIDENTS QU'ON OBSERVE QUELQUEFOIS, SOUS LES TROPIQUES, PAR SUITE DE L'INGESTION DU POISSON; par M. GUILLON.

(Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.)

Ces accidents, qui se manifestent toujours peu après l'ingestion du poisson, consistent dans les phénomènes suivants : étourdissements, obscurcissement de la vue, vertige, oppression de la poitrine, anxiété précordiale, pouls petit, lent, concentré et annonçant un grand désordre dans la circulation; malaise et chaleur à la région épigastrique, chaleur dans tout l'abdomen. Les malades ne peuvent plus se tenir sur les jambes; ils chancellent et sont obligés de se coucher. Les yeux, d'abord brillants, sont bientôt d'un rouge de feu et semblent repoussés des orbites. La face et toute la surface du corps, devenues le siége d'une démangeaison et d'une chaleur des plus vives, se colorent promptement d'un rouge poussé jusqu'à l'écarlate. En même temps que ces phénomènes se produisent sur le derme, des phénomènes semblables se passent sur la muqueuse buccale : ce sont des picotements, avec chaleur plus ou moins intense, qui se font sentir à la langue, au palais, à l'intérieur des joues et sur les lèvres; ils sont bientôt suivis d'élevures analogues à celles produites par des piqûres d'ortie. Les malades accusent des douleurs dans les membres et aux articulations particulièrement, parfois avec gonflement de ces parties. Quelques-uns ont de simples nausées ou des vomissements; d'autres, après avoir vomi ou non, éprouvent des selles plus ou moins fréquentes, avec coliques, et ces selles peuvent être portées jusqu'à des superpurgations, avec sortie involontaire des urines.

Tous ces accidents se dissipent ordinairement dans les vingt-quatre heures, à part l'état de prostation, plus ou moins grande, qui en est ordinairement la suite, et qu'accompagne la desquammation de l'épiderme de toutes les parties qui ont été le siége de l'érythème. Portés à un degré que nous n'avons pas eu occasion d'observer, la mort peut en être le résultat, et M. Moreau de Jonnès, qui nous précéda de quelques années aux Antilles, en cite deux exemples qui se sont présentés à la Martinique, l'un en 1803, et l'autre en 1808. Le premier fut la suite d'un empoisonnement par le poisson armé, *diodon orbicularis*, et l'autre celle d'un empoisonnement par la carangue, *caranx caragus*.

Nous donnons dans ce mémoire les observations que nous avons recueillies à la Martinique, en 1820 et en 1821, sur les accidents produits quelquefois par le poisson sous les tropiques.

SUR LE PHOSPHORE ET LES PRÉPARATIONS CONSIDÉRÉES AU POINT DE VUE DE L'ÉCONOMIE DOMESTIQUE ET DE LA MÉDECINE LÉGALE; note de M. A. CHEVALLIER fils et O. HENRY fils, adressée à l'occasion d'une communication récente de MM. ORFILA et RIGOUT.

(Commission nommée pour le mémoire de MM. Orfila et Rigout.)

Nous ne venons point, disent les deux auteurs, présenter une réclamation de priorité, mais prendre date pour ce que nous avons fait.

Le 15 mai 1853, la Société impériale de médecine, de chirurgie et de pharmacie de Toulouse, frappée des dangers qui résultaient de l'emploi du phosphore qui entre dans la préparation des allumettes chimiques et des pâtes phosphorées, avait proposé un prix sur la question suivante :

« Indiquer la marche que doit suivre l'expert chimiste quand il est appelé à constater après la mort l'empoisonnement par le phosphore. »

L'importance de la question nous ayant frappés, nous nous préparâmes pour le concours, et à la fin de décembre 1854, nous adressâmes à cette Société une monographie du phosphore contenant huit chapitres... Dans le cinquième, nous traitions des dangers que présente le phosphore et ses composés; nous y avions fait connaître : 1° tous les cas d'empoisonnement par le phosphore qui étaient arrivés à notre connaissance; 2° les cas d'incendie.

Nous nous étions aussi occupés de la nécrose maxillaire; nous avions de plus démontré, dans ce chapitre, les avantages que présente l'innocuité du phosphore rouge, et nous l'avions proposé pour remplacer le phosphore ordinaire.

Dans le sixième chapitre, nous avions traité des symptômes de l'empoisonnement par le phosphore.

Dans le septième et le huitième, nous nous étions occupés de la présence du phosphore dans l'économie et nous avions discuté les méthodes employées pour le rechercher dans les cas d'empoisonnement.

Dans la séance annuelle du 13 mai 1855, la Société a décerné les récompenses suivantes :

Une médaille d'or *ex æquo* à MM. Henry (Ossian) fils et Chevallier fils, chimistes à Paris, auteurs du mémoire n° 2, et Victor Menrin, pharmacien à Lille (Nord), auteur du mémoire n° 4.

Une mention honorable a été accordée à M. Jean Ruspini, chimiste-pharmacien à Bergame, auteur du mémoire n° 3.

ÉTABLISSEMENT DE DEUX NOUVEAUX GENRES TÉRATOLOGIQUES SOUS LES NOMS D'ISCHIOMÈLE ET D'AGNATHOCÉPHALE; par M. N. JOLY.

(Commissaires : MM. Serres, Geoffroy-Saint-Hilaire, de Quatrefages.)

M. JOLLY, ayant eu l'occasion d'observer de nouveaux cas de soudure de deux monstres par les deux ischions, propose d'adopter pour les monstres doubles ainsi soudés un nouveau genre tératologique, le genre *ischiomèle*, entrevu déjà et même nommé par M. Isid. Geoffroy-Saint-Hilaire. On réserverait alors le nom de *pygomélie* au cas où le parasite tiendrait seulement par la peau ou par les muscles fessiers au sujet principal.

Il propose aussi la création d'un nouveau genre pour les cas d'atrophie ou d'absence complète de la mâchoire supérieure coexistant avec la rhinocéphalie. Ce genre, qui prendrait le nom d'*agnatocéphale*, serait caractérisé ainsi :

Mâchoire supérieure rudimentaire ou nulle; face affectée de rhinocéphalie, c'est-à-dire offrant sous le front une trompe qui représente l'appareil nasal; deux orbites ou deux yeux réunis en un seul.

M. ISID. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE, en présentant cette note à l'Académie au nom de l'auteur, rappelle les nombreux travaux que la tératologie doit déjà à M. Joly, celui de tous nos physiologistes, dit M. Geoffroy-Saint-Hilaire, qui,

depuis quelques années, a le plus activement et le plus heureusement contribué aux progrès de cette branche de la science.

— M. Puech adresse la deuxième partie d'un mémoire précédemment présenté, sur un monstre double appartenant à la fois aux genres dérodyme, dérencéphale et uromèle.

(Renvoi à l'examen des commissaires déjà nommés : MM. Serres, Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, Andral.)

— M. Flourens fait, au nom de l'auteur, M. Guyon, hommage à l'Académie d'un exemplaire de l'ouvrage intitulé : Histoire des épidémies du nord de l'Afrique.

— M. Flourens appelle l'attention de l'Académie sur un volume publié par la Société d'hydrologie médicale de Paris.

Cette Société, fondée en 1853, a pour objet de propager l'étude des eaux minérales. Elle doit publier périodiquement des annales et vient d'en faire paraître le premier volume, maintenant sous les yeux de l'Académie.

Les principaux sujets traités dans ce volume sont les suivants :

Traitement du diabète et des maladies de matrice par les eaux minérales;

De l'usage des piscines près des établissements thermaux;

De la sulfhydrométrie;

De la composition des vapeurs fournies par les eaux minérales;

Étude des matières organiques que renferment les eaux minérales.

— M. Is. Geoffroy-Saint-Hilaire, en présentant, au nom de M. Bekker (de Darmstadt), un mémoire écrit en allemand, sur l'ongle de la queue du lion, donne une idée de ce travail, qui a pour sujet une question, sinon importante, du moins très-curieuse.

Sur les symptômes et le traitement du coryza des nouveau-nés; par M. E. Bouchut.

Cette maladie, ordinairement légère, présente exceptionnellement une gravité très-grande lorsqu'elle est accompagnée d'une forte obstruction des fosses nasales. Alors, comme l'a établi M. Rayer dans une note publiée en 1820, les enfants ne peuvent teter à leur gré; ils sont obligés de quitter le sein au bout de quelques secondes pour respirer par la bouche. C'est à ce moment une gêne plus qu'un danger. Dans quelques circonstances, lorsque l'obstruction des narines est très-résistante et qu'elle se prolonge, il en résulte des inconvénients graves. Aux symptômes indiqués par M. Rayer, il faut en ajouter de nouveaux : l'*inanition* et l'*asphyxie*.

L'inanition résulte de l'alimentation insuffisante. Elle est la conséquence, non de l'obstacle à la succion par le besoin de respirer, comme on l'a dit, mais de la gêne de déglutition produite par le coryza.

Le second effet du coryza, c'est l'asphyxie lente produite par la rétroflexion de la langue dans la cavité buccale. Il a été observé sur deux enfants, l'un qui est mort, l'autre qui a guéri.

Voici comment les choses se sont passées :

L'enfant, très-affaibli et ne pouvant respirer par le nez, restait bouche béante. A chaque inspiration, la lèvre inférieure était entraînée en dedans, et la langue inerte était relevée la pointe en haut et en arrière, rétrofléchie sur la voûte palatine et faisant soupape opposée à l'entrée de l'air dans les poumons. Dans l'expiration, au contraire, la colonne d'air qui ne pouvait passer dans le nez abaissait la langue et poussait le voile du palais en avant. De la sorte, on avait deux soupapes mobiles, juxtaposées dans la bouche, mobiles en sens inverse et s'opposant au libre passage de l'air. L'hématose en souffrait. Il était facile d'en juger par la coloration rougeâtre, cyanosée du visage, par le refroidissement de la peau et l'état d'insensibilité du pouls.

Contre cette double complication du coryza, il faut employer les lotions fréquentes pour désobstruer les narines et suppléer à l'insuffisance de l'allaitement par une alimentation lactée artificielle. Si les moyens ordinaires de désobstruction des narines restent sans effet, et que l'enfant se refroidisse par inanition, ou soit menacé d'asphyxie par aspiration de la langue, il faut établir artificiellement un passage pour l'air à travers les fosses nasales. De la sorte, l'enfant peut teter et boire. A cet effet, une petite canule d'argent, recourbée à son extrémité, longue de 5 centimètres, large intérieurement de 3 millimètres, peut être placée dans chaque narine et fixée sous la cloison du nez avec celle du côté opposé. Cela suffit pour faciliter la déglutition et gagner du temps, ce qui permet au coryza de guérir.

— M. Ernest Baudrimont communique quelques remarques concernant un jeune diabétique auquel on avait administré temporairement de la levûre de bière.

Quelques-uns des symptômes observés tendraient à faire croire que, sous l'influence de ce ferment, il y aurait eu, dans l'organisme du malade, transformation du glucose en alcool.

— Au nom de la section de médecine et chirurgie, appelée à présenter une liste de candidats pour la place de correspondant vacante par suite du décès de M. Prunelle, M. Cl. Bernard présente la liste suivante :

En première ligne, M. Guyon, en Algérie.

En deuxième ligne, M. Bally, à Villeneuve (Yonne).

En troisième ligne, M. Denis (de Commercy), à Toul.

En quatrième ligne (*ex æquo*), M. Ehrmann, à Strasbourg; M. Gintrac, à Bordeaux.

En cinquième ligne, M. Forget, à Strasbourg.

La section fait remarquer que si elle ne présente aujourd'hui que des candidats nationaux, c'est qu'elle n'avait présenté, pour la nomination précédente, que des candidats étrangers.

Les titres des candidats sont discutés.

L'élection aura lieu dans la prochaine séance.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 26 février. — Présidence de M. Bussy.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie les pièces suivantes :

1° Un rapport de M. le docteur Carteron (de Rouilly) sur une épidémie de fièvre typhoïde.

2° Un rapport du préfet des Deux-Sèvres contenant le tableau récapitulatif des communes de ce département envahies par le choléra et la fièvre typhoïde pendant l'année 1855.

3° Un rapport de M. le docteur Carel (de Napoléonville) sur une épidémie de variole dans la commune de Faouët.

4° Un rapport de M. le docteur Fouquet sur deux épidémies de coqueluche et de dyssenterie dans l'arrondissement de Vannes.

5° Un rapport de M. le docteur Huilhard-Darcy sur une épidémie de dyssenterie dans différentes communes de l'arrondissement de Clamecy.

6° Le tableau des épidémies observées dans le département de la Haute-Vienne en 1855. (Commission des épidémies.)

7° Un rapport de M. le docteur Prival sur le service médical des eaux minérales de Malou-le-Bas (Hérault) en 1854. (Commission des eaux minérales.)

8° Un rapport du même médecin sur une épidémie de suette et de choléra. (Commission du choléra.)

— La correspondance non officielle comprend :

Une communication de M. Diétrich, pharmacien à Paris, sur un nouveau mode de plombage des dents avec le mastic odontoplastique. (Commissaires: MM. Malgaigne, Oudet.)

— M. le docteur Herpin (de Genève) adresse un pli cacheté contenant l'indication sommaire d'un progrès nouveau dans le traitement de l'épilepsie.

— M. Apostolidès transmet une note sur le traitement de l'ophthalmie par l'occlusion.

— M. le docteur Cambay, médecin en chef de l'hôpital militaire de Péra, à Constantinople, soumet à l'examen de l'Académie une note sur l'efficacité du sulfate de quinine dans les cas de typhus comateux.

— M. le docteur Herpin (de Genève) demande l'ouverture d'un pli cacheté, déposé depuis un an, lequel avait pour but de lui réserver la priorité de l'emploi médical du lactate de zinc.

— M. Bussy, président, annonce à l'Académie qu'elle vient de faire encore une nouvelle perte dans la personne de M. Bonastre, membre de la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

Il ajoute que la mort de M. Bonastre ouvre une sixième vacance dans le sein de l'Académie, qui se trouve ainsi réduite à 94 membres. En conséquence, le bureau proposera, d'ici à quelque temps, l'élection d'une commission de 11 membres, chargée de désigner les sections où les vacances devront être déclarées.

M. Bussy annonce aussi qu'en vue d'activer un peu les remplacements qui doivent avoir lieu dans la section de pharmacie et dans celle de chimie et de physique médicale, le bureau a modifié l'ordre du jour et ajourné à la prochaine séance la discussion sur le traitement des ophthalmies par l'occlusion.

L'Académie entendra, en conséquence, un rapport de M. Gaultier de Claubry sur un mémoire de M. Langlois, une lecture de M. Robiquet et une lecture de M. Regnault.

A quatre heures, l'Académie se formera en comité secret pour entendre le rapport de M. Robinet relatif aux présentations à faire pour une place de membre titulaire dans la section de pharmacie.

Du rôle de l'acide carbonique en présence des alcalis végétaux.

M. Gaultier de Claubry lit, au nom d'une commission composée de MM. Boullay, Michel Lévy et Gaultier de Claubry, un rapport sur un mémoire de M. Langlois ayant pour titre : Du rôle de l'acide carbonique en présence des alcalis végétaux.

Les bases organiques végétales avaient été regardées jusqu'à présent comme impropres à s'unir à l'acide carbonique. M. Langlois avait bien prouvé, en effet, que si le produit obtenu par double décomposition faisait effervescence avec les acides, ce résultat était dû à une certaine quantité du car-

bonate alcalin retenu par la base précipitée. Il en résultait donc que les bases organiques ne pouvaient former de véritables combinaisons avec l'acide carbonique.

Le même chimiste démontra cependant plus tard qu'à la faveur de l'acide carbonique, ces bases pouvaient se dissoudre dans l'eau en proportion assez considérable lorsqu'elles étaient hydratées.

Postérieurement, M. Langlois étudiant avec plus de soin ce genre de réaction, vérifia ce fait important que la quinine pouvait former un carbonate, et rien n'est plus facile que de s'assurer de la différence de nature du précipité obtenu par double décomposition d'un sel de cet alcali et du produit de l'action directe de l'acide carbonique sur la base hydratée délayée dans l'eau.

C'est en examinant à nouveau les réactions de l'acide carbonique sur les bases végétales que M. Langlois a observé les faits signalés dans le mémoire qu'il a présenté dernièrement à l'Académie.

De ses recherches, il résulte qu'aucune base organique ne fournit de carbonate par double décomposition; la solubilité des deux seuls carbonates qui puissent se former, ceux de quinine et de vératrine, dont il a bien prouvé la nature en rend facilement compte. Les bases organiques se dissolvent facilement dans l'acide carbonique et l'abandonnent par la simple exposition de la liqueur à l'air.

Toutes les bases végétales se dissolvant facilement dans l'eau à la faveur de l'acide carbonique, la cinchonine exceptée, l'insolubilité de cette base présente un nouveau caractère distinctif entre elles et la quinine.

Le lavage de l'hydrate que l'on veut traiter par l'acide carbonique doit être fait avec un très-grand soin, pour enlever les dernières traces de sulfate d'ammoniaque qui, au contact de la base dissoute par l'acide carbonique, reproduit du sulfate.

Le *carbonate de quinine*, que M. Langlois a étudié plus particulièrement, fournit des cristaux dont la forme n'a pas été déterminée; transparents à l'état d'hydrate, devenant opaques par efflorescence; l'eau et l'alcool les dissolvent facilement; ils sont insolubles dans l'éther; à une température de 110°, ils perdent complétement leur acide et laissent la base fondue.

M. Langlois pense que ce sel pourra être utilisé en médecine et que la facile solubilité de la quinine dans l'eau chargée d'acide carbonique rendra plus facile l'administration de cet alcali qui, à l'état de sulfate, ne se dissout qu'en faible quantité. L'excès d'acide, qu'on a coutume d'ajouter pour faciliter la dissolution du sulfate de quinine, peut n'être pas sans inconvénients, et cette addition n'est plus justifiée depuis que M. Guérard a fait voir que ce sel, délayé seulement dans une faible quantité d'eau, se dissout complétement dans le suc gastrique.

La thérapeutique devra décider si le carbonate de quinine, qui perd si facilement son acide carbonique, ne se dissout aussi bien dans le suc gastrique que le sulfate de quinine lui-même, et c'est seulement alors qu'on pourra proposer la substitution de ce nouveau sel au sulfate de quinine.

M. Langlois indique en passant une très-importante question chimique, à la solution de laquelle l'existence bien constatée du carbonate de quinine pourrait servir, savoir: quel est l'équivalent de cet alcali, s'il était bien prouvé que ce sel fût un carbonate neutre.

Il est difficile, dans l'état actuel de la science, de déduire l'équivalent de la quinine de la composition des sulfates de quinine; en effet, Berzélius et Liebig admettent que le sulfate de quinine des pharmacies est un sel basique, tandis que M. Regnault le considère comme un sel neutre, et fait un sel acide du sulfate cristallisable en prismes et très-soluble.

L'étude du carbonate de quinine peut apporter à la solution de cette question des éléments utiles.

CONCLUSIONS. — Accorder au mémoire de M. Langlois l'approbation de l'Académie. Le renvoyer au comité de publication.

Ces conclusions sont adoptées.

DE L'ALOÉTINE, PRINCIPE CRISTALLISABLE DU SUC D'ALOÈS.

M. E. ROBIQUET donne lecture de l'exposé de ses recherches sur l'aloétine, principe cristallisable du suc d'aloès.

Il y a une dizaine d'années, dit M. Robiquet, j'ai publié un premier travail sur l'aloès, et j'étais arrivé, entre autres résultats, à prouver que:

1° Ce suc existe, dans les diverses variétés d'aloès, à l'état de liquide incolore, acquérant, à la suite d'une absorption d'oxygène, l'aspect et la constitution chimique que nous lui connaissons.

2° L'aloès succotrin contient un principe immédiat auquel j'ai donné le nom d'aloétine, uniquement formé de carbone, hydrogène et oxygène, mais qu'il m'avait été impossible de faire cristalliser.

En 1851, MM. Smith (d'Édimbourg), parvinrent à retirer l'aloétine de l'aloès barbade et à la faire cristalliser.

J'explique, dans mon mémoire, pourquoi les aloès barbade, hépatique, etc. (tous ceux enfin qui sont opaques, à cassure cireuse, et ont été préparés à froid), peuvent donner de l'aloétine cristallisée, tandis que tous les aloès translucides et vitreux, comme l'aloès succotrin, l'aloès du Cap, etc., n'en donnent jamais une trace.

Je donne une méthode très-simple pour préparer l'aloétine pure, et je signale ses propriétés caractéristiques.

Il résulte de mes expériences que l'aloétine parfaitement pure est un purgatif tout à fait nul ou fort douteux. Il en est de même de la mannite par rapport à la manne.

Pour rendre à l'aloétine sa vertu purgative, il faut qu'elle soit altérée par l'air et la chaleur.

Si l'altération est peu profonde comme dans l'aloès barbade, l'action purgative n'est accompagnée d'aucune douleur intestinale.

Si l'altération est complète, l'action purgative est exaltée, et on ressent, pendant qu'elle s'exerce, des douleurs plus ou moins vives.

J'ai pesé 2 grammes d'aloétine pure et j'en ai pris immédiatement 1 gramme sans être aucunement purgé. Huit jours après j'ai pris le second gramme, que j'avais eu soin d'exposer à l'action de l'air et de la chaleur jusqu'à ce qu'il soit complétement résinifié.

L'action purgative ne s'est pas fait longtemps attendre, et ne s'est arrêtée qu'après l'épuisement complet du canal digestif.

J'espère que l'aloétine pure mêlée au fer réduit par l'hydrogène deviendra un précieux fébrifuge.

APPLICATIONS CHIRURGICALES DES PHÉNOMÈNES THERMIQUES DE LA PILE.

M. le docteur REGNAULT donne lecture d'un mémoire relatif aux applications chirurgicales des phénomènes thermiques de la pile.

Depuis quelques années les applications de la chaleur due au passage de l'électricité à travers les conducteurs métalliques résistants ont attiré l'attention des chirurgiens, et plusieurs tentatives ont été faites pour substituer des fils de platine incandescents au cautère actuel. Dès 1851, M. Regnauld a proposé et exécuté un nouvel instrument de ce genre, et plusieurs essais généralement heureux ont été faits pour la première fois à Paris par M. le professeur Nélaton dans son service de l'hôpital des cliniques.

Le but que les chirurgiens veulent atteindre quand ils choisissent le cautère actuel de préférence aux caustiques potentiels et chimiques est parfaitement net et défini; il s'agit non-seulement de désorganiser, mais encore de détruire par une véritable ustion ou carbonisation certaines parties plus ou moins volumineuses, avec lesquelles un instrument incandescent de forme convenable est mis en contact. La destruction des tissus morbides ou normaux doit être complète et rapide; son principal mérite résulte, selon toute probabilité, d'après M. Regnauld, de la limitation exacte des escarres produites, de l'absence d'hémorrhagies pendant l'application, et de la répulsion qu'inspire, à juste titre, l'emploi d'agents chimiques dont l'absorption peut avoir de graves inconvénients et même offrir de sérieux dangers.

Dans un mémoire présenté à l'Institut en 1855, M. Regnauld a insisté sur quelques avantages du cautère électrique; aujourd'hui il signale les conditions auxquelles il ne peut satisfaire, et les circonstances où son usage paraît offrir des difficultés presque insurmontables. Ces résultats sont déduits d'expériences en parfaite conformité avec les lois du développement de la chaleur dans les circuits voltaïques, dont la découverte récente est due à M. Toule, savant physicien anglais.

M. Regnauld s'occupe d'abord de l'influence de la masse incandescente et de la nature du métal employé sur la cautérisation. Pour produire des phénomènes calorifiques puissants au moyen d'un appareil voltaïque, il ne faut donner au circuit une résistance considérable qu'entre des points assez rapprochés, car l'intensité de la pile diminue avec l'augmentation des résistances dans le conducteur interpolaire.

Le diamètre des fils de platine ne doit pas dépasser une faible limite (0mm,50 à 0mm,75 au plus) sur une longueur de 6 à 8 centimètres. On n'arriverait à rougir au blanc un fil métallique d'une plus grande section ou d'une plus grande longueur qu'à la condition d'employer des piles d'une puissance hors de toutes proportions avec le but qu'on se propose d'atteindre. La faible masse que les conditions de production des phénomènes thermiques assignent au platine incandescent est une raison pour rejeter l'emploi du cautère électrique, toutes les fois que l'on veut détruire des tissus volumineux. Dans ces circonstances, en effet, il est nécessaire, indispensable, non-seulement d'avoir un cautère porté à une haute température, mais encore un poids de matière incandescente suffisant pour détruire des parties gorgées de liquides, qui dans l'opération vont s'échauffer, se réduire en vapeur et absorber beaucoup de calorique, sans que l'ustion ou la carbonisation se produise.

Le défaut de masse du platine relativement à son poids, et la faible chaleur spécifique de ce métal, paraissent à M. Regnauld un obstacle insurmontable à la substitution proposée du cautère électrique aux cautères rougis à blanc par le feu, avec les formes et la masse que l'usage leur a assignés.

On a dit, il est vrai que le fil de platine du cautère électrique, traversé sans cesse par un courant, compense par la continuité de son action ce qu'il perd sous les deux rapports susmentionnés. Les expériences de M. Regnauld et les lois des phénomènes thermo-voltaïques démontrent qu'il n'en est point précisément ainsi. Le contact de tissus baignés de liquides refroidit le stylet d'une manière continue et l'empêche d'arriver à la haute température qu'il avait dans l'air. Par le seul fait de ce refroidissement, la résistance au passage de l'électricité dans cette partie du circuit diminue, et l'on sait que l'élévation de température est en raison inverse du pouvoir conducteur. L'augmentation de la quantité d'électricité produite dans le même temps est très-faible à cause du rapport très-petit de la résistance du fil de platine aux résistances totales du système. M. Regnauld conclut de ses observations sur ce sujet que, si l'on emploie le cautère électrique avec une pile

assez intense pour faire rougir à blanc le platine dans l'air, c'est par des applications successives du stylet rougi hors des points attaqués que l'on aura la certitude d'arriver au résultat qu'on se propose. Sans cela on prendra souvent l'apparence pour le fait.

Il n'y a certainement pas impossibilité à faire rougir à blanc un fil de platine au sein de tissus gorgés d'humeurs, mais on se trouve en présence d'un ensemble de difficultés qui, dans la pratique, méritent d'être prises en sérieuse considération. M. Regnauld appuie cette opinion sur le résultat de quelques expériences faites sur le cadavre, où pourtant les conditions sont beaucoup moins défavorables que sur l'homme vivant. Que l'on veuille, par exemple, cautériser dans toute sa longueur un trajet fistuleux à deux orifices, si la pile ne fournit pas une très-grande proportion de fluide électrique, le fil ne rougira pas dans l'épaisseur des tissus, il les chauffera plus ou moins fortement, mais sans produire une véritable ustion. Si, au contraire, la pile est très-puissante ou le fil très-fin, on aura toutes les chances possibles de le fondre. Quelquefois cette fusion s'opère au sein même des tissus, parce que la constitution des liquides à l'état sphéroïdal par le platine incandescent, arrête la soustraction du calorique, et que le fil ne résiste pas à la trop forte proportion d'électricité qui le traverse. Le plus souvent c'est à l'un des orifices que le phénomène a lieu; en voici la raison. Quelle que soit l'intensité du courant, la portion du fil plongée dans les tissus leur cède de la chaleur, sa résistance diminue, et l'intensité du courant augmente. Si, dans ces circonstances, la plus faible longueur du fil de platine sort à ras de la peau, elle fond presque instantanément. On évite cet accident en ne cautérisant pas le trajet fistuleux dans toute sa longueur, ce qui arrive presque constamment, malgré les apparences contraires, ainsi que M. Regnauld l'a constaté par des dissections minutieuses.

M. Regnauld résume son travail en concluant de ses recherches :

1° Que les avantages de ce genre d'appareils résultent de leur faible masse, qui permet de les porter aux plus hautes températures sans avoir à redouter les effets du rayonnement sur les parties voisines de celle que l'on veut détruire;

2° Que cette qualité même du cautère électrique le rend impropre à la destruction de tissus volumineux, cas où le cautère actuel reste seul efficace;

3° Que cet instrument a une véritable supériorité sur les autres moyens pour les cautérisations exercées sur des surfaces peu étendues situées dans le voisinage d'organes délicats ou dans la profondeur de quelques cavités naturelles;

4° Que le mode le plus sûr d'application consiste à répéter successivement les contacts du stylet incandescent et de la partie sur laquelle on opère;

5° Quant aux opérations où le fil de platine doit rester plongé dans les tissus (cautérisation de longs trajets fistuleux, excision et ablation de tumeurs volumineuses), sans nier absolument leur possibilité, j'ai déduit de mes expériences que l'opérateur se trouve entre deux écueils, ou de fondre le fil métallique ou de ne pas le porter à la température nécessaire pour produire une vraie cautérisation.

M. Regnauld se propose de communiquer prochainement à l'Académie le résultat des recherches qu'il a entreprises de concert avec M. Broca sur la galvanopuncture, et dont les résultats se rattachent très-naturellement à ceux qui viennent d'être exposés. (Commissaires : MM. Velpeau, Guerard et Soubeiran.)

Il est quatre heures, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE NOVEMBRE 1855; par M. le docteur CHARCOT, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — PHYSIOLOGIE.

RÉSULTAT DE L'OBLITÉRATION DE LA GLOTTE, CHEZ L'HOMME, AU POINT DE VUE DE L'ACTE DE LA PAROLE; par M. BOURGUET, chirurgien de l'hôpital d'Aix.

Les physiologistes ont défini la parole : *la voix articulée*, c'est-à-dire brisée et modifiée par les organes renfermés dans la partie supérieure du tuyau vocal : voiles du palais, fosses nasales, langue, dents, lèvres, etc. D'une autre part, de tout temps la glotte a été considérée, avec juste raison, comme le seul organe producteur de la voix. Il semble donc résulter de ces deux propositions que l'oblitération complète de la glotte devrait avoir pour résultat d'abolir entièrement toute espèce d'émission de la parole, soit de la parole ordinaire, soit de la parole à voix basse. Or ce n'est pas là ce qui a lieu, ainsi que le démontre le fait suivant :

OBS. — Un militaire, âgé de 28 ans, dans un accès d'aliénation mentale, se porta plusieurs coups de canif à la partie antérieure du cou. Le larynx est ouvert et le cartilage thyroïde labouré en plusieurs sens par l'instrument tranchant. Après l'entière cicatrisation de la plaie et l'extraction d'un gros séquestre formé aux dépens du cartilage thyroïde, l'ouverture de la glotte se rétrécit graduellement au point de rendre la respiration complétement impossible et de nécessiter la bronchotomie comme dernière ressource.

Cette opération, pratiquée par nous, rend la vie au malade qui semblait sur le point de succomber; mais elle le laissa plus tard dans l'obligation de garder sa canule et de respirer uniquement par l'ouverture de la trachée. Nous avons occasion de suivre le malade pendant très-longtemps après l'opération, et nous pouvons nous assurer un grand nombre de fois, en bouchant l'ouverture extérieure de la canule et celle de la plaie, que l'oblitération de la glotte est complète. Or, à notre grand étonnement, la parole, qui avait été complétement perdue pendant les premiers jours qui suivirent l'opération, se rétablit peu à peu, de façon à permettre au malade de parler à voix basse, mais cependant assez distinctement pour qu'il soit possible d'entendre et de comprendre presque tout ce qu'il dit.

Voici quelques-unes des remarques que nous avons pu faire à cet égard :

Lorsqu'il parle, ses joues s'aplatissent, ses lèvres s'allongent, l'ouverture de la bouche devient plus étroite, et ou s'aperçoit facilement que la langue, les dents et les lèvres concourent seules à la prononciation des mots.

Il y a même certaines lettres et certains mots qu'il ne peut pas prononcer ou qu'il prononce d'une manière différente de ce qu'ils le sont ordinairement. Ainsi la lettre A ne peut pas être prononcée; B l'est, mais d'une manière peu distincte et peut être facilement confondu avec P; C, au contraire, est prononcé très-distinctement; D se confond un peu avec T; E ne peut pas être prononcé; F l'est confusément; le milieu du mot formé par cette lettre est seul entendu; G est prononcé très-distinctement; H à moitié. Comme pour F, les deux voyelles qui commencent et finissent le mot ne s'entendent pas; I, J, K sont parfaitement prononcés; L difficilement, et de la même manière que pour F et H; seulement l'E muet de la fin s'entend un peu mieux; M, N, O ne peuvent pas être prononcés, ou du moins ne sont pas entendus; P l'est assez bien; Q très-distinctement; R avec peine, on n'entend que la fin du mot; S un peu mieux, ainsi que T; U, X, Y, très-bien; V et Z d'une manière moins distincte.

En récapitulant, on voit que les lettres que notre opéré prononce le mieux sont celles qui n'exigent pour être articulées que le concours des organes qui bordent l'ouverture antérieure de la bouche, savoir : C, I, J, K, P, Q, U, X, Y, tandis qu'il prononce beaucoup moins bien celles qui nécessitent l'intervention d'organes plus nombreux et disposés plus en arrière, en même temps qu'il leur faut une colonne d'air plus considérable, telles que B, F, D, F, H, L, R, S, T, V, Z. Enfin, les voyelles A, E, O, et les consonnes M, N, qui, comme chacun sait, se modulent vers l'isthme du gosier ou la partie postérieure de la voûte palatine ne peuvent pas être prononcées.

Le fait que nous venons de rapporter n'est pas le seul du même genre. Il en existe un autre presque complétement analogue observé, il y a déjà assez longtemps, par M. Reynaud (de Toulon) (1) : c'est celui d'un forçat qui avait voulu se couper la gorge avec un rasoir, et chez lequel la trachée avait été complétement divisée; le bout supérieur s'était rétracté dans les chairs, et le larynx était resté entièrement oblitéré, ainsi que l'autopsie le démontra. Or, tout comme dans le cas qui précède, le malade pouvait parler à voix basse et s'exprimer intelligiblement.

Comment cela peut-il se faire? Quelle est, en d'autres termes, l'explication que l'on peut donner de ces deux faits? Voici, pour notre compte, celle à laquelle nous nous arrêterions le plus volontiers.

Une certaine quantité d'air était introduite chez ces deux malades, dans la cavité buccale, le pharynx et l'œsophage, par les ouvertures de la bouche et du nez. Pendant que les sujets parlaient, cet air était chassé de ces cavités par la contraction des muscles qui entrent dans la composition de leurs parois, et il venait frotter et se briser contre la langue, les dents et les lèvres, de manière à produire, par ses vibrations et à l'aide du jeu de ces divers organes, la parole à voix basse, telle que nous avons vu qu'elle existait chez le forçat de M. Reynaud et chez notre opéré.

Il importe de remarquer, d'ailleurs, que la bouche restant ouverte pendant l'acte de la parole, l'air entrait et sortait continuellement, ce qui plaçait le sujet en dehors de la loi commune, et lui permettait de parler pendant l'inspiration aussi bien que pendant l'expiration. Nous avons pu en faire la remarque dans le cas qui nous est propre, le malade n'ayant jamais besoin de s'interrompre pour parler, et pouvant parler longtemps sans fatigue.

La conclusion finale qui nous semble ressortir de ces deux faits, c'est que la voix et la parole ne sont pas, dans tous les cas, des actes *corrélatifs*, et qu'il convient d'établir une distinction entre la formation de la parole *ordinaire* ou à *haute voix* et celle de la parole à *voix basse*, la première nécessitant le libre passage de l'air à travers la glotte, tandis que la seconde peut s'en passer.

II. — ANATOMIE.

NOTE SUR LA STRUCTURE VASCULAIRE DE L'IRIS ET DE LA CHOROÏDE; par M. ROUGET.

Le nombre, les dimensions de structure et la disposition des vaisseaux de l'iris sont tels qu'ils me paraissent constituer un appareil érectile, un des appareils dans lesquels l'état de vacuité ou de réplétion des vaisseaux joue

(1) JOUR. HEBD., t. III, p. 201.

un rôle mécanique et concourt aux mouvements, conjointement avec le système musculaire, sous la dépendance immédiate duquel se trouve du reste la circulation de ces vaisseaux.

La choroïde et l'iris avec leurs dépendances, le ligament et les procès ciliaires constituent un seul et même système, dont toutes les parties sont en corrélation intime. Dans ce système, on trouve trois appareils érectiles communiquant largement ensemble par un système de veines spéciales distinctes des artères par leur marche et leur disposition; caractère distinctif des appareils érectiles et très-prononcé dans ceux du système génital. Ces trois appareils sont pour la choroïde, la ruischienne ou membrane chorio-capillaire. Pour l'iris le petit cercle, entre les deux l'appareil des procès ciliaires.

L'appareil érectile du petit cercle de l'iris est en rapport avec les mouvements et la pupille, celui des procès ciliaires avec les mouvements ou changements de forme du cristallin.

La membrane chorio-capillaire a les mêmes limites que la portion nerveuse de la rétine et n'est peut-être pas sans influence sur le rôle physiologique de cette membrane. (On sait qu'un léger degré de pression ou de tension facilite la vision.)

Les artères de l'appareil chorio-capillaire sont les ciliaires postérieures; celles des procès ciliaires, les ciliaires postérieures et des branches du grand cercle artériel de l'iris (ciliaires longues et antérieures.)

Les artères du petit cercle lui viennent du petit cercle artériel de l'iris dont l'existence est constante, et que l'on a nié récemment bien à tort.

L'existence de ce petit cercle est liée à l'appareil érectile de l'anneau pupillaire comme celle du grand cercle à la couronne des procès ciliaires.

Les artères qui se portent au grand cercle au petit cercle de l'iris forment des anses anastomotiques de plus en plus nombreuses. A mesure qu'on approche de l'anneau pupillaire, ces anses couvrent toutes la face antérieure de l'anneau, et leur extrémité fait saillie au bord même de la pupille dont elles forment les dentelures. Ces artères et leurs branches terminales forment un système d'arcades et de mailles vasculaires indépendantes des faisceaux musculaires. Leur disposition générale très-symétrique ne rappelle en rien la figure et la description qu'on en a données récemment. La disposition typique et régulière est celle-ci : du grand cercle de l'iris partent des rameaux en nombre égal à peu près à celui des procès ciliaires au niveau desquels ils naissent. Ces rameaux marchent parallèlement les uns aux autres, se croisant très-peu, si ce n'est pour former les anses récurrentes jusqu'à l'anneau pupillaire, où ils forment une anse terminale dont les divisions constituent l'anneau érectile. De ces divisions et de cet anneau partent des veines très-nombreuses, de calibre sensiblement égal, parallèle, et paraissant remplir complétement l'espace qui sépare les artères. Ces veines pénètrent presque toutes sinon toutes dans les procès ciliaires, là elles forment le réseau admirable de ces procès ciliaires, puis en sortent pour se terminer enfin dans les tourbillons des *vasa vorticosa*.

La ruischienne est une lame vasculaire constituée par des sinus capillaires ne laissant presque aucun intervalle entre eux. Quand ils sont remplis, les artères se rejettent dans ce lac sanguin et les veines des *vasa vorticosa* y prennent leurs sources dans la région qui sépare deux tourbillons voisins.

La membrane chorio-capillaire, très-bien vue et figurée par Arnold, couvre réellement toute la face interne de la choroïde; le pigment repose immédiatement sur elle; elle masque et recouvre les artères qui paraissent logées, ainsi qu'une partie des veines, dans son épaisseur. C'est à tort qu'on a prétendu récemment que les artères étaient plus rapprochées du centre de l'œil que la membrane chorio-capillaire. La figure d'Arnold est parfaitement exacte relativement à ce point.

Au pourtour de l'entrée du nerf optique dans le globe oculaire, les troncs veineux de la choroïde s'arrêtent brusquement, reviennent sur eux-mêmes, et forment un réseau admirable occupant environ le quart postérieur de la choroïde en dedans et en dehors surtout. Ce réseau admirable, analogue à ce réseau admirable choroïdien si développé chez les poissons, correspond aux régions les plus sensibles de la rétine.

Quelques artères ciliaires courtes, postérieures, les plus rapprochées des troncs du nerf optique, paraissent se terminer complétement dans ce réseau admirable. Quant à la question de savoir si la choroïde cesse au niveau de l'entrée du nerf optique, ou si le nerf optique traverse une espèce de crible de la choroïde, voici ce que j'ai vu. Les troncs artériels de la choroïde pénètrent dans cette membrane; au pourtour du nerf optique les troncs veineux s'arrêtent à ce même niveau; mais la membrane chorio-capillaire passe en manière de pont au-dessus du passage du nerf optique, de telle façon que le tronc se tamise en quelque sorte à travers les mailles de la membrane ventriculaire fondamentale de la choroïde.

III. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

DESCRIPTION DE DEUX PRODUCTIONS POLYPIFORMES DU COL DE L'UTÉRUS, CONSTITUÉES PAR UNE SIMPLE EXTENSION DES ÉLÉMENTS DE CET ORGANE; par MM. les docteurs C. DAVAINE et LABOULBÈNE.

1° Le premier polype provient d'une femme opérée avec succès, et aujourd'hui guérie. Ce polype s'insérait dans l'intérieur de la cavité du col utérin, et faisait saillie à l'extérieur à travers le museau de tanche. Il a été extrait par arrachement.

Cette production polypiforme a une longueur de 7 centimètres. Elle était molle, rougeâtre; sa forme est cylindrique, oblongue, renflée en forme de massue à l'extrémité.

L'examen microscopique a fait constater que ce polype présentait, à sa surface, des villosités peu allongées, arrondies à leur sommet libre, unies les unes contre les autres, ayant l'aspect des villosités normales du col de l'utérus. Les villosités ont été admises et niées tour à tour par quelques auteurs dans la cavité utérine (Ch. Robin, MÉMOIRE SUR LA MUQUEUSE UTÉRINE, ARCHIVES GÉN. DE MÉD. 1848). Pour nous, nous sommes assurés qu'elles existent normalement à la partie interne du col utérin.

Avec un grossissement de 42 diamètres, les villosités étaient très-visibles à la surface du polype. Avec un grossissement de 107 diamètres, on apercevait l'épithélium qui les recouvrait; il appartenait à la variété d'épithélium cylindrique ou, comme on l'a appelé quelquefois, *prismatique*.

Les glandules utérines étaient à l'état normal.

L'intérieur du polype avait la consistance du tissu utérin. On y trouvait les éléments normaux qui constituent la couche musculaire du col utérin (fibres-cellules).

2° Le deuxième polype a été pris sur l'utérus d'une femme de 45 ans, qui avait succombé à une phthisie pulmonaire dans le service de M. Rayer, et qui n'avait offert aucun symptôme de maladie de l'utérus ou de ses annexes.

Le petit polype se détachait de la cavité du col utérin à un demi-centimètre, au moins, de l'orifice externe du col. Il est peu allongé, pédiculé; le pédicule est grêle; l'extrémité libre est renflée, presque globulaire, arrondie. Il ne fait pas de saillie à l'extérieur, il est contenu tout entier dans le col, mais il arrive très-près de l'orifice externe.

A la coupe, on trouve que le bout renflé contient une petite vésicule pleine d'un liquide grisâtre, transparent, un peu filant, qui, examiné au microscope, montre des noyaux d'épithélium et des granulations moléculaires. En raclant l'intérieur de la petite cavité et examinant le produit, on trouve, sous le microscope, les mêmes éléments et quelques cellules épithéliales se rapprochant de la variété d'épithélium pavimenteux. Les parois du petit kyste sont formées d'une fine membrane amorphe, granuleuse. Il est tapissé de fibres-cellules propres au tissu musculaire utérin. A l'extérieur et à l'intérieur, dans toute son étendue, le polype présente les divers éléments de la muqueuse utérine.

Ce polype renfermant un petit kyste, nous paraît provenir de la muqueuse du col de l'utérus, dont l'un des follicules se sera dilaté outre mesure, et aura entraîné ensuite la muqueuse, en formant un pédicule. En attendant de nouveaux faits, cette hypothèse nous paraît très-admissible.

Les productions utérines polypiformes, tout à la fois muqueuses et folliculaires, ne nous paraissent pas devoir être très-rares. Elles ne sont toutefois beaucoup plus que les simples dilatations, faisant à peine saillie, des follicules de la cavité du corps et du col de l'utérus. L'un de nous a trouvé fréquemment cette disposition dans les autopsies faites à l'hôpital de la Charité.

La dilatation des follicules utérins a été bien décrite pour la première fois, par M. Huguier (MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, 1847). On n'en trouve que des indications dans l'anatomie pathologique de M. Cruveilhier, et dans Portal et Govoch, cités par Robert Lee (SUR LES TUMEURS FIBROCALCAIRES ET LES POLYPES DE L'UTÉRUS, SOC. MÉD.-CHIR. DE LONDRES et GAZ. MÉD. DE PARIS, 1838).

Depuis le travail de cet auteur, deux bonnes thèses ont été publiées par M. David Luna (DES KYSTES FOLLICULAIRES DE LA MATRICE ET DES POLYPES UTÉRO-FOLLICULAIRES, 6 janvier 1852), et par M. Ferrier (DES FONGOSITÉS UTÉRINES, DES KYSTES DE LA MUQUEUSE DU CORPS DE LA MATRICE ET DES POLYPES FIBREUX DE L'UTÉRUS, 20 mai 1854). Ces deux travaux ont été faits sous l'inspiration de notre collègue M. Ch. Robin.

Les deux polypes que nous avons décrits viennent démontrer que plusieurs de ces productions peuvent être constituées par une simple extension des éléments qui constituent normalement l'utérus, et que leur formation ne doit pas toujours être attribuée à l'existence d'un de ces corps dits fibreux, qui se seraient portés en dehors de la partie où ils ont pris naissance.

IV. — MATIÈRE INORGANIQUE.

NOTE SUR LES CALCULS PERLÉS DU BOEUF ET DU MOUTON; par M. REYNAL, chef de clinique à l'École d'Alfort.

J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société des calculs trouvés dans la vessie, les uretères et le bassinet des reins d'un veau.

Ces calculs, en raison de leur aspect physique, ont été désignés sous le nom de *perles de la vessie*, de *calculs perlés*.

Le veau, chez lequel j'ai rencontré les calculs qui font l'objet de cette communication, était âgé de 3 mois environ; il provenait du Gâtinais où il avait été engraissé presque exclusivement avec du lait; ce sont les seuls renseignements que j'ai pu me procurer sur cet animal qu'un boucher avait acheté sur un des marchés des environs de Paris pour être livré à la consommation.

Ces calculs étaient en plus grand nombre dans la vessie que dans les uretères et les bassinets des reins; ces derniers avaient un reflet métallique moins accusé que les calculs de la vessie.

CARACTÈRES PHYSIQUES. — Ces calculs ont pour la plupart l'aspect de petits grains assez régulièrement sphériques; ils affectent la forme de cendre ou celle de graine de pavot blanc. Ces derniers sont en quantité considérable. Deux ou trois seulement atteignent la grosseur d'un pois rond ordinaire.

Presque tous sont d'un beau poli et présentent un aspect métallique remarquable. Ils semblent revêtus d'une enveloppe mince de laiton qui aurait ensuite été brunie. Ils sont formés par des couches superposées. Ces couches, malgré leur superposition, conservent leur couleur métallique.

La couleur brillante perlée, s'il était permis de m'en rapporter aux exemples que j'ai recueillis et qui m'ont été communiqués par mon collègue M. Clément, appartiendrait aux calculs de carbonate de chaux qui se rencontre dans la vessie ou le canal de l'urètre du bœuf et du mouton. Ce serait un caractère distinctif. Je rappellerai qu'il n'est pas rare, chez les mêmes animaux, de rencontrer ce reflet métallique sur le tartre des dents molaires et incisives.

Caractères chimiques. — Cette analyse a été faite par M. Clément, préparateur du cours de chimie de l'École d'Alfort.

Ces calculs se réduisent facilement en une poudre fine, légèrement jaunâtre. L'acide azotique les dissout complétement avec effervescence, sauf un résidu très-peu abondant d'une matière animale de la nature du mucus. Cette dernière, qui flotte dans la dissolution acide sans s'y dissoudre, conserve sa teinte jaune, moins le reflet métallique.

Tout porte à penser que c'est à cette matière que les calculs doivent la couleur jaune de laiton qui les caractérise.

Traitée par l'oxalate d'ammoniaque, la liqueur donne un précipité abondant d'oxalate de chaux.

L'ammoniaque y produit un léger trouble de phosphate de chaux, soluble dans un excès d'acide azotique.

L'azotate d'argent détermine la formation d'un trouble laiteux de chlorure d'argent.

Il suit de cette analyse que les calculs qui viennent d'être décrits sont formés :

1° De carbonate de chaux en grande quantité;

2° Phosphate de chaux, des traces;

3° Chlorure alcalin, des traces;

4° D'un peu de mucus dont le lissage donne aux calculs leur reflet métallique.

Cette analyse est semblable à celle qu'a faite M. Taylor de calculs de même nature trouvés dans la vessie d'un bœuf. M. Henry Bouley, qui a traduit l'article de M. Taylor, rapporte que ces calculs étaient formés « *de carbonate de chaux* avec une petite quantité de matière animale interposée. »

Suivant le docteur Bird, cité par M. H. Bouley, les concrétions perlées de la vessie du bœuf sont semblables par leurs caractères physiques et par leur composition chimique avec les perles des huîtres (1).

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE DÉCEMBRE 1855; par M. le docteur Charcot, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

1° UTÉRUS PRÉSENTANT UN POLYPE FOLLICULAIRE DU COL ET QUELQUES FOLLICULES DILATÉS SUR D'AUTRES POINTS; par MM. Lucien Leudet et Laboulbène.

M. Laboulbène présente à la Société, au nom de M. Lucien Leudet et au sien, l'utérus d'une femme de 55 ans, qui offre un polype folliculaire. Après avoir rappelé une présentation antérieure qu'il a faite sur le même sujet et les travaux de MM. Huguier, Luna, Ferrier, etc., M. Laboulbène le décrit de la manière suivante :

L'utérus n'est pas très-sensiblement hypertrophié. La hauteur du corps et du col est de 7 centim. et demi. Le col est haut de 2 centim. et demi, le corps de 5 centim.; la partie la plus épaisse des parois est d'un centimètre et demi.

L'aspect du museau de tanche est tout particulier et fixe d'abord l'attention. En effet, sur la moitié gauche de la lèvre supérieure du col est appliqué un petit corps polypiforme blanchâtre, de même couleur et de même aspect que les lèvres du col. Ce petit corps, présentant en hauteur 1 centim. 3 millim., est aplati, et offre deux faces, une antérieure regardant le vagin, une postérieure appliquée sur la lèvre supérieure du col. Ses deux faces diffèrent notablement l'une de l'autre.

1° La face antérieure est rugueuse; le doigt en se promenant dessus sent une série de petites élevures, de petites nodosités dures, séparées les unes des autres par de petits sillons; l'œil constate que ces petites élevures sont des vésicules hyalines, transparentes.

2° La face postérieure n'est plus bosselée comme l'antérieure; elle est lisse et polie, blanche et du même blanc, légèrement rosé, que celui des lèvres du col; elle s'applique exactement sur la lèvre supérieure qui présente pour la recevoir une concavité, une dépression répondant parfaitement à sa convexité.

Outre ce petit corps qui bouche exactement la moitié gauche de l'ouverture vaginale du col, on aperçoit plus en dehors, au niveau même de la commissure gauche, un amas de trois ou quatre vésicules distendues, dures, transparentes et parfaitement analogues à celles que nous avons décrites sur la face antérieure de notre polype. Les vésicules sont assises par une base large sur la muqueuse du point où elles siégent, tandis que nous verrons que la base de notre polype est pédiculée.

Ce n'est pas tout; outre le polype et cet amas de vésicules sur la commissure gauche, l'œil voit et le doigt suit parfaitement sur toute la surface extérieure des lèvres du col, un anneau, une couronne de ces mêmes vésicules décrites plus haut. En fendant le col, on voit que le polype qui était adossé à la lèvre supérieure prend naissance sur cette même lèvre; seulement il y a un prolongement pédiculé qui remonte jusqu'à la moitié de la hauteur de la cavité du col, et va s'insérer sur la face postérieure de cette cavité; ce pédicule très-délié, long de 7 millim., offre le même aspect et la même couleur que le tissu utérin lui-même. Cette cavité du col est blanche comme la surface extérieure et parsemée comme elle de ces mêmes vésicules, qui sont seulement plus petites et en plus petit nombre.

L'épaisseur de la lèvre supérieure du col est de 8 millim.; celle de la lèvre inférieure est d'un centim. La hauteur de la cavité du col est de 3 centim. L'épaisseur des parois au niveau de l'ouverture utérine du col est d'un centimètre.

Au dessous du polype, dans la partie de la lèvre où il est appliqué, il y a des petites fentes ressemblant à des éraillures.

Au sommet du polype est une vésicule beaucoup plus grosse que les autres.

La cavité du corps est lisse et renferme à sa partie antérieure un groupe de petites vésicules, un peu au-dessus de l'orifice interne du col, et quelques autres à la partie postérieure, mais disséminées. On ne trouve rien d'anormal à la partie supérieure, ni à l'orifice des trompes qui est libre.

Les ovaires sont durs, assez gros, larges de 2 cent. et demi. On voit une vésicule sur l'ovaire gauche de ces mêmes vésicules et un groupe près du pavillon de la trompe du même côté.

Examen microscopique. — *Examen du polype.* La portion qui recouvre exactement tout le polype a les caractères de la muqueuse utérine, savoir : des fibres de tissu cellulaire entre-croisés sous divers angles, un épithélium cylindrique, les glandules ordinaires et les vaisseaux propres à cette membrane.

Immédiatement au-dessous de cette première couche et dans toute l'épaisseur du polype, on constate, au moyen de diverses préparations : des fibres musculaires de l'utérus, très-serrées les unes contre les autres, entre-mêlées de matière amorphe, difficiles à isoler et montrant très-nettement leur noyau par l'addition d'acide acétique.

Examen des kystes. Les kystes montrent dans leurs parois de l'épithélium nucléaire disposé en quelques endroits sous l'aspect pavimenteux, et dans leur intérieur un liquide filant, grisâtre, transparent, contenant des granulations élémentaires et des noyaux d'épithélium.

2° TUMEURS FIBRO-PLASTIQUES DU POUMON; par MM. Victor Poisson et Ch. Robin.

Le nommé Tardorm (François), âgé de 30 ans, cheveux roux, force ordinaire, ferblantier, né à Anvers, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Augustin, n° 8, le 2 novembre 1855.

Cet homme raconte qu'il a eu, il y a six mois, une hémoptysie légère (la quantité de sang rendue est évaluée par lui à un demi-verre). Mais sa santé n'était pas sensiblement altérée. Il continua son travail jusqu'à huit jours avant son entrée à l'hôpital, n'éprouvant que fort rarement quelques accès de toux à la fin de sa journée; cependant il maigrissait sans ressentir ni sueurs nocturnes, ni légers accès de fièvre le soir. A ce moment, nouvelle hémoptysie également peu abondante, un peu de fièvre pendant trois ou quatre jours, redoublant le soir; insomnie, sueurs assez profuses pendant deux nuits. La toux a lieu surtout par quintes, et le malade ne crache presque pas; ses crachats sont blancs, peu aérés. Resté sans soins médicaux jusqu'au moment de son arrivée, cet homme nous offre à noter une respiration assez pénible, fréquente; sa face est légèrement cyanosée, son pouls est petit et fréquent (120 pulsations). Il se plaint d'une douleur assez vive dans le côté gauche à la base de la poitrine. Des deux côtés du thorax, la percussion donne une submatité assez prononcée, tant sous les clavicules qu'en arrière, mais surtout à gauche et en bas. Des râles sous-crépitants fins sont disséminés dans les deux poumons, à toutes les hauteurs; pas de souffle nulle part; respiration faible en général, rude et légère, soufflée en avant à droite.

Diagnostic : phthisie aiguë.

Traitement : vomitif, une pilule d'opium pour le soir.

Le lendemain, l'état du malade n'est pas sensiblement amélioré, et il semble qu'à la partie inférieure du côté gauche en arrière, la voix ait une résonnance broncho-égophonique un peu plus marquée, la respiration à peu près nulle tout à fait en bas, et un peu plus haut, vers la neuvième côte, on entend un froissement pleural assez net pendant le temps de la respiration. Le murmure respiratoire est soufflant, mais ce n'est pas du tout là du souffle tubaire.

Pensant qu'une pleurésie est venue compliquer l'affection pulmonaire, le lendemain, en auscultant le malade après M. Oulmont, chef de service, et sur son observation, je fus fort étonné d'entendre une crépitation assez fine et nette, seulement au moment de l'inspiration. La respiration restait du reste fort obscure au-dessous et légèrement soufflante aux environs du râle crépitant qui, il faut bien le dire, paraissait s'accompagner de temps en temps d'un froissement pleural double, mais moins marqué que la veille.

(1) Recueil, 1849, p. 333.

Même prescription; de plus, un large vésicatoire est appliqué sur le côté gauche du malade. Il procure un soulagement marqué; pourtant l'état local est fort peu modifié. Le reste du poumon gauche et le poumon droit sont au même point qu'au moment de l'entrée, et, trois ou quatre jours après, la partie antérieure du poumon gauche est le siége de larges bordées de râles crépitants et,d'une respiration beaucoup plus soufflante qu'antérieurement. Le malade ne peut presque plus rester couché horizontalement; il est souvent presque assis dans son lit, sa respiration est plus pénible. Un nouveau vésicatoire est placé en avant de la poitrine; purgatif, puis kermès et opium à l'intérieur.

Après une amélioration d'un jour ou deux, l'état général paraît empirer de plus en plus; l'asphyxie et l'amaigrissement se prononcent, et cependant les phénomènes locaux sont loin d'être en rapport avec ce trouble extrême des fonctions respiratoires. La matité devient presque absolue partout, il est vrai, mais c'est à peine si un jour ou l'autre on saisit dans quelques points limités quelques bouffées de râle crépitant qu'on ne retrouve plus le lendemain ou le surlendemain à la même place. La respiration devient de plus en plus faible et soufflante, mais la résonnance de la voix n'est pas de l'égophonie pure; il n'y a pas de souffle tubaire; les crachats restent blancs, peu aérés et fort peu abondants, et l'on s'étonne de voir, malgré diverses médications (huile de foie de morue, vésicatoires renouvelés, etc., etc.), le malade courir aussi rapidement vers la mort, avec des signes locaux si peu caractérisés.

L'asphyxie se complète le 30 novembre au matin (1).

L'autopsie, faite vingt-six heures après la mort, nous mit dans une surprise fort grande.

Le cerveau, l'abdomen, n'offraient rien de particulier, si ce n'est que la vessie contenait une urine extrêmement chargée de sels, et que le pancréas était complétement plat, blanc et fort mou, mais sans altération de sa structure; les grains glanduleux seulement étaient atrophiés.

Du côté du thorax, au lieu des signes d'une phthisie aiguë que nous pensions trouver, avec quelque complication de pleurésie, nous aperçûmes, le sternum enlevé, un amas considérable de petites tumeurs d'un blanc rosé, donnant au poumon un aspect pommelé extrêmement singulier.

Le péricarde présentait deux larges plaques blanches, traces de péricardite ancienne.

Rien dans le cœur.

Les poumons étaient fortement adhérents en avant à la plèvre costale, et l'on ne put les enlever qu'au moyen du scalpel et des doigts qui pénétraient très-facilement dans leur tissu friable.

Les adhérences étaient également très-fortes dans tous les deux tiers du poumon gauche en arrière, et il fut impossible de l'extraire autrement que par morceaux. On pouvait voir alors que, non-seulement la surface pulmonaire, mais toute l'épaisseur de cet organe, étaient envahies par ces dépôts blanchâtres, facilement friables, mous, gélatineux, ressemblant complétement à la coupe à la matière cérébrale d'un enfant à terme.

Le poumon droit vint à peu près en entier, et nous l'avons présenté dans son état d'intégrité. Il est d'un volume assez considérable, lourd, et tombe au fond de l'eau.

En cherchant à se rendre compte de la position de ces tumeurs par rapport à la plèvre et au tissu même du poumon, on trouve que, parmi les superficielles, quelques-unes sont au-dessous de la plèvre, mais ce sont généralement les moins développées; d'autres sont manifestement dans son épaisseur; les plus grosses, enfin, font saillie à la surface de cette membrane, dont elles ont écarté pour ainsi dire les mailles, recouvertes seulement d'une faible membrane d'enveloppe, parsemée de petits vaisseaux très-fins encore sensiblement visibles à l'œil nu. De ces tumeurs, les unes sont naissantes, fort petites, de 1 à 2 millimètres de diamètre; les autres, au contraire, beaucoup plus larges et plus développées, font saillie de près de 1 centimètre au-dessus de la plèvre, et offrent jusqu'à 3 centim. de longueur et 2 de largeur. Enfin, quelques-unes se groupent pour fournir une large plaque de 7 à 8 centim. de diamètre, sur laquelle on aperçoit des sillons de séparation comme pour les cotylédons du placenta. C'est presque toujours la forme arrondie que l'on rencontre, et quand on incise la membrane d'enveloppe, la matière pulpeuse sort en entier par la pression, comme si on l'énucléait d'une vésicule pulmonaire dilatée. Dans les points où les tumeurs ne se touchent pas, on peut en compter jusqu'à 24 de dimensions variables, sur une largeur de 8 centimètres carrés.

Dans l'intérieur des poumons, la disposition est la même. Presque tout le tissu, du reste, est envahi. C'est à peine si, dans quelques points, on trouve encore quelques îlots indurés de substance pulmonaire.

Les bronches paraissent avoir des dimensions un peu moindres, et la plupart ne sont plus visibles, oblitérées qu'elles sont par la matière nouvelle, qui pourtant n'est pas à l'état de liberté dans l'intérieur des tuyaux aériens. Presque partout elle paraît sortir de l'intérieur d'une vésicule fortement distendue.

Les ganglions bronchiques sont eux-mêmes le siége du dépôt de cette substance étrangère.

(1) Je dois dire que jusqu'ici l'observation est faite presque entièrement de mémoire; il n'est donc pas étonnant qu'elle manque d'une foule de petites considérations utiles que je n'ai pas cru devoir donner, crainte d'erreur, car les notes que je possédais étaient complétement insuffisantes.

La simple vue fait rapporter l'affection à l'encéphaloïde du poumon, offrant ici, il est vrai, une disposition et une confluence qui n'ont pas encore été notées. Mais le microscope ne vient pas confirmer cette manière de voir. En effet, M. Ch. Robin, à qui nous avons porté la pièce le jour même de l'autopsie, et qui a bien voulu en faire l'étude, a constaté les caractères suivants.

Examen microscopique par M. Ch. Robin. — Le tissu des tumeurs offre partout la même composition; il est formé:

1° De noyaux fibro-plastiques principalement; ces noyaux sont ovoïdes, mais peu allongés, larges de 0mm,006 longs de 0,008 à 0,009 seulement. Tous offrent un contour noirâtre assez foncé, ils renferment un assez grand nombre de granulations moléculaires légèrement noirâtres; quelques-uns d'entre eux, mais tout au plus 1 sur 20, offrent un nucléole très-petit.

2° Outre ces noyaux, on trouve parmi eux des corps fusiformes fibro-plastiques, ayant pour centre un noyau pareil au précédent. Tous ces corps sont remarquables par leur extrême pâleur, surtout sur leurs bords, et ceux-ci sont mal délimités, c'est-à-dire très-pâles, un peu irréguliers, quelquefois un peu dentelés. On trouve communément de ces corps, dont une et quelquefois les deux extrémités sont mousses ou coupés carrément, comme tronqués, plus ou moins loin des noyaux. Ces corps fusiformes sont du reste tous très-courts; leur substance est plus molle, plus facile à déformer que dans les tumeurs fibro-plastiques accompagnées de tissu cellulaire. Il est à noter qu'ici cet élément, le tissu cellulaire, manque complétement.

3° Les éléments que nous venons de décrire sont accumulés les uns contre les autres, sans ordre spécial, et on ne trouve entre eux qu'une très-petite quantité de granulations moléculaires.

Ces faits rendent facilement compte de l'extrême mollesse présentée par ce tissu. Çà et là se trouvaient des vaisseaux capillaires nombreux en certains points, rares ailleurs.

Ces vaisseaux ne présentaient rien de particulier dans leur structure; leur nombre était, somme toute, moindre dans ces masses morbides que dans le tissu cellulaire normal.

Dans quelques-unes des masses, surtout les plus volumineuses, on voyait çà et là de petits épanchements sanguins: tous ne présentaient autre chose qu'une agglomération de globules du sang et ne dépassaient pas le volume d'une petite tête d'épingle.

Ainsi, ces tumeurs multiples n'étaient autre chose que des tumeurs formées en très-grande majorité par des noyaux fibro-plastiques. La présence presque exclusive de ces noyaux simplement accumulés les uns contre les autres nous rend compte de la faible consistance de ce dernier.

La prédominance très-marquée aussi de ces éléments sur les vaisseaux capillaires fait comprendre comment les amas de noyaux présentaient une coloration blanchâtre, encéphaloïde, plutôt que la couleur rougeâtre affectée par ces productions lorsqu'elles sont très-vasculaires, plutôt encore que la teinte d'un gris rosé qu'elles offrent lorsqu'elles présentent une trame plus ou moins abondante de tissu cellulaire.

Nous ajouterons, en terminant, que, sur les limites des tissus pulmonaire et morbide, on pouvait constater l'extension et la propagation des noyaux le long des faisceaux des fibres pulmonaires, dans l'épaisseur du tissu sain jusqu'à plus d'un millimètre au delà du tissu morbide. De sorte qu'en arrachant des faisceaux du tissu pulmonaire, on voyait que leurs extrémités, tournées du côté du produit morbide, étaient entourées par des noyaux restés adhérents autour d'eux.

REMARQUABLE EXEMPLE DE DÉVIATION DE LA COLONNE VERTÉBRALE, DANS LA RÉGION DORSALE. — AUTOPSIE; par M. Arm. Goubaux.

Le lundi 1er août 1853, un cheval hongre, propre au trait, sous poil blanc, âgé de 20 ans, et de taille moyenne, fut un des sujets du cours pratique des opérations chirurgicales.

Ce cheval présentait une déviation de la colonne vertébrale dans la région dorsale.

A partir du garrot, la tige vertébrale était tordue, suivant sa longueur de gauche à droite. La région des côtes était convexe du côté gauche; elle était, au contraire, concave du côté droit. Toutes les parties étaient donc tendues du côté gauche par suite du relâchement des muscles; aussi cet animal, qui était excessivement gras, présentait-il beaucoup de plissements cutanés dirigés de haut en bas du côté droit, qui relativement était plus court que le côté gauche.

Pendant la station, les bipèdes latéraux, au lieu d'être parallèles, étaient sur deux plans différents. Le bipède postérieur était évidemment à droite de la ligne du bipède antérieur, aussi la marche était-elle gênée, ainsi qu'on peut facilement le comprendre *à priori*.

L'animal entrait assez fréquemment en érection. Dans cet état, le pénis présentait alors une telle déviation dans sa direction que son extrémité libre était dirigée tout à fait du côté gauche. Ce changement de direction peut être expliqué par le changement même de la direction du bassin relativement à la partie antérieure du tronc.

J'ai mesuré le degré de la déviation, en faisant passer successivement, d'avant en arrière et d'arrière en avant, une règle en bois d'une longueur de 3 mètres environ sur le trajet de la colonne vertébrale. Voici le résultat de chacune de ces expériences:

1° La règle, passant entre les deux oreilles, suivant la direction du bord supérieur de l'encolure et se prolongeant en ligne droite dans la direction

du garrot, permettait de voir que, au niveau de l'articulation lombo-sacrée, la colonne vertébrale était déviée à droite de 0m,150.

2° La règle, placée sur la ligne médiane, dans la région de la croupe, et se prolongeant en avant dans la même direction, donnait la mesure de la déviation de la colonne vertébrale : cette déviation était de 0m,520 du côté droit, au niveau du plan médian, entre les deux oreilles.

Le lendemain j'ai disséqué ce cheval, et voici ce que j'ai constaté :

1° Du côté gauche. — Le muscle *ilio-spinal*, dans sa partie antérieure et dans une étendue de 40 centimètres, était d'une couleur gris cendré et avait tout à fait l'aspect des muscles qui ont subi la dégénérescence graisseuse. Des coupes, faites dans l'épaisseur de ce muscle et dans toute l'étendue susindiquée, ont montré que la transformation graisseuse était complète.

Le muscle *grand dentelé de l'épaule (costo-sous-scapulaire)*, vers son extrémité supérieure surtout; et ensuite, dans une étendue égale à 45 centimètres, le muscle *transversal des côtes (costo-sternal)* et cinq des muscles *intercostaux externes* participaient de la même altération.

A l'extrémité antérieure du muscle *transversal des côtes*, on a trouvé une petite masse mélanique, du volume d'un petit œuf de pigeon, entourée de graisse, et recouverte par le muscle lui-même.

Les muscles qui viennent d'être énumérés étaient sains dans le reste de leur étendue et avaient leur couleur normale.

Il importe de noter que l'altération des muscles correspondait exactement au point de la colonne vertébrale qui était le siége de la déviation observée pendant la vie de l'animal.

Les nerfs intercostaux ont été disséqués avec beaucoup de soin ; on a examiné aussi les branches supérieures des paires dorsales, et l'on n'y a rencontré aucune altération : ces nerfs avaient leur volume et leur couleur ordinaires.

La cinquième côte sternale du côté gauche présentait les traces d'une fracture ancienne : elles se faisaient remarquer vers la partie moyenne, où existait un cal parfaitement formé.

2° Du côté droit. — Les muscles, les vaisseaux et les nerfs ont été trouvés parfaitement sains.

Les côtes étaient très-rapprochées les unes des autres, et la paroi thoracique droite était tout à fait déformée par suite du raccourcissement qu'elle avait subi dans le sens antéro-postérieur pour se prêter à la déviation de la colonne vertébrale.

La colonne vertébrale n'a présenté aucune altération, et lorsqu'elle a été mise complétement à découvert par l'enlèvement des couches musculaires, elle a repris sa direction normale.

Les enveloppes de la moelle épinière, les racines des nerfs et la moelle épinière n'ont offert aucune lésion.

De semblables exemples de déviation de la région dorsale du rachis sont très-rares chez les animaux; et il m'a paru intéressant de publier celui-ci, parce que c'est le seul qui soit accompagné de l'examen cadavérique.

Girard fils a signalé un exemple de *déviation congéniale de la colonne dorso-lombaire*, qu'il a observé chez une jument âgée de 7 ans. (Recueil de médecine vétérinaire, année 1824, p. 145.)

M. Poncby en a aussi décrit un exemple sous le titre de : Observation sur la déviation extraordinaire des vertèbres dorsales et lombaires chez un poulain d'un an, d'une forte constitution. (Mémoires de la Société de médecine vétérinaire des départements du Calvados et de la Marche, XIe année, 1840, n° 8, p. 104.)

Enfin, j'ai cité, il y a quelques années, dans mon Mémoire sur l'entorse dorso-lombaire considérée chez le cheval (Recueil de médecine vétérinaire, année 1851, p. 414), un mulet qui avait une déviation de la colonne dorso-lombaire en deux sens différents, de bas en haut et d'avant en arrière, mais je n'ai pu avoir aucun renseignement sur cet animal.

Ce sont là, je crois, les seuls faits que l'on puisse rapprocher de celui que je viens de rapporter.

II. — Anomalies.

Hermaphrodisme apparent chez le sexe masculin ; par le docteur Huette.

Alexandrine X..., née à Paris le 11 octobre 1834, présenta, en venant au monde, une conformation anormale des organes génitaux, qui induisit en erreur ceux qui firent la déclaration de naissance. Il fut donc inscrit aux actes de l'état civil sous les noms d'Alexandrine-Hortense X..., comme étant du sexe féminin.

Pendant les premières années d'enfance, il ne se manifesta rien qui pût faire soupçonner l'erreur qu'on avait commise. Mais, vers l'âge de 10 ou 12 ans, Alexandrine montra un éloignement marqué pour les occupations du ménage; le travail à l'aiguille lui répugnait; elle ne se plaisait qu'avec les chevaux et prenait volontiers part aux rudes travaux des hommes de peine employés par son père.

La voix devint alors plus grave et fortement timbrée; les épaules s'élargirent; le bassin conserva ses proportions étroites et les seins ne se développèrent point. Alexandrine, quoique peu vigoureuse, était agile et aimait les jeux des jeunes gens de son âge, se montrant du reste fort dédaigneuse pour les jeunes filles ses compagnes.

Sa démarche bizarre, sa voix presque rauque, ses gestes brusques et ses mouvements anguleux contrastaient singulièrement avec le costume d'un sexe dont Alexandrine était loin d'avoir la grâce. Jusque-là ses allures grotesques avaient étonné, mais sans fixer autrement l'attention des personnes au milieu desquelles elle vivait.

Vers l'âge de 17 ans, Alexandrine, qui était toujours très-ardente pour les jeux des garçons, ne se montra pas moins empressée près des jeunes filles, et ses attentions, poussées quelquefois jusqu'à la tendresse, éveillèrent alors des soupçons; à l'étonnement succédèrent, dans le voisinage, des inquiétudes qu'autorisaient pleinement les excursions nocturnes d'Alexandrine X...

On tempéra bien pendant quelque temps ces propensions instinctives, qui devenaient chaque jour plus compromettantes. Mais, avec la vingtième année, la voix de la nature parla plus haut encore; et quand l'autorité maternelle se reconnut impuissante pour contenir l'instinct générique devenu plus impérieux, nous fûmes appelé à l'effet d'examiner Alexandrine, qui réclamait hautement des habits d'homme.

Les organes génitaux nous présentèrent la conformation suivante :

Sur la ligne médiane, au milieu d'un scrotum profondément bilobé et simulant deux grandes lèvres, on observe un pénis rudimentaire d'une longueur totale de 4 centimètres, terminé par un gland bien formé mais imperforé.

Ce gland a 2 centimètres; la peau en est fine et plus rose que celle qui recouvre les autres parties de l'organe; il est couronné par un prépuce dont les replis, tombant latéralement, s'insèrent et se perdent insensiblement en forme de nymphes au-dessous du gland.

Une petite éminence rougeâtre marque la place du méat urinaire qui manque, et de cette saillie part un petit pli, espèce de frein long de 3 centimètres mesurant toute la face inférieure de cette verge.

A 3 centimètres au dessous de l'insertion inférieure de la verge, se voit l'ouverture de l'urètre, petite fente verticale de 3 à 4 millimètres s'ouvrant par une muqueuse fine et rose sur les parties voisines.

Une sonde introduite par ce méat pénètre facilement dans la vessie et nous permet de mesurer la longueur de l'urètre, qui est de 4 centimètres. Ce canal est courbe, à concavité supérieure et dirigé d'avant en arrière de haut en bas.

Cette conformation permet à Alexandrine d'uriner debout sans s'accroupir à la manière des femmes.

Au-dessous du méat urinaire, on observe un petit pli cutané en forme de V. Un stylet boutonné insinué sous ce pli ne pénètre dans aucune ouverture.

L'anus est situé à 3 centimètres au-dessous de l'ouverture de l'urètre. Le doigt introduit dans le rectum sent une sonde complétement embrassée par le canal de l'urètre, et rien n'indique une communication entre ces deux organes.

Toutes les parties que nous venons de décrire sont plongées au fond d'un sillon profond qui divise les deux lobes latéraux composant le scrotum et simulant deux grandes lèvres. On ne trouve aucune trace de raphé dans ce sillon.

Les lobes latéraux se présentent sous la forme de masses inégales molles et à peau ridée comme celle du scrotum.

Le lobe droit est beaucoup plus volumineux que le lobe gauche; en le pressant entre les doigts, on y sent un corps ovoïde qui n'est autre chose qu'un testicule muni de son cordon spermatique. La descente de cet organe s'est effectuée par un anneau très-large et a frayé passage à une hernie volumineuse.

Du côté gauche, le testicule n'est pas complétement descendu; il est facile de le faire rouler sous les doigts au devant de l'anneau. La pression détermine une vive douleur dans ces organes.

D'après les renseignements qui nous ont été transmis, et surtout d'après l'examen du linge porté par Alexandrine, il y a lieu de croire que l'émission du sperme s'effectue. La direction du canal de l'urètre permet aussi de penser que l'éjaculation se fait par un jet horizontal, comme pour les urines; circonstance favorable qui n'exclut pas absolument chez cet hypospadiaque l'aptitude de la procréation et par conséquent au mariage.

Si nous jetons un coup d'œil sur la conformation générale d'Alexandrine, nous trouvons un bassin étroit, des épaules larges, une poitrine plate, un visage encore imberbe, des genoux portés en dehors, des muscles accentués, en un mot tout ce qui caractérise physiquement la virilité. En rapprochant de cet ensemble extérieur les goûts, le caractère, les propensions instinctives d'Alexandrine, nous n'hésitons pas à considérer Alexandrine X... comme étant du sexe masculin et présentant un exemple remarquable d'*hermaphrodisme apparent chez le sexe masculin*.

III. — Embryogénie.

Recherches sur l'influence qu'exerce sur le développement du poulet l'application partielle d'un vernis sur la coquille de l'œuf ; par M. C. Dareste.

J'ai fait pendant l'été dernier un grand nombre d'expériences pour déterminer l'action que des enduits imperméables appliqués sur des œufs de poule exercent sur le développement du germe ou de l'embryon qu'ils contiennent.

De semblables expériences ont déjà été faites par Geoffroy-Saint-Hilaire (1), il y a plus de trente ans, et plus récemment par MM. Baudrimont et Martin Saint-Ange. Mais ces savants n'ayant mis en expérience qu'un très-petit nombre d'œufs, n'ont obtenu que des résultats très-incomplets, bien qu'ils aient vu plusieurs faits importants. J'ai pu, à l'aide de l'ingénieux appareil d'incubation de M. Vallée, mettre plus de soixante œufs en expérience. Cela m'a conduit à voir plusieurs faits qui avaient échappé aux savants dont je viens de rappeler les travaux.

J'ai fait ces expériences en recouvrant certaines parties de l'œuf avec du vernis, et en faisant ces applications à des époques différentes, à partir du commencement de l'incubation.

Je n'ai point verni d'œuf en totalité. Le fait de la respiration du poulet dans l'œuf est établi aujourd'hui par trop d'expériences, pour qu'il m'ait paru nécessaire de voir ce qui arriverait en rendant la coquille entière complétement imperméable à l'air ambiant. Toutefois il résulte des expériences de MM. Baudrimont et Martin Saint-Ange, que si l'action de l'oxygène est indispensable au poulet après que l'incubation a commencé, elle paraît ne pas lui être nécessaire au début même du développement. Quatre œufs vernis en totalité ont présenté à ces savants quelques débris qui indiquaient que les phénomènes embryogéniques avaient commencé, mais que le défaut de respiration les avait très-rapidement arrêtés.

Lorsque j'ai verni le gros bout des œufs au commencement ou dans les premiers jours de l'incubation, j'ai trouvé en ouvrant les œufs un certain nombre de poulets morts. Mais à cette époque l'application du vernis sur le gros bout de l'œuf n'est point toujours un obstacle au développement du poulet. Plusieurs des œufs dont j'avais verni le gros bout se sont développés, et m'ont présenté des poulets qui, au moment où j'ai arrêté l'expérience, étaient dans un parfait état de santé. Il y avait toutefois dans ces poulets un fait anatomique qui m'a paru très-digne d'attention. L'allantoïde, au lieu de s'appliquer contre les parois de la chambre à air était venue, au contraire, s'appliquer contre une des parties de la coquille qui n'avait point été vernie. Ce fait donne évidemment l'explication de la persistance de la vie dans la condition que je viens de rapporter; car l'allantoïde est le second organe de la respiration du poulet, et lorsqu'elle se développe elle vient s'appliquer contre les parois de la chambre à air, dont l'air, d'après les analyses de MM. Baudrimont et Martin Saint-Ange, contient plus d'oxygène et moins d'acide carbonique que l'air ambiant.

Pour que la vie puisse persister lorsqu'on vernit le gros bout de l'œuf, il faut donc de toute nécessité que l'allantoïde aille s'appliquer sur un autre point de la coquille; autrement il y aurait danger d'asphyxie, et le développement serait arrêté. MM. Baudrimont et Martin Saint-Ange ont déjà eu occasion d'observer un fait de cette nature, mais dans des conditions assez différentes. J'ignore complétement d'ailleurs quelle est la cause de cette position anormale de l'allantoïde. Est-ce le résultat d'une action mécanique ou physique, ou bien ne pourrait-on penser qu'elle serait produite par une détermination instinctive du poulet? On sait que depuis longtemps M. Paul Dubois a attribué à une détermination instinctive du fœtus, la fréquence des présentations de la tête, dans les accouchements.

Cette position anormale de l'allantoïde, intéressante en elle-même, nous présente d'ailleurs un certain intérêt, en ce qu'elle paraît être pour le poulet le point de départ de certaines anomalies organiques. Les poulets qui l'ont présentée étaient presque tous bien conformés; mais deux d'entre eux me présentaient des anomalies fort remarquables. L'un d'eux avait la patte gauche affectée d'*hémimélie*, c'est-à-dire que les doigts manquaient complétement, tandis que la partie droite était régulière. L'autre avait la mâchoire supérieure considérablement réduite, tandis que la mâchoire inférieure avait son développement normal. Comme dans toutes mes expériences sur l'application du vernis à la surface des œufs, je n'ai obtenu d'anomalies que dans ce cas particulier, je me crois fondé à penser que ces anomalies ont été produites par la position de l'allantoïde. Est-ce là la cause des monstruosités que Geoffroy-Saint-Hilaire a observées dans les expériences en vernissant une partie de l'œuf? On peut le penser; mais malheureusement le récit qu'il a donné de ses expériences ne nous fait connaître aucune indication précise sur ce point.

Lorsque l'application du vernis sur le gros bout de l'œuf a lieu vers le cinquième jour, c'est-à-dire à une époque où l'allantoïde est venue s'appliquer contre les parois de la chambre à air, de nouvelles conditions se produisent.

En agissant ainsi j'ai toujours tué le poulet par asphyxie, en interceptant complétement la communication de l'oxygène de l'air avec le sang des vaisseaux allantoïdiens.

(1) Geoffroy-Saint-Hilaire, Mém. sur les différents états de pesanteur des œufs au commencement et a la fin de l'incubation, dans le Journal complém. des sc. méd., t. VII, p. 271; 1820. — Philosophie anatomique, t. II, p. 511; 1822. — Sur des déviations provoquées et observées dans un établissement d'incubation artificielle, dans les Mém. du muséum, t. XI, p. 261. — Baudrimont et Martin Saint-Ange, Rech. anat. et physiol. sur l'évolut. embryonnaire des oiseaux et des batraciens, dans le Recueil des sav. étrang.; 1851.

Tout récemment M. Lereboullet a annoncé qu'il avait provoqué des anomalies dans les poules, en mettant leurs œufs dans de *mauvaises conditions de développement*; malheureusement il n'indique point quelles sont ces conditions. (Voy. Comptes rendus, t. XL, p. 916.)

Plus tard, de nouvelles conditions se produisent. L'allantoïde, après s'être appliquée contre les parois de la chambre à air, continue à se développer, et elle vient peu à peu s'appliquer sur la face interne de la coquille dans presque toute son étendue. Si, à cette époque, on vernit le gros bout de l'œuf, on n'exerce plus d'action sur le poulet, car cette opération ne peut plus empêcher l'allantoïde d'être en communication avec l'air extérieur. C'est du moins ce que j'ai observé toutes les fois que j'ai verni le gros bout de l'œuf du huitième au douzième jour de l'expérience, époque à laquelle mes expériences ont été terminées.

Le vernissage du petit bout de l'œuf m'a donné des résultats très-différents. Au début et dans les premiers temps de l'incubation, le poulet ne se développe pas toujours, et le nombre des insuccès paraît même plus fréquent que dans l'incubation artificielle ordinaire. Mais lorsque l'allantoïde s'est bien développée et qu'elle s'est appliquée contre les parois de la chambre à air, il n'y a plus rien qui s'oppose au développement du poulet qui se fait d'une manière régulière; c'est du moins ce que j'ai constaté dans mes expériences. J'ai fait aussi quelques expériences sur le vernissage des œufs dans une moitié parallèle au grand axe. Dans ces expériences, peu nombreuses d'ailleurs, le poulet ne s'est point développé, ou il est mort lorsque le développement était déjà commencé. J'ai lu depuis dans le travail de MM. Baudrimont et Martin Saint-Ange que des expériences analogues avaient donné, dans certaines circonstances, des résultats différents: que ces poulets sont morts toutes les fois que la moitié vernie de l'œuf était placée en dessus, tandis qu'ils ont continué à vivre quand la moitié vernie était placée en dessous. C'est une circonstance à laquelle je n'avais point pensé lorsque j'ai commencé mes expériences. Je me suis borné dans ce travail à raconter ce que j'ai vu et à chercher son explication physiologique. Les résultats de semblables expériences sont assujettis à des conditions tellement diverses qu'elles ont besoin d'être répétées un très-grand nombre de fois et dans les circonstances les plus variées. Je compte les reprendre au printemps prochain.

VARIÉTÉS.

— Par décret du 20 février, l'empereur a nommé officiers de la Légion d'honneur les médecins militaires dont les noms suivent :

M. Huard, médecin-major. A Malakoff, sous un feu des plus actifs, il a sauvé la vie à plusieurs blessés en leur portant secours dans les tranchées.

M. Raichon, médecin-major. Deux fois cité à l'ordre de l'armée. A rendu de grands services en Crimée.

— Par arrêté du 23 février 1856, M. Chrétien, docteur en médecine, est nommé officier d'Académie.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 23 février 1856, M. Bastien, docteur en médecine, est nommé professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy.

M. Bastien sera attaché en ladite qualité à la chaire d'anatomie et de physiologie.

— Par arrêté en date du 20 février 1856, M. Courty, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier, est chargé du cours d'opérations et d'appareils de ladite Faculté.

— Par suite de la nouvelle organisation de l'agrégation, un concours devra être ouvert à la fin de l'année, pour quatre places d'agrégés stagiaires à la Faculté de médecine de Strasbourg.

— On a transporté à l'Académie de médecine une statue en marbre du baron Larrey.

Cette statue, due au ciseau de M. Robinet, est destinée à la salle des séances.

— Le service médical au siége de Kars. — Le docteur Sandwith, qui dirigeait le service de santé de l'armée turque, vient de publier une intéressante relation du siége de Kars. Il avait sous ses ordres au début de la campagne cinquante officiers de santé, y compris les médecins, les chirurgiens, les pharmaciens. Les médecins étaient les plus instruits de ce personnel. Les chirurgiens appartenaient à un rang inférieur, c'étaient en quelque sorte des barbiers ignorants, mais très-intelligents et prompts à apprendre. L'arsenal chirurgical et pharmaceutique envoyé à grands frais de Constantinople contenait entre autres inutilités beaucoup d'instruments d'obstétrique, de l'huile de croton et une grande quantité de semences de lin. Grâce aux soins du général Williams, éclairé et guidé en reste par le docteur Sandwith, les mesures furent tellement prises que jusqu'à la fin du siége les blessés et les fiévreux reçurent tous les soins que réclamait leur situation.

— M. le docteur Guyon a été nommé membre correspondant de l'Académie des sciences par 45 suffrages sur 52 votants.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Petit, médecin inspecteur des eaux de Vichy, qui vient de succomber à Paris dimanche dernier, 24 février, à la suite d'une très-courte maladie.

— Vient de mourir également M. Bonastre, membre de l'Académie impériale de médecine, section d'histoire naturelle et de thérapeutique, à l'âge de 73 ans.

— M. Claude Bernard, membre de l'Institut, a commencé son cours du collége de France hier à une heure, et le continuera les mercredis et vendredis suivants à la même heure. Il traitera des effets des substances toxiques et médicamenteuses.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

TRAITEMENT DES OPHTHALMIES PAR L'OCCLUSION DES PAUPIÈRES.

Une discussion des plus intéressantes a commencé à l'Académie de médecine sur le traitement des ophthalmies par l'occlusion des paupières. Contenne jusqu'ici dans de justes limites, cette discussion a mis en lumière une foule de faits et de préceptes dignes de l'attention des praticiens. Parmi les discours prononcés, on remarquera surtout celui de M. Larrey, qui a réussi à condenser en peu de mots ce que l'on sait sur l'origine, la théorie et la pratique de cette méthode. C'est moins un discours suggéré par la discussion qu'un excellent résumé de faits observés durant une carrière déjà longue et fécondés par le plus sage esprit de discernement. La discussion pourra insister davantage sur les questions soulevées par M. Larrey; on pourra même différer d'opinion sur quelques points avec ce prudent et habile praticien, mais on lui rendra la justice de reconnaître qu'il n'a laissé aucune question à l'écart. En attendant qu'un autre membre vienne à son tour faire connaître les résultats de ses méditations et de sa riche expérience sur le même sujet, nous essayerons quelques remarques qui auront surtout pour but de préciser les difficultés qui restent à résoudre.

Ainsi que l'a très-bien dit M. Larrey, c'est à tort que l'on a présenté la méthode qui consiste à tenir les paupières closes dans les ophthalmies, comme une méthode nouvelle et absolue. Cette faute, qui est l'écueil des meilleures pratiques de l'art, mérite qu'on s'y arrête pour en faire ressortir tous les inconvénients. Peu importe l'ancienneté ou la nouveauté de la méthode, si elle est bonne. Ce qu'il importe de bien savoir, c'est quand elle réussit, jusqu'où elle réussit, et dans quelles limites elle doit intervenir. Les personnes qui tentent de faire revivre ce qu'on a oublié n'y prennent pas assez garde; une méthode ne tombe pas dans l'oubli parce qu'elle est absolument mauvaise, mais parce qu'on n'a pas su la prémunir contre les abus de l'absolu. Le traitement par l'occlusion des paupières est précisément dans ce cas. Il eût donc été plus utile de chercher à bien préciser les indications et contre-indications de son emploi que d'apporter de nouveaux faits en faveur de son efficacité. C'est pour suppléer en partie à cette lacune que, de concert avec M. Larrey, nous allons présenter quelques considérations à ce point de vue.

Le premier abus de l'absolu dans le cas qui nous occupe consiste à présenter la méthode comme capable de guérir toutes les ophthalmies. L'ophthalmie n'est pas une maladie toujours identique à elle-même. Elle est presque toujours une apparence, un symptôme appartenant à des affections de nature diverse. Croit-on, par exemple, qu'il soit indifférent de traiter par l'occlusion des paupières l'ophthalmie inflammatoire, scrofuleuse, purulente ou vénérienne. Ce serait faire injure au discernement du lecteur que d'insister sur les distinctions étiologiques indispensables à faire à ce premier point de vue.

La distinction entre les ophthalmies curables et non curables par l'occlusion des paupières étant admise, reste à savoir si, dans celles qui peuvent bénéficier de la méthode, elle est également utile à toutes les périodes de la maladie. Ici encore on est obligé d'admettre les réserves proposées par M. Larrey. L'occlusion des paupières convient surtout au début de la maladie; elle est souvent nuisible dans ses périodes avancées. Inutile d'insister sur les motifs de cette seconde distinction.

Une troisième faute consiste à considérer l'occlusion des paupières comme méthode absolue à l'exclusion de tout autre moyen local et général. Une pareille doctrine replongerait dans l'enfance de l'art, dans l'empirisme le plus arbitraire. Il est inutile encore d'insister pour montrer les inconvénients d'un tel abus.

Enfin, l'absolu du mode d'emploi ou du procédé n'est pas le moindre inconvénient. Il est évident, au contraire, que chacun des procédés connus a sa valeur pour le cas et la période où il convient. Ces distinctions sembleraient inutiles à rappeler, et pourtant rien n'est moins rare que l'obstination à s'enfermer dans une même routine. Il est donc utile de faire, parmi les différents modes d'occlusion des paupières proposés, un choix qui réponde à la nature, au siége, au degré et à la période de l'ophthalmie.

Voici pour les indications purement pratiques. Nous croyons inutile de donner plus de développement à cette espèce de programme d'une méthode rationnelle du traitement des ophthalmies par l'occlusion des paupières.

Nous voudrions bien nous élever plus haut, et chercher avec MM. Bégin et Larrey à quelles idées théoriques et physiologiques répond la méthode en litige. Nos savants confrères ont dit de très-bonnes choses à cet égard; mais peut-être n'ont-ils pas tout dit, et surtout n'ont-ils pas envisagé la question dans son ensemble.

Il est bien vrai, ainsi que l'a judicieusement fait remarquer M. Larrey, que l'occlusion des paupières est une méthode d'instinct. Ce sont les malades qui ont mis les médecins sur la voie. Mais à cette inspiration de l'instinct, il convient d'ajouter les lumières du raisonnement. Or qu'apprend le raisonnement? Que l'occlusion des paupières répond à trois buts, remédie à trois inconvénients : elle soustrait l'œil à l'action de la lumière, à l'action de l'air et au clignotement ou frottement des paupières. Est-ce bien là le véritable caractère de la méthode? Nous ne le pensons pas. Son caractère essentiel est d'un ordre plus général et plus physiologique. Le bienfait de l'occlusion des paupières est de remener la surface malade, la plaie oculaire, si l'on peut s'exprimer ainsi, aux conditions des plaies sous-cutanées, c'est-à-dire de les soustraire aux causes qui produisent et entretiennent l'inflammation suppurative, aux influences qui altèrent les produits excrétés; en un mot, de les ramener aux conditions de l'organisation immédiate. On objectera sans doute que lorsque l'ophthalmie a commencé, lorsqu'elle est réalisée, le but et le caractère de la méthode sous-cutanée sont impossibles à atteindre. On ne le conteste pas; mais s'il est trop tard pour obtenir le bienfait tout entier de la méthode, on peut en obtenir une partie, et ce que l'on obtient n'en offre pas moins le caractère et l'essence de la méthode elle-même.

Ce qui précède ne doit pas être envisagé comme une vaine considération théorique. On doit y voir au contraire une source nouvelle et peut-être plus sûre d'indications pratiques et rationnelles. Quand on saura parfaitement jusqu'où l'occlusion des paupières pourra hâter ou modifier utilement le travail de résolution et de cicatrisation de la conjonctive malade, on saura du même coup quand, comment, à quel degré

FEUILLETON.

HISTOIRE MÉDICALE DE L'ANCIENNE ROME : ÉPIDÉMIOLOGIE, HYGIÈNE PUBLIQUE (1).

Du temps de Celse, la saison la plus salubre à Rome était le printemps, l'hiver venait ensuite; l'automne et l'été étaient les deux saisons les plus dangereuses; les époques les plus favorables à la santé étaient celles où la température était la plus uniforme, les grandes vicissitudes atmosphériques étaient considérées comme exerçant une influence très-défavorable. Pendant l'hiver, les meilleurs jours étaient ceux où le temps était calme; pendant l'été, les vents doux de l'ouest étaient très-salubres, les vents du sud, qui traversaient la mer (sirocco), favorisaient le développement des maladies. On observait, pendant l'été, les différentes sortes de fièvres, depuis la fièvre continue jusqu'à la fièvre tierce. En automne il y avait des maladies variables, que les médecins de l'époque rattachaient à une affection de la rate. La science de cette époque n'ignorait pas la relation qui existe entre le voisinage des marais et certaines fièvres ou cachexies. Parmi les causes de la fièvre intermittente, Arétée cite les localités marécageuses et la saison d'automne. Galien, qui exerça pendant un certain temps à Rome, dit que les exhalaisons des étangs donnent lieu souvent, pendant l'été, une fièvre pernicieuse grave. Il remarque qu'à mesure que la population s'accroît dans les localités ainsi insalubres, à mesure que la culture du sol se développe, les maladies diminuent. Pendant la décadence de l'empire, les fièvres reparurent à Rome.

En *hiver*, la population de Rome était sujette aux maladies des yeux, aux hémorrhagies, aux furoncles, aux affections névralgiques, aux douleurs de tête. Ce climat semble avoir été de tout temps défavorable aux personnes qui avaient une tendance aux hémorrhagies, aux sujets hypocondriaques, nerveux, affaiblis. Les médecins de l'ancienne Rome font souvent mention de la paralysie et de l'apoplexie. Celse observe que la paralysie, l'épilepsie et les affections graves du cerveau se montraient souvent pendant les temps orageux. J. Clark a trouvé que de nos jours encore, les étrangers étaient fréquemment sujets à la céphalalgie. C'est en été que Celse place l'époque des inflammations lentes du foie et de la rate. Au dire de Galien, de Celse et des autres auteurs, les affections pulmonaires étaient produites et aggravées par les vents du nord; c'étaient probablement des pneumonies qui survenaient chez des sujets affaiblis par la fièvre. Les mêmes observations ont été faites de nos jours.

Tite-Live et les autres auteurs qui parlent des premières épidémies qui dé-

(1) Nous empruntons les détails suivants à un travail plein d'intérêt, que le docteur Alfred Haviland a publié dans l'excellent journal d'hygiène publique, édité à Londres par le docteur Richardson.

et par quel procédé on obtiendra le plus souvent la guérison rapide des ophthalmies par l'occlusion des paupières. Jusque-là on ne fera que de l'empirisme, c'est-à-dire ce qui est essentiellement précaire.

JULES GUÉRIN.

PHYSIOLOGIE.

MÉMOIRE SUR LA CONTRACTILITÉ TENDINEUSE; lu à l'Académie des sciences, dans la séance du 3 mars 1856, par le docteur JULES GUÉRIN.

« Les tendons, dit Bichat (1), sont des espèces de cordes fibreuses » intermédiaires aux muscles et aux os, transmettant aux seconds les » mouvements des premiers, et jouant dans cette fonction un rôle abso» lument passif. » Cette opinion du fondateur de l'anatomie générale sur le caractère purement passif du tendon, n'a jamais été contestée par personne. Reproduite par tous les anatomistes, elle continue à être professée sans la moindre réserve dans nos écoles (2); et elle l'est, non-seulement dans son acception verbale, mais même dans toute sa portée anatomique et physiologique : de telle sorte que les déterminations histologiques aussi bien que les déductions mécaniques, sont toutes empreintes de cette croyance : que les tendons sont des cordes inertes, ne jouissant d'aucune espèce de contractilité.

Il est impossible d'avoir un point de départ plus précis et mieux arrêté.

Cependant, depuis environ dix années, j'ai acquis la conviction et j'ai professé à plusieurs reprises, que cette doctrine de Bichat et de ses continuateurs n'est nullement fondée. L'analyse histologique, les faits pathologiques, l'observation et l'expérience physiologiques m'ont paru s'accorder pour établir d'une façon certaine que les tendons se contractent. Je me hâte d'ajouter qu'ils ne se contractent pas d'une manière identique à celle des muscles, ni d'une manière aussi évidente que ces derniers : c'est ce qui explique comment un fait de cet intérêt a pu échapper à tous les anatomistes jusqu'à ce jour.

Pour ne pas abuser des moments de l'Académie, je me bornerai à résumer devant elle les faits et les expériences qui m'ont conduit à établir que les tendons se contractent; puis je chercherai à préciser le véritable caractère de la contractilité tendineuse.

§ I. — FAITS HISTOLOGIQUES.

Dès l'année 1835, j'avais fait connaître, et une commission de l'Académie avait constaté que, dans certaines conditions déterminées, comme une tension constante et exagérée, les muscles ont la propriété de passer à l'état fibreux. C'est ainsi que les transversaires épineux dans les fortes gibbosités qui écartent leurs points d'insertion, que le sterno-mastoïdien et les muscles jumeaux dans le torticolis et le pied-bot — lesquels ont pour effet de soumettre ces muscles à une traction constante — présentent des exemples de cette dégénérescence fibreuse. Or, dans ces différents cas les portions de tendon résultant du travail de transformation fibreuse s'offrent avec tous les caractères histologiques du tendon primitif, dont elles ne sont qu'un simple prolongement, aussi impossible à distinguer au microscope qu'à l'œil nu. A diverses reprises, j'ai présenté à plusieurs micrographes expérimentés des portions de tendons, de nouvelle formation, et ils n'ont pu les distinguer du tendon primitif qui leur faisait suite. Le fait de l'identité des deux tendons, dont l'un, considéré jusqu'ici comme tout à fait distinct du muscle et d'une organisation entièrement différente, et dont l'autre est une émanation directe et incontestable du tissu musculaire dépouillé de quelques-uns de ses éléments, ce fait, dis-je, a été le point de départ de mes recherches sur la contraction tendineuse. De l'identité de tissu, j'ai été porté à conclure à l'identité de fonction. J'avais observé d'ailleurs que des portions de muscles évidemment fibreuses avant l'opération qui a pour résultat de les restituer à leur longueur et à leur tension normales, reprennent souvent, après quelques années, si ce n'est après quelques mois, la consistance charnue. Le sterno-mastoïdien et les muscles du mollet m'ont offert, comme à d'autres chirurgiens, maintes fois cet exemple.

§ II. — FAITS PATHOLOGIQUES.

Mais ce que les études histologiques ne permettaient encore d'établir que par induction, l'observation pathologique me l'a fait constater directement.

Dans un mémoire dont les conclusions sont insérées aux COMPTES RENDUS de l'Académie, année 1840, p. 627, j'ai fait connaître pour la première fois que les tendons sont susceptibles de se rétracter spécialement et à l'exclusion du muscle proprement dit, c'est-à-dire de se raccourcir et de se maintenir raccourcis, comme conséquence d'une sorte de spasme limité à leur sphère d'action. Ce fait, je l'ai observé dans les circonstances et avec les caractères qui suivent :

A la suite d'une brûlure intéressant la face dorsale et palmaire de la main, j'ai vu les tendons extenseurs et fléchisseurs se rétracter sans participation apparente des muscles proprement dits; sous l'influence d'un abcès occupant le creux du jarret, j'ai vu les trois tendons formant le bord interne du creux du jarret se rétracter dans l'espace de quelques jours. Chez un autre individu, à la suite d'une chute sur le genou, j'ai constaté un raccourcissement presque immédiat du tendon rotulien inférieur, lequel avait perdu presque la moitié de sa longueur. Enfin, sous l'influence d'une escarre de la peau, au niveau du tendon d'Achille, j'ai observé la rétraction du tendon d'Achille, et par suite la formation d'un pied-bot équin. Ces faits, d'un caractère isolé et en quelque façon exceptionnel, n'ont pas tardé à m'en dévoiler d'autres d'un caractère plus général.

Dans les arthropathies, dans les rhumatismes articulaires, dans certaines hydarthroses, celles de nature scrofuleuse surtout, je n'ai pas

(1) ANATOMIE GÉNÉRALE, Œuv. compl., t. V, p. 271.

(2) « Les muscles, dit M. Cruveilhier, se composent de deux ordres de » fibres : 1° de fibres *rouges* ou *contractiles*, qui constituent la fibre muscu» laire proprement dite ; 2° de fibres *blanches*, albugineuses, résistantes, *non* » *contractiles*, qui constituent les tendons et les aponévroses. » (ANAT. DESCRIPT., t. II, p. 13.)

vastèrent Rome signalent parmi les causes de ces fléaux, les effluves des plaines précédemment inondées, les émanations putrides des cadavres abandonnés à l'intérieur ou à l'extérieur de la ville, l'encombrement et l'altération de l'air qui en est la conséquence inévitable, le manque d'eau potable, le mauvais état des égouts, et certaines conditions inconnues de l'atmosphère. Parmi les causes prédisposantes des maladies populaires, les auteurs citent les disettes, les famines, la guerre, les séditions. La *peste* qui régna à Rome 640 ans avant J.-C., sous le règne de Tullus Hostilius, fut attribuée à une pluie de pierres qui tomba sur le mont Albane. L'épidémie de 462 fut bien plus grave encore; elle enleva 100,000 habitants, au dire des historiens, et fut attribuée à l'insalubrité atmosphérique. A cette époque, les Romains, vaincus par les Æques, se renfermèrent dans les murs de la ville avec leurs troupeaux; il en résulta bientôt une infection considérable. En 451, une maladie pestilentielle sévit à la fois sur les hommes et les animaux. Les années 433 et 434 furent aussi des époques de grande mortalité, surtout la dernière, pendant laquelle il y eut des tremblements de terre qui détruisirent plusieurs villages. A la même époque, il y avait la sédition dans la capitale et des révoltes dans les provinces. En 430, la disette et les maladies graves associent leurs effets. En 427, la sécheresse fut si grande qu'il en résulta une épidémie grave sur les habitants; un mal encore plus redoutable sévit sur les bestiaux. En 409, la famine succéda à la peste au lieu de la précéder. En 399, le froid fut assez intense pour arrêter la navigation du Tibre, et empêcher l'importation des subsistances, l'été fut chaud et insalubre, et comme le remarque Tite-Live, ce grand changement du froid au chaud causa la peste, qui fit des ravages terribles. A la même époque, les Romains étaient en guerre avec les Véiens. Une grande épidémie eut lieu en 365 et 364, c'est celle dont Camille mourut. Les années 380, 344, 31t, 293, furent aussi des années très-éprouvées par les épidémies. L'an 70 *de notre ère*, il y eut à Rome une peste des plus graves, il mourait environ 10,000 personnes par jour. En 167, à l'époque de Galien, la même maladie ravagea tout l'empire romain. A partir de l'année 252, pendant quinze ans, une maladie épidémique parcourt et ravage les différentes parties de l'empire.

L'histoire fournit quelques données intéressantes sur certaines institutions d'hygiène publique des anciens Romains. Les aqueducs de Rome méritent d'être cités parmi les restes les plus majestueux des monuments antiques. Quelques écrivains en comptent jusqu'à vingt; d'autres en réduisent le nombre à quatorze; l'un d'entre eux avait plus de vingt lieues de longueur. Les eaux, ainsi déviées de leur cours naturel, étaient contenues dans d'immenses réservoirs (*castella*), les uns publics, les autres particuliers (*publica et privata*). Les réservoirs publics fournissaient de l'eau à chaque maison qui avait son réservoir spécial (*castellum domesticum*). Les réservoirs publics étaient destinés à alimenter le camp des prétoriens, les étangs, les fontaines, le cirque, les naumachies, les amphithéâtres, les bains, et certaines industries. Sous la république, des *ædiles* étaient chargés de veiller à l'entretien des canaux, édifices et autres moyens de distribution des eaux. Auguste créa un préfet des eaux (*præfectus aquarum*) qui avait sous ses ordres un personnel nombreux. Sous le règne de Trajan un corps de 460 esclaves était constamment employé sous la direction des édiles; les uns étaient chargés de

tardé à reconnaître que la rétraction des tendons correspondant à l'articulation malade est un fait aussi fréquent que facile à reconnaître.

Le caractère anatomique de la rétraction tendineuse, celui qui permet de la distinguer de la rétraction du muscle proprement dite, c'est la diminution de longueur du tendon par rapport au muscle, lequel, dans certains cas, conserve sa longueur normale : le contraire ayant lieu lorsque la fibre musculaire participe primitivement à la rétraction, ou en est le siége principal. Or j'ai constaté directement, sur le cadavre d'un jeune sujet qui était mort avec une désorganisation tuberculeuse du pied, un raccourcissement du tendon d'Achille correspondant, lequel offrait une réduction de 3 centim. 4 millim. sur celui du côté opposé.

Le caractère physiologique de la rétraction tendineuse, c'est d'abord de s'opérer sous l'influence d'une lésion et d'une douleur localisée au voisinage de l'insertion du tendon, comme dans certaines arthralgies ; c'est ensuite, sous l'influence de cette douleur, de provoquer une attitude articulaire en rapport avec l'action des tendons raccourcis, sans participation du muscle proprement dit ; attitude qu'on avait supposée prise volontairement par le malade pour se soustraire à la douleur. Mais une inspection des directions spéciales imprimées aux parties montre qu'elles sont le plus souvent en rapport avec l'action isolée de tel ou tel tendon et non avec l'action collective des muscles qui meuvent l'articulation.

De ce double caractère anatomique et physiologique de la rétraction tendineuse, on peut donc conclure que les tendons jouissent, comme les muscles, de la propriété de se rétracter, c'est-à-dire que, comme les muscles, ils sont susceptibles d'éprouver une maladie qui n'est qu'une altération de la contractilité normale, et que par conséquent ils possèdent, comme les muscles, la propriété physiologique dont ils sont susceptibles de présenter l'altération pathologique. C'est ce que permet de constater directement l'observation.

§ III. — FAITS PHYSIOLOGIQUES.

Les muscles et les tendons forment un tout continu. Il fallait, pour mettre hors de doute le fait de la contractilité propre des tendons, pouvoir isoler les deux portions charnue et fibreuse, et observer séparément dans chacune d'elles le phénomène de la contraction. J'avais d'abord songé dans ce but à provoquer chez les animaux des adhérences artificielles entre les origines tendineuses et les surfaces osseuses correspondantes ; de cette façon, j'aurais arrêté l'effet de la contraction musculaire au niveau des points d'adhérence, et j'aurais laissé au tendon le bénéfice évident de son action propre ; mais l'observation clinique et l'observation physiologique m'ont permis de constater directement chez l'homme le résultat de l'expérience artificielle que j'aurais provoquée peut-être avec moins de fruit chez les animaux.

Un individu, atteint d'un coup de feu au niveau du poignet, avait eu les deux os de l'avant-bras fracturés en cet endroit ; il en était résulté une plaie profonde, comprenant tous les tissus, et ayant, après la guérison, produit une confusion et adhérence générale des parties. On pouvait, chez cet homme, apprécier la contraction des muscles fléchisseurs superficiels et profonds des doigts, dont l'action venait se perdre et s'arrêter à la cicatrice du poignet. Toutefois les tendons, livrés en quelque façon à leur propre activité, donnaient lieu à des marques de contraction évidente caractérisées par la dureté passagère qu'ils offraient le long de leur trajet dans la paume de la main, et par quelques mouvements de flexion des doigts ; flexion qui, ainsi que je le dirai plus tard, ne s'opérait pas dans les conditions tout à fait ordinaires de la contraction des muscles.

D'autres faits non moins concluants, mais infiniment plus faciles à vérifier, permettent de constater isolément la contraction du muscle et de son appendice tendineux.

Il existe chez l'homme et tous les mammifères, un tendon, le tendon rotulien, sur le trajet duquel un os parfaitement distinct, la rotule, a pour effet de le séparer en deux portions, et comme en deux tendons distincts : les tendons rotuliens *supérieur* et *inférieur*. Or il arrive assez souvent qu'à la suite des maladies du genou la rotule se soude, s'ankylose avec la surface correspondante du fémur. Les cas de cette sorte réalisent de la manière la plus parfaite la condition que j'avais d'abord songé à provoquer chez les animaux, à savoir : d'isoler à l'aide d'une adhérence de l'extrémité musculaire du tendon, la contraction propre de ce dernier. En effet, lorsque chez les sujets affectés de ces sortes d'ankyloses, on veut observer ce qui se passe dans les efforts pour soulever le membre, on s'assure aisément qu'en même temps que les muscles extenseurs de la cuisse, le trifémoro-rotulien se contractent, le tendon rotulien inférieur, c'est-à-dire la portion du tendon située entre la rotule ankylosée immobile et le tibia, participe à la contraction du muscle : il se soulève, se durcit et se raccourcit d'une quantité sensible au toucher et à l'œil.

Sous l'influence de cette contraction, la jambe, lorsqu'il n'existe pas de soudure sur le fémur et le tibia, s'étend sur la cuisse au degré compatible avec l'ankylose de la rotule ; et lorsqu'elle est abandonnée à elle-même, elle offre un degré de flexion supérieur à celui qu'elle présente pendant les efforts que fait le sujet pour soulever le membre. On constate en outre que la tension et la rigidité du tendon rotulien sont en sens inverse de l'écartement de ses points d'insertion à la rotule et au tibia, c'est-à-dire que le tendon est plus mou, plus déprimé pendant la flexion passive que dans le degré possible d'extension active. Il m'a été donné de constater plusieurs fois ce fait dans toute son évidence. Il est néanmoins des cas exceptionnels d'ankylose de la rotule dans lesquels le tendon rotulien est absolument dépourvu de contractilité. J'aurai à m'expliquer plus tard sur ces cas.

Mais les circonstances assez rares où la contractilité du tendon rotulien peut être constatée à part de celle du muscle, n'ont servi qu'à me mettre sur la voie d'autres faits infiniment plus fréquents, et par conséquent plus faciles à observer et à vérifier. Ces faits, du domaine physiologique, peuvent être constatés en tout temps et chez tous les individus : je veux parler de la contraction du même tendon rotulien inférieur dans certaines attitudes qui répètent à quelques égards les conditions de l'ankylose de la rotule avec le fémur.

En effet, lorsque dans la position assise, la jambe étant fléchie sur la cuisse à angle droit, on applique les doigts sur le trajet du tendon rotulien inférieur, on sent manifestement le tendon se soulever, s'étendre et se durcir à chaque effort pour soulever la jambe maintenue invariablement au même degré de flexion. Avec un peu d'exercice, on

---

l'entretien des canaux, les autres de celui des réservoirs. Des milliers d'hommes étaient constamment employés à la construction et à l'entretien de ces gigantesques aqueducs qui, aujourd'hui encore, frappent d'étonnement le voyageur. Et on peut dire que sous le rapport de l'abondance, de la pureté et de la distribution des eaux, Rome l'emportait sur la plupart des villes modernes.

Dans les premiers siècles, les Romains ne firent usage des bains qu'une fois par semaine. Sous la République, on commença à bâtir des bains publics, mais ces thermes étaient encore mal éclairés et peu agréables. Sous l'empire ils atteignirent un degré prodigieux de grandeur et de luxe. A cette époque, il y eut évidemment abus dans l'usage des bains. La classe moyenne allait au bain chaque jour ; les thermes étaient un lieu de rendez-vous et de conversation comme les cercles de nos jours. Vers le milieu du jour, toutes les affaires étaient suspendues, on se promenait alors au champ de Mars ou sur les promenades publiques, ensuite on allait au bain jusqu'à l'heure du souper. Les bains publics n'étaient pas ouverts avant deux ou trois heures de l'après-midi. On entrait d'abord généralement dans le bain chaud ou tiède, et une cloche annonçait l'ouverture du *caldarium*. Les malades n'étaient admis aux bains qu'avec la prescription du médecin. A quatre heures ces bains étaient fermés. Sous quelques empereurs cependant, les bains s'ouvraient plus tot et se fermaient plus tard.

Celse n'approuve pas le trop fréquent usage du bain. On attribue à Antonius Musa l'emploi du bain froid dans certaines maladies. Il est de fait qu'Auguste s'étant bien trouvé de ce moyen, l'usage en devint général pendant quelques temps. Les Grecs firent usage d'abord du bain froid, et ensuite de l'étuve sèche. Galien prescrivait d'abord l'étuve chaude, ensuite le bain d'eau tiède ou chaude, puis le bain froid et les frictions. Celse recommande d'abord la chambre chaude pour pousser à la sueur, puis le bain tiède, et enfin les affusions d'eau froide suivies de frictions énergiques.

Les principaux bains médicinaux des Romains étaient ceux d'Aquæ Albulæ, dont on portait souvent les eaux à Rome ; c'étaient des eaux chaudes sulfureuses. On trouve dans cette localité les ruines d'anciens thermes. Galien conseillait ces eaux dans les maladies de la peau, les vieux ulcères, les suppurations, catarrhes ou écoulements.

NOUVELLES SANITAIRES DE L'ARMÉE D'ORIENT.

Nos troupes sont cruellement éprouvées par le typhus, nous écrit-on de Constantinople ; le nombre des malades est considérable en Crimée ; à Constantinople, il dépasse toutes les proportions antérieures. On parle de la construction de nouveaux hôpitaux ; les infirmiers et les sœurs hospitalières sont décimées par la maladie ; le service de santé a fait des pertes cruelles, et compte déjà, depuis deux mois seulement, plus de vingt médecins entrés comme malades dans les hôpitaux. Quelques-uns de ces dévoués confrères ont succombé : les docteurs Mercier, Dulac, Leclerc, Lardy.

parvient aisément à produire le même résultat, au repos du membre, en provoquant, par la seule force de la volonté, la contraction générale et simultanée de tous les muscles et tendons de l'articulation. Dans cette attitude et dans ces deux sortes d'expériences, la rotule reste immobile, appliquée fortement contre la surface correspondante du fémur, et comme encastrée dans la rainure fémorale, sollicitée qu'elle est en sens inverse par la contraction simultanée du muscle et du tendon.

Mais ces observations et ces expériences, quelque probantes qu'elles soient pour établir le fait de la contractilité tendineuse, peuvent être rendues plus démonstratives encore par d'autres expériences qu'il me reste à faire connaître, mais dont le but est en même temps de préciser le véritable caractère, la véritable nature de la contractilité tendineuse par rapport à la contractilité musculaire.

§ IV. — DE LA NATURE DE LA CONTRACTILITÉ TENDINEUSE.

Les tendons ne se contractent pas comme les muscles, ni de la même façon ni au même degré. Un tronçon de tendon, séparé de son aboutissant musculaire, ne paraît pas sensible à l'action de l'électricité, sous quelque forme qu'on l'emploie. Ce résultat, qu'on pourrait regarder comme infirmant l'existence de la contractilité tendineuse, prouve seulement, et c'est ce que je veux établir, que cette contractilité n'est ni du même ordre ni de la même nature que la contractilité musculaire. Ici le galvanisme joue le rôle d'un réactif dont la diversité d'action implique la diversité du corps éprouvé.

En effet, il est dans l'économie animale des tissus autres que les tendons qui jouissent d'une sorte de contractilité bien établie, quoiqu'ils soient réfractaires à l'action du galvanisme : ainsi le dartos ou enveloppe des bourses se montre insensible au galvanisme et aux irritants mécaniques; cependant il se resserre sous l'impression du froid ou lorsqu'on le chatouille; au contraire, sous l'influence d'un état paralytique, il se relâche, devient lisse et incapable d'éprouver le mode de contraction qui lui est propre. Les muscles eux-mêmes présentent parfois un état exceptionnel particulier, dans lequel ils sont complétement insensibles à l'action du galvanisme, bien qu'ils continuent à se contracter sous l'influence de la volonté : c'est lorsqu'ils ont été atteints de ce mode de paralysie qu'on appelle la paralysie saturnine. On parvient à vaincre la maladie, à restituer aux muscles la contractilité volontaire qu'ils avaient perdue, mais ils ne retrouvent pas la contractilité galvanique. Partant de ces faits, j'ai donc pu conclure que l'impuissance de l'électricité à provoquer la contraction tendineuse, implique, non l'absence de cette contractilité, bien attestée d'ailleurs, mais un mode de contractilité différente de la contractilité musculaire générale (1).

Quel est ce mode de contractilité?

Lorsque, sous l'influence de la volonté, on étend le pied ou la main, il est parfaitement reconnu que le déplacement de l'organe est l'effet d'un raccourcissement du muscle et par conséquent d'un déplacement du tendon dans le sens de ce raccourcissement. Ce fait étant admis comme certain, le problème consiste à démêler à travers ce résultat, attribué à la contractilité musculaire exclusivement, la part qui peut en revenir à la contractilité tendineuse. Dans ce but, j'ai fait les expériences suivantes.

EXP. I. — Le pied étant maintenu à angle droit sur la jambe, j'ai planté, dans le milieu du tendon d'Achille et perpendiculairement à son axe, une aiguille en platine de 12 centimètres de longueur, de manière à atteindre le centre du tendon. J'ai fait étendre par la volonté le pied sur la jambe, aussitôt l'extrémité libre de l'aiguille a basculé vers le talon, accusant ainsi un déplacement en sens opposé de son autre extrémité, laquelle avait été entraînée en haut d'une quantité égale au déplacement de son point d'insertion au tendon.

Dans cette expérience, le sens et le degré du déplacement des deux extrémités de l'aiguille s'est montré bien en rapport avec ce que l'on sait et croit savoir du rôle actif du muscle et du rôle passif du tendon.

EXP. II. — Le même sujet, tenu debout et les jambes droites, l'un des deux pieds étendu à angle de 130 degrés sur la jambe, on plante l'aiguille horizontalement au même point que dans l'expérience précédente, le pied maintenu invariablement au même degré d'extension; on invite le sujet, que l'on tient par la main, à soulever la jambe dépourvue d'aiguille, de façon à faire supporter le poids du corps exclusivement par l'autre pied. On recommande au sujet de se tenir parfaitement immobile, et on s'assure que le pied reste invariablement au même degré d'extension en plaçant sous le talon élevé l'extrémité d'un petit levier articulé sur son trajet en fléau de balance, et dont l'extrémité libre correspond à un segment de cercle gradué propre à accuser le moindre changement de niveau du talon. Au moyen de ces précautions, on a donc un degré d'extension fixe et invariable du pied sur la jambe. Or voici ce que l'on observe : dès que le poids du corps commence à porter exclusivement sur le pied dont le tendon est armé de l'aiguille, on voit immédiatement l'extrémité libre de celle-ci basculer en haut du côté de la jambe, c'est-à-dire en sens inverse de la direction qu'elle affectait dans les cas précédent. On constate en même temps que le tendon d'Achille acquiert une dureté et une résistance beaucoup plus grandes. L'extrémité implantée de l'aiguille entraînée du côté du talon par son point d'insertion au tendon, c'est-à-dire par suite du déplacement de ce point vers le talon, en vertu du raccourcissement du tendon, exprime donc tout à la fois le fait et le degré de la contraction tendineuse.

Si l'on analyse cette expérience, on voit que, dans le premier temps, la contraction volontaire du muscle a réglé la direction du pied, et, conjointement, la somme de déplacement du tendon agissant comme corde de tirage; dans le second temps, c'est-à-dire lorsque le poids du corps a provoqué un supplément de résistance de la part du tendon, celui-ci est entré dans la lutte, et, par sa résistance active, il a empêché que la traction exercée sur l'axe entier du muscle et du tendon ne déterminât un allongement passif de ce dernier. C'est donc là une *contraction de résistance*, et c'est ainsi que je propose de l'indiquer pour exprimer son véritable caractère expérimental, et la différencier de la contraction volontaire.

On remarquera qu'en attribuant au tendon cette participation active à la résistance nécessaire pour soutenir le poids du corps, je n'en-

(1) Malgré l'insuccès de mes tentatives, je ferai quelques réserves à l'endroit de l'action du galvanisme sur les tendons. Je ne renonce pas à montrer que dans des conditions déterminées et en modifiant les moyens d'action, il est possible de provoquer la contraction tendineuse à l'aide de l'électricité.

Nous donnons ici l'allocution si bien sentie, prononcée par l'inspecteur Baudens, sur la tombe du docteur Lardy :

« Il y a peu de semaines un pieux devoir, comme celui qui nous réunit aujourd'hui, m'inspirait en Crimée quelques paroles d'éternel adieu adressées à un médecin aimé et estimé de tous, au docteur Mercier, chef de l'une de nos ambulances de tranchée.

» Un ami du défunt suivait tristement le convoi : sa douleur était si vraie, si profonde que l'assistance en était émue; ce noble jeune homme, c'était le Dr Lardy.

» Lui aussi va descendre dans cette tombe où l'ont précédé 37 médecins de l'armée. Santé, vigueur, jeunesse, secours, courage, abnégation : rien n'a pu le préserver.

» Malgré sa belle et énergique constitution, il est tombé sur le champ de bataille de l'officier de santé militaire; il a subi l'influence miasmatique de l'hôpital pendant qu'il accomplissait un devoir sans autre témoin que Dieu et sa conscience.

» Le Dr Lardy n'avait que vingt-huit ans, et avait fait de fortes études médicales; c'était dans la force du mot un soldat et un savant : l'avenir lui appartenait.

» A Varna, dans la lamentable Dobrudja, il se fait remarquer de ses chefs par son dévouement à lutter contre les affreux ravages du choléra.

» A l'Alma, où l'alliance des deux nations est scellée par la victoire, il panse les blessés sous le feu de l'ennemi. Il appartenait à ce personnel d'ambulances rompu à la guerre et importé d'Algérie dès le début de la campagne.

» A Inkerman comme à Traktir, dans les tranchées de Sébastopol comme à Malakoff, comme partout, on le trouve calme, impassible, toujours plein de dévouement et s'exposant à tous les dangers pour sauver la vie du soldat.

» Mais là où Lardy s'est principalement signalé, c'est à l'ambulance du Clocheton, devant laquelle nul ne passait sans se découvrir comme devant un lieu saint. Il partageait avec un digne aumônier de la flotte une modeste chambre et, par une touchante entente de la science et de la charité, l'un prodiguait les trésors de son art, l'autre les consolations divines. On montre encore la paille sanglante sur laquelle il s'agenouillait jour et nuit pour panser d'horribles blessures, sans songer à l'épuisement de ses forces.

» Un jour pourtant il fallut compter avec elles, et Lardy fut évacué sur les hôpitaux de Constantinople. Il était trop tard; l'empoisonnement miasmatique était si complet qu'il est mort presque en arrivant.

» L'héritage de vos beaux états de service, Lardy, la médecine militaire les réclame comme votre plus beau legs. Vous ne le lui refuserez pas, car de corps et d'âme vous apparteniez à cette famille d'hommes modestes et de bonne renommée. Recevez par ma bouche le fraternel adieu de tous. Dieu, dans sa miséricorde et sa justice, récompensera votre fin prématurée.

» Puisse votre sacrifice à la charité chrétienne être le dernier! »

A côté de ces faits attristants, on voit que l'état sanitaire de l'armée anglaise se maintient dans une excellente situation. Nos alliés ont beaucoup

tends pas exclure le muscle lui-même de la lutte; je reconnais au contraire qu'au moment où le tendon entre en action, cette action, d'un mode spécial et différent de l'action volontaire, s'étend à la totalité de l'organe, au muscle comme au tendon : c'est ce dont on peut s'assurer directement par le toucher.

Une question reste à résoudre, à savoir quel est le caractère dynamique de la contraction tendineuse. Tient-elle à une action particulière du système nerveux qu'on est convenu d'appeler *réflexe*, ou à une propriété propre du tissu tendineux, sorte d'irritabilité de ce tissu? Je n'ai pas à m'expliquer pour le moment sur cette question. Je me suis borné, dans ce mémoire, à établir le fait de la contraction tendineuse dans son caractère purement expérimental et en quelque façon matériel : j'examinerai ultérieurement quel rapport il peut y avoir entre la contraction tendineuse et le dynamisme nerveux, et surtout avec l'action dite réflexe, sorte de satisfaction provisoire et systématique donnée à des faits qui dépassent l'horizon actuel de la science. Je fais toutes réserves à cet égard.

Des considérations, des faits et des expériences exposés dans ce mémoire, je crois donc pouvoir conclure :

1° Que les tendons considérés jusqu'ici comme des cordes inertes jouissent de la propriété de se contracter;

2° Que cette propriété établie par l'analyse histologique, les observations pathologiques et les expériences physiologiques, consiste dans un mode d'activité spéciale, espèce d'érection et de turgescence, accompagnée de raccourcissement de l'axe tendineux.

3° Les circonstances qui mettent en jeu la contraction tendineuse permettent de la considérer comme différente de la contraction musculaire volontaire, et de la désigner sous le nom de *contraction de résistance*.

Dans un prochain travail, je me propose d'indiquer les conséquences physiologiques et les applications pathologiques qui résultent du fait exposé dans ce mémoire.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

MÉMOIRE SUR LE GOÎTRE CYSTIQUE; par M. le docteur FLEURY, professeur de clinique externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand.

(Suite et fin. — Voir les nos 6, 7 et 9.)

Quel est le traitement auquel nous soumettons les malades atteints du goître cystique?

Il doit être essentiellement chirurgical; car les résolutifs, les fondants de toute nature employés tant à l'extérieur qu'à l'intérieur échouent constamment.

La tumeur est-elle peu volumineuse, nous conseillerons une injection irritante; dans les conditions opposées, c'est au bistouri qu'il faut recourir.

Une incision verticale comprenant le grand diamètre de la tumeur est faite à la peau, au tissu cellulaire sous-cutané, et met à découvert les enveloppes du kyste. Celui-ci occupe-t-il les côtés du cou, il faut pour le mettre à nu diviser avec le bistouri les fibres du muscle peaucier. Un tissu cellulaire très-lâche unit les téguments à la circonférence de la tumeur que l'on reconnaît bientôt à sa couleur rouge foncé.

L'instrument plongé au centre de la cavité donne issue au liquide qu'elle contient; l'ouverture est agrandie de bas en haut et surtout de haut en bas pour éviter un cul-de-sac dans lequel pourrait séjourner le pus. Chacune des lèvres de l'incision du kyste, saisie avec une pince ou une érigne, attirée à l'extérieur et engagée dans l'ouverture pratiquée à la peau, est excisée avec des ciseaux courbes ou le bistouri si sa consistance est trop grande. La laxité du tissu cellulaire rend ordinairement cette partie de l'opération assez facile. Des artérioles petites, mais ordinairement en assez grand nombre, fournissent un écoulement de sang abondant; leur ligature est difficile; elles sont en effet tellement inhérentes au tissu du kyste qu'il est très-difficile de les attirer à l'extérieur et de les étreindre avec un fil.

Des boulettes de charpie aidées d'une compression assez forte suffisent en général pour arrêter le sang.

Le kyste entièrement débarrassé du liquide qu'il contient ou des caillots sanguins fournis par les vaisseaux divisés, on remplit sa cavité de charpie; des boulettes sont interposées entre ses parois et la face interne des téguments, et on rapproche légèrement les lèvres de l'incision faite à la peau, afin de n'avoir pas une ouverture extérieure trop large.

La plaie est ensuite recouverte d'un linge troué, enduit de cérat, par-dessus lequel on place des plumasseaux de charpie que l'on assujettit avec une compresse et une bande médiocrement serrée.

Si l'on redoutait une hémorrhagie, on recommanderait au malade d'exercer avec la paume de la main appliquée à plat au devant du cou une compression assez forte pour arrêter l'écoulement du sang. La main d'un aide remplacerait celle de l'opéré s'il était trop jeune pour que l'on pût se fier à lui.

Ce moyen suffit ordinairement.

En cas d'insuccès, on toucherait avec un bouton de feu l'orifice des vaisseaux divisés. Je n'ai jamais eu besoin de recourir au cautère actuel. Quant aux artères que l'on trouve dans l'épaisseur de la peau ou dans le tissu cellulaire sous-cutané ou intermusculaire, leur ligature est facile; les obstacles n'existent en réalité que pour les vaisseaux placés dans les parois du kyste.

Il est essentiel d'exciser une grande partie des enveloppes de la tumeur; on s'exposerait sans cette précaution à la rétention du pus; en effet, le gonflement qui succède à l'inflammation qui se manifeste au bout de quelques jours fait rapprocher les deux lèvres de la plaie, et force les liquides à séjourner dans la cavité où ils ont été sécrétés. L'odeur est, malgré cette précaution, bien assez fétide pour qu'il ne vienne pas s'y ajouter celle que fournirait un produit en stagnation.

Il est difficile de se faire une idée exacte, si on ne l'a pas vu, de l'abondance de la suppuration. Pendant les premiers jours, deux et quelquefois trois pansements sont indispensables.

Les malades sont d'autant plus incommodés par l'odeur fétide qu'ex-

souffert au début de la campagne, nous souffrons aujourd'hui plus qu'eux. Les choses se passent souvent ainsi aux armées; sans qu'on puisse s'en rendre compte, à certaines époques, certains corps sont décimés par les maladies, ensuite vient le tour des autres. Pringle, Monro, Lind, Colombier, tous les auteurs qui ont étudié les maladies des armées, ont vu de semblables anomalies. Nous joignons ici le dernier rapport officiel de l'inspecteur général des hôpitaux anglais, le docteur John Hall :

« Quartier général du camp devant Sébastopol, 18 février 1855.

» L'état sanitaire de l'armée continue d'être satisfaisant; il ne pourrait véritablement être meilleur, et la mortalité, en ce moment, est au-dessous de celle de la cavalerie et de la garde royale en Angleterre.

« Durant cette semaine, il n'y a eu aucun cas de maladie dans la troisième division et dans la division légère; la 1re, la 2e, la 4e division ont perdu chacune 1 homme; 4 hommes appartenant à l'artillerie sont morts, ce qui fait un total de 7 décès, c'est-à-dire que la mortalité a été de 1 pour 100 sur la totalité des troupes. La mortalité des huit semaines précédentes n'a été en moyenne que de 15 1/5 par 1000 et par an, chiffre qui se trouve beaucoup au-dessous de celui de la mortalité des gardes à pied faisant leur service à Londres. »

— La Faculté de médecine de Montpellier a été consultée par M. le ministre de l'instruction publique sur le nombre et la nature des places d'agrégé à donner au prochain concours, afin de mettre le personnel de cette Faculté en rapport avec la réorganisation récemment arrêtée. Si nos informations sont exactes, elle aurait émis l'opinion qu'il convient de mettre au concours les places d'agrégé en exercice actuellement vacantes, et toutes celles de stagiaire nouvellement créées. Quant aux trois places qui doivent devenir vacantes à la fin de l'année courante par expiration du temps d'exercice des titulaires, la Faculté se rangeant à l'opinion du ministre, a proposé de maintenir ceux-ci en activité pendant trois nouvelles années.

La formation des sections d'agrégation a également occupé la Faculté; elle a décidé que, des quinze places d'agrégé en exercice, cinq seraient dévolues à la section des sciences accessoires (anatomie et physiologie, physique et chimie, histoire naturelle), six à la section de médecine et quatre seulement à celle de chirurgie. Un concours de stagiaires devant avoir lieu tous les trois ans, la nature des places mises au concours serait déterminée par les vacances (REV. DE TH. DU MIDI.)

— La liste des candidats à la chaire d'opérations et d'appareils vacante à la même Faculté de Montpellier est loin d'être complète. Trois nouvelles candidatures doivent, dit-on, être ajoutées à celles de MM. Goffres, Serres, Quissac et Rigaut : ce sont celles de MM. Courty, Chrestien et Bourdel, tous trois agrégés. Quant à la chaire de chimie médicale, laissée vacante par la retraite de M. Duportal, elle paraît beaucoup moins recherchée.

balent les pièces d'appareil qu'elles sont plus rapprochées de l'ouverture antérieure des fosses nasales; aussi doit-on chercher à la neutraliser en ajoutant aux liquides destinés aux lotions une proportion assez considérable de chlorure d'oxyde de sodium, en faisant à chaque pansement des injections détersives dans la cavité du kyste dont le fond est à découvert.

La charpie se détache assez promptement; il faut chaque jour la renouveler: c'est le meilleur moyen d'enlever la mauvaise odeur, de favoriser la détersion de la plaie et d'activer la guérison. J'ai souvent même été forcé de rouler des tampons de charpie dans une poudre composée de parties égales de charbon, de quina et de camphre.

Ce n'est qu'au bout de douze à quinze jours après l'opération que l'on voit paraître des bourgeons celluleux et vasculaires.

La sécrétion du pus est alors modifiée: au liquide clair, séreux, fourni par la face interne du kyste, succède un pus de meilleure nature; les parois de la cavité reviennent sur elles-mêmes; les lèvres de la plaie se rapprochent; elles auraient même quelquefois une trop grande tendance à se réunir si on ne s'y opposait point en introduisant, dans l'ouverture des téguments, de petits tampons de charpie d'abord, puis une mèche. Sans cette précaution, la partie la plus déclive de la tumeur formerait un cul-de-sac dans lequel séjourneraient les produits sécrétés. Il faut veiller à ce que les parties profondes se réunissent avant celles qui sont situées plus superficiellement. Souvent même il devient nécessaire pour activer la guérison de les toucher tous les deux ou trois jours avec un crayon de nitrate d'argent. Les premiers jours la guérison paraît devoir être très-prompte; c'est le contraire que l'on observe le plus souvent; les parois du kyste reviennent rapidement sur elles-mêmes; mais ce n'est qu'au bout de six semaines à deux mois, plus longtemps même quelquefois, qu'elles ont contracté des adhérences.

Quant au régime, il doit être assez substantiel: des bouillons, des potages gras, des aliments légers et de facile digestion, conviennent à merveille pour réparer les pertes abondantes que font les malades.

Un accident que l'on a souvent à combattre, c'est la diarrhée qui contribue aussi à augmenter la faiblesse générale. Cette complication nous a fait craindre un instant chez deux malades une terminaison funeste; fort heureusement elle céda à la médication employée.

Quant à la cicatrice qui succède à l'opération, elle est de bonne nature et ne gêne en rien les mouvements du cou.

GOÎTRE CYSTIQUE VOLUMINEUX; INSUCCÈS DE DEUX INJECTIONS; GUÉRISON OBTENUE PAR L'EXCISION DES PAROIS DE LA TUMEUR.

Obs. XV. — M. Cazenaud fils, élève du Conservatoire, âgé de 19 ans, né à Riom, est venu se fixer à Clermont à la fin de juillet de l'année dernière (1851), pour y donner des leçons de musique.

Ce jeune homme, dont la santé a toujours été assez bonne, n'a cependant pas une constitution bien vigoureuse.

Une tumeur, qui a aujourd'hui le volume des deux poings réunis, s'est développée depuis douze ans à la partie antérieure et gauche du cou; les progrès ont été lents dans le principe; mais depuis quelque temps sa marche a été rapide. Arrondie dans toute son étendue, lisse, sans changement de couleur à la peau, indolente à la pression, elle donne au toucher une sensation obscure de fluctuation.

Je crois reconnaître un goître enkysté, et je propose au malade une opération qui peut le guérir. L'espérance d'une cure possible est saisie avec d'autant plus d'empressement que l'on a épuisé toute la série des remèdes fondants, que la difformité produite par la tumeur qui ne peut plus se dissimuler sous la cravate fait redouter à ce jeune homme d'être un objet de répugnance pour ses élèves et de voir son avenir compromis à tout jamais.

Une ponction exploratrice est pratiquée le 19 août 1852; elle donne issue à un verre et demi d'un liquide noirâtre ressemblant à du café à l'eau très-concentré. Les parois de la poche reviennent sur elles-mêmes; elles ne paraissent pas épaisses, ce qui me fait espérer qu'une injection irritante pourra les faire adhérer.

Deux tiers d'eau et un tiers de teinture d'iode sont injectés dans la cavité du kyste; le contact de ce mélange est peu douloureux.

L'inflammation qui s'est développée a été assez forte, et deux jours après l'opération la tumeur a repris le volume qu'elle avait auparavant.

Le 31 août, le cou avait diminué de 3 centim., ce qui nous faisait espérer un succès complet, mais à dater de ce moment il est resté dans le même état.

Au bout d'un mois, je me décide à pratiquer une seconde ponction; je choisis cette fois la préparation proposée par M. Bouchacourt (de Lyon), dans la pensée que ce liquide étant plus irritant, ses effets seront plus prononcés et que l'inflammation sera plus intense.

Cette seconde opération est pratiquée le 17 septembre. Le liquide qui s'écoule est plus abondant que la première fois, sa couleur est un peu modifiée (il est d'un brun légèrement rougeâtre), il semble qu'au premier produit d'exhalation est venu s'ajouter une certaine quantité de sang.

Le surlendemain, la tumeur était presque aussi volumineuse, mais l'inflammation n'avait pas été plus vive que la première fois; il n'y avait plus à compter sur ce procédé.

Trois semaines se passent. Au bout de ce temps je propose au jeune Cazenaud de tenter une opération plus douloureuse, il est vrai, mais aussi plus certaine dans ses résultats. Je veux parler de l'incision du kyste et de son excision partielle. Il saisit avec empressement cette nouvelle chance de guérison et s'abandonne complètement à moi.

Le 1er octobre, une incision verticale divise la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et met à découvert la membrane du kyste, celui-ci est divisé dans toute sa hauteur, ses parois ont un centimètre d'épaisseur; leur face interne est tapissée par une membrane dure qui présente quelques points d'ossification. Le fond de la tumeur contient des flocons jaunâtres assez analogues à ceux que l'on observe dans les kystes du genou.

La paroi antérieure du kyste est excisée dans une grande partie de son étendue; l'écoulement du sang est peu abondant, le malade n'en a pas moins une syncope assez forte qui nous force à le placer sur son lit dans une position horizontale avant même que le pansement soit terminé.

On remplit de charpie sèche le fond de la plaie dont les lèvres ont été rapprochées avec des bandelettes agglutinatives.

Les deux premiers jours, il n'est rien survenu de particulier, mais le troisième, le liquide contenu dans la poche a pris une odeur d'une fétidité extrême, du dévoiement s'est manifesté, il y a eu de l'insomnie, un état de prostration assez grand. (Trois pansements dans la journée, injections d'eau chlorurée, bourdonnets de charpie trempés dans du chlorure pur, roulés dans un mélange de poudre de charbon, de quina et de camphre.)

J'ai craint un instant que le malade ne succombât. La plaie n'a commencé à se déterger et l'état général à s'améliorer qu'à la fin d'octobre.

La suppuration a perdu son odeur fétide, la plaie se resserre, mais l'ouverture a de la tendance à se fermer avant le fond de la cavité.

20 novembre. Il ne reste plus qu'une ouverture fistuleuse que l'on maintient béante avec de petits tampons de charpie. Ce n'est qu'au bout d'un mois qu'on supprime ces mèches.

A la fin de décembre, la cicatrice est achevée; elle est de bonne nature et si peu saillante, que l'année suivante, au conseil de révision, le jeune Cazenaud a été trouvé propre au service militaire.

A la fin de la même année, j'ai eu recours à un procédé opératoire analogue dans un cas semblable à celui-ci.

Obs. XVI. — Étienne Jouvet, âgé de 45 ans, domestique à Clermont, est doué d'une constitution vigoureuse et a toujours joui d'une bonne santé.

Depuis deux ans, nous a-t-il dit, une grosseur s'est développée au côté gauche du cou, en dehors et au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde. Elle a aujourd'hui (21 novembre) le volume d'une pomme d'api, est indolente, assez dure à la pression, sans changement de couleur à la peau et fluctuante dans toute son étendue; elle suit, dans l'acte de la déglutition, les mouvements du larynx et paraît avoir son siége dans la partie la plus élevée du lobe gauche du corps thyroïde.

Une première ponction y a été pratiquée dans le courant de l'été; ce traitement ne pouvait être que palliatif, aussi la tumeur a-t-elle repris promptement le volume qu'elle avait avant cette première opération.

Le 21 novembre, une seconde ponction suivie d'une injection iodée a été faite; il est sorti par la canule de l'instrument, un demi-verre d'un liquide sirupeux ayant la couleur du chocolat étendu d'une assez grande quantité de lait; la membrane d'enveloppe est résistante et ne cède qu'à une pression assez forte du poinçon du trois-quart.

Le contact du liquide est à peine senti par le malade; l'inflammation qui s'est développée n'en a pas moins été très-violente. Pendant trois jours, la déglutition a été presque impossible. Une application de sangsues a calmé la douleur, mais elle n'a cédé d'une manière complète qu'à l'évacuation d'un foyer purulent abondant qui s'est frayé une issue à travers l'ouverture pratiquée par la tige de l'instrument.

30 novembre. Amélioration notable, déglutition facile; la petite plaie ne fournit plus de suppuration; la tumeur n'eu conserve pas moins un volume aussi sensible qu'à l'époque où l'opération a été pratiquée, on y perçoit également de la fluctuation.

Ce traitement n'a donc eu aucun effet avantageux; il faudra avoir recours à un autre procédé chirurgical, mais comme il n'y a rien d'urgent, on peut attendre le printemps.

L'hiver s'est passé sans qu'aucun traitement ait été fait.

Au mois de mai de l'année suivante (1853), Jouvet est venu me consulter; sa tumeur a sensiblement augmenté de volume, elle a la grosseur d'une orange et offre quelques bosselures à sa surface. La fluctuation y est facilement perçue, ses enveloppes paraissent néanmoins avoir acquis de l'épaisseur. Son grand diamètre est dirigé de haut en bas et d'arrière en avant.

Une incision y est pratiquée le 20 mai. Le bistouri divise la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le muscle peaucier qui est assez épais, et met le kyste à découvert. Son ouverture donne issue à un liquide d'un brun rougeâtre of-

frant quelque analogie avec du sang très-clair étendu dans une décoction de brou de noix.

La membrane qui en tapisse l'intérieur est peu épaisse, lisse au toucher, d'un gris rose, recouvre la branche gauche du cartilage thyroïde et se prolonge dans une espèce de cul-de-sac situé entre le larynx et l'os hyoïde; elle présente des plis qui semblent être le résultat de ta rétraction produite par l'évacuation du liquide.

Chacune des lèvres des parois de la tumeur est retranchée dans une étendue de 2 centimètres; sa cavité est ensuite remplie de charpie; les petits vaisseaux divisés fournissent peu de sang. Je recommande au malade, néanmoins, d'exercer sur l'appareil une compression légère avec la paume de la main droite.

Les suites de l'opération n'ont rien offert de particulier; la plaie, comme toujours, a été longue à se déterger; les parois du kyste sont revenues insensiblement sur elles-mêmes.

La cicatrice ne s'est faite que très-lentement, car, le 22 juillet, une petite ouverture fistuleuse fournit encore une petite quantité de pus.

Des lotions avec du vin aromatique et du sucre candi en ont favorisé l'oblitération.

RÉSUMÉ.

Je suis appelé auprès d'une malade qui est en proie à des accidents de suffocation occasionnés par la compression d'un goitre enkysté très-volumineux qui a été considéré jusque-là comme une hypertrophie du corps thyroïde. La peau est amincie et sur le point de s'ulcérer; je n'ai pas le choix du procédé opératoire.

J'incise la tumeur en circonscrivant dans deux incisions semi-elliptiques les téguments malades; la plus grande partie de sa paroi antérieure est enlevée, je ne touche pas aux parties profondes qui recouvrent le larynx et la trachée-artère.

La malade guérit sans qu'aucun accident vienne entraver la cure.

La même opération est pratiquée à 7 autres malades, et toujours avec succès. Cependant le traitement est long, la suppuration abondante et fétide, une cicatrice est inévitable. J'espère que les injections iodées auront les mêmes avantages sans être suivies des mêmes inconvénients; elles sont généralement préconisées dans des cas analogues à ceux-ci; je les essaye.

Chez 8 malades elles réussissent, chez 2 elles sont inefficaces, la neuvième meurt de résorption purulente.

J'arrive à cette conclusion :

Que le plus souvent on peut les employer avec succès lorsque la tumeur est d'un médiocre volume; mais que, dans les circonstances opposées, il y aurait danger à les tenter.

L'inflammation qui s'est manifestée dans des kystes du cou même peu volumineux a provoqué une constriction tellement forte, un engorgement si considérable que j'ai pu craindre un instant des accidents de suffocation. Je ne sais même pas ce qui aurait pu arriver si la tumeur avait eu le volume considérable qu'elle présentait chez le jeune Cazenaud.

Dans des cas analogues à celui-ci, où l'injection ne provoquerait pas une inflammation assez intense pour amener une guérison, ou celle-ci pourrait avoir, si elle était trop violente, des suites funestes; dans l'une et l'autre hypothèse, on ne doit point y recourir. C'est alors que je proposerai l'incision et l'excision des parois du kyste, qui m'a réussi constamment.

La longueur du traitement ne doit point arrêter, puisque le mal que l'on cherche à détruire peut entraîner des accidents tellement graves qu'ils peuvent compromettre l'existence.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION DE DEUX PNEUMONIES SURVENUES A PLUSIEURS ANNÉES D'INTERVALLE, DONT LA PREMIÈRE A DÉTRUIT LE POUMON GAUCHE, ET LA SECONDE ENTRAÎNÉ LA MORT ; communiquée par le docteur DUNGLAS.

OBS. — M. Dubourge, natif de Paris, âgé d'environ 26 à 28 ans, d'un tempérament lymphatique et nerveux (cheveux roux), nous dit avoir été atteint d'une maladie de poitrine de laquelle il fut traité et guéri à Paris par un séton qui lui fut appliqué sous la mamelle gauche, dans le sens de l'espace intercostal; à la suite de cette affection, ses côtes s'enfoncèrent vers le centre du thorax, au point qu'elles faisaient, vers le milieu de leur longueur, une courbure rentrante, au lieu de celle qui constitue une poitrine bien faite.

Nous avons connu M. Dubourge à Lima (1), nous lui avions donné nos soins dans une maladie qu'il y contracta, lorsque, quelque temps après, il se rendit au Cerro de Pasco, où se trouvent les principales mines d'argent du Pérou; il y fit sa résidence, et il parvint à se faire aimer de tous les habitants, au point qu'un des principaux mineurs du pays se l'associa; il était déjà dans l'aisance lorsque ses affaires l'appelèrent à Lima.

Peu de jours après son arrivée, il se sentit oppressé (1), la fièvre survint et tous les symptômes d'une pneumonie bien caractérisée se déclarèrent. Ce fut notre collègue et compatriote le docteur Tasset, qui fut appelé pour lui prodiguer ses soins; mais le mal ayant été aggravé, nous fûmes appelé en consultation.

Nous trouvâmes le malade dans une fièvre continue; le pouls n'avait point la force ni la plénitude qui caractérisent le début de la pneumonie; les crachats étaient sanguinolents et mêlés d'une certaine quantité de pus; la respiration très-difficile, et, en un mot, tout annonçait une terminaison fatale et très-prochaine. Effectivement, M. Dubourge mourut le lendemain, et vingt-quatre heures après, M. le docteur Tasset et moi, nous procédâmes à l'autopsie dans l'ordre suivant :

ABDOMEN. — Cette cavité étant ouverte par une incision circulaire des parois antérieures, nous permit de voir que les organes qu'elle renferme étaient dans un état physiologique, et ne présentaient rien de particulier.

THORAX. — L'incision circulaire qui servit à l'ouverture de l'abdomen fut prolongée des cartilages des fausses côtes (où elle avait commencé et terminé) jusqu'aux articulations claviculo-sternales; les cartilages des fausses et des vraies côtes furent coupés à leurs extrémités costales. Le diaphragme séparé du sternum, ainsi que le médiastin, nous pûmes renverser toute la paroi antérieure du corps sur la face du cadavre en désarticulant les clavicules. Ceci fait, voici ce qui fut noté : la cavité gauche du thorax était tellement réduite, qu'il n'y avait tout juste que l'espace nécessaire pour que le cœur pût fonctionner; tout le reste de cette cavité, quoique non adhérente, à cause des séreuses sans doute, ne contenait pas le moindre vestige de tissu pulmonaire. Le cœur enfermé dans le péricarde, qui était assez dense, l'artère pulmonaire gauche était réduite en un cordon, ainsi que les deux veines pulmonaires qu'on pouvait à peine distinguer sur l'oreillette gauche.

Le côté droit, examiné à son tour, nous présenta le poumon correspondant bien développé, remplissant tout ce côté du thorax; sa couleur était violacée et comme lie-de-vin; il y avait un peu de sérosité légèrement roussâtre, pas d'adhérences. Le poumon fut enlevé de sa place; il était pesant et hépatisé dans une grande étendue, surtout à sa base. Coupé par tranches, le sang purulent sortait de toute la surface des tranches hépatisées : elles se laissaient pénétrer facilement à la moindre pression sur les points hépatisés; il n'y avait presque pas de cohésion.

CRANE. — Il ne fut point ouvert, attendu que pendant la maladie il n'y eut point de phénomènes nerveux, et que ce ne fut que dans les derniers moments de la vie qu'il se manifesta du délire, et qu'au surplus les désordres pectoraux expliquent suffisamment la mort dans ce cas-ci.

Cette observation, exposée en courant, si l'on peut ainsi parler, est intéressante sous plusieurs rapports; elle démontre, en premier lieu, qu'on ne meurt pas toujours de la pneumonie, alors même qu'elle détruit entièrement tout un poumon, et qu'on peut même jouir d'une très-bonne santé pendant des années. En second lieu, elle démontre aussi l'efficacité du séton, puisque le malade était bien pénétré qu'il lui devait la vie (2).

---

(1) M. Dubourge était un de ces jeunes gens que les parents (surtout ceux de Paris) envoient, par punition, à bord de bâtiments de l'État; nous leur dirons qu'ils sont dans une grave erreur, que loin d'être corrigés, ils y acquièrent d'autres défauts. Dubourge était un charmant garçon, il avait appris la peinture, et j'ai de lui mon portrait en miniature, qui était très-ressemblant. Il en avait fait plusieurs autres avec bonheur.

(1) C'est une remarque qu'on peut faire au Pérou, que l'oppression que ressentent tous ceux qui habitent le Cerro de Pasco, ou des lieux aussi élevés, quand ils descendent à la côte. Ce phénomène s'explique aisément; plus on s'élève au-dessus du niveau de la mer, et moins lourde est la colonne d'air que nous avons à supporter. Si ceux qui sont habitués dans ces régions viennent à descendre, il est évident qu'ayant une colonne d'air beaucoup plus pesante à supporter, ils se trouveront oppressés; aussi voit-on leurs organes respiratoires s'affecter assez fréquemment.

(2) Nous avons en notre pouvoir six ou sept observations d'hépatites chroniques, que nous avons traitées par les vésicatoires et les cautères avec un succès complet. Un des sujets rendit, par l'expectoration, la valeur d'un verre de pus, et trois années après, à la suite d'un autre abcès, il remplit, par la même voie, deux vases de nuit d'un pus hépatique : il y a de cela plus de douze ans, et l'individu jouit d'une bonne santé. Deux autres sont actuellement habitant de Paris, et tous ont été traités par les vésicatoires ou les cautères.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Les livraisons d'avril, mai, juin, juillet, août et septembre 1855 renferment les travaux originaux suivants : 1° *Lettre de M. Del Chiappa sur quelques-unes de ses pensées cliniques.* 2° *Monographie du rhumatisme*, par M. Taruffi. 3° *Des fractures de jambe et d'un appareil facile pour les maintenir*, par M. Cortese. 4° *Documents pour servir à l'histoire des altérations pathologiques en rapport avec l'aliénation mentale, recueillis dans le manicome public de Milan, la Senarra*, par M. Castiglioni. (Suite.) 5° *Principes médico-politiques sur la rage et l'hydrophobie, développés au point de vue pratique dans le rapport d'une commission de l'Académie de statistique physio-médicale de Milan, imprimé par son ordre*, par M. Gianelli. 6° *Histoire d'une vaste et obscure tumeur anévrismatique et de sa parfaite guérison*, par M. Massa. 7° *Sur les communications faites à l'Académie de statistique physio-médicale par les divers instituts scientifiques de l'Italie, relativement à l'invasion et à la marche du choléra-morbus en 1854*, par M. Castiglioni. 8° *Relation des opérations faites dans une pratique privée de neuf ans*, par M. Guarini. 9° *Sur les associations morbides. Recherches de pathologie chirurgicale et d'anatomie pathologique*, par M. Paravicini. (Mémoire honoré du prix Dell'Acqua au concours de 1854-55.)

DES FRACTURES DE JAMBE ET D'UN APPAREIL FACILE POUR LES MAINTENIR; par M. CORTESE.

Une étude attentive des conditions anatomiques des fractures de la jambe a permis à M. Cortese de faire quelques réflexions intéressantes sur un sujet qui semble épuisé.

Les os de la jambe n'occupent pas le centre du membre. La masse principale des parties molles est placée en arrière; le tibia est superficiel en avant. Des veines nombreuses entourent cet os et expliquent la fréquence des épanchements sanguins qui accompagnent ces fractures. Sa position explique la fréquence des déchirures des parties molles extérieures.

C'est vers le tiers inférieur que les fractures ont lieu le plus ordinairement, grâce à l'épaisseur moindre des os et à l'absence de masse musculaire en ce point.

La connaissance de l'axe de la jambe est indispensable pour la coaptation exacte d'une fracture. Cet axe est marqué par une ligne droite passant par la tubérosité antérieure du tibia et le milieu de l'espace intermalléolaire.

Le gonflement plus ou moins considérable qui accompagne généralement ces fractures doit être pris en sérieuse considération pour le choix d'un appareil.

M. Cortese reconnaît que le traitement de toute fracture de jambe se partage naturellement en deux temps qui correspondent aux deux périodes essentielles de la maladie. Le premier, compris entre le moment de la coaptation et la diminution du gonflement, dure de huit à quatorze jours. Le second se prolonge jusqu'au trente-cinquième et cinquantième jour.

Dans la première période, il se sert d'un appareil qu'il nomme *boîte;* dans la seconde, il se sert d'une *botte de carton amidonné*.

La boîte se compose simplement de trois petites planchettes de la longueur de la jambe et de largeur convenable. Elles sont unies à l'aide de liens passés par des trous percés près des bords, de manière que les deux latérales sont pour ainsi dire articulées avec celle du milieu. Celle-ci, garnie de coussins en rapport avec la forme postérieure de la jambe, est glissée sous le membre; les autres sont relevées latéralement et garnies également de coussinets. Trois cordons passés sous l'appareil suffisent pour fermer et maintenir la boîte. Sur la partie antérieure du membre qui reste libre, on met une compresse longuette et une vessie remplie de glace.

Cet appareil, qui a de l'analogie avec celui de Scultet, est plus simple; il est d'une construction et d'un emploi faciles; il n'exige pas de fréquents déplacements du membre; il laisse la lésion constamment sous les yeux du chirurgien.

L'appareil de la seconde période, ou botte, se prépare d'avance en moulant sur le membre sain deux demi-bottes de la manière suivante : on prend un morceau de carton assez fort, de la longueur de la jambe et du pied, et assez large pour former une gouttière qui contienne la moitié postérieure de la jambe. A l'une de ses extrémités, on pratique deux incisions parallèles, de manière que la languette du milieu corresponde exactement à la largeur et à la longueur de la plante du pied. Le carton ramolli dans l'eau est adapté au membre sain, dont il prend la forme à l'aide d'un bandage expulsif. Au bout de trois ou quatre heures, on enlève la demi-botte et on lui donne de la fixité en la tapissant au dedans et au dehors de bandelettes de toile amidonnées.

L'autre demi-botte ou attelle tibiale s'obtient de la même manière.

Ce bandage amidonné peut être appliqué au membre malade le lendemain de sa fabrication. Une compresse à six chefs maintient les deux pièces de l'appareil et enveloppe le siége de la fracture. Il n'a pas besoin d'être renouvelé jusqu'à la fin du traitement.

ANÉVRISME POPLITÉ MÉCONNU; par M. MAZZA.

On sait combien le diagnostic des tumeurs anévrismales présente souvent de difficultés. Les plus grands chirurgiens ont commis à leur endroit des erreurs, et l'illustre Dupuytren, qui nous a fait connaître les caractères précis et la nature d'une foule de tumeurs, avoue ingénument qu'il s'est quelquefois trompé.

L'observation suivante est un nouvel exemple ajouté à tant d'autres de l'obscurité qui entoure le diagnostic de certains anévrismes.

Obs. — Un homme de 50 ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution robuste, batelier, consulte M. Mazza pour une douleur vive qu'il éprouve dans la partie supérieure du creux poplité de la jambe droite. A cette époque, septembre 1853, elle durait déjà depuis deux ans, et avait commencé après la fatigue d'un long voyage.

Aucune altération visible à l'extérieur, seulement on sentait derrière les muscles jumeaux une dureté considérable.

Quelques semaines après, la dureté avait beaucoup augmenté et avait pris une forme ovale. Par la compression, on y percevait une certaine élasticité, et elle était douloureuse. Aucun indice de pulsation.

Deux mois après, la tumeur avait le volume d'un gros œuf de poule; mais elle ne présentait ni chaleur, ni battement, ni souffle, encore moins sensation de frémissement dans les parties voisines.

L'expectation et l'usage de quelques remèdes adoucissants et calmants, ne satisfaisant pas le malade, il vint chercher quelque secours à son mal au grand hôpital de Milan. Les chirurgiens rassemblés en consultation proposèrent, après une investigation attentive, l'amputation de la cuisse au tiers inférieur.

Le malade, se refusant à l'opération, revint dans sa famille.

Le 27 mai 1854, il présente l'état suivant :

Tumeur ayant le volume de la tête d'un enfant de 2 ans. Elle conserve toutefois les mêmes caractères obscurs que M. Mazza avait rencontrés quelques mois auparavant.

Pour sortir enfin d'incertitude, il résolut de faire une petite incision dans la partie moyenne et la plus saillante de la tumeur. Il en sortit un peu de sérosité sanguinolente, de sang noir et de substance blanc jaunâtre. La plaie étant agrandie de quelques lignes, il fit l'extraction de 3 livres environ de substances diverses, sérosité, grumeaux sanguins, couches fibrineuses et pseudo-polypeuses, etc.

La tumeur avait diminué des trois quarts. Comme il cherchait à la vider entièrement, il sentit un jet de sang très-fort qui s'élança à la distance de quelques pas.

La nature anévrismale de la tumeur se trouvant alors reconnue, il appliqua sur la plaie des compresses, une bande, et il arrêta promptement l'hémorrhagie.

Il prescrivit en même temps, sur le siége du mal, l'application d'une vessie remplie de glace.

Peu rassuré sur l'issue de cette maladie, le chirurgien proposa au malade l'amputation de la cuisse ou tout au moins la ligature de l'artère fémorale. Il ne voulut jamais y consentir. On continua donc le traitement sus-énoncé et on ajouta un compresseur de l'artère au niveau du pli de l'aine.

Pendant trois jours, rien d'inquiétant, même les anciennes douleurs ont beaucoup diminué.

Le quatrième jour, hémorrhagie épouvantable suivie d'une alarmante syncope. Renouvellement de la compression locale et du bandage; stimulants cordiaux; régime nourrissant et de facile digestion.

Au bout de quatre jours, le malade va bien, souffre de moins en moins des douleurs dont il se plaignait autrefois. Le bandage relâché est renouvelé.

On continua à renouveler l'appareil relâché tous les deux jours, et un mois après le malade était guéri, ne conservant qu'un peu de difficulté dans les mouvements de la jambe.

II. BULLETTINO DELLE SCIENZE MEDICHE.

Les livraisons de mars, avril, mai, juin, juillet et août 1855 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Quelques considérations sur la nature des granulations en rapport avec la syphilis*; par M. Thiry. 2° *Ordre philosophique de la matière et des questions médico-légales concernant les lésions violentes*; par M. Gandolfi. 3° *Sur la paracentèse de la vessie urinaire à travers la prostate, et sur un nouveau procédé pour l'exécuter*; par M. Santopadre. 4° *Topographie médicale de Posi*; par M. Falci. 5° *Nouveaux faits de molluscum contagieux*; par M. Pedrelli, 6° *Note sur la ligature de l'artère tibiale postérieure*; par M. Fabbri. (Le procédé nouveau proposé par l'auteur ne diffère guère des procédés ordinaires que par la longueur plus grande de l'incision à laquelle il donne 6 pouces. Elle commence à mi-jambe, à un bon pouce du bord interne du tibia, et monte en se rapprochant de ce bord. Le muscle soléaire soulevé sur un doigt est franchement coupé à ses attaches au tibia. L'ampleur de l'incision, aidée de la flexion de la jambe, permet alors d'arriver facilement jusqu'à l'artère.) 7° *Sur les caractères physiques de la miliaire essentielle exanthématique et des éruptions miliariformes*; par M. Beroaldi. 8° *Démence avec accès de manie causées par des désordres moraux et l'infection vénérienne*; par M. Pedrelli. 9° *Sur le prétendu renforcement et affaiblissement de la matière ulcéreuse primitive*; par M. Gamberini. 10° *Quelques observations relativement à l'existence simultanée de la variole et de la vaccine*; par M. Verardini. 11° *Du parasitisme en médecine*; par Baruffi. 12° *Traitement de calculs biliaires par le peroxyde de manganèse*; par M. Galamini. 13° *Descente d'une rate hypertrophiée dans le bassin*; par M. Melotti. 14° *De la phénoménologie cholére-contagieuse à propos du choléra qui a paru à Crémone en* 1854; par M. Cerioli. 15° *Du cloasma ou pityriasis versicolor*; par M. Gamberini. 16° *Funeste résultat de l'application externe de l'acide nitrique concentré sur un cheval*; par M. Fauvet.

NOUVEAU PROCÉDÉ DE PARACENTÈSE DE LA VESSIE; par M. SANTOPADRE.

La position d'un chirurgien, duquel un malade réclame les secours de l'art pour une rétention d'urine, est quelquefois terrible. La maladie se montre rebelle à tous les moyens et le cathétérisme ne fait souvent qu'accroître la difficulté. Une ponction de la vessie devient urgente; un procédé opératoire simple et facile serait un grand service rendu à l'art et à l'humanité.

OBS. — Homme de 65 ans, hémiplégique, entre à l'hôpital le 2 décembre 1854 pour une ischurie. Le cathétérisme ne peut être pratiqué à cause d'un obstacle insurmontable à la prostate. La rétention dure depuis quatre jours; la vessie est distendue jusqu'à l'ombilic; il y a de la fièvre et un état général grave. La paracentèse vésicale est urgente. Une exploration attentive découvre que la prostate est engorgée. Le chirurgien fait construire une canule métallique de même longueur et de même forme que le lithotriteur de Heurteloup, ouverte circulairement à l'extrémité vésicale, et munie d'un mandrin d'acier, rendu flexible près du tiers interne, à l'aide d'une spirale qui permet à la tige de parcourir la courbe de la canule conductrice. Cette tige est taillée à son extrémité comme un trocart, avec cette différence qu'il existe trois cannelures entre les arêtes.

Le malade placé comme pour le cathétérisme, la canule est introduite, et sa direction est surveillée par un doigt mis dans le rectum. La tige introduite dans la canule jusqu'au niveau de l'obstacle, l'instrument est poussé dans la direction de l'urètre prostatique vers la vessie, incliné plutôt vers la symphyse que vers le rectum. Il pénètre aussitôt dans la vessie, sans douleur et sans difficulté. Le mandrin retiré, il sortit une quantité considérable d'urine; il y eut à peine quelques gouttes de sang. Point de réaction. Environ vingt jours après le malade était en état de sortir de l'hôpital.

Le sujet étant mort trois mois après d'apoplexie, il fut possible d'examiner l'état des voies urinaires. L'urètre était parfaitement intact et laissait passer une sonde ordinaire. La prostate avait un volume double, mais n'offrait la trace d'aucune lésion interne ou externe.

Ainsi le succès de l'opération précédente était complet et n'avait été acheté par la lésion d'aucun organe.

CALCULS BILIAIRES TRAITÉS PAR LE PEROXYDE DE MANGANÈSE; par M. GALAMINI.

OBS. — Jeune femme d'environ 20 ans, mariée. Douleurs atroces à l'épigastre, s'irradiant à l'hypocondre droit et au dos; position assise dans le lit, le tronc courbé en avant. Légère teinte jaune des conjonctives et du visage; région épigastrique tuméfiée et très-douloureuse à la pression; urine jaune et sédimenteuse. Depuis plus d'un an, ces accès névralgiques revenaient à des intervalles plus ou moins courts.

Des saignées, des laxatifs, des lavements et des sédatifs ramenèrent le calme et la régularité des fonctions.

Ayant examiné les fèces avec beaucoup d'attention, après un nouvel accès de douleur avec ictère du visage et du corps, on reconnut environ soixante petits calculs dont le plus gros égalait une amande.

Soumis à l'analyse chimique, ils furent trouvés composés de graisse et de cholestérine. Il s'agissait donc bien de calculs biliaires.

A l'exemple de Polli, M. Galamini donna le peroxyde de manganèse à haute dose.

Dans l'espace d'un mois, la jeune femme en prit environ 30 grammes dans du miel sous forme d'électuaire. Depuis près d'un an, elle jouit d'une parfaite santé.

On peut expliquer ce fait, avec Polli, en admettant l'action de l'oxygène du peroxyde de manganèse sur la cholesterine des calculs biliaires.

III. IL FILIATRE SEBEZIO.

Les fascicules d'avril, mai, juin, juillet, août et septembre 1855 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Sur l'école médicale de Salerne*. 2° *Quelques réflexions intéressantes de médecine et de chirurgie légales*; par M. Posta. (Il partage les plaies de tête en trois catégories : 1° plaies *absolument* ou *nécessairement mortelles*, c'est-à-dire incurables de fait; 2° plaies *accidentellement mortelles*, c'est-à-dire incurables par quelque accident; 3° plaies *individuellement mortelles*, c'est-à-dire incurables relativement à l'individu.) 3° *Usage de la saignée dans les hémoptysies*; par M. Mammi. 4° *Sur la blépharo-conjonctivite*; par M. Posta.

BLÉPHARO-CONJONCTIVITE RHUMATIQUE; par M. POSTA.

M. Posta a observé à Pontecorvo une forme d'ophthalmie à laquelle il donne le nom de *blépharo-conjonctivite rhumatique*, et qu'il distingue de celle que les oculistes ont décrite sous le nom d'*ophthalmie catarrhale*. Cette dernière, telle que la décrit Carron du Villards, ne lui paraît être qu'une complication d'un catarrhe broncho-pulmonaire, d'un coryza, enfin d'une affection catarrhale des voies respiratoires. Au contraire, l'ophthalmie qu'il a observée s'est toujours développée sous l'influence d'une cause rhumatisante, agissant seulement sur les yeux. Cette maladie existe seule, sans complication d'aucune sorte. Il lui a donné le nom de *blépharo-conjonctivite rhumatique*.

Elle présente, selon M. Posta, deux périodes : 1° celle de blépharo-conjonctivite simple; 2° celle de blépharo-conjonctivite puriforme ou grave.

Les causes de cette phlegmasie oculaire ne dépendent que des courants d'air humide et nébuleux. Elle a été constamment observée pendant le mois de janvier et une partie du mois de mai.

Le traitement doit être prompt : peu de médicaments et beaucoup d'hygiène pour guérir les malades en un septenaire. Les moyens qui ont le mieux réussi sont la saignée du bras, les pédiluves sinapisés, les collyres à l'eau de laitue ou de guimauve. En même temps on donnait le tartre stibié à petite dose à l'intérieur, ce qui produisait d'excellents effets. Le calomel à dose élevée a été trouvé également efficace.

Dans la dernière période, quand la blépharo-conjonctivite purulente ne cédait pas à ces moyens, M. Posta employait le collyre de nitrate d'argent fondu à la dose de 5 centigr. par 30 grammes d'eau distillée.

IV. GIORNALE VENETO DI SCIENZE MEDICHE.

Les numéros d'avril, mai, juin, juillet, août, septembre, octobre, novembre et décembre 1854 et janvier 1855 renferment les travaux originaux suivants : 1° *Extrait du procès-verbal de la séance à l'hôpital civil de Venise pour le mois de mars* 1854. 2° *Sur la maladie miliaire chronique*; par M. Pinali. 3° *De la maladie miliaire en France en* 1849, 1850 *et* 1851; par M. Penolozzi. 4° *Sur un cas d'iléus*; par M. Zanardini. 5° *Discussion sur les signes stéthoscopiques*. 6° *Discussion sur un cas qui pouvait donner le soupçon d'albuminurie*. 7° *Discussion sur les vésicules miliaires*. 8° *Sur l'iatrochimisme*; par M. Mugna. 9° *Observations pratiques sur l'usage de l'huile de crotontiglium*; par M. Bozzetti. 10° *Fausseté de la théorie de la vision dérivée de la comparaison de l'œil avec la chambre obscure*; par M. Villadini. 11° *Histoire de graviers urinaires d'acide urique traités par le*

peroxyde de fer; par M. Cantilena; 12° *Sur la structure de la lentille cristalline;* par M. Sabbadini. 13° *Pneumonie grave guérie par des doses considérables de kermès minéral;* par M. Borsani. 14° *De la mélancolie pellagreuse; suicide;* par M. Facen.

GRAVELLE D'ACIDE URIQUE TRAITÉE PAR LE PEROXYDE DE FER; par M. CANTILENA.

L'observation suivante est un nouveau fait à ajouter à ceux déjà nombreux qui témoignent en faveur des progrès thérapeutiques que l'iatrochimisme a déjà réalisés et qui ne sont que les premiers pas à l'entrée d'une immense carrière.

OBS. — Une demoiselle de 32 ans environ, non réglée, dont la physionomie indiquait un état de chlorose extrême, présentait depuis trois ans dans les urines un dépôt abondant de graviers d'acide urique. Sentiment de brulure dans la miction, augmentant avec la quantité des graviers qui était plus abondante au printemps et surtout l'été.

L'usage des alcalins, carbonate de potasse et bicarbonate de soude, et la diète végétale avaient produit peu d'effet.

La chlorose, et par conséquent l'aglobulie étaient démontrées par l'aspect jaune de cire, par les palpitations, avec *bruit de souffle* au cœur et *bruit de diable* aux carotides, par une sensation fréquente de froid, par le désordre des fonctions excrétoires et sécrétoires, et enfin par les troubles nerveux.

Les ferrugineux et spécialement les pilules de Vallet n'amenèrent aucune amélioration.

Les globules que Liebig appelle des *porteurs d'oxygène* sont disséminés; l'acide urique ne pouvait disparaître faute d'une suffisante quantité d'oxygène, et passait dans les urines en excès.

Le peroxyde de fer parut le meilleur remède, parce que, outre l'oxygène qu'il apportait au sang, il augmentait aussi la quantité des globules.

On donna donc le peroxyde à la dose de 12 décigr. par jour.

Le cinquième jour, la quantité de graviers a diminué; le douzième, encore plus; le vingtième, il n'y en a plus de trace.

On suspend le remède pour voir si la gravelle reparaitra. En effet, le troisième jour, elle était revenue, mais en petite quantité.

On laissa passer deux autres jours, pendant lesquels on retrouva un léger sédiment roussâtre, croissant chaque jour en quantité. On revint au remède, et la gravelle disparut de nouveau.

Le traitement fut continué pendant deux mois, et voilà sept mois que les urines coulent normalement sans sédiment morbide. On consomma un peu plus de 60 grammes de peroxyde de fer.

L'auteur de cette observation conclut :

1° Que la diathèse urique peut dépendre de l'usage de substances protéiques disproportionnées avec la consommation de l'économie;

2° Que l'imparfaite combustion des produits des métamorphoses organiques peut avoir lieu avec une fonction respiratoire normale, lorsque le chiffre des globules est diminué;

3° Que les ferrugineux ont été insuffisants à rendre au sang sa crase normale, parce qu'il n'est pas toujours facile de guérir la chlorose, et parce que les graviers d'acide urique augmentent les troubles;

4° Que la disparition de la gravelle doit se rapporter d'abord à l'oxygénation de l'acide urique, ensuite à la restauration des globules.

5° Que le traitement par l'oxygénation peut être utile toutes les fois que dans les excrétions, il se rencontre des produits organiques provenant d'une oxygénation incomplète (gravelle, calculs d'acide urique, calculs de cholestérine).

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 25 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. BINET.

NOMINATIONS.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un correspondant pour la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de feu M. Prunelle.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 44,

M. Gnyon obtient. . . . . 35 suffrages.
M. Bally. 3
M. Denys (de Commercy). 3
M. Furget. 3

M. Gnyon, ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est déclaré élu.

— M. BOULU présente un deuxième supplément à un mémoire sur le traitement des adénites cervicales par un nouveau procédé d'acupuncture. (Renvoi à l'examen des commissaires précédemment nommés : MM. Andral, Velpeau, Cloquet.)

CARACTÈRES DES VINS ROUGES ADDITIONNÉS D'ALUN, ET APPLICATION DE CES CARACTÈRES A LA CONSTATATION DE PETITES QUANTITÉS DE CE SEL DANS LE VIN; par M. J.-L. LASSAIGNE.

Appelé dans ces derniers temps à donner notre opinion sur un vin falsifié, déclaré contenir de l'alun en certaine proportion, nous avons dû, avant de nous prononcer, faire quelques expériences comparatives. Les essais auxquels nous nous sommes livré, nous ont appris que les sels alumineux en général, en solution dans les vins rouges, se décomposent en partie plus ou moins promptement, suivant la température à laquelle on opère, et qu'il résulte de cette réaction la précipitation d'un composé coloré formé par l'union de l'alumine avec une portion de la matière colorante du vin; que ce composé, d'une couleur rose hortensia, ou tirant un peu sur le violet, suivant l'espèce de vin rouge, est une véritable laque comme en produit l'alumine avec la plupart des principes colorants organiques.

Lorsqu'on porte à l'ébullition pendant quelques minutes un vin rouge quelconque, additionné d'une très-petite quantité d'alun, il se trouble peu à peu et donne lieu à un précipité floconneux qui, par le repos et le refroidissement, se rassemble au fond du vase en une laque colorée complètement insoluble. Ce dépôt, qu'on peut isoler facilement par décantation et filtration, présente des réactions qui caractérisent la couleur empruntée au vin lui-même; en le calcinant au contact de l'air dans un creuset de platine, il laisse un résidu blanc pulvérulent, assez abondant, présentant tous les caractères de l'alumine anhydre.

Les vins rouges purs, et non additionnés de sel alumineux, ne se troublent pas par l'ébullition même prolongée, et d'ailleurs le dépôt qu'ils pourraient donner quelquefois dans cette condition, ne présenterait pas la composition indiquée ci-dessus.

Les expériences directes que nous avons entreprises, et qui font l'objet d'un mémoire non encore terminé, nous ont démontré que par le moyen simple mentionné dans cette note, on pouvait déceler assez promptement de 1/1000 à 1/2000 d'alun potassique ou ammonical dissous dans un vin rouge, et jusqu'à même 1/3000. Une proportion plus faible pourrait également être constatée dans un vin suspecté en réduisant son volume par l'évaporation, et recueillant avec soin le dépôt qui se formerait dans cette circonstance et l'examinant ensuite.

DE L'ACTION DU CHLOROFORME SUR LE SANG. (Extrait d'une lettre de M. le Dr CHARLES T. JACKSON à M. ÉLIE DE BEAUMONT.)

« Boston, le 15 janvier 1856.

» J'ai eu dernièrement l'occasion d'analyser par ordre du coroner le sang d'une femme qui avait succombé aux effets de l'inhalation du *chloroforme*, et j'ai découvert que le sang était décomposé par le chloroforme et que le terchloride de formyle (chloroforme) était changé en teroxyde de formyle (acide formique), que j'ai retiré du sang par la distillation. Le chlore était combiné avec le sang, qui avait perdu la propriété de se coaguler et celle de rougir par l'exposition à l'oxygène de l'air. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 4 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics informe l'Académie qu'il vient de transmettre aux préfets les médailles décernées aux médecins inspecteurs des eaux minérales.

Le même ministre transmet :

1° Un rapport de M. Castel, médecin des épidémies pour l'île d'Oléron, sur les épidémies qui ont régné dans cette localité en 1855.

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné, en 1855, dans les départements des Landes, de l'Aude, du Pas-de-Calais, de l'Ariége et de la Haute-Marne. (Comm. des épidémies.)

3° Un exemplaire d'un rapport médical, publié à Vienne (Autriche), sur l'hôpital impérial et royal de l'arrondissement de Wieden, pour 1853. (Commis. : MM. Bouvier et Michel Lévy.)

4° Plusieurs recettes de remèdes secrets. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

— La correspondance non officielle comprend :

Un rapport sur les vaccinations pratiquées dans la Dordogne en 1854, par M. le docteur Boissat. (Comm. de vaccine.)

Un mémoire sur l'épidémie de choléra dans quelques villages de la Haute-Saône, en 1854, par M. le docteur Henry. (Comm. du choléra.)

Deux observations, dont l'une est relative à un cas de monstruosité par arrêt de développement chez le fœtus, et la seconde à un cas d'hygrométrie hydatique, par M. le docteur Moussand (de Mauzé). (Comm. : MM. Depaul et Desporles.)

Un paquet cacheté transmis par M. le docteur Félix Delfau (de Collioure).

— M. LE PRÉSIDENT informe l'Académie que, dans la prochaine séance, elle devra procéder à la nomination de plusieurs commissions de prix.

A trois heures et demie, après la clôture de la feuille de présence, l'Académie procédera à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pharmacie.

REMÈDES SECRETS.

M. ROBINET, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, donne successivement lecture de plusieurs rapports dont les conclusions, toutes négatives, sont adoptées sans discussion par l'Académie.

ÉLECTION.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture de la liste de candidats proposée par la section de pharmacie :

1° M. Bondet,
2° M. Poggiale,
3° M. Gobley.

77 membres ont signé la feuille de présence ; majorité absolue, 38.

Sur 75 votes émis, au premier tour de scrutin :

M. Bondet réunit. . . . . 48 suffrages.
M. Gobley . . . . 18 —
M. Poggiale. . . . . 9 —

En conséquence, M. Bondet est proclamé membre de l'Académie. Sa nomination sera soumise à l'approbation de l'empereur.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur le traitement des ophthalmies par l'occlusion.

TRAITEMENT DES OPHTHALMIES PAR L'OCCLUSION.

M. PIORRY : On a beaucoup parlé historique à propos du traitement des ophthalmies par l'occlusion; M. Larrey a donné à cet égard les détails les plus savants. Je crois cependant pouvoir rappeler que j'ai été le premier à employer la dernière méthode dont il s'agit. En 1837, je crois, un de mes élèves publia, sous mon inspiration, une note sur ce sujet dans la GAZETTE DES HÔPITAUX. M. Gosselin, alors élève en médecine et qui suivait mes cours, se rappelle m'avoir entendu faire plusieurs leçons sur le traitement des ophthalmies par l'occlusion. MM. Furnari et Magne m'ont également cité.

Je dois compte à l'Académie de la série d'idées par laquelle je suis arrivé à proposer ce moyen. Je m'étais demandé pourquoi certaines ophthalmies persistaient et pourquoi elles avaient de la gravité. Je me suis dit que cela devait tenir : 1° à l'influence de la lumière, 2° au contact de l'air, 3° au clignotement des paupières. D'après cela, je fus conduit, en 1837, je crois, à déterminer l'occlusion des paupières au moyen de bandelettes de taffetas gommé. Je réussis au delà de toute expression. J'évitais ainsi le contact de l'air et de la lumière et le frottement des corps étrangers s'il y en avait. Il y a loin de là à l'application d'un linge mouillé, de coton, etc.

A la suite du premier choléra, il y eut une épouvantable ophthalmie, qui fut épidémique dans la maison des Orphelins du choléra. La paupière supérieure et la paupière inférieure faisaient une saillie considérable; j'eus alors recours à l'occlusion et à la compression des paupières. Bien entendu que je faisais soigner les yeux d'une manière convenable et ne laissais pas séjourner le pus sur les organes malades. Je faisais laver les yeux à grande eau et je prescrivais des injections froides. Il s'agissait, dans cette circonstance, d'une ophthalmie purulente contagieuse, comme l'a trop démontré le cas d'une pauvre religieuse qui en fut affectée de la façon la plus malheureuse, et je me fusse bien gardé de laisser le pus en contact avec les yeux malades. Je sépare ces choses d'une manière absolue, parce que je ne voudrais pas qu'on m'accusât d'avoir appliqué l'occlusion à des ophthalmies virulentes. Voilà donc tout ce que j'avais à dire pour l'histoire de l'occlusion. Je sais que M. Hairion a depuis revendiqué cette méthode, et que plusieurs oculistes belges l'ont mise en pratique. Qu'importe d'ailleurs tout ceci. Il convient avant tout de savoir quelle est la valeur de ce mode de traitement.

En 1837 ou 1838, il se trouva dans mon service d'hôpital plusieurs malades atteints d'ophthalmie. Je les traitai par l'occlusion des paupières. En vingt-quatre ou trente-six heures, il survenait une amélioration considérable. M. Magne l'a constaté dès cette époque. Il y a en médecine de bons procédés dont on se sert, sans chercher d'où ils viennent, sans se rendre compte s'ils ont été empruntés à d'autres ou si on les a imaginés; on les abandonne quelquefois après un insuccès, quelquefois sans raison ou parce que les occasions d'application ne se présentent plus. Il y a un an ou deux, je vis de nouveau quelques cas graves d'ophthalmie et j'eus recours à l'occlusion de la même façon. Je fis encore à cette époque deux ou trois leçons sur ce sujet. Comme la première fois, le succès couronna mes efforts.

Dès 1837, je n'avais pas manqué de dire que l'occlusion serait applicable avec avantage après l'opération de la cataracte, de la pupille artificielle, etc.

Depuis cette époque, j'ai employé un grand nombre de fois l'occlusion, et constamment avec succès. Je suis loin de voir autant de maladies des yeux que les chirurgiens répandus, que M. Velpeau, par exemple; mais, enfin, je puis citer quelques faits. Je me rappelle, entre autres, 3 cas d'irisite dont j'ai ainsi obtenu la guérison. Et ces cas d'irisite étaient bien caractérisés : cercle rosé autour de la cornée transparente, immobilité de la pupille, défaut de lucidité de la chambre antérieure de l'œil et ces douleurs de tête, dont j'ai fait connaître la valeur dans mon mémoire sur l'irisalgie. Je me garderais bien de vouloir conseiller l'occlusion dans toutes les irisites, dans celles, par exemple, qui sont le résultat de l'infection syphilitique.

Dans les cas d'inflammation de la conjonctive, j'ai vu avec avantage accoler les paupières avec des bandelettes agglutinatives. Dans les cas de plaies de l'œil, j'ai obtenu par ce moyen des guérisons presque instantanées. Un tailleur de pierres avait reçu dans l'œil un petit éclat de pierre qui avait fait plaie à la cornée; l'application du taffetas icthyocollé suffit pour obtenir la guérison en quinze ou vingt heures. J'ai bien vu une vingtaine de cas d'ophthalmies ainsi traités avec succès. Je ne prétends pas guérir toutes les ophthalmies de cette façon; mais je dis que c'est un moyen très-bon, très-simple, très-commode dans bon nombre de cas, dans les ophthalmies non purulentes, dans les plaies et les ulcérations de la cornée, dans les plaies de l'œil, dans certaines tumeurs de l'œil, dans la procidence de l'iris après l'opération de la cataracte ou de la pupille artificielle, dans les irisites, dans certaines névropathies de la cinquième paire, dans les cas où des corps étrangers se sont introduits dans l'œil (on évite ainsi le déplacement de ces corps étrangers, cause de douleur et d'inflammation). L'occlusion des yeux peut encore rendre des services dans les brûlures; elle m'a merveilleusement réussi dans un cas semblable chez un jeune enfant. C'est à l'expérience à déterminer les cas précis où l'occlusion peut rendre de bons services et ceux où il ne convient pas de l'employer. J'ai voulu, quant à moi, faire connaître à quelle occasion et de quelle façon j'ai eu recours avec succès à ce mode de traitement. Voici comment j'avais procédé d'abord : une bandelette de taffetas gommé de 15 à 20 centimètres de longueur sur 1 centimètre de largeur était collée par une de ses extrémités sur le milieu de la paupière supérieure et jusqu'à son bord libre; deux autres bandelettes semblables étaient ensuite appliquées de la même façon, chacune à quelques centimètres en dehors de la première. Quand ces bandelettes étaient bien agglutinées, je les abaissais sur la joue, où je les fixais, entraînant ainsi la paupière en bas. De cette façon, la paupière est maintenue fermée, immobile et légèrement comprimée. L'espace laissé libre entre les bandelettes permet de voir quel est l'état de l'œil.

Depuis, j'ai employé le collodion, toujours en recommandant d'éloigner les bandelettes. D'ailleurs, quand l'œil ne souffre pas, tout va bien; s'il y a des douleurs, cela va mal et il faut ôter les bandelettes.

M. BONNAFONT : J'ai peu de choses à répondre à M. Piorry; partisan déclaré de l'oclusion, il est venu défendre le mode de traitement que je mets en pratique. Ma réponse s'adresse surtout à M. Larrey, qui a fait plusieurs objections à ma manière de procéder.

Dans l'avant-dernière séance de l'Académie, j'ai eu l'honneur de présenter quelques observations d'ophthalmies traitées et guéries par un nouveau mode d'occlusion des yeux. En soumettant ces faits à l'appréciation de l'Académie, j'annonçai que M. le baron Larrey s'était aussi occupé de ce mode de traitement et que cet honorable confrère ferait connaître sous peu les résultats qu'il en avait retirés. Notre attente n'a pas été trompée, car l'Académie a entendu, à la dernière séance, le discours si remarquable qu'il a prononcé sur ce sujet. Certes, ma lecture n'aurait-elle eu pour effet que de fournir à M. Larrey l'occasion de mettre au jour les matériaux si nombreux et si évidents qu'il avait recueillis sur cette matière, que je devrais me féliciter de l'initiative que j'ai prise. Mais, à côté de ces résultats, il en est un autre tout à fait pratique contesté en bien des points par M. Larrey. Je veux parler du mode de traitement que j'emploie, auquel M. Larrey a adressé plusieurs reproches, qui, d'ailleurs, ne me paraissent pas sérieux, puisqu'au fond il admet l'efficacité de ce traitement.

Afin de ne pas abuser des instants de l'Académie, je rendrai mon argumentation aussi courte que possible.

M. Larrey me reproche d'abord de n'être point parti du principe de l'occlusion, mais je n'ai eu nullement la prétention de faire un traité sur la matière.

Ayant seulement obtenu de bons résultats d'un mode de traitement contre les ophthalmies, je suis venu les soumettre au jugement de l'Académie, laissant à d'autres praticiens le soin de l'expérimenter à leur tour et d'en apprécier comme moi la valeur.

M. Larrey semble regretter aussi que je n'aie pas fait connaître les différents modes d'occlusion qui ont été employés depuis nombre d'années. Si l'Académie comparait les citations si savantes et si nombreuses de M. Larrey avec les trois seulement qui figurent dans mon mémoire, elle pourrait en effet supposer que j'ai négligé toute espèce de recherches à ce sujet; mais, pour me justifier, je dirai que les auteurs que j'ai consultés et qui se sont le plus particulièrement occupés d'ophthalmologie, tels que Demours, MM. Rognetta, Caron du Villars, Desmarres, etc., et la plupart des articles des dictionnaires, n'en faisant nullement mention, je devais supposer que l'occlusion n'avait jamais été l'objet d'un sérieux examen de la part des praticiens.

Les seuls que j'ai pu citer sont, comme je l'ai déjà dit, MM. Piorry, Velpeau et Larrey, et, à cette occasion, je ne saurais assez remercier M. Larrey d'avoir enrichi la biographie de l'oculistique de ses curieuses et savantes recherches historiques. Du reste, il résulte de toutes les citations qu'il a faites

qu'aucun mode d'occlusion employé ne ressemble à celui que j'applique et qui fait le sujet de mon mémoire.

Ainsi, tous les procédés qui ont pour but l'accolement immédiat des paupières, je les considère comme moins complets que celui que je propose, à cause du peu de facilité qu'ils laissent à la suppuration de s'échapper, et du danger qui peut résulter de son contact permanent avec les surfaces de l'œil. Le même reproche s'adresse, quoiqu'à un moindre degré, au coton sec ou couvert d'un enduit quelconque.

M. Larrey sait mieux que moi que la ouate absorbe peu la suppuration, et que son contact immédiat avec une surface enflammée et suppurante surtout, sur un organe aussi irritable que l'œil, doit nécessairement ajouter à l'irritation. La ouate enduite d'un corps gras n'a pas cet inconvénient, mais elle a celui de ne pas absorber du tout la suppuration, ce qui est plus grave.

Reste un troisième mode d'occlusion : c'est celui des compresses simples, maintenues sur l'œil au moyen d'un bandage employé par M. le professeur Forget, de Strasbourg. Ce bandage me semble avoir l'inconvénient de ne pas absorber assez facilement les liquides qui s'échappent de l'œil. Tous ces moyens peuvent certainement trouver une heureuse application contre les ophthalmies sèches, mais pour peu que l'inflammation donne lieu à une supersécrétion morbide, ils méritent tous, à divers degrés, les mêmes reproches. Aucun auteur, et on peut s'en rapporter à cet égard aux citations nombreuses de M. Larrey, n'a rempli, dans l'occlusion, les trois indications principales qui se trouvent réunies dans mon pansement, qui résument à elles seules son efficacité, et qui permettent d'en généraliser l'emploi dans un plus grand nombre de cas.

Première indication : Application immédiate d'un corps gras sur les paupières, dont tous les auteurs, MM. Rognetta et Caron du Villars surtout, recommandent l'usage afin de rafraîchir les paupières, d'empêcher leurs bords de se coller et de permettre ainsi aux liquides sécrétés de s'écouler facilement de l'intérieur de l'œil; avantage que n'ont ni le collodion, ni les bandelettes agglutinatives, ni le coton sec ou graissé.

Deuxième indication : Le petit plumasseau de charpie, placé sur le linge cératé et fenêtré, a pour avantage d'absorber la suppuration à mesure qu'elle est chassée de l'œil, et d'empêcher qu'elle se répande sur la joue.

Troisième indication : Le disque de sparadrap appliqué par-dessus ce petit appareil, a pour but de le maintenir sans exercer aucune compression, et de mettre l'œil parfaitement à l'abri du contact de l'air et de la lumière.

Je m'étais longtemps contenté de ce mode de pansement, lorsque, plus tard, ayant remarqué que le sparadrap se dérangeait, je crus devoir l'assujettir avec une bande appliquée en forme de monocle, modérément serrée. Eh bien, je demande à M. Larrey si, parmi les nombreux modes d'occlusion qu'il a cités, il en est un qui ressemble à celui que j'emploie.

Je maintiens donc ce mode comme nouveau : maintenant vaut-il mieux que les autres? Je le crois, et c'est ce que je suis venu déclarer à l'Académie; mais, ne voulant pas être seul juge de son efficacité, je mets en demeure tous les praticiens de l'expérimenter, et si le temps et de nouvelles expériences viennent en indiquer un meilleur, je serai tout disposé à l'adopter, malgré les avantages que je reconnais à celui que je propose.

M. Larrey m'a accusé d'avoir voulu m'attribuer l'honneur de l'occlusion des yeux par le collodion, et d'avoir, en outre, décoré du nom de méthode mon nouveau mode d'occlusion, deux assertions également erronées. Je demanderai à M. Larrey où il m'a vu afficher une pareille prétention. Mais cela ne se trouve nulle part dans mon mémoire.

Pour ce qui est du collodion, je dis, au contraire, que je ne l'ai plus employé à cause de l'inconvénient que je lui ai reconnu de fermer trop hermétiquement les paupières, et quant à la méthode, le titre seul de mon mémoire exclut toute prétention à cet égard. Le mot n'y est d'ailleurs employé qu'une seule fois ou deux; l'une pour éviter une répétition de mots, et l'autre s'applique à tous les procédés d'occlusion mis en usage par les praticiens, auxquels il s'adresse aussi bien qu'à moi.

M. Larrey a été surpris que j'aie osé proposer l'occlusion des yeux seule à l'exclusion de tout autre moyen thérapeutique, même dans les cas d'ophthalmies purulentes avancées.

Pour toute réponse, je n'ai qu'à renvoyer mon estimable collègue au texte même de mon mémoire. Voici ce que je dis : « Je ne dois pas oublier d'ajouter que je n'ai pas eu l'occasion d'employer ce mode de traitement contre les ophthalmies strumeuses et granuleuses, si fréquentes chez les enfants, ni contre l'ophthalmie purulente qui règne si souvent sur les armées, et qui, dans les pays chauds surtout, occasionne tant de cécités; mais les bons résultats que j'en ai retirés dans les circonstances variées où je l'ai appliqué, font supposer que l'occlusion seule, ou associée à d'autres moyens thérapeutiques, pourrait être d'un heureux concours dans le traitement de ces affections si graves. Quelques confrères, entre autres M. Blatin, m'ont assuré avoir obtenu de bons résultats de l'occlusion des yeux chez des enfants en bas âge atteints d'ophthalmie strumeuse. C'est là un résultat heureux que je m'empresse de soumettre à l'Académie, parce que si l'occlusion peut être employée avec quelque succès contre les ophthalmies, si graves et si nombreuses, des nouveau-nés, la simplicité et la facilité de l'application de ce mode de traitement en fera bien vite généraliser l'emploi. »

M. Larrey soulève ensuite une question de pratique très-importante, à laquelle je crois pouvoir répondre d'une manière satisfaisante. La méthode d'occlusion, dit-il, étant admise, faut-il couvrir les deux yeux en même temps ou n'en couvrir qu'un seul?

Chaque fois que j'ai eu à traiter une ophthalmie monoculaire, l'occlusion a été faite sur l'œil affecté seulement, laissant à l'autre toute la liberté de ses fonctions; et sur plus de 40 malades soumis à ce mode de traitement, jamais je n'ai eu à me repentir de cette conduite, les deux yeux n'étant fermés que lorsqu'ils étaient simultanément malades.

Il m'est arrivé même quelquefois de faire l'expérience suivante.

Quand un malade entrait à l'hôpital ayant les deux yeux atteints, l'un d'eux était traité par l'occlusion, tandis que l'autre était soumis à l'action des topiques ordinaires; eh bien! dans ce cas encore, le résultat a prouvé l'avantage de l'occlusion, laquelle a dû même être souvent appliquée pour la guérison radicale de l'autre œil.

M. Larrey, à l'exemple de tous les ophthalmologistes, reproche au bandeau appliqué sur les yeux d'accumuler trop de chaleur sur ces organes et de provoquer ainsi des accidents qui en font supprimer bien vite l'emploi. J'ignore jusqu'à quel point cette opinion est fondée pour ce qui a été fait avant moi; mais ce que je puis déclarer de la manière la plus favorable, c'est que jamais les malades ne se sont plaints de l'application de mon pansement, et que très-souvent, au contraire, les douleurs locales et générales ont diminué peu de temps après la première application.

M. Larrey, dans l'énumération judicieuse qu'il fait des cas où l'occlusion peut être avantageusement mise en usage, ajoute qu'il conviendrait de l'employer au début des ophthalmies et qu'il serait prudent d'attendre que la période d'acuité fût passée. Ces craintes sont naturelles pour tout praticien qui n'a pas encore appliqué ce mode de traitement, et je les ai moi-même exprimées ailleurs.

Il semble, en effet, que sur une conjonctive rouge, enflammée et devenue le centre d'une congestion sanguine considérable, l'application d'un bandage sur l'œil ne devrait pas être l'indication la plus rationnelle à suivre. D'autres moyens viennent plus naturellement à la pensée, et pourtant mon expérience et les faits recueillis depuis trois ans démontrent que c'est principalement au début d'une ophthalmie et lorsque l'inflammation a acquis le plus d'intensité, que l'occlusion produit les meilleurs et les plus prompts résultats.

« Il y a en somme pour nous, comme je l'ai déjà dit, dans l'occlusion des yeux, une question que le temps est appelé à juger, celle de savoir si les collyres liquides ou solides, véritables corps étrangers pour l'œil, ne sont pas plus nuisibles qu'utiles dans la plupart des ophthalmies et si la médication que nous recommandons ne leur est pas préférable? Notre réponse ne serait pas douteuse, basée qu'elle est sur l'expérience des savants praticiens que nous avons cités; mais comme la chose est d'une importance capitale, tout jugement absolu doit être reculé jusqu'à ce que la pratique ait recueilli un plus grand nombre de faits à l'appui. »

Enfin, M. Larrey, tout en n'acceptant qu'avec une grande réserve les avantages de mon pansement, les attribue en grande partie à l'habileté qu'il faut avoir pour son application. Je suis d'autant plus flatté des compliments que mon collègue m'adresse en cet endroit qu'ils émanent d'un juge très-compétent; mais que M. Larrey se rassure, tant d'habileté n'est pas nécessaire; car depuis plus de six mois cette application est abandonnée presque exclusivement aux élèves en médecine requis, qui suivent tour à tour ma visite, et M. Larrey sait que généralement ces messieurs, fort instruits d'ailleurs, ne pèchent pas par le trop de connaissances en matière de pansement.

Telles sont les réflexions que, dans l'intérêt de la vérité et du mode d'occlusion des yeux contre les ophthalmies, j'avais à soumettre à l'Académie en réponse à l'argumentation de M. Larrey; réflexions qui ne portent du reste que sur la forme et nullement sur le fond de la question, puisqu'il reste bien démontré jusqu'à présent que l'occlusion est un bon moyen de traitement contre la plupart des ophthalmies. Ce qui a lieu de nous étonner, après tout ce que nous a appris M. Larrey, c'est que ce moyen ait si peu fixé l'attention des praticiens qui s'occupent plus spécialement du traitement des maladies des yeux.

Espérons que cette discussion profitera à la cause que je défends, et ce que mon modeste travail n'eût point fait peut-être, le discours de M. Larrey l'opérera sans aucun doute; car des assertions aussi favorables à cette médication, émanant d'un praticien placé si haut dans l'estime de tous, ne peuvent manquer de porter leur fruit, et je me félicite de les avoir provoquées.

M. Velpeau demande à remettre son argumentation à la prochaine séance.

TAILLE BILATÉRALE MODIFIÉE.

M. Ségalas donne lecture d'un rapport sur une communication de M. le docteur Carathéodory (de Constantinople), au nom d'une commission composée de MM. Hervez de Chégoin, Amussat, et Ségalas, rapporteur.

Le travail dont j'ai à vous rendre compte, dit M. Ségalas, a été lu à cette tribune, le 24 juillet dernier, par son auteur M. Carathéodory, médecin du sultan, professeur de pathologie et de clinique externe à l'École de médecine de Constantinople. Il a pour titre : Observations de deux cas de taille par le procédé de Dupuytren, modifiée en raison des circonstances exceptionnelles qui ont été découvertes sous le couteau.

Ce travail se compose de trois parties; une première où M. Carathéodory indique comment il a été amené d'urgence à modifier le procédé de taille bilatérale de notre grand maître; une seconde, où sont exposés avec détails les deux faits observés, et une troisième qui contient les réflexions auxquelles ils ont donné lieu. Nous allons les passer en revue toutes les trois.

M. Carathéodory raconte que deux cas de pierre vésicale présentant des conditions exceptionnelles, l'une sous le rapport du volume de la pierre et l'autre à cause des adhérences que cette dernière avait contractées avec les parois de la vessie, ont été reçus dans sa clinique, le premier en 1849, et le second dans le courant de l'hiver dernier.

Ces conditions n'avaient pas été appréciées d'avance; elles ne furent con-

statées que lorsque pendant l'opération (procédé prostatique bilatéral), on put introduire le doigt dans la vessie.

Après des tentatives infructueuses et réitérées d'extraction, M. Carathéodory eut l'idée, dans le premier cas, d'inciser la prostate en bas, sur la ligne médiane, et tout aussitôt l'opération put être terminée sans difficulté. Il en fut de même dans le deuxième cas; le même moyen réussit parfaitement lorsque le chirurgien y eut recours à la suite d'inutiles efforts pour détacher le corps étranger.

Ce dernier résultat a été vérifié par trois de nos médecins militaires : d'abord par MM. les professeurs Mounier et Scoutetten et ensuite par notre honorable vice-président M. Michel Lévy, lors de leur visite à l'hôpital de M. Carathéodory.

Ce chirurgien fait remarquer que la modification qu'il a apportée au procédé bilatéral de Dupuytren, quelque hasardeuse qu'elle paraisse de prime abord, a de fait été couronnée d'un plein succès, et n'a été accompagnée ni suivie d'aucun accident. Il est dans la conviction que, pour des cas compliqués et exceptionnels, ce procédé serait celui qui, tout en facilitant ta manœuvre pour l'extraction de la pierre, exposerait le malade à moins de danger. Il croit, dit-il, remplir un devoir en le soumettant au jugement de ce corps savant, tribunal suprême en ces matières, et dont plusieurs membres illustres ont été jadis ses maîtres.

Effectivement, M. Carathéodory, grec d'origine, comme l'indique son nom, est un ancien et excellent élève de l'école de Paris.

M. Ségalas expose ici avec détail les deux observations qui font le sujet du mémoire de M. Carathéodory (voy. Gaz. Méd. du 28 juillet 1855).

M. Carathéodory pense que ces deux faits autorisent à agir comme lui toutes les fois qu'on se trouve dans des conditions semblables aux siennes. Il estime que l'incision verticale de la partie inférieure de la prostate, en y comprenant le sphincter de l'anus, ne rend jamais l'opération plus grave et qu'elle facilite singulièrement la sortie des calculs.

M. Vidal (de Cassis) avait dit, à l'occasion de sa taille quadrilatérale : *pour les petites pierres, une seule incision; pour les moyennes, deux petites incisions; pour les grosses, quatre petites incisions.* M. Carathéodory, en pratiquant trois incisions, a rempli avec habileté et bonheur la lacune laissée par notre savant et spirituel confrère. Ajoutons que la direction qu'il a choisie pour la troisième incision est évidemment la plus favorable à l'extraction des corps volumineux, et pourra souvent, nous le pensons du moins, éviter de recourir à une quatrième.

M. Carathéodory ne se dissimule point que l'incision verticale de la prostate, telle qu'il l'indique, expose aux fistules urinaires; mais, outre que cet accident n'a pas eu de durée dans les deux tailles faites par lui, il fait remarquer que la fistule, si elle persistait, ne se trouverait probablement que derrière le sphincter de l'anus et constituerait un très-petit mal, en comparaison des dangers auxquels le malade serait exposé si on opérait autrement.

Quant à la lésion des conduits éjaculateurs que semble indiquer l'inflammation du testicule observée chez le second malade, elle ne peut guère avoir lieu que sur l'un des conduits, et d'ailleurs l'exemple de ce même malade semble annoncer qu'elle ne troublerait point les fonctions génitales.

Le procédé employé et conseillé par M. Carathéodory nous paraît être une addition utile à la taille bilatérale, soit qu'il s'agisse de pierres très-volumineuses, soit que l'on ait affaire à des pierres enkystées.

Nous pensons qu'il sera bien de le mettre en usage lorsque, comme M. Carathéodory, on se trouvera inopinément en présence de telles conditions.

Dans l'hypothèse où on les aurait constatées d'avance, on pourrait se demander, s'il ne serait pas mieux de recourir à la taille sus-pubienne, qui, de toutes les tailles, est celle qui permet d'ouvrir la voie la plus large aux grosses pierres, et donne le plus de facilités pour les recherches et les manœuvres à faire dans la vessie.

Véritable association de la taille bilatérale de Dupuytren et de la taille médiane prostatique de Sanson, l'opération de M. Carathéodory présente la réunion des avantages et des inconvénients de ces deux procédés. Complexe de sa nature, elle sera une ressource précieuse pour les chirurgiens, mais une ressource que probablement, à l'exemple de l'auteur, ils jugeront convenable de réserver pour des cas exceptionnels.

Ces limites posées relativement à l'application du nouveau procédé de taille, nous proposons à l'Académie :

De remercier M. Carathéodory de son intéressante communication, et nous appelons sur ce chirurgien l'attention spéciale de la commission qui sera chargée de former la liste des candidats aux places d'associés étrangers.

Ces conclusions sont adoptées.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de chimie pathologique appliquée a la médecine pratique; par M. Alf. Becquerel et M. A. Rodier. — Paris, 1854; chez Germer-Baillière.

Nous ne mettrions point aujourd'hui sous les yeux des lecteurs de la Gazette l'analyse d'un livre qui a paru depuis près de deux ans et qui doit être connu du public, si ce livre ne nous fournissait pas l'occasion de relever et d'apprécier quelques faits qui caractérisent la tendance d'un certain nombre d'écrits publiés en France et à l'étranger depuis une quinzaine d'années. Ces faits sont les bases de la chimie pathologique, toutes les applications de la chimie à la médecine pratique en découlent. L'ouvrage de MM. Becquerel et Rodier en contient l'inventaire complet. Ces auteurs distingués nous permettront donc de nous occuper ici plutôt de leurs tendances et de leurs doctrines que de l'examen complet de leur traité. Quelques mots seulement sur la composition et le plan du livre nous serviront d'entrée en matière.

MM. Becquerel et Rodier étudient d'abord les liquides qui contribuent à former le sang, la *lymphe*, le *chyle;* puis ils font l'histoire chimique du *sang*, cette partie, la plus importante de toutes, occupe près de la moitié du volume.

Le chapitre III traite des produits de sécrétion fournis par les glandes conglomérées, la *salive*, la *bile*, le *suc pancréatique*, l'*urine*, le *sperme*, le *lait*, les *larmes*.

Le chapitre IV a trait aux produits de sécrétion des membranes en général et aux altérations de ces produits, *mucus, fausses membranes des muqueuses, muguet, acide carbonique, crachats, sécrétions stomacales, vomissements, mucus intestinal, matières fécales, méconium, diarrhée, mucus nasal, mucus utérin; liquides hydropiques, liquides séro-fibrineux, sueur*.

Le chapitre V expose les altérations chimiques des parties solides de l'organisme, *os, dents, cartilages, cheveux, cerveau, cristallin, foie*.

Enfin, le chapitre VI traite, au point de vue de l'analyse chimique, des produits organiques de nouvelle formation, *pus, tubercule, cancer*.

Ce cadre assez complet permet de passer en revue les différentes applications de la chimie à l'analyse des produits morbides. A ce titre, l'ouvrage que nous avons sous les yeux fournira, non pas tous les documents, mais des renseignements classiques, variés, intéressants.

La science, qui enregistre chaque jour des données nouvelles et importantes relatives à la composition chimique des éléments normaux de l'organisme et à leurs différentes altérations, date de quelques années à peine. Elle compte de précieuses découvertes, fournit des méthodes d'exploration inconnues à nos devanciers, ouvre un horizon nouveau d'aperçus et de recherches; mais elle ne donne pas encore à la médecine ces indications positives du diagnostic et de la thérapeutique qui passent dans la pratique pour y demeurer. La *chimie pathologique* n'est pas assez perfectionnée, les données actuelles ne sont pas assez avancées pour l'*appliquer à la médecine pratique*. Telle est la solution que nous avons donnée en 1853, dans une thèse de concours, à cette question des applications de la chimie. Nous pensons que ce serait nuire aux véritables intérêts de la chimie organique que d'en vouloir appliquer prématurément les données. La recherche des indications utiles nuit souvent aux aspirations les plus élevées des recherches scientifiques, ou ne s'accorde pas avec la direction qu'elles impriment aux esprits.

C'est dans ce sens que nous répéterons aujourd'hui, au sujet de la partie la plus intéressante des recherches de MM. Becquerel et Rodier, l'*hématologie*, ce que nous en disions il y a trois ans: Les conséquences pratiques de l'hématologie n'ont d'importance réelle et ne peuvent être exposées qu'à l'aide de l'interprétation raisonnée des doctrines émises sur le rôle des altérations du sang dans les diverses maladies. Les savants qui ont fait faire de nos jours le plus de progrès à l'hématologie sont aussi ceux qui en ont tiré peut-être le moins de données pratiques, parce qu'ils n'ont pas voulu sortir de l'interprétation immédiate et rigoureuse des faits. Le résultat le plus général et le plus vrai auquel ont conduit les études hématologiques, c'est la séparation des phlegmasies et des pyrexies. Mais aujourd'hui encore, pour ces deux ordres de maladies, la chimie pathologique ne permet point de dire s'ils appartiennent tous deux ou l'un d'entre eux aux altérations des solides ou des liquides.

De ce qu'il existe un changement dans les liquides, il ne faut pas conclure que l'altération des liquides forme la maladie. C'est pourquoi on ne peut pas dire, au lieu de *pléthore, excès de globules;* au lieu de *chlorose, diminution des globules ou du fer;* au lieu de *scorbut* ou de *purpura, hypoplasma, cacoplastie, aplastie*.

Il serait hasardeux d'affirmer qu'aucune maladie ait son siége exclusif dans un organe, un tissu ou dans un des liquides de l'économie. Dans les affections les plus simples et celles qui sont limitées au plus petit nombre de parties, il est souvent difficile d'assurer que la maladie ne relève point d'autres altérations plus cachées et qui nous échappent ou que nous n'entrevoyons qu'incomplétement. Il est aisé de démontrer que les données de la chimie ne résolvent point les problèmes

les plus essentiels de la physiologie pathologique, ceux sans lesquels la science ne peut progresser. Ainsi on ne peut répondre aujourd'hui à ces questions : Comment le sang est-il sur-fibriné dans l'inflammation? La chlorose provient-elle d'un trouble des organes digestifs et de l'appareil chargé de l'assimilation des aliments et de la formation des globules? La pléthore est-elle due à une altération toute contraire de ces fonctions ou à un vice des organes dépurateurs du sang?

Pour ne parler que du sang, ce liquide subit dans les tissus de continuelles métamorphoses qui peuvent être regardées comme l'expression de sa vitalité; la production des globules et la formation du sang sont intimement liées à la nutrition; lorsque la nourriture est mauvaise ou insuffisante, la quantité du *sang* ou plutôt celle des globules sanguins est diminuée; lorsque la nourriture est bonne et abondante, c'est le contraire qui arrive: Dans le premier cas, l'énergie vitale est déprimée, les sécrétions et les excrétions sont diminuées, la chaleur animale baisse, tandis que, dans le dernier cas, ce sont des phénomènes inverses qu'on observe. Dans l'état normal, il y a équilibre entre la consommation et la production des globules du sang. Dans différents états morbides, cet équilibre est rompu. D'où dépend ce changement de proportion? Est-il l'effet direct ou l'effet éloigné de la cause morbide? Nous cherchons la réponse à ces questions et nous ne la trouvons jusqu'ici nulle part. « Il y a dans tout cela, dit M. Andral, des inconnues à dégager; il y a à découvrir ce rapport mystérieux dont la nécessité est prouvée par sa constance, qui unit dans les maladies l'altération des solides à l'altération du sang. »

Si, quittant ces généralités, on prend des exemples, on pourra voir immédiatement comment les données de la chimie pathologique éclairent peu la thérapeutique des maladies. « La connaissance de la composition du sang, disent MM. Becquerel et Rodier, éclaire certainement la thérapeutique du *scorbut*. Dans le *scorbut aigu*, la conservation du chiffre normal de la fibrine et quelquefois son augmentation de quantité, le chiffre souvent élevé des globules, l'intégrité de celui de l'albumine, justifient l'emploi d'une méthode longtemps tombée dans l'oubli et que des succès assez nombreux ont justifiée. Cette méthode, c'est l'emploi d'une *ou même de deux* saignées générales au début de la maladie.... Presque toujours cette émission sanguine, que justifie du reste l'état général des individus atteints, a été suivie d'un amendement notable dans les symptômes. » Voilà, encore de nos jours, l'exemple d'une médication fondée sur des données théoriques. A une époque, on avait la prétention de combattre par les *alcalis* le sang trop *noir* des fièvres miasmatiques. Stevens, l'un des promoteurs de cette idée, n'admettait pas que les acides réussissent dans le scorbut où le sang est souvent d'un rouge foncé. Il prétendait que le scorbut était produit par l'usage immodéré de l'acide citrique. Pendant une épidémie grave, Sylvius de le Boe crut trouver dans la maladie régnante une prédominance d'acide et conseilla l'administration abondante des alcalis et des dissolvants.

Ces doctrines qui relèvent des idées de Van-Helmont ne sont pas plus hypothétiques ni plus absolues que celles qui font dire à MM. Becquerel et Rodier en parlant du *scorbut chronique*: « La méthode qui réussit le mieux en dehors des soins hygiéniques, qui exercent du reste une influence immense dans le traitement du scorbut, est certainement la méthode acide. Si nous parlons ici de cette méthode à l'égard de laquelle nous n'avons aucune prétention à revendiquer, c'est uniquement parce qu'elle s'explique d'une manière très-simple, par la supposition de l'augmentation de proportion de soude dans le sang.... L'effet de l'introduction et de la combustion des acides végétaux est la formation du carbonate de soude qui est éliminé par les urines et par conséquent la soustraction d'une certaine quantité de soude au sang. Si donc le scorbut consiste dans une augmentation de proportion de la soude du sang, l'emploi des acides végétaux doit avoir pour conséquence la guérison de la maladie, puisqu'il soustrait l'excès du principe qui la constitue précisément. Nous avions donc raison d'avancer que la réussite du traitement et l'explication qu'on en donne étaient jusqu'à présent les raisons les plus évidentes pour faire admettre la théorie de l'augmentation de soude. »

Tout à l'heure nous avons fait voir comment l'analyse chimique fournit des indications thérapeutiques. La citation qui précède montrera comment les indications thérapeutiques peuvent suppléer à l'insuffisance de l'analyse chimique. Dans les deux cas, et les auteurs mêmes du livre le sentiront avec nous, il n'y a pas de donnée véritablement scientifique ni véritablement pratique. La médecine pratique emprunte ses indications à l'observation complète des malades; jusqu'ici il n'y aurait pas de sécurité pour la science et pour l'art dans une autre méthode. Le clinicien doit observer tous les phénomènes morbides, en suivre les variétés, les détails, la marche. Quand il a ainsi bien observé, quand il s'est formé une idée exacte du cours des maladies, il pourra chercher à déterminer l'influence de telle ou telle méthode thérapeutique. En dehors de cette expérience préalable, rien n'est précis, tout est doute et hasard. Malheureusement il en est souvent ainsi dans les meilleurs systèmes et avec les meilleurs esprits.

THOLOZAN.

VARIÉTÉS.

— Par décret du 27 février, la Société de médecine de Lyon a été reconnue comme établissement d'utilité publique.

— Par décret du 22 février 1856, ont été nommés officiers de la Légion d'honneur MM. les médecins majors Vergesse et Piétri.

— S. M. la reine Victoria vient de nommer chevalier-compagnon de l'ordre du Bain M. le docteur Scrive, médecin principal à l'armée d'Orient.

— Ont été nommés chirurgiens auxiliaires de la marine (3e classe), après examens : à Toulon, M. Cazeneuve; à Cherbourg, M. Vaillant.

— Le concours pour deux places de médecins au bureau central des hôpitaux a commencé hier. Les juges de ce concours sont : MM. Gillette, Guérard, Hardy, Marotte, Nélaton, et MM. Laugier et Bernutz, *suppléants*. Les candidats inscrits sont au nombre de 26; ce sont : MM. Axenfeld, Blain des Cormiers, Blondeau, Boivin, Cahen, Caillault, Champmartin, Charcot, Clairin, De Beauvais, Destouches, Dumoulin, Gallard, Grange, Hervieux, Labric, Laboulbène, Lamaestre, Mesnet, Montanier, Racle, Boturean, Triboulet, Simonet, Simonis-Empis, Vulpian.

— Le jury du concours pour une place de chirurgien du Bureau central, qui s'ouvrira le 17 mars, vient d'être constitué. Il se compose de MM. Bohert, Denonvilliers, Gosselin, Ph. Boyer, Hillairet, juges; et de MM. Jarjavay et Piorry, suppléants.

Les candidats inscrits sont MM. Banchet, Bérand, Boulard, Fano, Foncher, Houel, Jamain, Legendre, Trélat et Verneuil.

— La Société de médecine de Lyon vient de décerner les prix qu'elle avait proposés sur cette question :

« Rédiger pour les ouvriers de Lyon un opuscule où ils puissent trouver les notions qu'il leur importe le plus de posséder sur leurs intérêts hygiéniques et sanitaires. »

Un premier prix (médaille d'or de 300 fr.) à M. le docteur Fonteret (de Lyon).

Un deuxième prix (médaille d'or de 200 fr.) et le titre de membre correspondant, à M. le docteur Ehrard (de Bourg);

Deux mentions honorables *ex æquo*, à M. Juttet, élève en médecine à l'École de Lyon, et à l'auteur du mémoire n° 7. L'auteur de ce dernier travail ne s'est pas fait connaître.

— M. le docteur King vient de mourir à Berlin. Il y avait près de trente ans qu'il exerçait la médecine en Prusse, soit comme médecin, soit comme chirurgien; mais il était surtout connu par les services qu'il a rendus à l'entomologie.

— Sont décédés récemment : MM. G. de Sartorius, le Nestor des médecins d'Aix-la-Chapelle; Colette, de Liége; Buchner, de Gonda; Bettner, de Vienne.

— M. Duclos, docteur en médecine, ex-professeur adjoint à l'école préparatoire de médecine de Toulouse, chirurgien de l'hospice de la Maternité de cette ville, a succombé à Toulouse à une attaque d'apoplexie.

— M. Estor, docteur en médecine, professeur d'opération et d'appareil à la Faculté de médecine de Montpellier, vient de mourir dans cette ville à l'âge de 60 ans, d'un rhumatisme goutteux général qui, depuis plusieurs années, avait perclus toutes ses articulations.

— M. Hellis, docteur en médecine, auteur : 1° du GUIDE DE LA FEMME ET DE LA MÈRE, et 2° de la PATHOLOGIE ET TRAITEMENT DE L'AVORTEMENT, est mort à Londres.

— M. Richond des Brus, docteur en médecine, ancien député de la Haute-Loire, ancien maire du Puy, inspecteur des eaux de Néris, membre correspondant de l'Académie de médecine, chevalier de la Légion d'honneur, vient de mourir au Puy à l'âge de 59 ans.

— M. le professeur Paul Dubois, chirurgien-accoucheur de S. M. l'impératrice, habite le palais des Tuileries depuis le 1er mars.

— Les médecins des quatre armées présents à Constantinople, réunis aux médecins turcs, viennent de fonder une société de médecine. La présidence en a été donnée à M. le docteur Baudens. Le sultan va, assure-t-on, convertir cette société en académie, et la prendre sous son haut patronage. Dans la prochaine séance, on traitera la question du typhus des armées. Plusieurs membres sont inscrits pour prendre la parole.

— On assure que l'empereur Alexandre a signé il y a peu de jours l'ukase en vertu duquel il sera établi à Varsovie une Académie de médecine. On a choisi pour recteur le docteur Mianowski, qui a professé à Wilna les sciences médicales.

— L'université d'Athènes compte 658 étudiants, dont 388 indigènes et 270 étrangers. Sur ce nombre, 25 étudient la théologie, 253 la jurisprudence, 275 la médecine, 75 la philosophie et 30 la pharmacie. En 1855, la Faculté de droit a reçu 4 docteurs, celle de médecine 19, et celle de philosophie 2.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

TRAITEMENT DES OPHTHALMIES PAR L'OCCLUSION DES PAUPIÈRES.

M. Velpeau a rempli d'une façon très-brillante le programme que nous avions esquissé dans notre dernier numéro. Tout ce que l'éminent professeur possède d'habileté, de talent d'exposition, de clarté de parole, de sévérité de critique, il l'a déployé avec profusion. Cependant il nous permettra de le lui dire, pour la première fois depuis bien longtemps, il nous a paru en défaut avec les instincts si sûrs de son esprit et avec les doctrines si sévères qui règlent d'ordinaire son enseignement et sa pratique. Il est impossible que cette dissemblance de lui-même, pour le fond des idées, n'ait pas frappé beaucoup de personnes; pour notre compte, nous n'avons pu reconnaître, dans l'anatomo-pathologiste qui prétend fonder l'étude nosologique et diagnostique des ophthalmies sur leur siége anatomique, le profond pathologiste qui a si victorieusement combattu naguère en faveur des classifications étiologiques des tumeurs contre les prétentions des anatomo-pathologistes du microscope. Est-ce qu'un esprit sérieux et élevé comme M. Velpeau aurait pu s'y méprendre? Est-ce que la différence des organes (l'œil au lieu du sein), est-ce que la différence des instruments (la vue simple au lieu du microscope) auraient changé sa manière de philosopher? Nous ne le pensons pas. Il doit y avoir au fond de tout cela quelque malentendu, quelque méprise. M. Velpeau n'a pu cesser d'être lui-même qu'en apparence; car nous le confessons très-humblement : en laissant espérer, il y a huit jours, qu'il enrichirait la discussion du fruit de son expérience, nous nous attendions à un auxiliaire de nos principes et de la méthode en litige. M. Velpeau a pris un rôle tout opposé; il a abandonné les principes pour lesquels nous avons combattu naguère ensemble, et il a condamné une méthode que nous sommes disposé à préconiser. Entrons donc dans quelques explications pour justifier nos craintes et motiver nos réserves.

Comme nous, M. Velpeau a débuté en s'élevant contre la prétention de considérer toutes les ophthalmies comme une seule et même maladie. Mais, au lieu de poser en principe que les ophthalmies diffèrent essentiellement, suivant leur cause ou leur nature, offrant des différences secondaires suivant leur siége, leur degré et leurs complications, il s'est évertué à prouver que la seule manière de classer les ophthalmies est de les considérer d'après leur siége anatomique. Ainsi, au lieu de distinguer les ophthalmies en ophthalmies *inflammatoire, scrofuleuse, rhumatismale, syphilitique, catarrhale*, etc., il préfère, d'après la doctrine *française*, prendre l'élément anatomique pour base, et classer les ophthalmies en ophthalmies *palpébrales* : blépharites muqueuse, glandulaire ou ciliaire; et en ophthalmies *oculaires* : conjonctivites, kératites, iritis, etc. Qu'est-ce que cela, sinon la doctrine anatomique, anatomo-pathologique, dans sa plus parfaite expression? Du même coup l'éminent professeur relève ce qu'il avait si vaillamment contribué à renverser, et il abdique de son passé ce qu'il avait de plus solide et de plus glorieux. Mais il faut croire à une inadvertance plus qu'à une contradiction aussi flagrante. Non, il n'est pas possible que l'homme qui a contribué au renversement des doctrines du solidisme, qui des premiers a relevé le drapeau de l'humorisme, qui a porté un coup si sûr et si rude aux transformations microscopiques de l'anatomo-pathologisme, vienne soutenir sérieusement que « cette » doctrine du classement anatomique des ophthalmies est la seule qui » puisse servir à désigner les ophthalmies, sans quoi il n'est pas possible de s'entendre. » Malgré ces paroles formelles, nous persistons, jusqu'à nouvelle explication, à y voir plutôt une inadvertance qu'une contradiction. Par exemple, nous serions disposé à croire que M. Velpeau a simplement voulu indiquer un moyen facile de nomenclature des ophthalmies, sans trop se préoccuper des conséquences de cette doctrine pour leur thérapeutique. Nous en avons la preuve dans la suite de son discours. « Je ne nie en aucune façon, a-t-il dit, les ophthalmies scrofu- » leuse, syphilitique, rhumatismale; mais je ne veux pas seulement que » l'adjectif prenne la place du substantif: je veux qu'on dise, par exem- » ple, une conjonctivite scrofuleuse, une blépharite de telle ou telle es- » pèce. » Et nous ajouterons que s'il se présentait à sa clinique de la Charité un malade atteint d'une ophthalmie blennorrhagique, M. Velpeau ne manquerait pas de préférer la cautérisation aux sangsues. On pourrait croire qu'il n'y a au fond de cela qu'une question de mots et de nomenclature; mais ce serait s'abuser gravement; et si le savant professeur tient à conserver sa réputation d'homme conséquent et de pathologiste philosophe, il faut qu'il renonce à l'euphonisme anatomique, et qu'au lieu des terminaisons en *ites* empruntées à la doctrine de Broussais, et qui impliquent le caractère inflammatoire de la maladie, il faut qu'il revienne à l'appellation traditionnelle et expérimentale d'ophthalmie, sauf à y joindre, s'il le juge à propos, quelque épithète désignant les parties de l'organe plus spécialement atteintes : c'est ainsi qu'il combinera utilement la doctrine de la cause avec la doctrine du siége anatomique.

Après cette petite querelle de nomenclature et de doctrine, entrons dans le fond de la discussion.

Par nous ne savons quel motif nous étions disposé à croire que M. Velpeau était partisan de la méthode par occlusion; c'en est au contraire un adversaire déclaré. Les motifs de son opposition, nous devons l'avouer, ne nous ont pas moins surpris que son opposition elle-même. Tout le monde sait que la méthode dont il s'agit repose sur cette idée que l'air, la lumière et le mouvement des paupières sont nuisibles à la maladie et retardent sa guérison. De là les différents moyens de clore et de tenir closes les paupières. M. Velpeau part, pour combattre cette méthode, de deux principes différents. Pour lui, ni l'air, ni la lumière (nous n'ajouterons pas le mouvement, il n'en a pas été question), ne sont autant à craindre qu'on le dit; peut-être même, si nous avons bien compris, ces agents seraient plutôt utiles et salutaires que nuisibles. La preuve, c'est que le savant chirurgien force ses malades à braver l'air et la lumière, et il affirme s'en trouver bien. Cette théorie et cette pratique, nous le déclarons franchement, bouleverse entièrement nos idées. On connaît de longue date nos appréhensions contre l'action de l'air sur les plaies, et nous avons cru que l'éloignement instinctif du malade pour la lumière et la souffrance qu'elle lui fait éprouver étaient des indices assez probables de sa nocuité. Sur le premier point, M. Velpeau se préoccupe beaucoup moins que la méthode sous-cutanée du danger des plaies exposées, et il rétrécit singulièrement les avantages de l'une, et le danger des autres. Ce n'est pas le moment de reprendre

---

FEUILLETON.

LA CRIMÉE.

(3e article.)

Les steppes : géologie, météorologie.

Dans presque toute la Russie méridionale, le sol est plat et sans montagnes, à l'exception de la chaîne rocheuse élevée qui longe la côte méridionale de la presqu'île. Le gouvernement de Kherson, celui d'Ekaterinoslaw et la plus grande partie de la Crimée représentent une vaste plaine d'un aspect monotone. Cette steppe occupe tout le pays situé entre le Dniéper et le Volga, la mer d'Azof et la mer Caspienne. La seule partie de ce vaste territoire qui possède quelques bois ou quelques arbres dispersés est sur la lisière septentrionale. Quelques écrivains ont divisé les steppes en steppes éternels et en steppes accidentels. Dans les premiers, le sol est tellement pauvre que la culture ne peut s'y appliquer et que les arbres ne sauraient y croître, les seconds, sont, au contraire, très-favorables à l'agriculture, et laissent voir des restes d'anciennes forêts qui les couvraient à une époque reculée. Le géologue Haxthausen a divisé les steppes en cinq classes, suivant les caractères des terrains sous-jacents : 1° Les steppes qui reposent sur les terrains tertiaires, on les trouve principalement dans la Bessarabie et dans une petite partie du gouvernement de Cherson; 2° les steppes qui reposent sur le calcaire; ils comprennent les gouvernements de Korkoff, de Woronege, de Tambof, une partie du pays des Cosaques du Don et le gouvernement de Sataref; 3° les steppes qui recouvrent les terrains granitiques considérés comme le prolongement de la chaîne des monts Carpathes; ils s'étendent le long de la mer Noire et de la mer d'Azof; 4° les steppes formées de dépôts et d'alluvions qui s'étendent au sud-est le long du Kouban et du Terek au pied des coteaux septentrionaux du Caucase; 5° les steppes à sol salé qui s'étendent à l'est jusqu'au Jack et jusqu'à Orenbourg, et qui, au nord, atteignent la mer Caspienne. — Les steppes *granitiques, calcaires* et *tertiaires* sont beaucoup plus élevés au-dessus du niveau de la mer que les steppes d'alluvion ou salés qui ont été généralement considérés depuis Pallas comme ayant été jadis le fond d'une mer qui unissait la mer Noire à la mer Caspienne.

Deux conditions principales caractérisent les steppes : ce sont le sol et le climat.

Le sol de la Russie méridionale comme celui de la Crimée septentrionale, ne présente pas de soulèvements ni de bouleversements volcaniques. Des alluvions argileux sont déposés au-dessus des terrains que nous avons énumérés, et ils sont recouverts d'une couche de terre noire d'épaisseur variable. Dans quelques plaines du sud qui bordent la mer, ainsi que sur les côtes oc-

cette question de principe : nous la croyons d'ailleurs suffisamment résolue pour qui voudra l'étudier sans préjugés d'école et d'habitude. Relativement au second point, c'est-à-dire à l'innocuité de la lumière sur les yeux atteints d'ophthalmies, les résultats cités par M. Velpeau ne nous ont pas convaincu, et n'ont point paru davantage convaincre l'assistance. Tout le monde a paru émerveillé d'apprendre que M. Velpeau soit parvenu à vaincre la répugnance des malades pour la lumière : on a même écouté avec intérêt les résultats de cette lutte des prescriptions de l'art contre l'instinct; mais peu de personnes ont paru disposées à croire que la victoire ait été remportée au profit des malades.

Cependant l'expérience, qui après tout est le critérium des opinions et des méthodes, a fourni à M. Velpeau des résultats au moins aussi favorables qu'à M. Bonnafont, le nouveau propagateur de l'occlusion. Qu'est-ce que cela prouverait, que M. Velpeau, même en se privant de l'utile auxiliaire qu'il dédaigne, guérit mieux ses malades en vertu de son habileté très-grande qu'un autre chirurgien muni d'une ressource puissante, mais n'ayant pas au même degré ce qu'il faut pour en tirer le meilleur parti possible? N'est-ce pas ce qui se voit tous les jours? Il est donc bon d'attendre pour se prononcer : et si nous avions un vœu à former, ce serait que M. Velpeau voulût bien croire un instant au mérite de l'occlusion, et l'expérimenter à nouveau avec le soin, la précision et l'intelligence dont il est susceptible : alors seulement nous serons disposé à admettre les conclusions de l'expérience; car nous l'avons dit maintes fois, l'expérience c'est l'homme.

JULES GUÉRIN.

PATHOLOGIE EXTERNE.

NOUVELLES RECHERCHES SUR L'ÉRYSIPÈLE DES NOUVEAU-NÉS ET DES ENFANTS A LA MAMELLE (mémoire lu à la Société médicale des hôpitaux de Paris, dans sa séance du 27 juin 1855); par le docteur HERVIEUX.

(Suite et fin. — Voir le numéro 9.)

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic de l'érysipèle chez les nouveau-nés et les enfants en bas âge ne présente aucune difficulté sérieuse. Il ne pourrait être confondu qu'avec l'érythème noueux et le scléréme.

Il arrive quelquefois, quand l'érysipèle abandonne son point de départ pour se porter dans diverses directions, qu'il se présente sous la forme d'îlots disséminés sur différentes parties du corps, îlots qui pourraient en imposer pour les élevures propres à l'érythème noueux.

Mais, en admettant qu'on n'ait pas assisté au début de l'affection, sa marche ultérieure et la forme irrégulière des plaques érysipélateuses serviront à rectifier le diagnostic.

Quand un scléréme local s'accompagne de cette coloration rouge plus ou moins intense que présentent un certain nombre de nouveau-nés, on pourrait croire à l'existence d'un érysipèle sur les points atteints de scléréme. Mais, dans l'érysipèle, la rougeur est circonscrite; elle est au contraire diffuse et généralisée quand la peau est le siége de la congestion sanguine propre aux nouveau-nés. D'ailleurs le scléréme s'accompagne toujours d'une algidité plus ou moins prononcée, tandis que l'érysipèle tend à développer un mouvement fébrile.

Quand un nouveau-né, rouge et sclérémateux, est pris d'érysipèle, ce dernier peut passer complétement inaperçu. Avec un peu d'habitude, cependant, on parviendra à distinguer la tuméfaction et la rougeur propres à l'exanthème dont nous parlons.

PRONOSTIC.

L'érysipèle des nouveau-nés et des enfants à la mamelle est une des affections les plus graves qui puissent se produire à cette époque de la vie. Sur 30 sujets soumis à notre observation, 28 ont péri. Billard n'aurait eu qu'une mortalité de 16 pour 30.

Des faits qui me sont propres, je crois pouvoir déduire, relativement au pronostic, les propositions suivantes :

L'érysipèle primitif est moins grave que l'érysipèle secondaire.

L'érysipèle circonscrit est moins grave que l'érysipèle généralisé.

L'érysipèle qui se développe dans le cours d'une fièvre grave, d'une entérite, d'une pneumonie, d'une inflammation purulente de la plèvre ou du péritoine, que cet érysipèle se résolve ou non, est l'indice certain d'une mort prochaine.

Toutes choses égales d'ailleurs, l'érysipèle est d'autant plus grave qu'il se manifeste à une époque plus voisine du moment de la naissance.

LÉSIONS CADAVÉRIQUES.

J'ai toujours pu retrouver sur le cadavre les traces des érysipèles observés pendant la vie, et qui n'avaient pas encore disparu au moment de la mort.

Il n'y avait pas constamment de tuméfaction appréciable, mais les parties étaient généralement violacées, l'épiderme décollé, le derme ramolli et congestionné, et souvent le tissu cellulaire infiltré de sérosité. J'ai déjà dit que, dans un cas d'érysipèle gangréneux, j'avais trouvé les muscles désorganisés.

Il ne faudrait pas, ainsi que l'a fait Osiander, considérer comme propres à l'érysipèle les lésions auxquelles donne lieu le scléréme œdémateux des nouveau-nés. Le professeur de Gœttingue dit avoir trouvé sur le cadavre d'un nouveau-né mort d'érysipèle le scrotum rempli d'une matière jaunâtre gélatineuse, le tissu cellulaire des parois abdominales également infiltré de cette substance, les viscères abdominaux et particulièrement le foie et la rate gorgés de sang. Or toutes ces lésions sont précisément celles qu'on observe dans l'endurcissement œdémateux du tissu cellulaire chez les nouveau-nés.

Les lésions viscérales que j'ai notées chez les jeunes sujets morts d'érysipèle sont celles qu'on observe dans les maladies dans le cours desquelles l'exanthème se déclare. Nous les indiquerons brièvement.

Chez les 8 enfants sclérémateux qui ont été incidemment atteints d'érysipèle, j'ai trouvé, outre les lésions cutanées propres au scléréme et à l'érysipèle, les principaux viscères gorgés d'un sang noir, épais e t

---

cidentales et orientales de la Crimée, on trouve un sable mouvant très-fin au-dessus de la roche qui forme la substratum du sol.

A part quelques rivières, dans cette vaste étendue de territoire, on ne rencontre de l'eau qu'aux lieux où les rares ondulations du terrain permettent aux sources de se faire jour dans les parties déclives. Cette plaine monotone s'élève dans quelques points à 60 mètres, d'autres fois elle s'abaisse tout à fait au niveau de la mer; mais les inégalités ordinaires du terrain ne dépassent pas 10 ou 20 mètres.

Les eaux pluviales qui ne sont pas prises par l'évaporation, pénètrent facilement jusqu'à la couche argileuse où elles sont en partie perdues pour la culture. La quantité de pluie est peu abondante. En général, il ne pleut qu'au printemps et en automne; il neige en hiver; dans la plus grande partie de la saison des chaleurs, du mois de mai au 15 septembre, il ne tombe pas d'eau. M. de Humboldt rapporte même que dans quelques districts, il n'y a pas de pluie dans certaines années.

Le steppe granitique commence à la mer d'Azof, sur la rive droite de la Berda, près de la frontière orientale de la plaine des Nogaïs, et s'étend au nord-ouest jusqu'en Volhynie et en Podolie. Ce steppe est assez accidenté; les terrains déclives simulent des vallées, les terrains plus élevés présentent des masses granitiques. La végétation est très-pauvre dans ces terrains; les plantes toujours disséminées, n'y arrivent qu'à une hauteur moyenne. Le steppe calcaire s'étend en grande partie à l'est de la zone granitique, qu'il enveloppe, et qu'il enjambe sur la Berda. Il s'étend à travers l'Ukraine, où il est occupé par de petites forêts et des espaces de terre cultivée. Plus à l'est, elle traverse le pays des cosaques du Don. L'humus ou terre noire (*tchernozom*), forme, dans quelques localités, une couche très-épaisse, et donne à ces régions une fertilité remarquable. Le steppe calcaire est surtout étendu au sud, où le rencontre principalement dans la partie occidentale de la plaine des Nogaïs et dans la Crimée, ainsi qu'à l'ouest du Dniéper, à travers tout le gouvernement de Cherson jusqu'à la Podolie méridionale et jusqu'au Dniester. Dans la direction opposée, ce terrain s'étend au nord du Caucase, où le sol est ondulé, tandis que dans les autres districts, et plus spécialement en Crimée, il forme une plaine non interrompue. On trouve souvent du sable entre le calcaire du steppe et l'humus; quelquefois le sable est à nu. C'est là un sable marin de formation récente. Dans les parties où la terre est noire et contient du sel marin ou du salpêtre, la végétation est d'une grande richesse.

Le steppe calcaire est quelquefois couvert d'une argile poreuse et donne issue à des sources. Comme la roche est très-soluble, les eaux qui en jaillissent et qui la sillonnent sont généralement épaisses et blanchâtres. Les Russes appellent ces eaux *moloshnia* ou *moloshnaga*, *raki* ou *rodi*, c'est-à-dire *rivières de lait*. Le colonies allemandes de l'est de la Crimée sont sur l'un de ces cours d'eau, à côté d'un lac alimenté par plusieurs de ces sources.

Les steppes d'alluvions sont les plus fertiles, surtout ceux qui ne sont pas recouverts de marais. Cette fertilité dépend de l'humus, qui ressemble beaucoup au tchernozom, mais qui en diffère parce qu'il se réduit en été, par la sécheresse, en une poussière fine et très-incommode. Cette terre noire oc-

visqueux. Le cerveau, les méninges, les poumons, le foie, la rate, les intestins étaient pour la plupart plus ou moins congestionnés. De plus, la cavité des séreuses, telles que l'arachnoïde, la plèvre, le péricarde, le péritoine, contenait une certaine quantité de sérosité tantôt citrine, tantôt sanguinolente. Lorsqu'il y avait un ictère concomitant, le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles, les cartilages, les os, le cerveau, le cœur, les parois intestinales, etc., étaient plus ou moins manifestement colorés en jaune.

Dans les 7 cas d'entérite compliquée d'érysipèle que j'ai recueillis, j'ai trouvé la muqueuse intestinale tantôt plaquée de rouge ou finement arborisée, tantôt ramollie dans une portion variable de son étendue. Trois d'entre ces sujets présentaient une altération évidente des plaques de Peyer et des follicules isolés. Coïncidemment quelques organes importants, tels que les poumons et les méninges cérébrales offraient un degré plus ou moins avancé d'inflammation.

Je n'ai observé qu'une fois la péritonite avec pus et pseudo-membranes. Billard n'en parle pas du tout dans le compte rendu de ses autopsies. Baron père a dit cependant que l'érysipèle des nouveau-nés, lorsqu'il est mortel, est dans presque tous les cas accompagné de péritonite. Cette règle, souffrait, comme on le voit, un grand nombre d'exceptions.

J'ai noté une seule fois aussi la phlébite de la veine ombilicale. Il y avait coïncidemment un développement énorme du foie qui remplissait presque toute la capacité de l'abdomen. D'ailleurs, point d'abcès hépatiques ni aucune autre lésion viscérale. M. Rayer avait mentionné aussi l'inflammation de la veine ombilicale, comme une des lésions concomitantes de l'érysipèle des nouveau-nés. (TRAITÉ DES MALADIES DE LA PEAU, t. I, p. 154.)

Sur les seize ouvertures de corps qu'il a faites, Billard a trouvé trois fois une pneumonie et une fois une pleuro-pneumonie. Je n'ai noté qu'une fois pour ma part les lésions de la pneumonie simple, primitive et exempte de toute complication. Mais je compte 7 cas dans lesquels l'hépatisation pulmonaire accompagnait quelqu'une des lésions déjà mentionnées, et particulièrement les phlegmasies intestinales.

J'ai déjà parlé d'une pleurésie purulente que l'autopsie m'avait révélée chez un de mes petits malades. Je rappellerai également à cette occasion que M. Monneret avait trouvé un épanchement pleurétique double chez un nouveau-né atteint d'érysipèle.

Enfin je signalerai, en terminant, l'existence de tubercules bronchiques volumineux chez un enfant de 14 mois qui mourut avec les symptômes d'une bronchite généralisée compliquée d'un érysipèle du cou.

TRAITEMENT.

La mortalité effrayante que donne l'érysipèle des nouveau-nés et des enfants à la mamelle nous oblige à une très-grande réserve en matière de thérapeutique. Il suffirait de parcourir la série considérable de remèdes employés par Bromfield, Gistanner, Osiander, Hufeland, Underwood, et, dans ces derniers temps, par M. Trousseau, pour se convaincre de notre impuissance à l'égard de cette terrible affection.

Combattre les symptômes des maladies dans le cours desquelles l'érysipèle est apparu serait la première indication à remplir. On devra ensuite éloigner toutes les causes extérieures capables de provoquer ou d'entretenir l'irritation de la peau, telles que le contact prolongé des matières alvines, l'emploi des langes trop chauds ou trop durs, l'application de vêtements étroits ou trop serrés.

Existe-t-il à l'anus, aux malléoles, aux talons, dans les divers plis de la peau, des ulcères consécutifs à l'érythème, ils devront être pansés avec le plus grand soin.

Nous croyons d'ailleurs, avec Hufeland, que l'emploi des bains de lait chaud combinés avec les boissons diaphorétiques et antispasmodiques, les larges cataplasmes de fécule ou de mie de pain, sont les meilleurs remèdes auxquels il convient de recourir.

J'ai vu successivement échouer sous mes yeux les différents topiques, tels que l'onguent napolitain, la pommade d'extrait de belladone, celles de sulfate de fer, de nitrate d'argent, les lotions, les fomentations de toute sorte, et je me suis arrêté à cette idée qu'il fallait s'en tenir aux moyens les plus simples et les plus doux.

Mais je recommande de la manière la plus expresse de ne jamais éloigner du sein de sa nourrice l'enfant atteint d'érysipèle, quelle que soit d'ailleurs l'intensité des lésions viscérales existantes. Je n'ai jamais vu guérir que les nouveau-nés qui, pendant toute la durée de l'exanthème, n'avaient pas cessé de teter.

CONCLUSIONS.

1° L'érysipèle des nouveau-nés s'observe principalement dans les six premières semaines qui suivent la naissance.

2° Parmi les causes prédisposantes de l'érysipèle des nouveau-nés, il faut mentionner l'influence nosocomiale, les épidémies de fièvre puerpérale, l'endurcissement du tissu cellulaire, l'entérite simple ou compliquée de l'altération des plaques de Peyer, les ramollissements de la muqueuse gastro-intestinale, la bronchite simple ou généralisée, les fièvres éruptives arrivées à leur période ultime, mais particulièrement la rougeole, et enfin l'endémicité et l'épidémicité.

3° Les causes déterminantes les plus connues de l'érysipèle des nouveau-nés sont : la suppuration de l'ombilic, l'érythème ulcéreux, l'inflammation suppurative des pustules vaccinales, les applications de ventouses, de sangsues, de vésicatoires, le placement intempestif des boucles d'oreilles.

4° L'érysipèle des nouveau-nés paraît lié à certaines affections, non pas seulement par un rapport de causalité, mais quelquefois aussi par un rapport de contiguïté. C'est ainsi que la péritonite purulente semble donner lieu à des érysipèles de l'abdomen, la pleurésie à des érysipèles du thorax, la stomatite ulcéreuse à des érysipèles de la face.

5° Les phénomènes locaux de l'érysipèle sont les mêmes chez le nouveau-né que chez l'adulte; seulement quand la phlegmasie est entée sur le scléréme, la tuméfaction offre une dureté insolite, et la température tant générale que locale descend au-dessous de son niveau physiologique.

6° Les phénomènes généraux de l'érysipèle des nouveau-nés sont en raison directe de son intensité et surtout de son extension à une plus grande partie de la surface du corps. Peu marqués au début, ils vont se prononçant de plus en plus au fur et à mesure des progrès de la maladie et consistent dans un état fébrile plus ou moins prononcé, de

---

cupe une étendue de 180 millions d'acres dans la Russie européenne, et varie de quelques pouces à 15 et 20 pieds d'épaisseur.

Quand on voyage sur ces terrains dans les journées chaudes de l'été, on est presque toujours enveloppé par un nuage de poussière noire très-fine qui s'élève des pieds des chevaux dans les lieux même où le sol est couvert d'une abondante végétation. On ne trouve dans ce sol aucune trace de racines ni de fibres végétales. Dans le nord de la Russie, au-dessous des forêts récemment abattues, on ne trouve point d'humus semblable, tandis qu'il abonde dans les steppes qui ont été de tout temps privés d'arbres. Ce sol doit son extrême fertilité à la quantité considérable d'azote qu'il contient, et son origine remonte probablement aux dépôts boueux de la grande mer intérieure qui couvrait, aux dernières époques géologiques, une grande partie de la Russie méridionale.

Il est important de remarquer que les steppes sont coupés de distance en distance par des ravins profonds appelés *balkas*, qui se rencontrent fréquemment entre le Dniester et le Don et dans le nord de la Crimée. La fonte des neiges en avril convertit ces ravins en torrents. La terre détrempée devient alors si molle que les voitures s'y enfoncent profondément.

Le pays des steppes est remarquable par ses extrêmes inégalités de température. En janvier, la contrée située au nord de la Crimée et de la mer Noire a la température de Stockholm, tandis qu'en juillet, elle offre la température de Madère. En conséquence, dans le cours de l'année, ce pays éprouve toutes les variations de climat qui correspondent à une zone de 27 degrés de latitude. On ne peut se faire une idée de l'influence que ces variations exercent sur la végétation et la vie animale. Cette action est d'autant plus grande que ces variations sont brusques, arrivent quelquefois dans la même journée, de telle sorte que des habits légers doivent souvent être remplacés par des fourrures.

Les différences dans les données pluviométriques sont aussi considérables. On ne possède pas d'observations météorologiques suivies faites à ce sujet dans le nord de la Crimée ou au sud de la Russie. Il y a des années où la quantité de pluie est très-considérable, il y en a d'autres où il n'y a ni pluie ni neige. Des observateurs attentifs ont noté des périodes de vingt-deux et de vingt-trois mois dans lesquelles il n'est pas tombé une goutte de pluie. Quelquefois, pendant cinq ou six années, il y a beaucoup de pluie, puis vient une période plus longue de sécheresse.

Les grands fleuves apportent au printemps de grandes masses d'eau de la zone centrale de la Russie et des forêts. Ils sont, dans la saison pluvieuse, grossis par les rivières des steppes, c'est-à-dire celles qui viennent des zones non boisées; alors ces fleuves débordent et inondent le pays, ressource qui manque totalement dans l'été.

Le printemps dure peu. Il commence souvent, en Crimée, dans les premiers jours de mars, mais quelquefois beaucoup plus tard. Malgré les gelées nocturnes, la végétation est vite développée, et dans les steppes, ou bien elle prend assez de force pour résister à un été long et continu, ou bien elle est détruite en quelques mois, comme dans les pampas.

En été, on observe que le soleil couchant devient de plus en plus rouge; jamais il ne prend cependant la teinte rouge éclatante qu'il présente en Arabie

l'agitation, de l'insomnie ou un abattement extrême, la décoloration profonde de la face, rarement des vomissements ou des convulsions.

7° Dans l'érysipèle enté sur le sclérème, il y a absence de fièvre soit générale, soit locale.

8° Eu égard aux phénomènes locaux qui l'accompagnent, l'érysipèle des nouveau-nés revêt trois formes distinctes : la forme simple ou érythémateuse, la forme œdémateuse et la forme bulbeuse.

9° Considéré relativement à son siége, l'érysipèle des nouveau-nés peut occuper toutes les parties du corps, lesquelles rangées par ordre de fréquence sont : 1° la face, 2° la partie inférieure du tronc et les membres inférieurs, 3° les membres supérieurs, 4° la partie supérieure du tronc, 5° le cuir chevelu, 6° le cou.

10° Eu égard à sa marche, l'érysipèle des nouveau-nés est susceptible d'être divisé en érysipèle fixe et en érysipèle erratique. Cette dernière forme s'observe dans la majorité des cas, c'est celle qui s'accompagne des phénomènes réactionnels les plus intenses.

11° La durée de l'érysipèle chez les nouveau-nés varie de trois à huit jours.

12° L'érysipèle des nouveau-nés se termine habituellement par desquamation, quelquefois par suppuration ou par gangrène.

13° Le diagnostic de l'érysipèle des nouveau-nés ne présente aucune difficulté sérieuse. Cette phlegmasie ne pourrait être confondue qu'avec l'érythème nerveux ou le sclérème.

Dans le premier cas, la marche de l'érysipèle, la forme festonnée de ses plaques serviraient à le différencier de l'érythème nerveux. Dans le second, on aura égard à ce fait que la rougeur est circonscrite dans l'érysipèle diffus, et généralisée dans le sclérème.

14° L'érysipèle est une des maladies les plus graves qui puissent atteindre les nouveau-nés et les enfants à la mamelle ; il est d'autant plus grave qu'il se manifeste à une époque plus rapprochée de la naissance ; il est moins grave primitif que secondaire, circonscrit que généralisé.

15° Les lésions viscérales que l'on rencontre à l'autopsie des jeunes sujets atteints d'érysièle ne diffèrent pas de celles qu'on observe dans les maladies que cet exanthème peut compliquer.

16° La mortalité effrayante à laquelle a donné lieu l'érysipèle des nouveau-nés, en dépit de tous les moyens qui ont été employés jusqu'à ce jour, oblige à une très-grande réserve en matière de thérapeutique.

THÉRAPEUTIQUE THERMALE.

DE L'EMPLOI DES EAUX MINÉRALES, PLUS PARTICULIÈREMENT DE CELLES DE VICHY, DANS LE TRAITEMENT DE LA GOUTTE ; par le docteur CONSTANTIN JAMES.

Il n'est peut-être pas de maladie sur laquelle on ait autant écrit ni autant expérimenté que la goutte ; et cependant il n'en est peut-être pas non plus dont la nature et le traitement soient encore enveloppés de plus de mystères, d'incertitude et même d'erreurs. Tous les jours on tente de nouvelles médications. On a raison ; car on ne saurait trop varier les recherches ni trop les multiplier, le hasard et l'empirisme ayant plus d'une fois, à défaut de la science, mis sur la voie de découvertes inespérées. Malheureusement, au lieu de procéder avec réserve et de conclure avec maturité, on se hâte de généraliser quelques observations incomplètes, puis on s'écrie : tel remède guérit la goutte.

Tel remède guérit la goutte ! Mais la goutte peut-elle donc être guérie par un seul et unique remède ? Il faudrait admettre pour cela que c'est une affection toujours semblable à elle même, quant à son principe, son caractère, son essence. Si le vaccin est en réalité le traitement préventif de la variole, le mercure le traitement curatif de la syphilis, c'est que la syphilis et la variole sont bien positivement des affections spécifiques, réclamant par conséquent une même spécificité de moyens. Or en est-il de même pour la goutte ?

Sans doute la goutte est bien réellement une maladie à parl, reconnaissable à de certains signes qui lui sont propres et qui ne permettent pas de la confondre avec d'autres affections. Ainsi ses retours périodiques, ses manifestations par accès, le genre particulier de douleurs qui la caractérisent, ses préférences pour certaines articulations, ses prodromes, sa marche, le cortége de symptômes généraux dont elle s'accompagne, tout annonce qu'il se fait, au sein des tissus, un travail intime et profond qu'on serait presque tenté de rapporter à la présence d'un virus. Mais en arrive-t-on au traitement, cette pierre de touche qu'il ne faut jamais négliger, on voit que là où on croyait trouver l'unité, on ne rencontre plus qu'un état essentiellement complexe. Tel moyen qui aura réussi chez un goutteux échouera chez un autre, si même il n'aggrave sa position, de telle sorte que le même médicament pourra être utile ou nuisible, suivant le malade auquel il sera administré. Or il n'en saurait être ainsi si la goutte était réellement une affection simple, reconnaissant pour cause un élément unique. Les susceptibilités individuelles pourraient modifier la tolérance du remède, mais non ses effets actuels et encore moins son efficacité ultérieure.

Pour moi, le mot goutte est, comme le mot dartre, un terme générique qui désigne un groupe d'affections ayant certains caractères communs, sans avoir pour cela une identité parfaite. Et de même qu'il n'y a pas de spécifique contre les dartres, de même aussi je crains bien qu'il n'y en ait pas non plus contre la goutte.

Ainsi s'explique l'insuccès de toutes ces prétendues recettes antigoutteuses que le charlatanisme exploite avec une assurance qu'égale seule la crédulité des malades, recettes qui doivent nécessairement échouer, puisqu'elles s'adressent sans distinction à tous les goutteux. Ainsi s'explique également l'obscurité qui règne encore aujourd'hui sur la valeur réelle des eaux minérales dans le traitement de la goutte, les mêmes eaux étant prescrites indifféremment pour toutes les variétés de cette affection, et par suite tel goutteux vantant les excellents effets d'une source dont tel autre goutteux accusera la déplorable influence.

Les recherches toutes spéciales auxquelles, depuis plus de quinze ans, je me suis livré sur l'étude des eaux, vont, j'espère, me permettre de soulever dans ce travail une partie du voile qui couvre ces importantes et délicates questions de thérapeutique. Et qu'on ne croie pas que je me fasse illusion sur les difficultés du sujet. Je pourrais presque

---

et au Sahara. Il s'élève quelquefois nn vent chand an nord de la mer d'Azof et de la mer Noire, comme dans les régions sos-mentionnées de l'Asie et de l'Afrique ; mais, en Russie, ce vent est localisé et rarement violent. Il dessèche cependant plus que le vent d'est, et a nn effet très-désastreux sur la végétation ; qnand il souffle sur les champs de hlé il y cause de grands dommages. En juillet, toute l'eau de ces steppes ou pampas est évaporée ; en août et au commencement de septembre, on chercherait en vain de l'eau dans les steppes, si ce n'est au voisinage des grandes rivières. Il ne reste rien d'nne végétation luxuriante que les tiges des plantes herbacées de 6 à 8 pieds de haut.

Vers la mi-septembre, le temps devient plus froid, les vents cessent et la température change. Ce changement revivifie la végétation ; les bourgeons se forment pour l'année suivante ; quelquefois ils s'onvrent et les plantes se couvrent de verdure. En octohre, il tombe heancoup de pluie, et la terre se détrempe tellement qu'il est difficile de voyager. En novemhre, la température s'abaisse encore, et des tempêtes violentes se déclarent. Les ouragans surtout sont fréquents et dévastent et nétruisent une grande partie du pays.

L'hiver commence en septemhre et souvent sans neige. Dans ces cas, le froid est plus fatal aux plantes qni ne sont pas protégées et périssent jusqu'aux racines. Dans certains hivers, il y a heancoup de neige. A cette époque de l'année, les vents qui soufflent de l'est et du nord-est sont quelquefois très-dangereux. Les ouragans enlèvent la poussière ou la neige à une grande hauteur, et les poussent sons la forme d'une colonne que les Russes appellent *Samet*. Les tempêtes de neige ordinaires (*viriga*), quoiqu'il y ait peu de vent ou un calme complet, ne sont pas sans dangers dans les vastes étendues de terrain des steppes. Quelquefois le temps y devient si noir qu'il est impossible de voir à quelques pas de distance. Les voyages, l'hiver, dans ces pays, surtout par des temps de neige, ne sont jamais sans danger.

La couche superficielle du sol des steppes présente, comme nous l'avons dit, une grande variété de composition, depuis les terres imprégnées de substances salines, et les sables, jusqu'aux terrains les plus favorables à la végétation. Comme cette couche supérieure repose sur un sous-sol qui ne permet pas facilement les infiltrations, c'est de son épaisseur que dépend la fertilité, car là où elle n'est pas assez profonde pour retcoir l'humidité, la terre est hientôt saturée par la pluie et desséchée par l'évaporation. Cette circonstance est défavorable à la culture à cause des longoes secheresses.

Tous les steppes ne sont pas dans ce cas, quoique ce soit là la circonstance la plus fréquente dans plnsieors gouvernements du sud et de l'est de l'empire russe. Malgré cela, la végétation de cette partie des steppes qui sert seulement au pâturage a un caractère particulier qui montre les nombreuses ressources de la nature.

La végétation du printemps dure environ trois mois, et si cette période se passe sans pluie abondante, les plantes fourragères n'arrivent pas à leur hauteur naturelle ; elles se dessèchent rapidement quand la tige a toute sa force ; formant ainsi nne sorte de foin, elle donne aux troupeaux, pendant neuf mois, nne nourriture ahondante, et ces pâturages sont particulièrement favorables à la race ovine. Quand, an contraire, les pluies du printemps sont très-abondantes, la végétation est très-belle et les herbes montent à quatre fois leur hauteur habituelle. Les pâturages sont alors moins sains et moins nourris-

dire que personne ne les connaît mieux que moi, ayant pu juger par moi-même, dans mes visites aux divers établissements thermaux, des graves dissidences qui existent à cet égard parmi les médecins et parmi les goutteux. Je vais essayer, dans ce dédale d'opinions et de systèmes, d'établir sur des faits et sur des faits seulement, quelques déductions pratiques et quelques préceptes généraux. N'étant spécialement chargé de l'inspection d'aucune source, je pourrai m'aider de l'expérience de ceux de me confrères qui ont des positions officielles, sans craindre de me laisser dominer par certaines influences locales auxquelles il n'est pas toujours aisé de se soustraire. Je ferai également appel à ma propre observation; car s'il importe de bien connaître comment les eaux, prises sur les lieux mêmes, agissent immédiatement sur la goutte, il est peut-être plus essentiel encore de savoir quelle est leur action ultérieure, non-seulement sur la goutte elle-même, mais sur la santé générale des goutteux; or c'est seulement dans la pratique civile, alors que les malades ont repris leurs habitudes et leur genre de vie ordinaires, qu'on peut obtenir ce complément de renseignements.

Mon travail comprendra deux parties. Dans la première, je parlerai des phénomènes caractéristiques de la goutte, étudiés au point de vue de la médication thermale; dans la seconde, du choix et de l'indication des sources (1) les mieux appropriées au traitement des principales variétés de cette affection.

§ I. — Des phénomènes caractéristiques de la goutte, étudiés au point de vue de la médication thermale.

Trois phénomènes principaux caractérisent la manifestation goutteuse connue sous le nom d'attaque ou d'accès; les uns sont relatifs au siége et à la nature de la douleur; les autres à la suppression de la transpiration cutanée; les autres aux troubles de la sécrétion urinaire. Un mot sur chacun de ces phénomènes.

Tout le monde sait que la douleur de la goutte a une prédilection toute particulière pour les articulations, se portant de l'une à l'autre avec une rapidité extrême, disparaissant quelquefois tout à fait pour reparaître de nouveau, et, une fois fixée dans un point, présentant, au lieu d'un rhythme uniforme, de fréquentes exacerbations. D'habitude elle s'accompagne en même temps de symptômes inflammatoires. Toutefois la douleur n'est pas toujours en rapport avec la phlegmasie locale; ainsi elle peut être vive quand celle-ci sera légère, légère quand celle-ci sera vive, comme si l'élément nerveux jouait ici un plus grand rôle que l'élément sanguin. Enfin, dans quelques cas, au lieu de s'attaquer aux articulations, elle envahit les muscles, les tendons, les nerfs, ou même, ce qui est beaucoup plus grave, elle se porte sur quelque organe intérieur.

La douleur est le symptôme qui a nécessairement le plus frappé les personnes du monde: aussi, pour elles, le mot goutte est-il à peu près synonyme du mot douleur, et, par suite, tout ce qui soulage celle-ci est-il facilement réputé un remède pour celle-là. C'est une grave erreur. Plus la douleur a été vive au moment des accès, plus en général l'attaque est de courte durée et plus sa disparition est complète. Aussi Sydenham appelait-il en pareil cas la douleur un remède des plus amères (*dolor amarissimum pharmacum*). C'est ce qu'il importe de ne pas perdre de vue quand on doit prescrire une eau minérale à un goutteux, certaines sources ayant la propriété de calmer les douleurs de la goutte, tandis que d'autres les exaspèrent, or nous verrons qu'il est des cas où ces dernières devront être préférées.

La suppression de la transpiration cutanée est, avons-nous dit, un des symptômes caractéristiques de l'attaque de goutte. C'est au point qu'un grand nombre de goutteux sont avertis de l'imminence d'une de ces attaques par un sentiment tout particulier de sécheresse et d'aridité vers la peau, laquelle semble ne plus fonctionner. Or quand on réfléchit à la quantité de matières salines ou âcres qui, dans l'état de santé, s'échappent par la transpiration, d'où résulte une sorte de dépuration continuelle, on comprend que la rétention de ces mêmes matières au sein de nos tissus doive modifier profondément la composition de nos humeurs, et par suite n'être pas étrangère à la manifestation de la goutte. N'est-ce pas pour les mêmes motifs que l'on compte beaucoup plus de goutteux dans le Nord que dans le Midi, et que les attaques sont plus fréquentes et plus intenses en hiver qu'en été, la peau fonctionnant très-différemment suivant les diverses circonstances climatériques?

Ceci explique pourquoi les sudorifiques occupent une si grande place parmi les médicaments proposés pour le traitement de la goutte. Le raisonnement et l'observation prouvent également que les eaux minérales doivent une partie de leur efficacité à ce qu'elles activent les fonctions de la peau et la fortifient en même temps contre les impressions de l'atmosphère. C'est là du reste une question sur laquelle les médecins sont généralement d'accord.

Il n'en est malheureusement pas de même pour ce qui a trait aux modifications que la goutte détermine dans la sécrétion urinaire. Les uns n'ont voulu y voir qu'un fait de peu de valeur, sans signification réellement pratique; d'autres, au contraire, lui attribuent une portée extrême, à tel point qu'ils en ont fait la base de toute une théorie et de tout un traitement. La question est trop grave pour que nous n'entrions pas à son sujet dans quelques développements.

Tous les auteurs qui ont écrit sur la goutte ont noté comme un signe à peu près constant que, chez les goutteux, les urines se troublent et laissent déposer un sédiment briqueté très-abondant, qui n'est autre chose que de l'acide urique. De là cette concomitance si fréquente de la goutte et de la gravelle rouge. Partant de ces données, M. Petit, dont la science déplore la perte récente et si rapidement prématurée, en avait conclu que l'accumulation de l'acide urique dans l'économie constitue l'élément essentiel de la goutte et en est la cause déterminante, d'autant plus qu'on retrouve cet acide à l'état d'urate dans les tophus qui se forment autour des articulations des goutteux. Il semble alors, d'après le même auteur, que, par suite d'une sorte de fermentation, ce principe azoté s'accroît dans une proportion considérable, et que, rapidement emporté par les courants sanguins dans les diverses articulations, il y développe des fermentations nouvelles qui se traduisent par une attaque de goutte. Prévenir la formation de cet acide, ou, une fois

(1) Ces sources se trouvant décrites très en détail dans mon Guide aux eaux minérales, je ne puis que renvoyer à cet ouvrage pour tout ce qui touche à leur histoire et à leur mode d'emploi.

---

sants, de sorte que, par un singulier contraste, dans ce pays qui est ordinairement sec, les propriétaires préfèrent une saison sèche à une saison humide (1).

(1) Bentley's miscellany (novembre 1855).

— On lit dans le Journal de Constantinople du 3 mars:

Le corps médical de l'armée française est depuis quelque temps cruellement éprouvé. A ses pertes déjà nombreuses depuis le commencement de cette campagne, s'en ajoutent de nouvelles: avant hier, il conduisait les docteurs Volage et Girard à leur dernière demeure, où les avait précédés la veille le docteur Sagne. Les armées de terre et de mer étaient représentées au cortége funèbre; MM. le général de division Larchey, le général Pariset, l'intendant en chef Angot et le baron Darricau, commandant de la marine à Constantinople, ont accompagné le convoi jusqu'au champ des morts, et ont rendu ainsi, par leur présence, hommage aux officiers de santé, dont le dévouement n'a pu être lassé par les terribles épreuves qu'ils ont dû subir depuis près de deux ans. C'était un spectacle navrant que celui de ce long cortége funèbre suivant la rue de Péra et recevant sur son passage des témoignages de sympathie de toute notre population profondément attristée.

M. l'inspecteur médical Baudens a prononcé sur la tombe de ces nobles victimes les paroles suivantes qui ont fait la plus vive impression:

« Au nom du conseil de santé des armées dont ils avaient la haute estime et les légitimes sympathies; au nom du corps de santé, et j'oserai dire au nom des armées de terre et de mer ici représentées par le brave général de division Larchey, par le général Pariset, par M. l'intendant en chef et par le commandant de la marine, M. le baron Darricau, j'adresse à nos bons camarades un dernier et fraternel adieu.

» Un jour, quand ces moments de désolation auront passé, d'autres rediront mieux que je ne pourrais le faire, la vie noblement remplie de ces modestes officiers de santé, dont l'armée garde religieusement le souvenir. En face de trois tombes ouvertes le même jour, je me sens trop oppressé pour vous retenir, Messieurs, dans ce lieu de douleur. Ce n'est pas que je craigne d'amollir vos cœurs: la lutte n'est pas finie, mais vous irez tous jusqu'au bout; j'en ai pour garant l'abnégation dont vous avez donné tant de preuves.

» Adieu Sagne, adieu Girard, adieu Volage, qui, vous aussi, comme la sœur Vincent, vous êtes empoisonné au souffle des pauvres malades dont vous étiez la providence. Tous trois vous êtes bravement tombés sur le champ de bataille du médecin militaire.

» Adieu, nobles amis! »

formé, l'atténuer et le neutraliser, telle serait par conséquent la base du traitement. Aussi est-ce dans ce but que M. Petit conseillait l'eau de Vichy aux goutteux, cette eau contenant assez de bicarbonate de soude pour enlever aux urines leur trop grande acidité et même pour les rendre alcalines.

Ces assertions de M. Petit furent accueillies au début avec d'autant plus de faveur qu'elles s'appuyaient tout à la fois sur des guérisons incontestables et sur des données chimiques alors fort en honneur dans la science. Seulement il eût fallu bien spécifier les cas où les eaux alcalines pouvaient ainsi être administrées avec succès : c'est ce qui ne fut pas fait. Il y a plus, M. Petit a posé en principe « qu'il ne résulte » ni de l'observation ni de l'analyse chimique des concrétions et des » diverses sécrétions des goutteux, qu'il y ait des gouttes de nature » différente, et que les distinctions établies par les auteurs, de *goutte* » *aiguë, goutte chronique, goutte régulière, goutte fixe, goutte arti-* » *culaire, vague, mobile, interne, nerveuse, viscérale*, etc., n'ont au- » cune importance sous ce rapport (1). »

J'avoue que, quelque rationnelle que puisse paraître la théorie de M. Petit, je m'en sépare complétement pour ce qui a trait à cette généralisation du traitement alcalin appliqué à toute espèce de goutte. J'ai même la conviction intime que c'est précisément parce qu'on a voulu englober dans cette même médication thermale les diverses variétés de l'affection goutteuse, que la question de savoir si les eaux de Vichy sont réellement avantageuses pour la goutte est aujourd'hui encore une question très-controversée, qu'il n'est même pas rare d'entendre résoudre négativement. C'est du reste ce qui ressortira mieux encore des développements dans lesquels il me faudra bientôt entrer en parlant de l'appropriation des eaux minérales au traitement de la goutte.

Nous venons d'esquisser rapidement les principaux phénomènes de la manifestation goutteuse, savoir, la douleur, la suppression de la transpiration cutanée et les altérations de la sécrétion urinaire. Si je n'ai pas parlé des troubles de la digestion qui accompagnent presque toujours l'attaque de goutte, c'est que ces troubles n'ont aucune connexion avec le principe même de la maladie, la plupart des goutteux étant grands mangeurs et ayant l'estomac parfait. Comment la digestion resterait-elle intacte, alors que l'économie tout entière se trouve momentanément sous le coup d'un travail morbide dans lequel tous ses rouages sont violemment en jeu ?

C'est qu'en effet la goutte, avant de faire explosion, frappe d'inertie et de stupeur tous les principaux viscères, surtout ceux de l'abdomen. Il y a un court moment d'attente, moment plein d'anxiété; puis tout à coup, comme si la nature faisait un suprême et bienfaisant effort, une jetée goutteuse se fixe sur un point quelconque, le plus souvent sur une articulation. A mesure que le mal se localise, le calme semble renaître dans l'organisme. Mais bientôt de nouvelles crises se succèdent, plus douloureuses souvent que les premières, jusqu'à ce qu'enfin, après des alternatives de détente et de paroxysmes, une abondante transpiration, offrant parfois des caractères tout spéciaux, vienne terminer la scène. Remarquons que c'est seulement quand une de ces éliminations critiques a eu lieu soit par la peau, soit par une autre voie, qu'on peut regarder l'attaque comme entièrement finie.

Les détails dans lesquels nous venons d'entrer, s'ils n'apprennent pas quelle est la nature intime de la goutte, prouvent du moins que, chez les goutteux, les humeurs éprouvent des modifications profondes d'où résultent des troubles organiques et fonctionnels qui, à la longue, finissent par entraîner les lésions les plus graves. Je ne puis, à cet égard, mieux comparer le sang des goutteux qu'à ces eaux incrustantes qui abandonnent peu à peu dans leurs canaux une partie des sels qui les minéralisent, jusqu'à ce qu'enfin, si on n'y porte pas remède, ces canaux s'engorgent ou même s'oblitèrent.

Mais quittons ces appréciations générales pour attaquer le cœur même de la question. Non pas que les distinctions que nous venons d'établir soient de simples divisions scolastiques; nous allons voir, au contraire, qu'elles étaient indispensables pour bien fixer nos idées sur la valeur et sur l'emploi de la médication thermale de la goutte.

(La fin au prochain numéro.)

(1) DU MODE D'ACTION DES EAUX MINÉRALES DE VICHY, par Ch. Petit, inspecteur de ces eaux, p. 348.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR L'ÉRYSIPÈLE DES NOUVEAU-NÉS; par M. HERVIEUX.

Monsieur le rédacteur,

M. le professeur Stoltz de Strasbourg ayant bien voulu me faire savoir qu'il existait parmi les thèses de la faculté de Strasbourg un travail de M. le docteur Schwebel sur l'*érysipèle des nouveau-nés*, travail datant de l'année 1835, et basé sur des observations recueillies dans le service de M. Stoltz, j'ai dû rechercher cette thèse et je m'empresse de vous adresser une analyse très-succincte des faits qu'elle contient.

OBS. I. — Enfant de 9 jours, sexe masculin. Erysipèle parti du cou, et ayant envahi, d'une part la face et le cuir chevelu, de l'autre une partie du tronc. Mort le sixième jour dans les convulsions. Autopsie : inflammation des méninges et des veines cérébrales.

OBS. II. — Fille de 14 jours. Erysipèle à l'anus et des parties génitales étendu aux membres inférieurs; muguet concomitant. Mort le dix-huitième jour dans les convulsions. A l'autopsie : péricardite et pneumonie à gauche.

OBS. III. — Fille de 40 jours. La mère a eu un érysipèle; l'enfant prend un érysipèle de la face, lequel passe de là aux cuisses, à l'anus et aux parties génitales; convulsions. Mort. Pas d'autopsie.

Si courte que soit cette analyse des trois faits recueillis par MM. Stoltz et Schwebel, elle vous permettra d'y voir la confirmation de plusieurs des propositions dans lesquelles j'ai résumé les recherches qui me sont personnelles sur la question de l'érysipèle des nouveaux-nés et des enfants à la mamelle :

1° J'ai avancé que les nouveaux-nés atteints de cette affection étaient très-souvent des enfants déjà malades et qu'il fallait presque toujours chercher dans quelque lésion viscérale l'explication de la présence de la phlegmasie érysipélateuse. Or, dans les deux cas où l'autopsie a été

M. Artigues, médecin principal, chef de l'hôpital du Maslak, s'est ensuite exprimé en ces termes :

« L'histoire redira le bouillant courage, l'élan irrésistible, la patience héroïque dont nos soldats ont fait preuve dans les diverses phases du mémorable siége de Sébastopol.

» Elle pourra dire aussi, sans doute, avec moins d'éclat, mais avec autant de vérité, pour nos médecins militaires, notre calme intrépide, nos combats intérieurs qui n'ont d'autres témoins que Dieu et notre conscience, la vertu qu'il nous faut pour affronter sans défaillir cet ennemi invisible qui est partout, qui nous environne de toutes parts, ce poison que nos malades distillent et nous envoient en échange de nos soins dévoués !

» Poison meurtrier dont l'activité est si grande, qu'il lui suffit de quelques jours, de quelques heures, pour détruire les ressorts des organisations les plus résistantes! Témoin Volage! témoin Girard, que nous pleurons aujourd'hui; témoin les 46 victimes de notre corps que nous avons déjà pleurés; témoins tous ceux d'entre nous qui succomberont encore dans cette lutte désolante.

» Triste et pourtant belle position du médecin militaire, dans laquelle le danger fait grandir le dévouement, et dans laquelle le devoir accompli augmente le danger.

» En présence de ces tombes ouvertes, au milieu d'une épidémie qui nous menace tous, ne cherchons, Messieurs, notre sang froid que dans les deux forces morales qui par leur grandeur peuvent seules se mesurer à la tristesse du sépulcre !

» La résignation à la volonté divine!

» La certitude d'une vie meilleure!

» Chacun de vous se rappelle la touchante simplicité des paroles de Volage, lorsqu'il y a à peine quinze jours, il conduisait le deuil de la sœur Vincent de Ramiz Tchiflik. Elle aussi venait de succomber sur le champ de bataille où Volage vient de tomber à son tour. La mission de la sainte fille était couronnée par le martyre, ses compagnes chantaient des cantiques d'actions de grâce, mais la douleur de Volage, s'inspirant d'un sentiment profondément religieux, était calme, résignée; il nous disait, dans un triste pressentiment, que Dieu réserve dans le ciel des places privilégiées pour les morts obscures !

» Puisse cette croyance consolante que je partage avec vous, mon brave camarade, venir avec nos douloureuses sympathies en aide à votre famille éplorée, adoucir l'amertume des regrets que votre mort prématurée inspire à vos amis, à vos chefs, à tous ceux qui vous ont connu! Puisse-t-elle surtout calmer la désolation de votre vieille mère, dont vous étiez, à juste titre, l'orgueil, la consolation et l'espoir. »

faite chez les petits malades de MM. Stoltz et Schwebel, on a trouvé chez le premier une méningite avec phlébite des sinus, chez le second une péricardite et une pneumonie;

2° J'ai appelé l'attention sur la forme ambulante ou erratique de l'érysipèle des nouveau-nés, forme d'ailleurs très-bien décrite par M. le professeur Trousseau, et l'on pourra voir que chez le sujet de l'obs. 3, l'érysipèle a passé sans transition de la face à l'anus et aux parties génitales;

3° Enfin on verra dans la 3e observation un fait confirmatif de cette proposition avancée par plusieurs accoucheurs, savoir, que les épidémies de fièvre puerpérale et notamment les épidémies d'érysipèle dans les salles de femmes accouchées sont une cause, si non efficiente, du moins prédisposante de l'érysipèle chez les nouveaux-nés.

Je ne puis m'étendre davantage sur les mérites du travail que j'ai sous les yeux. Je me borne seulement à le signaler à l'attention des auteurs qui voudraient faire des recherches sur le sujet que j'ai essayé de traiter dans votre excellent journal (1). Outre l'intérêt historique que présente la thèse de M. Schwebel, il y a l'intérêt clinique que je voulais surtout mettre en lumière dans cette lettre.

Agréez, etc.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

V. IL RACCOGLITORE MEDICO DI FANO.

Les numéros d'avril, mai, juin, juillet, août et septembre renferment les travaux originaux suivants : 1° *Du choléra de Porto-San-Giorgio et de l'épidémie de fièvres intermittentes qui l'a précédé durant les années* 1853 *et* 1854; par M. Contini. (Fin.) 2° *Pleurite chronique guérie par l'usage exclusif de l'huile de foie de morue*; par M. Barbieri. 3° *Coup d'œil topographique et statistique sur Citerna et sur les maladies qui y ont régné en* 1852 *et* 1853; par M. Verdinelli. 4° *Rupture spontanée de l'utérus survenue pendant le travail de l'accouchement*; par M. Busi. 5° *Sur un cas rare de maladie*; par M. Ferrari. 6° *Études pour servir à la formation de la topographie, physico-médico-civile, conformément à l'esprit de la philosophie médicale d'aujourd'hui*; par M. Facchini. 7° *Sur l'expiration du carbonate d'ammoniaque*; par M. Gerouzi. 8° *Fièvres rhumatismales épidémiques qui ont régné à Lugo pendant l'hiver de* 1855; par M. Balotta. 9° *Sur la présence du fer dans l'hématosine; son absence dans le pus; théorie sur la coloration du sang et sur la pyogénie*; par M. Peyrani. (L'auteur du mémoire conclut que le fer se trouve dans l'hématosine à l'état d'oxyde, et que c'est de lui que dépend la couleur rouge du sang. Il est fâcheux pour cette théorie que l'hématoïdine qui est d'un beau rouge de sang *ne contienne pas un atome de fer*. La conclusion pratique que l'auteur avait cru devoir tirer de ses recherches, et qui est de donner à l'intérieur le protoxyde et le deutoxyde de fer dans la pyoémie, et même, dans les cas extrêmes, de l'injecter dans les grosses veines, n'a aucun fondement.) 10° *Des maladies qui ont régné de* 1839 *à* 1854 *inclusivement dans la paroisse et la ville de Colbuccolo sur le territoire de Pansula, de la méthode curative et des moyens employés pour les prévenir*; par M. Marini. 11° *Sur un cas de nymphomanie*; par M. Barbieri. 12° *Du choléra, d'où il naît, comment il se propage et de la manière de le traiter chez les individus et d'en préserver les populations*; par M. Franceschi. 13° *De l'influence des maladies épidémiques contagieuses sur les maladies ordinaires et communes, considérée dans son rapport avec la disposition et la constitution de l'épidémie*; par M. Sorgoni. 14° *Histoire de la parturition de trois jumeaux et considération relatives à l'extraction du placenta*; par M. Bertuzzi. 15° *Plaie pénétrante du crâne, avec perte de substance cérébrale, les fonctions de la vie animale et organique restant intactes*; par M. Carminati.

PNEUMO-THORAX GUÉRI PAR LA PONCTION; par M. FERRARI.

Le pneumo-thorax est une maladie assez rare; elle est plus rare encore lorsque la cause qui la détermine est un effort violent amenant la rupture de quelques vésicules pulmonaires. Le cas suivant nous a paru digne d'intérêt, non-seulement au point de vue étiologique, mais encore à cause de la difficulté du diagnostic, et surtout au point de vue thérapeutique. Une fois le diagnostic bien posé, la ponction du thorax faite avec un trocart fin amena la plus notable amélioration, bientôt suivie d'une guérison complète.

OBS. — Jeune homme de 16 ans, agriculteur, jouissant d'une santé florissante, bien conformé, d'un tempérament veineux. Il est né de parents sains. Un soir qu'il revenait des champs courbé sous un lourd fardeau de branches d'arbre coupées, lorsqu'il fut près de sa maison, il enleva cette charge de ses épaules et la jeta d'un trait par terre. Aussitôt il sentit une douleur aiguë dans le côté droit, comme si on l'eût traversé; il poussa un cri et porta la main sur le point douloureux, mais la douleur s'évanouit à l'instant. Il rentra chez lui, mangea, se coucha et s'endormit. Au milieu de la nuit, il s'éveilla avec une violente douleur dans la poitrine et une menace de suffocation. Le docteur Ferrari appelé constate l'état suivant : position assise dans le lit; efforts de respiration; douleur au côté droit de la poitrine. Congestion à la face; fièvre. Un examen très-attentif de la cavité thoracique ne permet de constater d'autre phénomène qu'une respiration naturelle très-large à gauche, limitée, profonde, bronchiale à droite. Aucun bruit anormal. (Saignée, diète, repos.)

Le soir, point de changement; mais la percussion qui n'avait donné aucun signe donne à droite un son beaucoup plus clair. Le lendemain il est très-clair à droite, normal à gauche. A droite, le thorax a changé de forme; les côtes sont écartées; les espaces intercostaux sont soulevés; il est plus élevé qu'à gauche et comme gibbeux. Silence à droite, respiration naturelle à gauche. Diagnostic : *pneumo-thorax*. Il y avait aussi du liquide dans la plèvre, comme l'attestaient la matité de la base et le gargouillement qu'on percevait en auscultant et secouant le malade. On se rendait facilement compte de cet état par une déchirure de quelques vésicules par connexion et de la plèvre dans l'effort que fit le sujet et par l'épanchement graduel de l'air dans la cavité thoracique. La vraie indication était d'ôter l'air de la poitrine. On remit au lendemain l'opération après avoir prescrit au malade l'oseille et le nitre.

Un trocart fin fut introduit latéralement un peu au-dessous de la mamelle droite. De l'air sortit par la canule, ainsi que quelques gouttes d'une sérosité limpide. Alors on retira la canule et on appliqua un emplâtre adhésif. Peu après, le malade dit qu'il respirait beaucoup mieux. Dans la journée, il semblait un autre homme; plus de gibbosité; respiration libre; circulation régulière. Au bout de quelques jours, il était parfaitement guéri.

PLAIE PÉNÉTRANTE DU CRANE AVEC PERTE DE SUBSTANCE CÉRÉBRALE, SANS LÉSION DES FONCTIONS DE LA VIE ANIMALE ET ORGANIQUE; par M. CARMINATI.

OBS. — Un homme de 38 ans, robuste et père de cinq enfants, fut frappé à la tête avec une fourche de fer le 4 octobre 1854. Il fut renversé sans connaissance et transporté chez lui. Plaie de près de 2 pouces d'étendue à la partie postérieure du pariétal droit. L'os est fracturé : il sort par la plaie beaucoup de morceaux de substance cérébrale, tant corticale que médullaire.

Quelques heures après, le malade, revenu à lui, a de la tendance au sommeil; il distingue mal les objets; mais il répond très-juste aux questions; les autres sens ne sont point altérés, ni aucune autre fonction. On relève l'os enfoncé. (Glace sur la tête, saignée large, purgatif.)

5 octobre. Sortie de nouvelles portions de cerveau, un peu de fièvre.

6 octobre. Apyrexie complète.

Le malade continue à aller bien jusqu'au milieu du mois de novembre, où il prend un érysipèle pemphigoïde à la face avec phénomènes généraux.

22 décembre. Tout va bien; toutes les fonctions sont parfaitement intactes; le patient éprouve seulement en marchant un peu de faiblesse dans les extrémités inférieures.

Toutefois la plaie n'est pas guérie; une sonde introduite méthodiquement dans la cavité crânienne s'enfonce de 2 bons pouces. Le sujet retourne à ses occupations.

4 avril 1855. Après plusieurs mois de malaise pour lequel il ne veut rien faire et qu'il augmente au contraire par un écart de régime, il tombe dans le coma et meurt.

AUTOPSIE. — Le crâne ouvert, on trouva du côté gauche une forte injection des méninges, de la sérosité à la base du crâne et dans le ventricule. L'hémisphère cérébral avait sa consistance normale. A droite, les membranes sont encore plus fortement injectées; les deux tiers postérieurs de l'hémisphère sont entièrement désorganisés; plus de trace de circonvolutions; couleur jaune foncé de la substance cérébrale, qui a la consistance de la bouillie. En séparant cette matière de la substance encore ferme, on trouve une poche remplie de 5 ou 6 onces de pus. Sérosité jaunâtre dans le ventricule droit et les autres.

Ce qui frappe surtout dans cette observation, c'est que le sujet ait pu vivre six mois dans toute la plénitude physiologique de ses fonctions animales et organiques avec la désorganisation des deux tiers d'un hémisphère cérébral.

VI. GAZZETTA MEDICA ITALIANA (LOMBARDIA).

Les numéros de mars, avril, mai, juin, juillet, août et septembre renferment les travaux originaux suivants : 1° *Études expérimentales*

(1) Voir plus haut, et le n° 9.

sur le centre nerveux olfactif; par M. P. Lussana. 2° *De la maladie dont est mort monseigneur Fusinato, évêque de Concordia*; par M. Facen. 3° *Études sur la créaplasmine*; par M. Bettiuotti. (Extrait de viande concentré.) 4° *Crampe des écrivains, guérie par l'électricité*; par M. Seccamani. 5° *Prophylaxie possible du choléra asiatique*; par M. Rudolfi. 6° *Rapport sur l'instrument de M. Gandolfi dit cylindre au cœur pneumatique médico-chirurgical*; par M. Strambio. 7° *Sur le fungus de l'urètre chez la femme, au point de vue de l'anatomie pathologique et du traitement opératoire; études faites à la clinique de M. le professeur Pétrequin*; par M. Chatin. 8° *Sur les réponses que M. Vittadini (de Pavie) oppose dans son ouvrage intitulé* : THEORIE PHYSIOLOGIQUE DE LA VISION, *aux objections déjà faites contre les observations et expériences sur la vue*; par M. Cagnoni. 9° *Guislain et les hôpitaux de fous de Gand*; par M. Biffi. 10° *Sur les bruits pathologiques du cœur*; par M. Perini. 11° *Sur les préparations de M. Gorini pour la conservation des cadavres*; par M. Strambio. (On regrette que l'auteur garde le secret sur ses procédés de conservation, qui, d'après le rapport de M. Strambio, sont appelés à rendre de grands services aux sciences naturelles et aux arts.) 12° *Fistule stercorale guérie spontanément*; par M. Morini. 13° *Deux cas de rétention du sang menstruel par atrésie du vagin*; par M. Melchiori. 14° *Sur l'inoculation du choléra-morbus asiatique aux animaux domestiques*; par M. Eletti. 15° *Rapport sur l'examen des mémoires de concours au prix proposé pour l'année 1853 sur une question de magnétisme animal*; par M. Terzaghi. 16° *Cas de superfétation abdominale*; par M. Albertoni. 17° *Sur les pilules de Dzondi*; par M. Scotti. 18° *Monstruosité*; par M. Gaddi. 19° *Compte rendu historique et clinique de l'hôpital des Sœurs bienfaitrices de Milan, du 1er octobre 1852 au 1er octobre 1854*; par M. Gola. 20° *Observations sur le délire pellagreux*; par M. Clerici. 21° *Inconvénient de la saignée à l'invasion de quelques espèces d'apoplexie cérébrale*; par MM. F. Lussana et Crosio. 22° *Sur l'anatomie pathologique relativement aux autres parties des sciences médicales*; par M. Sangalli. 23° *Guérison d'une paralysie par l'électricité voltaïque*; par M. Lugli. 24° *Recherches expérimentales sur l'organe nerveux olfactif*; par M. Ambrosoli. 25° *Tristes effets de la pâte dite badese*; par M. Tibaldi. 26° *L'ulcère syphilitique ancien constitutionnel ne doit pas être cicatrisé dès les premiers soins*; par M. Scotti. 27° *Études d'électro-physiologie considérée dans ses rapports avec la thérapeutique du choléra-morbus principalement*; par M. Zantedeschi. 28° *Tænia pelotonné, ses conséquences probables, thérapeutique prudente*; par M. Scotti. 29° *Sur les conditions des médecins cantonaux et sur les réformes de ces institutions médicales*; par M. Balardini. 30° *Grossesse avec utérus cancéreux; parturition d'un enfant parfaitement développé*; par M. Fréri. 31° *Plaie pénétrante du crâne avec perte de substance cérébrale, sans lésions des fonctions de la vie animale et de la vie organique*; par M. Carminati. 32° *Deux mots sur la méthode anglaise dans les pleurésies, pneumonies et péricardites*; par M. Viani. 33° *Histoire d'un abcès au côté gauche du thorax, avec perforation de la plèvre et du poumon (trajet fistuleux pulmono-cutané)*; par M. Avauzi. 34° *Éclaircissements sur le mémoire de M. Tibaldi, intitulé* : TRISTES EFFETS DE LA PATE DITE BADESE. 35° *Monomanie religieuse et incendiaire; irresponsabilité*; par MM. A. T. et G. P. 36° *Observations recueillies pendant l'année 1853 dans l'hôpital général de Vienne sur les maladies du système nerveux*. 37° *Empoisonnement par l'urine du crapaud*. 38° *Remarques historico-statistiques sur le choléra de Paderno, Merlengo et Pouzano, dans la province de Trévise*; par M. Sartorelli. 39° *Deux gastro-hystérotomies, avec conservation des enfants et des mères, faites à l'hospice de la Maternité de Milan*; remarques par M. Ferrario.

CRAMPE DES ÉCRIVAINS GUÉRIE PAR L'ÉLECTRICITÉ; par M. SECCAMANI.

Un exercice excessif des muscles fléchisseurs des doigts et adducteurs du bras, avec le repos des muscles antagonistes, amène quelquefois, chez les personnes qui écrivent beaucoup, un état de demi-paralysie chez les seconds, et de contractions spasmodiques chez les premiers. Tel est le cas suivant.

OBS. — Homme de 40 ans, robuste, sanguin-bilieux, écrivain chez un avocat. Il eut le choléra en 1836, l'ictère en 1842. Ayant voulu, en 1849, se forcer un jour un peu trop à écrire, il se sentit la main fatiguée outre-mesure et incapable de poursuivre son office. Il crut que ce mal était dû à une simple fatigue; mais étant resté quelque temps en repos et puis ayant repris la plume, il s'aperçut que son écriture n'était plus belle et claire comme elle était d'habitude. Au lieu de prendre du repos, il continua d'écrire, et la gêne des mouvements devint telle, que sa main ne pouvait plus tracer une ligne sans l'aide de l'autre. De plus, il avait besoin de l'aide de la main gauche pour porter la droite à l'écritoire.

8 décembre, premier jour où M. Seccamani voit le malade, celui-ci est dans l'état suivant : les doigts tiennent bien la plume, et même ils se serrent sur elle quasi spasmodiquement. Quand il s'agit de tracer une ligne, la main tombe comme paralysée sur le papier, en faisant un demi-tour en dedans sur elle-même, ne laissant plus au malade ni la faculté d'écrire, ni celle de la porter en dehors. Ni le long du bras, ni le long de l'épine dorsale, il n'y avait de conditions auxquelles on pût attribuer le mal en question.

L'auteur n'hésita pas à considérer cette maladie comme une de celles qu'il avait eu autrefois l'occasion d'observer à Paris près de M. Duchenne (de Boulogne), et à l'appeler du même nom qu'il lui avait donné.

Ayant exploré la sensibilité tactile et la contractilité musculaire du bras affecté au moyen de l'appareil électrique de Duchenne, il trouva la première dans un état parfaitement physiologique, mais non la seconde. La contraction des muscles fléchisseurs des doigts et adducteurs du bras était normale; elle était diminuée dans le muscle rond pronateur; elle était peu marquée dans les muscles extenseurs du bras.

On eut soin d'exciter, à l'aide de deux éponges imbibées d'eau, comme l'enseigne le médecin de Paris, les muscles dans lesquels l'activité était diminuée par un exercice excessif des antagonistes.

Quinze séances d'environ une demi-heure, avec quelques intervalles de repos, rétablirent l'équilibre dans les forces musculaires du bras affecté. Le sujet pouvait écrire parfaitement bien, sans aucune fatigue, enfin comme avant sa maladie.

SUR LE FUNGUS DE L'URÈTRE CHEZ LA FEMME; clinique de M. PÉTREQUIN; par M. CHATIN.

Il ne faut pas confondre, comme on le fait généralement, le *fungus* avec le *polype* des ouvertures naturelles. L'observation suivante, prise dans le service de M. Pétrequin, servira à différencier ces deux sortes de tumeurs, que le chirurgien de Lyon distingue très-nettement par l'anatomie pathologique, par les symptômes et par les indications spéciales qu'elles présentent.

OBS. — Femme de 53 ans, domestique, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 15 avril 1853, pour y être traitée d'une prétendue chute de l'utérus. Les renseignements qu'elle donne servent peu à éclairer l'origine de son mal; elle aurait fait un effort il y a huit ou dix ans. Depuis elle avait éprouvé des coliques, ou mieux, des douleurs vives dans la région hypogastrique. Ces douleurs sont très-fortes depuis deux mois, et se font sentir avant, pendant et après l'émission des urines. Les envies d'uriner sont fréquentes, surtout la nuit; insomnie, inappétence, amaigrissement et atonie des fonctions digestives qui semble durer déjà depuis plusieurs années.

Après avoir pris quelques bains généraux, la malade est examinée, et on reconnaît la présence d'un fungus qui occupe les contours du méat urinaire, et s'introduit dans l'urètre à la profondeur de près d'un centimètre, recouvert en partie par l'hymen qui est très-développé.

La tumeur fongueuse adhère par une surface presque égale à celle de son développement extérieur; elle est rouge, semblable à une framboise, formée de petits mamelons réunis en globules, comme les glandes. Son tissu est mou et peu dense. Son volume répond à celui de deux noyaux.

Le vagin est si étroit qu'il constitue une impossibilité absolue à la descente de l'utérus.

21 avril 1853. La malade est placée convenablement sur le lit d'opération. Les grandes lèvres écartées, on saisit la tumeur avec des pinces et on l'excise circulairement avec des ciseaux courbes jusqu'à sa racine; on emporte tout le pourtour du méat urinaire dégénéré. Cautérisation avec le chlorure d'antimoine, suivie d'un demi-bain.

23 avril. La malade souffre ce qu'elle appelle ses coliques; mais le besoin d'uriner est moins fréquent et moins douloureux.

25. Même état. (Tisane de chiendent nitrée, lavements émollients.)

28. On réprime avec le nitrate d'argent quelques bourgeons. (Demi-bain.)

25 mai. La cicatrisation est complète et les douleurs presque nulles.

La malade quitte l'hôpital en très-bon état.

PARTURITION D'UN FOETUS PARFAITEMENT DÉVELOPPÉ DANS UN UTÉRUS CANCÉREUX; par M. FRERI.

Il ressort du fait suivant que l'utérus ne doit être considéré que comme un corps contentif du fœtus et non comme indispensable à son parfait développement, peut-être même à la conception. Ce fait nous enseigne encore qu'on ne doit point précipiter sa résolution, quand il s'agit de porter le couteau sur la femme et sur le fœtus, si ce n'est aux dernières extrémités.

OBS. — Femme de 37 ans, grêle, tempérament sanguin nerveux; huit fils sains et robustes, avec grossesses et parts très-heureux.

En décembre 1853, elle émit une mole de la grosseur d'un œuf de poule; pertes de sang, puis leucorrhée, avec resserrement spasmodique à la glotte, douleurs aux lombes et au sacrum. Peu à peu la perte blanche changea de couleur, prit une odeur particulière et s'accompagna de douleurs lancinantes et vagues dans la région du rectum et de l'utérus.

A l'aide du spéculum et par le toucher, on constate, sur la paroi postérieure du vagin, des excroissances blanc jaunâtre, dures, indolentes et de la grosseur des petits pois. Le col de l'utérus est gros, peu saillant, grisâtre, dur,

indolent, avec écoulement à travers son orifice d'une humeur verdâtre très-fétide.

Une grossesse, que quelques phénomènes généraux faisaient présumer, ne tarda pas à se confirmer, et malgré les moyens curatifs énergiques employés à plusieurs reprises, malgré la souffrance physique et morale, l'anorexie et un amaigrissement très-notable, elle continua à marcher avec toute sa régularité. A terme, on renouvela l'exploration et on trouva que la tumeur cancéreuse avait fait d'épouvantables progrès, remplissant tout le vagin et le col de l'utérus qu'on ne pouvait découvrir, sauf le segment antérieur.

L'avis de plusieurs médecins fut que le part serait impossible par les voies naturelles, et qu'il serait presque indispensable de pratiquer l'opération césarienne abdominale. On convint cependant de favoriser autant que possible l'accouchement par la voie naturelle, à l'aide de la belladone, de demi-bains, d'injections, de petites saignées, suivant de l'œil la marche du travail, pour aider à la nature selon le besoin.

Le 9 octobre 1854 commencèrent les douleurs de l'accouchement, et après peu d'heures de travail, la portion antérieure de l'orifice de l'utérus se présenta en partie, et à l'aide du forceps qu'on ne put introduire et unir qu'avec de grands efforts, la malade donna le jour à une petite fille saine, robuste et parfaitement développée.

La mère mourut vingt-quatre jours après l'accouchement.

A l'autopsie, on trouva un ulcère cancéreux s'étendant de la commissure de la vulve au col et à l'orifice de l'utérus; dégénérescence de tout le viscère en substance fibro-lardacée.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 3 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. BINET.

— M. A. Moquin-Tandon fait hommage à l'Académie du premier volume d'un ouvrage intitulé : Histoire naturelle des mollusques terrestres et fluviatiles de France.

— M. Payen offre à l'Académie la troisième édition de son ouvrage sur les substances alimentaires.

— M. Jules Guérin lit un mémoire sur la contractilité tendineuse. (Nous avons publié ce travail dans le dernier numéro.)

(Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.)

M. Flourens prend occasion de cette lecture pour annoncer que des recherches sur les tendons, qu'il poursuit depuis longtemps, l'ont conduit à reconnaître la sensibilité de ces parties, à préciser le mode de cette sensibilité, et à déterminer les procédés d'excitation au moyen desquels on l'oblige à se manifester.

Mémoire sur l'ulcère simple de l'estomac; par M. Cruveilhier. (Deuxième partie.)

(Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.)

Dans la première partie de ce mémoire, qui a fait l'objet d'une précédente lecture, je crois avoir établi sur des caractères anatomiques irrécusables : 1° l'existence de l'ulcère simple de l'estomac comme espèce morbide bien distincte de l'ulcère cancéreux, avec lequel il avait été confondu; 2° la tendance naturelle de cet ulcère simple à la cicatrisation, et par conséquent sa curabilité en opposition avec l'incurabilité absolue, dans l'état actuel de la science, de l'ulcère cancéreux; 3° les caractères de la cicatrice, sa résistance physique en tant que tissu fibreux, mais son défaut de résistance sous le rapport de la vitalité; 4° la reproduction facile de l'ulcère aux dépens de cette cicatrice, d'où la tendance aux récidives; 5° l'hémorrhagie et la perforation de l'estomac qui en sont souvent la conséquence, et qui constituent le danger principal de la maladie.

Reste donc, pour compléter la description de l'ulcère simple de l'estomac, à déterminer : 1° ses caractères cliniques ou de physiologie pathologique, à l'aide desquels on pourra le reconnaître au lit du malade; 2° ses caractères thérapeutiques, qui établiront avec sa curabilité les moyens propres à amener la guérison.

1° Caractères cliniques ou de physiologie pathologique de l'ulcère simple de l'estomac. — Peut-on, à des signes certains, reconnaître au lit du malade la présence d'un ulcère simple de l'estomac? Je réponds que s'il n'est pas toujours possible d'établir le diagnostic de cette lésion d'une manière positive, on peut au moins en soupçonner la présence et la faire entrer comme élément dans le calcul des probabilités, notre seul refuge pour la détermination des lésions d'organes inaccessibles à nos moyens directs d'observation. J'ajoute qu'en procédant par voie d'exclusion ou d'élimination, on pourra, le plus souvent, arriver à une somme de probabilités voisine de la certitude.

Ainsi, depuis bien des années que l'ulcère simple de l'estomac m'a occupé d'une manière toute particulière, au diagnostic affirmatif du cancer de l'estomac, et par conséquent à l'arrêt d'incurabilité qui avait été prononcé, j'ai pu, dans un grand nombre de cas, substituer un diagnostic et un pronostic suivi d'espérances, et formuler ainsi ma pensée : « cancer de l'estomac possible; ulcère simple probable. » Et, je dois le dire, la guérison du malade est venue, dans bien des cas, justifier mes prévisions.

Rien de décidément caractérisque au début de l'ulcère simple de l'estomac, à moins que l'un des premiers symptômes de la maladie ne soit le vomissement noir. Mais arrive un moment où au malaise épigastrique se joignent les caractères suivants :

1° Crises de douleur caractérisées par la circonscription de cette douleur à une petite région, celle de l'appendice xyphoïde (point xyphoïdien), qui s'accompagne souvent d'une douleur de même nature au rachis (point rachidien). Ce caractère est commun à l'ulcère simple et à certaines gastralgies idiopathiques, dont l'ulcère simple se distingue par la permanence des accidents;

2° Vomissement et déjection noirs, caractère qui est commun à l'ulcère simple et au cancer;

3° Les caractères différenciels entre l'ulcère simple et le cancer se déduisent de la marche de la maladie et de la différence des effets du régime et du traitement. Dans le cancer, le régime diététique est inutile et serait nuisible s'il était trop sévère. Dans l'ulcère simple, le régime diététique est tout, et s'il frappe juste, en quelques jours le malade est soulagé, il se sent renaître.

2° Caractères thérapeutiques de l'ulcère simple de l'estomac. — Nous connaissons maintenant à fond l'ennemi que nous avons à combattre. Ce n'est point un ulcère cancéreux, c'est un ulcère simple, c'est-à-dire une phlegmose ulcéreuse, une lésion locale entretenue par une irritation locale, exempte de toute complication, tendant essentiellement à la guérison. Que ferions-nous si nous avions à traiter à l'extérieur un pareil ulcère? Rien autre chose que de condamner au repos l'organe malade et de le soustraire à l'action de toutes les causes locales d'irritation. Mais si le repos de l'estomac peut et doit être absolu quant aux médicaments proprement dits, il ne saurait l'être quant à l'alimentation. Le repos de l'estomac, c'est la diète, c'est-à-dire le régime. Or c'est une étude bien digne de la méditation des physiologistes que celle des modifications qui se produisent dans les instincts de l'estomac malade. Ainsi, il est des conditions de la muqueuse gastrique dans lesquelles l'estomac humain, omnivore de sa nature, se trouve tout à coup transformé en un estomac univore, tantôt exclusivement carnivore, tantôt exclusivement herbivore; mais il est une transformation bien plus fréquente dans les instincts de l'estomac, c'est celle dans laquelle l'estomac du jeune homme, de l'adulte et du vieillard semble rétrograder vers l'état de la première enfance. Le lait seul peut être supporté. L'estomac est devenu lactivore.

On ne se fait pas une idée de la délicatesse, de la finesse, du tact que présente le *sens gastrique* dans certains cas de maladie. Il n'y a pas de réactif chimique, pas d'instrument de physique, ou de précision plus sensible que la membrane muqueuse de l'estomac malade; elle palpe tout, elle apprécie tout, jusqu'aux plus légères nuances, si ce mot peut s'appliquer à autre chose qu'aux couleurs. Le point important, c'est donc de trouver un aliment qui soit bien supporté par l'estomac et qui passe inaperçu.

Le régime lacté, voilà le grand moyen de guérison de l'ulcère simple de l'estomac, le seul aliment dont il puisse supporter la présence sans se révolter, le seul topique qui lui convienne, et quelquefois le lait réussit comme par enchantement. Dès le premier jour de son emploi comme aliment exclusif, l'angoisse épigastrique diminue; les jours suivants, elle disparaît complètement. Un sentiment de bien-être inexprimable la remplace et les forces reviennent à vue d'œil.

Mais il arrive un moment où le lait commence à être moins agréable au goût et à fatiguer l'estomac. Hâtons-nous de lui associer d'abord, pour lui substituer plus tard, un autre mode d'alimentation, pour le choix duquel les instincts de l'estomac doivent être consultés. Je ne saurais trop le répéter, c'est le régime alimentaire qui est tout dans le traitement de l'ulcère simple de l'estomac; mais je ne connais rien de plus difficile à diriger que ce régime, relativement à la qualité et à la quantité des aliments, à leur température, à leur préparation, au nombre des repas.

Quant aux médicaments proprement dits, je les regarde comme très-secondaires dans ce traitement.

Les amers, les ferrugineux sont ici formellement contre-indiqués. L'opium ne réussit que dans le cas où l'élément gastralgique s'associe à l'élément phlegmasique.

L'eau gazeuse, la glace, la médication alcaline, et surtout le phosphate de chaux préparé par la calcination des os et porphyrisé, les bains alcalins et gélatineux, les ablutions fraîches sur toute la surface du corps, et dans quelques cas des ablutions très-chaudes, des bains frais par immersion, et dans quelques cas des bains de siége très-chauds également par immersion, des frictions stimulantes avec massage sur toute la surface du corps, des dérivatifs ou révulsifs appliqués sur l'épigastre, tels que vésicatoires, cautères; voilà les moyens qui m'ont paru exercer une influence salutaire sur la marche de la maladie.

N'oublions jamais que l'ulcère simple de l'estomac est très-sujet à la récidive et que cette récidive aboutit quelquefois à une hémorrhagie nuisible ou à la perforation de l'estomac. Or on préviendra bien certainement toute récidive par une bonne hygiène alimentaire et par l'absence de médicaments stimulants.

Conclusions. — 1° L'ulcère simple de l'estomac, véritable gastrite ulcéreuse, peut être toujours soupçonné et presque toujours positivement diagnostiqué.

2° Le diagnostic de l'ulcère simple de l'estomac est fondé sur les caractères

différenciels qui le séparent, d'une part, de la gastralgie et de la gastrite non ulcéreuse, d'une autre part, du cancer de l'estomac.

3° L'ulcère simple de l'estomac se distingue de la gastralgie idiopathique par la permanence des accidents avec alternatives d'exaspération et de rémission, tandis que la gastralgie est temporaire, survient brusquement, disparaît de même, ne laisse aucune trace après elle, et qu'elle est d'ailleurs soudainement calmée par l'opium.

4° L'ulcère simple de l'estomac se distingue de la gastrite non ulcéreuse non moins que de la gastralgie par les vomissements noirs et par les déjections noires.

5° Il est infiniment probable qu'il existe des ulcères simples de l'estomac sans vomissements noirs et sans déjections noires, et, dans ce cas, le diagnostic différenciel entre l'ulcère simple et la gastrite non ulcéreuse devient difficile.

6° Les vomissements noirs ne sont nullement caractéristiques du cancer de l'estomac. Ils sont communs au cancer et à l'ulcère simple.

7° Il en est de même des déjections noires, qui sont tout aussi caractéristiques d'une gastrorrhagie que les vomissements noirs.

8° Les vomissements noirs et les déjections noires sont en quelque sorte plus inhérents à l'ulcère simple qu'au cancer de l'estomac; car ils appartiennent à toutes les périodes de l'ulcère simple dont ils sont souvent le premier symptôme. On voit, au contraire, un grand nombre de cancers de l'estomac sans vomissements noirs et sans déjections noires, et quand ils se produisent, ce n'est le plus souvent qu'à la dernière période de la maladie.

9° Les caractères différenciels entre l'ulcère simple et le cancer se déduisent: 1° de signes physiques: absence de tumeur dans l'ulcère simple; 2° de la douleur: il y a assez souvent absence de douleur dans le cancer, jamais absence de douleur dans l'ulcère simple; 3° du caractère de cette douleur: dans l'ulcère simple, sensation de plaie vive, de brûlure, de morsure au niveau du sommet de l'appendice xyphoïde (point xyphoïdien), retentissant à la région correspondante du rachis (point rachien); dans le cancer, crampes ou contractions spasmodiques avec durcissement de l'estomac.

10° La véritable pierre de touche pour le diagnostic différenciel entre l'ulcère simple et le cancer est dans la différence des effets du régime alimentaire, qui échoue complétement dans le cancer et produit de merveilleux effets dans l'ulcère simple.

11° Le grand problème à résoudre dans le traitement de l'ulcère simple, c'est de trouver un aliment qui soit toléré sans douleur par l'estomac; cet aliment une fois trouvé, la guérison s'effectue avec la plus grande facilité.

12° Dans l'immense majorité des cas, le régime lacté est le seul qui réponde parfaitement aux instincts de l'estomac dans le cas d'ulcère simple. Le lait semble agir à la manière d'un spécifique. Sa spécificité vient exclusivement de son innocuité.

13° Dans le traitement de l'ulcère simple, les moyens médicamenteux proprement dits, tant intérieurs qu'extérieurs, ne peuvent être considérés que comme des moyens secondaires.

DE L'ORGANOGRAPHISME, OU DESSIN DES ORGANES CONSIDÉRÉ AU POINT DE VUE DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT; par M. PIORRY.

(Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.)

On reprochait à la médecine d'être éminemment conjecturale, de constituer seulement un art né de l'expérience, et non une science positive ayant des méthodes rigoureuses, donnant des résultats précis capables d'être mesurés, et par suite comparables. Un pareil reproche ne saurait être justement adressé à la médecine moderne. L'art du diagnostic a fait d'immenses progrès et ne le cède en rien, sous le rapport du positivisme, à la plupart des autres sciences naturelles. Au lit du malade, les médecins instruits sont d'accord sur les lésions existantes, et l'ouverture des corps, quand la mort a lieu, vérifie presque toujours le jugement porté pendant la vie. Les causes des maladies et l'action des médicaments sont aussi beaucoup mieux connues que par le passé.

C'est à l'inspection simple, ou rendue plus étendue par les instruments d'optique, c'est à l'emploi du spéculum, c'est au palper direct ou médiat, c'est à la percussion, et surtout au plessimétrisme, c'est à l'auscultation directe ou à distance, c'est encore à la mensuration, à la pondération, à l'appréciation de la diaphanéité des organes, que l'on doit les progrès actuels du diagnostic; l'analyse chimique, les expériences microscopiques et les découvertes physiques ont contribué pour leur part à ces heureux résultats.

Le présent mémoire a pour objet l'exposition d'une méthode qui forme le complément de ces moyens de diagnostic; c'est le dessin linéaire des organes, destiné soit à représenter leurs lésions, soit à faire juger pendant la durée d'un mal, ou son traitement, des variations de forme, de volume qu'il présente.

1° Tantôt on reproduit sur du papier l'image des affections que l'on veut étudier, et pour le faire, M. Piorry recommande, de préférence aux divers moyens qu'il a proposés, un crayon de mine de plomb assez tendre, et qui a été longtemps trempé dans des huiles grasses, ce qui lui sert en général de plume et d'encre. Ce crayon est destiné à figurer et à estomper en quelques secondes presque tous les dessins d'anatomie que l'on veut conserver. Ce procédé est applicable à un grand nombre de tumeurs, de maladies de la peau, et surtout aux affections du col de la matrice. La photographie serait ici préférable; mais le temps et les frais qu'elle nécessite la rendent pour la clinique tout à fait inapplicable.

2° Ailleurs on trace sur la peau elle-même la limitation des organes que l'on veut voir, ou dont on cherche à déterminer les limites. C'est le même crayon dont il a été parlé qui, dans ce cas, réussit le mieux. L'azotate d'argent est préférable alors que l'on veut se servir non-seulement d'un moyen graphique, mais encore d'une substance légèrement cautérisante et propre à arrêter l'extension d'un mal, d'un érysipèle par exemple. Par ces procédés on limite, on mesure, on montre aux yeux l'étendue, la forme, la circonscription des organes ou des phénomènes maladifs.

Je dessine ainsi à la surface du corps de l'homme: 1° les résultats de la palpation du foie, de la rate, des tumeurs, etc.; 2° la limitation des surfaces douloureuses, sensibles ou paralysées, et cela à l'effet d'apprécier les progrès ou la décroissance du mal, ou encore de représenter un nerf endolori; 3° les limites d'un espace où la fluctuation existe; 4° la configuration des organes, la hauteur du niveau d'un épanchement, l'étendue d'une région indurée, ramollie, contenant des gaz ou des liquides, et le tout déterminé par le plessimétrisme; 5° les espaces où l'auscultation fait connaître les diverses variétés de respiration, de souffle, de râles, de voix, de bruits...; 6° l'indication fixe du point où à l'aide d'un lien métrique on a mesuré un organe.

Enfin, je pense que dans toute opération où la peau doit être incisée, il est utile pour diriger un jeune chirurgien pendant qu'il agit; l'art a ainsi un moyen de plus de guider sa main mal assurée.

J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie des dessins au crayon tracés par moi et des figures plessimétriques obtenues par la gravure sur bois.

L'organographisme, d'après l'idée générale que je m'en suis faite, est, comme on le voit, applicable non-seulement à la percussion, mais encore à la plupart des méthodes d'investigation: je ne crois pas qu'il ait été proposé avant moi d'une manière générale et vraiment scientifique. Cette méthode me paraît donner au diagnostic un degré de certitude de plus, et j'ai cru ne pouvoir en faire, pour la première fois, l'exposition complète d'une manière plus digne qu'en la faisant dans cette enceinte.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR CETTE QUESTION: « L'EAU ET LES SUBSTANCES DISSOUTES SONT-ELLES ABSORBÉES PAR LA PEAU? » par M. POULET.

(Commissaires: MM. Flourens, Rayer, Cl. Bernard.)

L'auteur, en terminant son mémoire, résume dans les termes suivants les résultats principaux des expériences qu'il y a consignées:

1° Le corps d'un homme plongé pendant une heure dans un bain d'eau à 28 degrés, perd une très-faible partie de son poids; mais dans la deuxième heure, la déperdition ne s'élève pas à moins de 50 grammes.

2° Ce qui rend la perte presque ou tout à fait insensible pendant la première heure, ce n'est pas l'absorption de l'eau du bain qui viendrait contre-balancer les effets de la perspiration pulmonaire et d'un reste de transpiration cutanée, mais bien l'imbibition de l'épiderme et des poils, matières très-hygroscopiques. En effet, si la conservation du poids du corps était due à l'absorption de l'eau, le même phénomène se reproduirait inévitablement pendant la seconde heure d'immersion; car l'eau qui aurait pénétré dans les cellules épidermiques serait bientôt entraînée par le torrent circulatoire et remplacée par d'autre. Or loin de là, le corps perd, comme nous l'avons dit, pendant cette deuxième heure, une proportion notable de son poids.

3° Cette déperdition, qui dépasse de beaucoup celle que Lavoisier et Seguin ont assignée à l'influence de la perspiration pulmonaire (en moyenne 18 grammes par heure), est due: 1° à une augmentation d'activité de cette dernière, tant par le fait d'une accélération de la respiration que parce qu'elle est une fonction supplémentaire de la transpiration cutanée en grande partie supprimée, et 2° à la transpiration cutanée des organes non immergés (de même qu'à un reste de transpiration cutanée des organes plongés dans l'eau).

4° Les expériences tentées jusqu'à ce jour par divers physiologistes pour démontrer l'absorption de l'eau dans le bain ne sont point abouti, parce qu'ils n'ont pas songé à se débarrasser d'une cause d'erreur flagrante: je veux parler de la propriété hygrométrique de l'épiderme et des poils. Au moyen de deux bains immédiatement consécutifs et d'une triple pesée, j'ai pu, comme je le montre dans mon mémoire, faire la part de l'imbibition de ces organes et exonérer la peau d'un attribut qu'elle n'a jamais possédé.

5° L'augmentation de quantité de l'urine n'est pas une preuve de l'absorption de l'eau dans le bain; car, d'après la loi de l'antagonisme des sécrétions, les variations de la quantité du liquide urinaire étant en raison inverse de celles de la sueur, il est simple que l'urine augmente quand la transpiration cutanée est en tout ou en partie supprimée.

6° Il est vrai, comme l'a annoncé M. Homolle, que la densité de l'urine diminue par le fait du bain simple; mais cette diminution n'est que la conséquence de l'augmentation de l'urine: elle ne prouve donc rien de plus que cette dernière.

7° L'urine devenant alcaline aussi bien après le bain acide qu'après le bain alcalin, l'alcoolisation des urines à la suite des bains minéraux, loin de servir à la démonstration de la doctrine de l'absorption par la peau, est au contraire un des meilleurs arguments à y opposer.

8° On ne trouve pas un atome d'antimoine dans l'urine, après l'usage répété des frictions stibiées. Et pourtant, pour peu qu'on administre à l'intérieur quelques centigrammes de tartre stibié, à doses fractionnées, on en retrouve la trace dans l'urine.

9° L'emploi externe de l'extrait fluide de belladone ne donne lieu à la dilatation de la pupille qu'à la condition d'être en contact avec la conjonctive.

10° Donc la peau n'absorbe ni l'eau, ni les substances solubles, pourvu d'une part que l'épiderme soit intact et ne puisse être altéré par les agents employés, et d'autre part que ceux-ci ne soient point volatils.

11° Enfin, bien que les divers agents qui ne sont ni volatils ni susceptibles de léser l'épiderme, n'agissent jamais par absorption lorsqu'ils sont appliqués sur la peau, cela ne veut pas dire qu'il faille renoncer à leur usage externe. Il reste d'autres modes d'action, l'influence électrique surtout, qui en motivent l'emploi et qui expliquent le mieux qu'on en a parfois éprouvé.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 11 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

Le ministre de l'instruction publique et des cultes transmet à l'Académie l'ampliation du décret qui approuve l'élection de M. Félix Boudet dans la section de pharmacie.

Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet :

1° Une demande en autorisation d'exploitation d'une source minérale sise à Champfleuret (Puy-de-Dôme). (Commission des eaux minérales.)

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Drôme en 1855. (Commission des épidémies.)

— La correspondance non officielle comprend :

Une note sur la glycérine, par M. Deschamps, pharmacien de la maison nationale de Charenton. (Commissaires : MM. Michel Lévy, Chevallier et Bouchardat.)

Un mémoire sur l'emploi de la glycérine iodée, comme succédané de l'huile de foie de morue, et sur quelques considérations relatives à la glycérine, par M. J. L. Lambert-Seron, médecin à Chauny (Aisne). (Même commission.)

Un mémoire sur les caractères de la fièvre typhoïde, à propos d'un cas de fièvre avec accidents typhoïdes, sans lésion des éléments glandulaires de l'intestin grêle, par M. E. Leudet, professeur de clinique médicale à l'école préparatoire de médecine de Rouen. (Commissaires : MM. Depaul et Grisolle.)

Un mémoire sur l'inflammation et la perforation de la vésicule biliaire consécutive à la fièvre typhoïde, par M. E. Leudet. (Même commission.)

— M. L. Mathieu présente à l'Académie deux appareils à irrigation continue de M. le professeur Langenbeck (de Berlin), pour le pansement des plaies et des amputations.

— M. Charrière fils présente à l'Académie un appareil à bain local chaud et permanent.

Cet appareil n'est qu'une modification de celui que M. Charrière père avait fabriqué en 1844, par M. Mayor de Lausanne, et de celui qui a été publié dans ces derniers temps par M. le professeur Langenbeck, et que M. Gosselin a si heureusement appliqué à l'hôpital Cochin.

Il se compose d'un réservoir en zinc à peu près cubique, dont la paroi supérieure est constituée par une glace qui entre à coulisse et forme le couvercle ; cette disposition permet de voir se qui ce passe dans l'appareil et laisse la faculté de sortir le moignon pour le pansement.

Une de ses extrémités présente une ouverture circulaire munie d'un rebord saillant sur lequel on fixe, à l'aide d'un bracelet, un manchon en caoutchouc vulcanisé. La paroi opposée est hermétiquement close, mais peut être disposée toutefois de manière à recevoir un second manchon en caoutchouc ; cette disposition permet d'appliquer le bain local permanent à la partie moyenne d'un membre, au genou, au coude par exemple.

Enfin, sur une des parois de la boîte se trouvent deux ouvertures dans lesquelles on engage à vis ou à frottement des tuyaux qui font arriver l'eau dans la caisse ou lui permettent de sortir ; l'ouverture inférieure donne passage à l'eau tiède du réservoir, la supérieure fait l'office du trop plein de sortie, la boîte est toujours remplie d'eau. Le manche en caoutchouc est la seule pièce susceptible de se détériorer ; la forme est conique, de manière à pouvoir s'appliquer parfaitement par son extrémité non-adhérente à la boîte, sur la partie que l'on veut soumettre à l'action du bain local.

Au-dessous du réservoir destiné à alimenter la boîte se trouve une lampe à alcool qui maintient toujours l'eau à la même température. Cet appareil fonctionne actuellement dans le service de M. le professeur Laugier, à l'Hôtel-Dieu, et dans celui de M. le docteur Vuillemier, à l'hôpital de Lariboisière.

— M. le Président fait part à l'Académie du décès de M. Emery, membre de la section d'hygiène et de médecine légale.

Une députation a assisté à ses obsèques.

M. Bobert, sur l'invitation de M. Bussy, donne ensuite lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Emery.

Cette lecture est accueillie par l'Académie avec de sympathiques témoignages.

— M. Bussy, président, annonce que M. Renault, ayant été obligé de partir en mission dans l'est de l'Allemagne, prie l'Académie de vouloir bien remettre la discussion sur le typhus de l'espèce bovine à l'époque de son retour, qui n'aura pas lieu, selon toute probabilité, avant un mois et demi.

Sur la proposition du président, la discussion sur le typhus de l'espèce bovine est ajournée.

— M. Bussy, président : L'Académie se rappelle qu'elle n'a pas décerné cette année le prix Capuron relatif aux accouchements. Un des candidats, qui a dû garder l'anonyme conformément aux règlements de l'Académie, écrit aujourd'hui pour demander : premièrement, s'il peut retirer le mémoire qu'il a présenté au concours ; en second lieu, si ce mémoire pourra être considéré comme valable pour le concours actuel, en y ajoutant les modifications qu'il jugera convenables ; enfin, s'il lui sera permis de retirer son mémoire après ce nouveau concours.

Le conseil a statué sur ces différentes questions ; mais comme il n'est pas possible d'adresser à l'auteur anonyme de cette demande une réponse directe, nous avons jugé nécessaire d'avoir recours à la publicité de nos séances. Le bureau a pensé que les règlements s'opposaient à ce qu'on pût retirer un mémoire présenté, lorsque ce mémoire a été l'objet d'un jugement académique. En second lieu, le bureau n'a pas cru qu'on pût tenir compte d'un travail ancien dans un nouveau concours. Enfin nous avons pensé qu'il ne serait pas davantage permis d'ailleurs de retirer ce mémoire à la suite du concours actuel.

M. Malgaigne approuve la décision du conseil ; seulement il est d'avis que le concurrent peut représenter, s'il le juge convenable, son premier travail, surtout après l'avoir modifié et augmenté.

M. Bussy répond qu'assurément cela est dans le droit du concurrent ; mais celui-ci devra présenter alors une nouvelle copie de ce mémoire, l'autre devant nécessairement rester dans les archives de l'Académie pour servir au besoin de pièces justificatives à l'appui du jugement porté par la commission des prix.

NOUVEAU SACCHARIMÈTRE POUR DOSER L'URINE DES DIABÉTIQUES.

M. Robiquet, professeur agrégé à l'Ecole de pharmacie, donne lecture d'un mémoire sur un nouvel appareil destiné à doser exactement le sucre contenu dans l'urine des diabétiques.

Cet instrument a l'incontestable avantage de pouvoir donner les indications les plus précises, en opérant avec une lumière artificielle.

Le but spécial pour lequel il a été inventé a permis de simplifier considérablement sa construction ; son prix très-modeste en fera, nous l'espérons, un objet de première nécessité pour tout médecin jaloux de pouvoir suivre jour par jour chez un diabétique la marche de la maladie.

Dans le diabétomètre-Robiquet, la lumière est polarisée par un premier prisme de Nicol ; viennent ensuite un tube de 20 centimètres de longueur contenant l'urine diabétique, une plaque de quarts à double rotation, destinée à donner la teinte sensible, un second prisme de Nicol servant d'analyseur et une loupe fixant la vision. L'analyseur peut se mouvoir dans le plan qui contient l'axe de l'appareil, et cette rotation est mesurée par un cercle divisé de telle sorte que chacun de ses degrés correspond à 1 gramme de sucre.

Le maniement de l'appareil ne demande que deux ou trois minutes ; les teintes qu'y affecte le rayon polarisé sont très-faciles à saisir, et la graduation adoptée donne, sans aucun calcul, le poids du sucre cherché.

La construction du diabétomètre de M. Robiquet est due à M. Jules Duboscq. (Comm. : MM. Ségalas, Guérard.)

— M. le Président prévient l'Académie qu'elle devra procéder, dans la prochaine séance, à la nomination d'une commission de onze membres, qui sera chargée de désigner les sections où il y a lieu de déclarer des vacances.

— L'ordre du jour appelle la continuation de la discussion sur le traitement des ophthalmies.

La parole est à M. Velpeau.

TRAITEMENT DES OPHTHALMIES PAR L'OCCLUSION.

M. Velpeau : Lorsque j'ai lu dans les journaux (car je n'étais pas présent à la séance où M. Bonnafont a communiqué son travail), lorsque j'ai lu, dis-je, ce qu'il avait avancé au sujet d'un traitement applicable à toutes les ophthalmies et produisant des résultats meilleurs que ceux qu'on obtient par toutes les autres méthodes, j'ai éprouvé quelque surprise, je dois l'avouer. Il me semblait très-extraordinaire qu'un même traitement pût être appliqué à toutes les espèces d'ophthalmies. Mais comme cette assertion venait d'un homme honorable, pour lequel j'ai toute l'estime possible, j'ai jugé que cela méritait quelque examen.

Une première difficulté m'a bien vite arrêté. Je me suis dit : M. Bonnafont parle d'ophthalmies ; mais qu'est-ce que cela veut dire? Par ophthalmies, on entend les diverses inflammations de l'œil et de ses dépendances. Mais elles sont singulièrement dissemblables de siége et de nature. J'avais peine à comprendre comment ce qui pouvait convenir à une conjonctivite pouvait aussi convenir à une kératite ou à un iritis. Dans la discussion engagée, la même chose s'est reproduite ; il a toujours été question d'ophthalmie, sans qu'on ait spécifié le plus souvent de quelle ophthalmie on voulait parler. Il y a là-dessus une difficulté réelle qu'il dépend des médecins de faire disparaître. Les uns, pour désigner les maladies des yeux, ont pris en considération les

causes; les autres se sont de préférence préoccupés du siége; de là, deux doctrines: la doctrine étiologique et la doctrine anatomique. D'après la première, on considère des ophthalmies scrofuleuse, rhumatismale, syphilitique, catarrhale, etc.; l'ophthalmie emprunte son nom à la cause qui l'a produite. L'autre doctrine, que j'appellerai volontiers française, parce qu'elle procède des travaux de Bichat, la doctrine anatomique désigne les inflammations d'après l'organe ou le tissu qui en est le point de départ. Avec elle, il n'y a plus, pour les paupières, d'ophthalmies scrofuleuse ou rhumatismale, il y a des blépharites et, parmi elles, on distingue les blépharites muqueuse, glanduleuse ou ciliaire. De même pour l'œil, on prend l'élément anatomique qui est le point de départ de la maladie, et l'on considère, des conjonctivites, des kératites, des iritis, etc. Cette doctrine est la seule qui puisse servir à la désignation des ophthalmies; sans cela, il n'est pas possible de s'entendre. Les données anatomiques sont partout appliquées en médecine; il serait étrange qu'il n'en fût pas de même en ophthalmologie. Pour l'intestin, par exemple, désigne-t-on indifféremment sous le nom d'entérite les inflammations des diverses tuniques qui le constituent? Il faut tenir grand compte assurément des influences physiques et matérielles, mais je pense, qu'avant tout, il faut avoir égard aux indications que l'anatomie nous fournit. C'est parce que j'ai toujours été pénétré de cette idée que j'ai débuté dans la science par un livre d'anatomie et que l'anatomie chirurgicale a toujours trouvé en moi un défenseur. L'organisation des tissus, leur épaisseur, leur résistance, leur densité, établissent des différences essentielles dans la manière dont certaines affections se comportent dans tel ou tel organe. Ainsi les phlegmons se comportent bien différemment selon la nature des tissus au milieu desquels ils se sont développés. Il en est de même des maladies de l'œil, et ici l'étude est plus facile. Car, si l'on a dit de l'œil qu'il était le miroir de l'âme, on aurait pu dire aussi avec plus de vérité qu'il était la miniature de l'organisme: il contient les tissus fins et les tissus composés les plus variés. L'examen en est facile et l'on peut suivre chaque jour les modifications que leur imprime la maladie.

J'ai dû exposer avec soin cette doctrine anatomique; pourquoi ai-je cru important de m'y arrêter? C'est qu'une conjonctivite de l'œil ne ressemble pas à une kératite, c'est qu'une conjonctivite de la paupière ne ressemble pas à une inflammation des follicules de Meïbomius. Vous ouvrez la paupière, vous voyez simplement une rougeur générale, voilà une conjonctivite. Vous voyez, au contraire, une rougeur, une injection disposée en lignes parallèles du côté du cartilage tarse, c'est une inflammation des follicules de Meïbomius. La première durera plusieurs jours et l'autre plusieurs mois. Vous aurez pu guérir aussi en quelques jours une conjonctivite de l'œil; ayez affaire à une kératite, caractérisée par un anneau rouge, rayonné autour de la cornée; vous ne guérirez plus cette maladie en huit jours; c'est là une affection grave, qui compromet la vue.

J'ai été assez embarrassé pour me faire une idée de la doctrine de M. Bonnafont. Cependant il paraît appartenir à l'école dont je viens de parler. Quelquefois cependant il emploie d'une manière générale le mot ophthalmie; il dit: une ophthalmie franche, une ophthalmie grave, etc. Dans la discussion, M. Larrey m'a paru oublier quelquefois aussi la méthode anatomique. De même encore, M. Piorry a parlé d'ophthalmie sans préciser. Je ne nie en aucune façon les ophthalmies scrofuleuse, syphilitique, rhumatismale, sans croire cependant que les ophthalmies arthritique et scrofuleuse soient l'expression d'un virus particulier. Mais je ne veux pas seulement que l'adjectif prenne la place du substantif; je voudrais qu'on dît, par exemple, une conjonctivite scrofuleuse, une blépharite de telle ou telle espèce. Je ne viens pas nier l'influence de la nature des causes, non plus que les influences vitales elles-mêmes. Mais il est certain qu'une ophthalmie, même syphilitique, ne se comportera pas de la même façon dans la cornée, dans la conjonctive ou dans l'iris.

Ceci entendu, il me reste encore quelques observations à faire avant d'examiner les preuves elles-mêmes données par M. Bonnafont. Il y a des passages qui m'ont empêché de savoir à quoi m'en tenir. Ainsi, il parle de conjonctivite ulcéreuse; il n'y a pas d'ulcérations de la conjonctive. Dans un autre fait, intitulé kératite, il parle d'un chémosis considérable; ce n'est pas là une kératite. Dans d'autres observations, il parle de douleurs atroces, de fièvre intense; je ne suppose pas cependant que les malades des hôpitaux militaires diffèrent de nos malades civils. Chez nous, les affections des yeux ne donnent pas d'ordinaire de pareils symptômes de réaction générale; nos malades mangent très-bien deux ou trois portions. Quoi qu'il en soit, M. Bonnafont est un homme de bonne foi; il annonce des faits; j'ai donc voulu analyser sa méthode.

L'occlusion des paupières, je la connaissais depuis longtemps pour en avoir fait usage; c'est d'ailleurs une méthode primitive, et je savais bien aussi qu'on s'en était servi en Belgique. J'ai donc été surpris d'en entendre dire tant de bien, lorsque entre mes mains elle m'en avait si peu donné. On se propose de clore les yeux enflammés, malades, pour les soustraire à l'action de l'air et de la lumière. Aujourd'hui on fait de l'occlusion un peu à propos de tout; on pratique des plaies sous-cutanées; on applique aux ulcères et aux plaies des pansements par occlusion. Il semble que l'air soit virulent, que ce soit un poison. Je ne le crois pas si dangereux quant à moi. A-t-on bien réfléchi à ce qu'on avance? A-t-on oublié des faits très-communs? Est-ce que le pneumothorax emprunte à la présence de l'air quelque chose de bien redoutable? L'air est-il ici la cause du danger? Les emphysèmes, même étendus, amènent-ils des accidents bien dangereux? La déchirure du sac lacrymal donne lien à un emphysème du sac lacrymal, sans qu'il en résulte d'inflammation, d'accidents graves. Cela ne veut pas dire que l'air ne soit pas dangereux quand il est en contact avec certaines blessures; mais alors je m'explique autrement son action. Il agit là sur les liquides accumulés, sur le pus comme un menstrue chimique, par l'absorption de ses éléments, mais ce n'est pas parce que c'est de l'air qu'il manifeste des propriétés malfaisantes. Je ne crois pas que l'air soit aussi dangereux qu'on l'a dit sur les yeux enflammés. Je vais jusqu'à contester l'utilité de maintenir dans l'obscurité les individus affectés de maladies des yeux. Beaucoup de malades, il est vrai, se cachent les yeux. Dans les kératites ulcéreuses, la photophobie est un signe tellement constant que, lorsqu'on voit des malades se cacher l'œil, redouter la lumière, on peut affirmer l'existence de cette maladie.

Tout le monde sait que le meilleur moyen d'éviter le danger n'est pas de le fuir. Est-ce que dans la douleur il n'en serait pas de même? Le meilleur moyen de vaincre la photophobie, de diminuer l'impression douloureuse de la lumière, c'est de forcer le malade à rester à l'air, à la lumière. Il y a plus de vingt-cinq ans que je me suis roidi contre la tendance des malades à fuir la lumière, et j'obtiens de cette méthode d'excellents résultats. Quand on a forcé les malades à rester à l'air un jour ou deux, la photophobie diminue, puis disparaît. Ce malade qui fuit la lumière, il faudra bien qu'il la retrouve un jour.

Quand on est resté dans une cave et qu'on revient au jour, les yeux sont péniblement impressionnés par la lumière. Si vous voulez guérir un malade atteint de photophobie en lui cachant les yeux, ce sera long; vous en viendrez plus facilement et plus rapidement à bout en les lui laissant ouverts. A la Charité, j'ai bien annuellement dans mes salles 200 ou 300 malades affectés d'inflammation des yeux, sans compter ceux que je vois à la consultation et mes malades de la ville; j'ai agi, comme je viens de le dire, un nombre infini de fois, et j'ai toujours vérifié que la photophobie passe mieux en maintenant les malades au contact de l'air et de la lumière qu'en procédant d'autre façon.

Voici encore une raison qui m'empêche de croire au danger du contact de l'air. Si l'air était nuisible, comme on l'a dit, on le fuirait dans toutes les maladies des yeux. Or dans la conjonctivite, le malade ne fuit pas la lumière comme dans la kératite ulcéreuse.

Beaucoup d'auteurs ont employé l'occlusion, mais dans quels cas? Les Arabes, dont M. Furnari a appris la pratique, à quoi appliquent-ils leur occlusion? Il est probable qu'ils ne s'en sont jamais préoccupés. M. Furnari, lui-même, ne s'explique pas clairement à ce sujet. Ce qui s'est fait en Belgique n'a pas été non plus indiqué d'une manière bien précise; de même aussi chez nous. Mais il y a des expériences que la nature fait, et qui ont bien leur valeur. Les très-jeunes enfants affectés d'ophthalmie purulente ont toujours les yeux fermés; la plupart des personnes atteintes de kératites ulcéreuses de même. Il y a des espèces d'ophthalmies (et M. Bonnafont en a cité deux ou trois dans son mémoire), les ophthalmies purulentes blennhorragiques, par exemple, dans lesquelles il n'est pas besoin d'un bandage; dans les cas graves, la paupière supérieure s'abaisse sur la paupière inférieure de plus d'un demi-centimètre. Dans toutes les ophthalmies virulentes, il en est de même pendant plusieurs jours. Cela ôte-t-il quelque chose à la gravité de ces affections oculaires, et les empêche-t-il de suivre leur marche fâcheuse? Voilà donc des expériences dont la nature fait les frais, et qui ne sont pas en faveur de l'occlusion. Est-ce que, après l'opération de la cataracte, l'occlusion des yeux empêche quelquefois la conjonctivite de s'enflammer et la cornée de se fondre? Et nulle part pourtant on n'emploie l'occlusion avec plus de soin qu'après l'opération de la cataracte. A une certaine époque, j'ai voulu essayer l'action des cataplasmes dans quelques inflammations de l'œil; c'était encore un moyen d'occlusion; j'ai employé sans succès les cataplasmes de farine de lin, de mie de pain avec du lait, de jaune d'œuf, et jusqu'à un remède de bonne femme connu, l'œuf dur. L'expérience des autres, celle de la nature, la mienne, ne m'ont pas démontré l'utilité de l'occlusion.

M. Bonnafont considère cependant l'occlusion comme une méthode utile; cela tient-il au procédé de M. Bonafont lui-même? Il applique une plaque de sparadrap par-dessus une compresse et de la charpie. L'efficacité du procédé ne réside pas assurément dans une vertu particulière du sparadrap; l'appareil de M. Bonnafont ferme-t-il donc mieux que l'appareil employé après la cataracte? On sait avec quel soin M. Roux, notre collègue, de regrettable mémoire, faisait le pansement après l'opération de la cataracte. Il employait aussi un linge criblé, de la charpie, et, au lieu d'une plaque de diachylum, un bandeau circulaire avec une bande triangulaire pour brider le nez et éviter le déplacement. C'est cet appareil que j'applique moi-même et de la même façon après mes opérations de cataracte. Il m'est arrivé une fois, chez un magnétiseur, de l'appliquer à une somnambule qui lisait par l'épigastre, et il ne lui ôta même pas la seconde vue. Il y a donc quelque mystère dans le procédé de M. Bonnafont que j'avoue ne pouvoir m'expliquer.

A propos des preuves de M. Bonnafont, examinons les faits qu'il a cités; il donne 18 observations. Nous allons voir si les ophthalmies traitées par cette méthode ont une durée moins longue que celles auxquelles on applique un autre traitement. C'est une comparaison que j'ai déjà faite, l'Académie se le rappellera, à propos de l'emploi du séton. Les observations de M. Bonnafont sont-elles différentes par leurs résultats de celles des autres services? De ses malades, les uns restent 5 jours à l'hôpital, les autres 12, les autres 31. Il en compte 18 qui, au total, lui donnent 317 journées d'hôpital, ce qui fait 17 jours pour chacun d'eux. M. Bonnafont n'en trouve que 13, c'est vrai, mais la division en fournit exactement 17. Voyons nos observations maintenant pour deux séries de malades, traitées dans mon service, l'une de 22, atteintes de kératites, l'autre de 19, affectés de conjonctivites; je trouve les chiffres suivants:

Les 22 malades ont fourni 291 journées d'hôpital, soit 13 jours pour chacun d'eux.

Les 19 autres comptent en totalité 248 journées d'hôpital, soit 12 jours et demi pour chacun d'eux.

Ainsi, vos malades traités par l'occlusion ont séjourné en moyenne 17 jours à l'hôpital, tandis que les miens n'y ont passé que 13 jours environ.

Pour juger avec plus de certitude, il aurait bien fallu savoir depuis combien de temps durait la maladie. Peut-être aurait-on dû commencer par là. Il en résulte que tout ceci n'est pas très-clair. M. Bonnafont a omis d'indiquer dans ses observations la date d'ancienneté de la maladie, et je n'ai pas cru devoir l'indiquer dans celles de mes observations que je compare aux siennes.

Si, au lieu de moyennes, nous prenons les observations de M. Bonafont par séries, la comparaison ne lui est pas plus avantageuse.

De ses 18 malades, 3 ont guéri dans l'espace de 3 à 7 jours, 6 dans l'espace de 15 jours, 2 en 16 jours, 4 en 30 jours et 5 en 40 jours.

Sur mes 19 conjonctivites, 8 ont guéri en 3 à 7 jours, 5 en 7 à 15 jours, 3 en 16 jours, 3 en 37 jours.

Parmi mes kératites, 5 ont guéri en 5 à 10 jours, 11 en 15 jours, 6 en 30 jours.

Soit qu'on prenne les faits de M. Bonnafont en particulier, soit qu'on les examine en bloc, on ne voit pas quel est l'avantage de sa méthode. Est-ce à dire que je la rejette entièrement? Non; je la crois utile, mais dans de certaines limites. M. Larrey en a déjà dit quelque chose; mais je trouve qu'il n'a pas été assez loin. J'ai employé l'occlusion, quant à moi, avec quelque avantage dans les conjonctives non purulentes, dans quelques abcès, dans les cas traumatiques, mais ni dans le même but ni dans les mêmes intentions que M. Bonnafont. Ce n'était pas pour soustraire l'œil à la lumière, mais pour établir une certaine compression. Les conjonctivites disparaissent par régions; la moitié supérieure de l'œil blanchit d'abord, puis la moitié inférieure, puis les angles. Partant de ce fait d'observation que la paupière favorise par sa compression la guérison de la conjonctivite, j'avais eu l'idée d'appliquer un bandage compressif. C'est pour cela qu'il y a bien longtemps déjà j'avais eu recours à l'occlusion. La compression méthodique de l'œil sur la peau des paupières amenait en 24 heures une diminution considérable de la conjonctivite.

De plus, je n'ai pas employé l'occlusion comme méthode simple; j'ai employé en même temps la saignée, les sangsues, les spécifiques, s'il y a lieu, les topiques, etc. J'en ai obtenu des avantages réels dans quelques cas, mais bien compensés par quelques inconvénients. C'est ennuyeux et même pénible pour les malades, et comme on peut s'en passer j'ai préféré y renoncer. J'ai aussi employé l'occlusion dans les kératites; j'appliquais un vésicatoire sur la paupière et un bandage compressif pour le maintenir. J'attribuais les bons résultats obtenus au vésicatoire et à la compression. Mais on arrive au même but par des moyens beaucoup plus simples.

En résumé, le diagnostic étiologique ou anatomique des cas où l'occlusion a été appliquée avec succès n'est pas suffisamment précis;

Les expériences de la nature et celle des auteurs qui ont employé l'occlusion n'engagent pas à la mettre en pratique;

Les faits de M. Bonnafont ne sont pas concluants;

Ce que j'en ai obtenu ne me paraît pas militer en faveur de l'occlusion.

Enfin il y a des ophthalmies où il serait dangereux d'y avoir recours, dans les ophthalmies purulentes ou virulentes, de quelque nature qu'elles soient; on ne peut pas laisser hermétiquement couvert pendant plusieurs jours un œil qui peut fondre en deux jours. C'est là un traitement à la colin-maillard. C'est là que M. Malgaigne, prenant en considération les médecins aussi bien que les malades, ne manquerait pas de s'écrier: pauvres aveugles!

Je crains que M. Bonnafont ne se soit exagéré les avantages de son procédé d'occlusion comme il s'était exagéré les avantages de son traitement de l'orchite par le collodion.

BIBLIOGRAPHIE.

ON THE STRUCTURE AND USE OF THE SPLEEN; by HENRY GRAY, F. R. S. (DE LA STRUCTURE ET DES FONCTIONS DE LA RATE; par HENRI GRAY). — Londres, 1854.

On ne sait au fond que bien peu de chose de la structure intime et du mode de fonctionnement des différents organes. Le microscope appliqué à la recherche de la composition des tissus a montré les erreurs des anciennes doctrines. Il a élargi le champ de l'observation en prêtant à nos regards sinon la puissance d'un sens nouveau, du moins une merveilleuse précision d'analyse moléculaire. Mais à mesure qu'on étendait ainsi les limites des perceptions visuelles, la difficulté d'observer le mode de juxtaposition et l'action des parties les unes sur les autres augmentait à proportion. Il fallut alors des méthodes ingénieuses pour trouver dans le dédale des faits leurs rapports mutuels; il fallut recourir à l'anatomie comparée, à l'anatomie pathologique, à l'histoire du développement des organes, relier entre elles des données en apparence disparates ou contradictoires, surveiller pas à pas le développement de chacune des parties de ce microcosme, pour dire avec quelque certitude leur but, leurs usages et s'élever de là à la fonction de l'organe entier.

Tel est aujourd'hui le rôle complexe et difficile de l'anatomiste, telle est la voie véritablement scientifique dans laquelle est entré M. Henri Gray, démonstrateur d'anatomie et curateur du musée pathologique de l'hôpital Saint-Georges, dans ses recherches sur la structure et les usages de la rate qui ont remporte en 1855 le prix d'Astley Cooper. L'analyse que nous avons à donner de ce travail, nous sera facilitée par un excellent article d'appréciation que M. B. Carpenter a publié sur le même sujet en janvier 1855 dans THE BRITISH AND FOREIGN MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW, et par quelques fragments du livre dont nous présentons la traduction.

L'application du microscope aux recherches anatomiques a tellement changé la donnée de l'anatomie générale qu'il est presque inutile de rappeler les travaux nombreux qui ont été publiés avant notre époque sur la texture de la rate. Il nous suffira de citer les recherches microscopiques de Julien Evans publiées en 1843, les travaux de Sanders, de Kœlliker et ceux plus récents de Remak et de Leydig. M. Gray lui-même était déjà connu parmi les anatomistes qui se sont occupés de ce sujet difficile; en 1852 il communiquait à la Société royale de Londres et publiait dans les PHILOSOPHICAL TRANSACTIONS des travaux importants sur le développement de la rate et des glandes dépourvues de conduit excréteur. Comme beaucoup d'autres organes, la rate est d'abord un amas sans forme de noyaux et de granules microscopiques, qui peu à peu se développe et prend une texture déterminée. « Le petit volume de la rate chez le fœtus comparé à l'accroissement de cet organe après la naissance montre que ses fonctions n'appartiennent pas principalement à la vie intra-utérine. L'absence complète de traces de la formation ou de la destruction des globules sanguins dans la rate après son développement complet, montre qu'elle n'est pas chargée de cette importante fonction de l'hématose au moins dans la vie intra-utérine. En étudiant le développement du poulet, on trouve que la vésicule du fiel contient une bile d'un jaune verdâtre, longtemps avant le développement de la veine splénique et sa jonction avec la veine porte, de telle sorte qu'il est impossible d'admettre avec Kœlliker que la matière colorante de la bile est formée par les globules sanguins détruits dans la rate.

La description que l'auteur donne de la charpente fibreuse qui forme la capsule et la structure intérieure de la rate s'accordent avec celle de Kœlliker et des autres histologistes. Ce tissu n'est pas contractile chez le mouton et le bœuf, tandis que sur le chien et le chat les courants électriques déterminent un léger froncement de la surface de l'organe, sans diminution de son diamètre ni expulsion sensible du sang.

Les vaisseaux sanguins sont l'objet d'un examen minutieux : les parois des capillaires sont, suivant l'auteur, en contact immédiat avec la pulpe splénique. Généralement ces vaisseaux se continuent avec de petites veines qui augmentent considérablement de volume après cette jonction et dont les parois sont encore plus ténues que celles des capillaires eux-mêmes. Quelques capillaires prennent un calibre de plus en plus petit, leur paroi de plus en plus amincie disparaît et les matériaux des injections pénètrent dans les interstices de la pulpe splénique. Les veines naîtraient de trois sources : 1° des capillaires artériels ; 2° des espaces lacunaires; 3° les poches en cœcum : le second mode d'origine serait le plus fréquent, le troisième le plus rare. Ici M. Gray aurait dû indiquer les moyens à l'aide desquels il s'est assuré des faits que nous venons d'annoncer. Son silence, à ce sujet, dans une question qui intéresse à un si haut degré l'anatomie générale, celle de l'existence d'une circulation lacunaire chez l'homme ne peut que diminuer la valeur des faits nouveaux qu'il annonce.

L'auteur a fait l'examen approfondi de la composition du sang de la veine splénique. Il a comparé au microscope plusieurs centaines de fois le sang splénique de différents animaux, et l'a analysé chimiquement cent onze fois. Il a reconnu que l'âge, l'époque de la digestion, l'état de la nutrition sont les trois conditions qui font varier considérablement les résultats et dont il importe de tenir le plus grand compte. Au *microscope* il a constaté des différences considérables de grosseur, de forme et de couleur des globules rouges, correspondant à des inégalités semblables des corpuscules de la pulpe splénique. Il a rencontré presque constamment de nombreux granules ou de petites masses pigmentaires ou des cristaux, soit libres, soit contenus dans des cellules, comme ceux de la substance de la rate. Enfin, il a toujours constaté la présence d'un grand nombre de globules ou corpuscules inco-

lores; quelques-uns plus petits, à l'état de simples noyaux, d'autres contenus dans une cellule. L'*analyse chimique* a donné les résultats suivants : Diminution considérable des matériaux solides du caillot, les *globules rouges* donnent un chiffre inférieur, de moitié à celui du sang artériel ou du sang veineux ordinaire. Ces résultats vont bien au delà des faits analogues entrevus dans les analyses de M. Béclard. M. Gray remarque que la diminution des globules était d'autant plus considérable que la rate était plus gonflée, et surtout lorsque l'extraction du sang avait eu lieu sur la fin de la digestion. Si le sang a été extrait au moment de l'ingestion des aliments, la différence dont nous parlons est à peine marquée. La *fibrine* est en proportion bien supérieure à celle du sang ordinaire artériel ou veineux. La moyenne de douze analyses donne la proportion de 6 grammes 4 décagrammes sur 1000 grammes de sang; le maximum était de 11,53 sur 1000, le minimum de 2,5 sur 1000. La digestion n'a pas paru influencer sensiblement ces résultats. L'*albumine* du sang a été augmentée, mais dans des proportions beaucoup moins sensibles. Suivant M. Gray, le serum de la veine splénique se distinguerait par sa teinte d'un brun rougeâtre, par le résidu de son évaporation, et par les différentes substances qu'on peut en extraire. Les principes salins de ce sang n'offrent rien de bien caractéristique, si ce n'est l'augmentation du fer contenu dans le caillot.

De ces faits qu'on observe chez presque tous les vertébrés, on peut conclure qu'à certains moments « la rate exerce une modification profonde sur la qualité et la quantité des globules sanguins, en les retenant pendant quelque temps dans son tissu et en modifiant les éléments dont ils se composent. »

La présence occasionnellé chez quelques animaux, constante chez d'autres, des globules sanguins normaux ou altérés dans la pulpe splénique, leur conversion partielle en granules pigmentaires ou en formations cristallines, dont la composition est identique à celle de l'hématine, la disposition particulière des vaisseaux que nous avons signalée ci-dessus, toutes ces circonstances rendent très-probables les conclusions adoptées par M. Gray. Mais il reste une difficulté à résoudre, que l'esprit si judicieusement critique de Carpenter a soulevée. A supposer que toutes ces analyses soient exactes, que vers la fin de la digestion l'élément globulaire diminue considérablement dans le sang splénique, que dans l'intervalle des digestions il revienne à peu près à l'état normal, au bout de très-peu de temps les matériaux globulaires du sang s'accumuleront dans la rate en quantité considérable. On sait qu'au rhythme ordinaire de la circulation, il passe dans une heure par l'artère splénique une quantité de sang égale à plusieurs fois celle qui est contenue dans l'organisme. Si la rate gardait seulement le cinquième des matériaux solides qui passent à travers son tissu; cet organe contiendrait bientôt toute l'albumine, la fibrine et les globules du sang. Je ne sais comment l'auteur résoudra cette difficulté, peut-être prétendra-t-il que la circulation est très-lente dans la rate pendant tout le temps que dure la turgescence, moment où la rétention des matériaux solides a lieu. Mais de toutes façons, il y a là un problème qui nécessite une révision des expériences anciennes, et de nouvelles expériences pour son élucidation.

Sous qu'elle forme retrouve-t-on, dans la rate, les globules sanguins qui y sont retenus? La réponse à cette question se trouve dans l'examen du tissu, ou plutot de la pulpe splénique. On rencontre souvent au milieu de cette substance des globules sanguins; jusqu'ici on les considérait comme des éléments tout à fait étrangers. M. Gray les regarde comme des parties essentielles de la pulpe splénique : « Ces globules ont des dimensions plus petites que les globules ordinaires, ils sont circulaires ou irrégulièrement arrondis, ou oblongs ou dentelés à leur bord; leur couleur est d'un rouge foncé ou d'un rouge orange. Quelquefois ces corpuscules sont isolés, le plus souvent ils forment de petits amas, et alors ils sont d'un rouge brun. Dans quelques cas, les globules isolés sont plus irréguliers et plus dentelés, d'un rouge plus obscur, et on s'aperçoit distinctement des altérations successives qu'ils éprouvent; ils se fractionnent en particules brunes, rouge brun, brun rougeâtre ou tout à fait noires. Les amas de globules présentent des changements analogues. On observe en outre, quoique rarement, des globules sanguins non altérés contenus dans une cellule. Les cellules ne présentent jamais dans leur paroi, qui est homogène et excessivement délicate, de trace de noyaux. Chaque cellule peut ainsi contenir de un à trois globules. On voit aussi quelquefois de larges vésicules, dont les dimensions varient de 1/2 500 à 1/1 600 de pouce; la forme en est généralement sphérique, quelquefois ovale ou oblongue; leur paroi, parfaitement transparente, contient ordinairement un noyau pourvu d'un nucléole; leur cavité contient de 9 à 10 globules altérés, dentelés, d'un rouge orange foncé, D'autres vésicules contiennent des globules tout à fait déformés et détruits. » Ces différentes cellules ou vésicules constituent un élément important de la pulpe splénique. On trouve en outre, dispersés dans toute la substance de la rate, de nombreux granules semblables à ceux des cellules, et qui paraissent être des débris de globules sanguins. Les corpuscules varient de grosseur, quelques-uns sont excessivement ténus, d'autres ont le volume des globules eux-mêmes ou d'un amas de globules. Quelquefois on trouve beaucoup de granules, d'autres fois on en voit peu. D'autres fois on rencontre, au lieu de ces corps dans la pulpe splénique, un grand nombre de cristaux rougeâtres simples et aciculés ou agglomérés.

Toutes ces formes microscopiques de la pulpe splénique tiennent probablement à divers phénomènes de décomposition des globules sanguins. Chez l'homme, on ne trouve que très-rarement des globules contenus dans des cellules; chez le mouton et le cochon, on n'observe pas la destruction des globules; chez le rat, cette destruction se montre seulement sur les globules isolés; chez les lapins, les globules altérés sont seulement ceux qui se sont enveloppés d'une cellule; sur le cheval et l'âne, tous les modes de décomposition s'observent facilement. La rate des oiseaux, quoique plus petite proportionnément que celle des mammifères, contient les mêmes éléments. Dans la partie colorée de la pulpe, on trouve des globules dans différents états de décomposition. On en trouve parfois des amas de dimension et de forme variable, qui sont quelquefois renfermés dans une enveloppe membraneuse. On rencontre dans certains cas, au milieu de ces globules, des cristaux allongés d'un rouge pâle. Chez les *batraciens*, les petits conduits veineux de la rate sont formés par des interstices de la pulpe splénique. Sur ces animaux, à cause du volume considérable des globules sanguins, on peut facilement étudier les altérations multiples que subissent ces corps. « Quelques-uns des globules sanguins présentent la forme, le volume et la coloration normale; ils contiennent dans leur intérieur un petit noyau granuleux arrondi. D'autres ont des dimensions plus petites, une couleur plus foncée et une forme *circulaire*; leur bord présente un aspect dentelé ou plissé. Le noyau intérieur est d'abord intact, plus tard il perd l'aspect granuleux et devient transparent. Plus tard encore les dentelures s'étendent dans l'intérieur même du globule, et l'altèrent de telle façon, qu'il est impossible de le reconnaître dans une masse irrégulière, d'un rouge foncé ou d'un brun rougeâtre. Dans le centre de quelques globules dépourvus de noyaux, on aperçoit trois ou quatre granules rougeâtres et brillants d'hématine. Des granules semblables, brun rougeâtres ou noirs, isolés ou rassemblés en masses assez considérables, sont disséminés au milieu de la pulpe splénique. » Dans aucun cas, sur plus de 50 échantillons examinés, M. Gray n'a observé la destruction des globules sanguins dans les cellules telle qu'elle est décrite par Kolliker; il ne pense pas non plus, contrairement à l'opinion de l'éminent histologiste allemand, que la décomposition et la formation des cellules autour des globules sanguins aient lieu quelquefois dans les vaisseaux de la rate. Il considère les *globules désorganisés* et les *globules enveloppés de cellules* que l'on trouve dans le sang de la veine splénique, comme des éléments propres du tissu de la rate qui se sont frayé une route dans les vaisseaux dépourvus de membrane propre.

Tel sont les faits les plus importants présentés par M. Gray. Nous n'avons pas à porter sur leur valeur un jugement qu'il serait difficile à l'heure actuelle d'appuyer sur des données certaines. Nous avons voulu seulement indiquer à nos lecteurs quelques données nouvelles relatives à la structure et aux fonctions de la rate. Une autre fois, nous chercherons à apprécier le rôle que les altérations morbides du tissu splénique nous semblent devoir prendre en pathologie.

THOLOZAN.

— M. Emery, médecin honoraire des hôpitaux, médecin du Sénat, vient de succomber aux suites de l'attaque d'apoplexie qu'il avait éprouvée il y a environ deux ans.

— Nous avons le regret d'annoncer que l'état de M. le professeur Gerdy, qui depuis longtemps est éloigné de l'enseignement par la maladie, inspire de graves inquiétudes.

— MM. Mélier et Alquié ont reçu de M. le ministre de la guerre la mission d'aller étudier le typhus, qui s'est manifesté à Marseille parmi les militaires venant de l'armée d'Orient.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE GÉNÉRALE.

THÉRAPEUTIQUE DE LA GALE ENVISAGÉE AU POINT DE VUE DE LA PRATIQUE CIVILE ET MILITAIRE.

Tout en rendant hommage aux efforts qui ont été faits depuis quelques années par les praticiens civils et militaires pour arriver, dans un temps donné et le plus court possible, à la guérison de la gale, on ne saurait se défendre d'une certaine préoccupation en voyant les efforts tentés pour arriver à ce résultat : il semble que la gale ait, comme les voies et chemins, découvert sa vapeur. Jadis Helmerick demandait vingt-quatre heures pour opérer la guérison. Plus tard, les médecins désintéressés dans la question, Alibert et Biett, fixèrent une moyenne de huit à dix jours. Il y a trois ans, MM. Bazin et Bourguignon, revenant au temps demandé par le docteur Helmerick, fixaient à deux jours la guérison de cette maladie. M. Hardy réduisit ultérieurement à deux heures le traitement de la gale et demanda à l'administration des hôpitaux la suppression des services des galeux; ce qui fut fait. En Belgique, M. Vleminckx introduisit ce traitement dans toute l'armée belge et en détermina la durée à une demi-heure. Les médecins militaires français ne restèrent pas en arrière sous ce rapport pour l'armée française.

Mais voici venir MM. Dusard et Pillon qui guérissent la gale en *cinq minutes*. En vérité, tout cela tient du prodige, et l'on peut se demander où la durée du temps nécessaire à cette guérison s'arrêtera.

D'ailleurs les rapports officiels ne manquent pas pour certifier tous ces faits. Quant à nous, nous ne contestons rien, mais nous ne pouvons pas nous défendre d'une certaine préoccupation que nous tenons à reproduire ici afin de mettre en garde nos confrères qui, en suivant à la lettre les préceptes qui découlent naturellement de ces rapports, voudraient en faire l'application rigoureuse dans leur pratique.

On sait quelles sont nos répugnances pour le traitement de la gale en deux heures et à plus forte raison en cinq minutes. Seul nous avons eu le courage de lutter à cet égard, peut-être sommes-nous seul dans cette manière de voir, et cependant nous avons besoin de redescendre encore dans la lice, ne fût-ce que par une persévérance que l'on pourrait qualifier d'entêtement; mais on nous concédera au moins qu'il n'y a rien de plus entêté qu'une conviction, qu'elle soit bien ou mal fondée.

Quoi qu'il en soit, je faisais remarquer que tous les essais suivis de beaux résultats avaient eu lieu dans une seule et même catégorie d'individus, le soldat ou l'ouvrier; que, sous ce rapport, on avait déjà rendu d'immenses services; que, d'après M. Vleminckx, la gale était presque chose inconnue actuellement dans l'armée belge. Il n'en est pas ainsi pour la classe ouvrière qui se présente à l'hôpital Saint-Louis, puisque, plus on y guérit de galeux chaque année, plus le nombre des individus s'accroît, d'après les chiffres de M. Bourguignon; mais enfin le traitement en deux heures continue à compter les mêmes succès.

Il est donc d'un puissant intérêt, aujourd'hui qu'une certaine expérience est acquise à cette nouvelle méthode de traitement, de l'envisager dans son ensemble, c'est-à-dire sous le triple rapport : 1° *de la maladie à laquelle il se rattache*; 2° *des individus qui en sont atteints*; 3° *des moyens employés pour la guérir*. C'est ce que nous allons faire.

Et d'abord, *qu'est-ce que la gale?*

Aux yeux de la généralité des médecins que nous avons nommés, la gale ne consiste que dans la *présence de l'acarus sur le corps de l'homme*, de sorte que, comme le dit M. Vleminckx, si l'on connaissait d'une manière certaine tous les points où peuvent se loger les acarus sur le corps, il suffirait d'aller les y détruire *mécaniquement* pour guérir la gale.

Cela est très-bien pour le médecin armé de son microscope, mais pour le malade et le commun des médecins, il y a deux choses dans la gale : l'*acarus* et l'*éruption*. Lorsque l'on aura tué mécaniquement l'*acarus*, on n'aura pas tué l'éruption. Vous répliquerez que l'éruption se guérira toute seule; je le veux bien dans certains cas, mais dans bien d'autres, *non*. Vous dites à un soldat : Va-t'en, tu est guéri : *bene sit*. Mais l'homme du monde, le malade civil vous répond : Je ne suis pas guéri, puisque j'ai le corps couvert de boutons.

J'admets que vous vous débarrassiez du malade civil comme du soldat. En combien de temps toute éruption galeuse va-t-elle cesser? Est-ce dans les deux jours, ou dans les deux heures, ou dans les cinq minutes de votre traitement propre à guérir la gale? *Non*. Ce sera en six, huit ou dix jours, et quelquefois en trois semaines ou un mois, malgré les soins les plus éclairés et non pas en abandonnant le malade à lui-même. Aussi lorsque Biett, Alibert et d'autres ont fixé à huit ou neuf jours la moyenne de la guérison de la gale, ils comprenaient dans ce laps de temps la guérison de l'éruption; et lorsque les galeux étaient admis à l'hôpital, ils n'en sortaient qu'avec une peau nette et sans boutons. Ceci demande quelques développements.

Aujourd'hui l'éruption galeuse, qui d'ailleurs est toujours l'éruption d'autrefois, n'a pas chez tous les individus le même caractère. Aussi les acaricideurs purs disent-ils qu'il n'y a pas d'éruption galeuse, mais que la gale, qui n'est autre chose que l'insecte lui-même, peut se compliquer d'éruption papuleuse, ou vésiculeuse, ou pustuleuse, c'est-à-dire de lichen, d'impétigo, d'ecthyma, d'eczéma, etc.

Pour le malade et *pour les médecins* qui appellent la présence de l'acarus sur le corps de l'homme une maladie, c'est-à-dire la gale, il y a deux choses : l'*insecte avec ses sillons*, l'*éruption* qu'il développe ou qui se développe. Je dis d'abord *pour le malade*, car tant que l'acarus existera seul, la gale n'existera pas pour le malade, et le malade ne viendra pas réclamer les soins du médecin. Il pourra éprouver quelques démangeaisons, mais elles seront passagères et insuffisantes pour appeler son attention.

Pour le médecin : à part quelques médecins spéciaux qui se sont attachés à l'étude de la gale par position ou par nécessité, ou qui en font l'objet de recherches, il n'y aura pas de gale pour la généralité d'entre eux.

D'où la conséquence que, pour l'ensemble des malades et des médecins, il n'y a pas de gale sans éruption dans *la pratique* de la médecine. Pour eux, la maladie se compose de deux choses presque inséparables : l'insecte et l'éruption galeuse. Le malade n'est réellement guéri que lorsque la peau est nette et rendue à son état normal. Or

---

FEUILLETON.

CONSIDÉRATIONS PHYSIOLOGICO-MÉDICALES SUR LES HABITANTS DE LA NOUVELLE-CALÉDONIE (1855).

L'espèce humaine qui peuple la Nouvelle-Calédonie a été jusqu'à présent mal étudiée et par suite mal définie. Nous croyons donc pouvoir être de quelque utilité à la science, en faisant connaître ce qu'un examen attentif et prolongé nous a fourni sur les principaux caractères physiques de ces sauvages, comme aussi sur certaines particularités intéressantes et encore inédites de leurs mœurs et habitudes.

C'est à tort qu'on a dépeint les nouveaux Calédoniens comme étant d'une extrême laideur. Nous les avons vus par bandes nombreuses, au centre même de leurs principales tribus (Kanala, Puého, Balade, l'île des Pins, etc.), et nous devons dire qu'une extrême laideur n'est pas chez eux la règle, mais bien l'exception, et que dans de grandes réunions d'individus, de sexe et d'âge différents, nous avons constamment rencontré plus de visages assez réguliers, à expression douce, gaie et intelligente, que de physionomies réellement repoussantes, comme on en voit tant parmi les sauvages de l'Australie ou de la côte de Mozambique.

D'abord, ils ne sont pas du tout petits et rabougris; ils sont, au contraire, d'une taille généralement au-dessus de la moyenne, assez élancés et passablement proportionnés dans leur ensemble : et, sous ce rapport, ils se rapprochent sensiblement des Polynésiens, si renommés pour leur haute stature et leurs belles proportions, et s'éloignent, au contraire, des Australiens qui, avec leur gros ventre porté sur des jambes grêles et à demi fléchies, ont en eux quelque chose de si disgracieux qu'on les cite partout comme le type le plus laid de tout le genre humain et qu'on n'a pu que les comparer à de grands singes.

Puis, si nous prenons leurs traits en détail, nous ne trouvons guère de bien défectueux que leurs yeux à sclérotique rougeâtre et à paupières épaisses et souvent bridées en dedans. Leur nez n'est pas trop écrasé et a même souvent une assez jolie forme vu de profil; leur bouche est largement fendue, mais pas, à beaucoup près aussi grosse, aussi proéminente que chez le véritable nègre; les pommettes, au contraire, sont plus saillantes que chez ce dernier et sont presque ce qu'on les voit dans le type malais; enfin, le front, quoique étroit et bas, n'est guère plus fuyant que chez le Fidjien ou le Nouveau-Zélandais. Quant aux oreilles, elles ont ici un caractère qui, bien que se retrouvant sur d'autres peuples de l'Océanie, mérite un moment d'attention. Rarement, en Nouvelle-Calédonie, les oreilles sont portées entières, telles que la nature les a faites. Loin de là, elles sont ordinairement tellement travaillées par

quand on dit aujourd'hui que l'on guérit la gale en deux heures, en une demi-heure, en cinq minutes, on peut traduire cette locution en ceci : que l'on détruit en deux heures, une demi-heure, en cinq minutes, les insectes de la gale et les œufs qui les accompagnent; *rien de plus, rien de moins*. Or autrefois on disait qu'une friction opérée mettait le galeux à l'abri de toute infection. Helmerick prétendait guérir la gale en vingt-quatre heures. Tout cela revient au même, rien n'est changé depuis.

Durant les années 1814 et 1815, il y eut à Paris énormément de galeux; ce fut à cette époque, si mes souvenirs sont exacts, que Dupuytren eut la pensée de traiter tous les galeux sans les faire entrer à l'hôpital. J'étais alors élève externe dans le service de Dupuytren, et je me rappelle parfaitement qu'après le service terminé ainsi que la consultation, on faisait frictionner tout le corps des galeux avec la lotion de Dupuytren, et que l'on renvoyait le malade chez lui sans autre moyen adjuvant.

Dupuytren faisait donc alors ce que M. Vleminckx fait aujourd'hui dans l'armée belge : il faisait tuer les acarus et leur ponte. Dire ce qui survenait après, ma mémoire n'est pas assez fidèle pour le faire. La friction était alors tout à fait générale. Seulement Dupuytren se servait de sulfure de potasse dissous dans l'eau, au lieu de sulfure de chaux.

Ce fut plus tard, dans les essais nombreux que fit Biett de divers agents thérapeutiques que la lotion de Dupuytren fut jugée trop active. Jusqu'à lui la friction avait été générale ; plus tard et surtout du temps de mon collègue Cazenave, qui renouvela les expériences de Biett, cette lotion fut peu à peu restreinte aux mains, ou à de très-petites surfaces. Puis vinrent MM. Bazin et Bourguignon, qui reprirent la lotion générale, la seule efficace, et enfin notre collègue Hardy, qui réduisit le traitement à deux heures de durée, et qui demanda et obtint la suppression des salles de galeux à l'hôpital Saint-Louis. C'est à dater de cette époque que la méthode s'est étendue dans les hôpitaux civils et militaires et de là à l'étranger.

Ainsi la véritable méthode acaricide consiste dans la *friction générale*. Elle n'est pas de date récente ; elle remonte à Helmerick. On s'en est éloigné *à tort* ; on y est revenu *à raison*, mais cette friction générale ne tue que l'insecte, elle ne guérit pas le bouton ou la complication galeuse, comme on voudra l'appeler. Mais comme aux yeux du malade il n'y a de guérison qu'à la condition que l'éruption de la gale a disparu et que la peau soit saine, je ne saurais dire que la gale est guérie en cinq minutes ou en une demi-heure.

L'objection à ce raisonnement est bien simple aux yeux des partisans de ce mode si court du traitement : Ne vous occupez pas de l'éruption, dira-t-on, elle guérira seule. *Sublatâ causâ, tollitur effectus.* Voilà justement où nous ne sommes plus d'accord, et ce que nous allons discuter tout à l'heure. Mais auparavant, voyons s'il ne reste rien à dire sur ce traitement en deux heures ou en une demi-heure.

Est-il applicable à toutes les formes de gale? Est-il applicable à tous les individus? Est-il applicable à tous les âges?

A ces trois questions, ma réponse est négative. Il est constant, et ce fait est adopté par tous les médecins, que, dans les cas où la gale est à forme pustuleuse, ou, si l'on veut, compliquée d'ecthyma ou d'impétigo, il faut, pendant quatre ou cinq jours, s'attacher à faire tomber l'irritation par des bains émollients, l'amidon à l'extérieur on des onctions avec le saindoux. Il en est de même si la forme *vésiculeuse* est très-dessinée (gale aqueuse) ; aussi ces sortes de malades sont-ils reçus à l'hôpital Saint-Louis comme par le passé, pour y être traités ultérieurement à l'aide d'une pommade d'Helmerick plus faible. Ils font ordinairement un séjour de huit, dix ou douze jours à l'hôpital.

Ce traitement en deux heures n'est pas applicable à tous les individus, et c'est ici que j'aborde le second point de vue sous lequel je veux envisager la question. Remarquez que tous les médecins qui en préconisent les résultats, tous ceux qui viennent confirmer l'excellente réforme, il faut bien le dire, que notre honorable collègue Hardy a introduite à l'hôpital, sont en général des médecins militaires. Or le soldat et l'ouvrier constituent une catégorie d'individus d'une bonne organisation en général, habitués aux vêtements plus ou moins forts, rudes ou à étoffes grossières, dont la peau, en un mot, par ses contacts habituels, est peu impressionnable, peu sensible. Aussi supporte-t-elle facilement ces frictions capables de déchirer un sillon, frictions au savon noir, puis de la pommade d'Helmerick, etc.

Il n'en est plus de même d'une personne du monde, ou d'une femme qui naît et qui vit dans une autre atmosphère. Déjà, dans mon traité sur les maladies de la peau, j'ai fait ressortir cette différence capitale, et j'ai prouvé, par le témoignage des médecins de la prison de Saint-Lazare, que, pour les filles publiques même, il avait fallu renoncer à ce traitement, à cause des éruptions secondaires qu'il développait.

Ce que je viens de dire se rattache à plus forte raison *à la question d'âge*. Chez les enfants et les jeunes gens, on surexcite la peau avec un pareil traitement, et on *a dû y renoncer à l'hôpital des Enfants.*

D'où la conséquence que le traitement en deux heures d'après les méthodes préconisées, et contre lesquelles personne ne réclame, doit subir des modifications en raison des trois circonstances que je signalais plus haut.

Ceci posé, je reviens à ce fait, à savoir : si l'*acarus et sa ponte étant détruites*, l'éruption coïncidante doit et peut toujours guérir seule, de manière à ce que le traitement de la gale étant ramené à une simple friction, le malade et le médecin n'aient plus à s'occuper de l'éruption qui l'accompagne.

Je disais plus haut que le malade civil ne serait pas toujours satisfait de la réponse du médecin qui, une fois la friction faite et toute trace de sillon disparu, dirait au malade : Vous êtes guéri, ne vous occupez plus du reste. Le malade, qui éprouverait toujours une démangeaison dépendante de l'éruption surexcitée, irait trouver un autre confrère pour réclamer ses soins; et c'est ce qui arrive journellement. Il y a plus, pour peu que la peau présente encore quelques boutons çà et là, on vient nous consulter pour savoir si ces boutons sont encore, comme le disent les malades, des boutons de gale.

Dans la pratique civile, le médecin a donc deux choses à traiter : l'acarus et l'éruption galeuse.

J'ai eu l'occasion de signaler quelles pourraient être les conséquences ultérieures de cet abandon de l'éruption à elle-même. J'ai prouvé, par la statistique, combien était fréquente la gale comme antécédent des affections cutanées eczémateuse et lichénoïde, et je me suis demandé si les frictions fortes, telles qu'elles ont été préconisées, ne seraient pas la source d'éruptions ultérieures ou cause prédisposante de maladie de

---

goût ou par nécessité, qu'elles ne ressemblent presque plus à des oreilles humaines. Les hommes se font percer les lobules de grandes boutonnières dans lesquelles ils engagent ensuite des morceaux flexibles de bois ou d'écailles de tortue, qui, courbés en cercle avant d'être introduits dans le tron, réagissent une fois abandonnés à eux-mêmes, à la façon d'un ressort, et finissent par donner à la boutonnière jusqu'à six et même huit centimètres d'ouverture dans tous les sens. Nous nous sommes assuré, du reste, que cette distension n'est pas sans douleur et que le cercle cutané, qui a près absolument l'aspect d'une petite bande très-mince de caoutchouc, acquiert même parfois un tel degré de sensibilité, que, rien qu'à faire mine d'y porter les doigts, nous voyions l'individu se retirer brusquement avec l'expression de la plus vive inquiétude peinte sur la face. Quant aux femmes, elles se font fendre aussi les lobules auriculaires ; seulement, ce n'est plus pour les percer de simples boutonnières dans lesquelles elles porteront quelques bijoux de leur façon, mais bien pour les transformer en lanières plus ou moins inégales, qui sont soumises postérieurement à des tractions répétées et finissent à la longue par arriver jusqu'à la base du cou; décoration, il faut le dire, assez dégoûtante, et dont ce pauvre sexe, déjà si mal doté par sa nature, aurait bien dû se faire grâce. Il est vrai que cette mutilation n'est pas chez lui, comme chez l'homme, tout à fait volontaire, et que le plus souvent elle est commandée par une coutume barbare qui veut que les femmes, à l'occasion de la mort d'un chef ou d'un proche parent, se taillent ainsi les oreilles; — absolument comme aux îles des Amis et des Navigateurs, on s'enlève en pareille circonstance, — toujours en signe de deuil, — une phalange à l'une des mains.

Le nouveau Calédonien a la peau couleur de suie délayée, *jamais complétement noire* (une couche moyenne d'encre de Chine sur papier jaune, rend assez exactement cette couleur). Il est ensuite généralement velu, jusqu'à avoir les épaules, la région lombaire et les fesses couvertes de poils assez longs et frisés; il est bien entendu que la femme reste là, comme ailleurs, en dehors de cette particularité. Les moustaches et la barbe sont encore chez l'homme, assez bien fournies. Quand aux cheveux, ils se rapprochent de ceux de la race nègre, mais ne sont pas cependant à beaucoup près aussi frisés, aussi crépus, en un mot : ils sont, du reste, un peu plus foncés que la peau, à moins toutefois qu'ils n'aient été rougis, presque jaunis plutôt, par l'action de la chaux vive dont les peuples de l'Océanie font, on le sait, un si fréquent usage, soit par une sorte de coquetterie, soit plutôt, nous le pensons, dans le but de détruire d'un seul coup une partie de l'abondante vermine qui les tourmente. Peut-être n'est-ce encore que pour arriver plus sûrement à cette destruction qu'en Nouvelle-Calédonie la plupart des femmes et des enfants ont pour habitude de se tenir la tête complétement rasée, et que hommes et femmes se rasent également avec le plus grand soin les parties sexuelles.

Le *tatouage* n'est pas très en vigueur dans aucun point de la Nouvelle-Calédonie ; il n'y a guère que les femmes qui en portent quelques marques sur les épaules ou sur les seins; et encore les dessins se bornent-ils à quelques rangées régulières de petites cicatrices rondes, un peu saillantes et bleuâtres, résultant de brûlures du derme opérées à l'aide de charbons incandescents.

Mais il est, par contre, une autre pratique très-généralement adoptée dans

la peau dont le malade pourrait difficilement se débarrasser. Il y a déjà quelques années que j'ai posé cette question. Le temps seul pourra la résoudre; mais en présence de la ténacité que présentent les éruptions secondaires nées de frictions fortes et dont les exemples ne sont pas rares dans notre service à Saint-Louis, où nous ne recevons que des galeux *traités en deux heures* et atteints de ces sortes d'éruptions, je me demande si, partant de ce fait, il n'y a pas un grave inconvénient à abandonner à elle-même l'éruption galeuse après une première friction, et s'il n'est pas beaucoup plus rationnel de ne quitter un galeux qu'alors que la peau est rentrée dans l'état naturel. Je crois que tous les praticiens sages partageront ma manière de voir à ce sujet. D'où je conclus que guérir la gale en deux heures, en une demi-heure ou en cinq minutes, ce n'est avoir *fait que la moitié du chemin.*

A. DEVERGIE,
médecin de l'hôpital Saint-Louis.

(*La fin au prochain numéro.*)

CHIMIE PATHOLOGIQUE.

NOTE SUR LA COMPOSITION DES GAZ QUI INFILTRAIENT LE TISSU CELLULAIRE DANS UN CAS D'AFFECTION CHARBONNEUSE CHEZ L'HOMME, ET SUR LEUR ANALOGIE AVEC LES GAZ DES MARAIS, lue à la Société de biologie, par le docteur ADOLPHE GUBLER, agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Beaujon.

Le développement spontané de gaz dans l'épaisseur des tissus et des parenchymes, pendant la vie, est un phénomène qu'on a rarement l'occasion d'observer: aussi la nature des produits gazeux qui prennent ainsi naissance est-elle encore fort peu connue. Le hasard m'ayant fait rencontrer, en 1851, un cas de ce genre, j'en ai profité pour faire analyser les gaz que j'ai pu me procurer. Rapprochée du fait pathologique qu'elle complétait, cette analyse devait offrir plus d'intérêt, et j'en aurais depuis longtemps communiqué les résultats, si l'observation recueillie sous ma direction n'avait pas été publiée à mon insu. Mais cette analyse, bien qu'isolée de l'histoire de la maladie, n'en conserve pas moins une valeur réelle. Une autre considération d'ailleurs m'engage à la faire connaître; c'est qu'elle a été faite par un chimiste dont nous déplorons la perte récente, par M. Quevenne, à qui mon amitié veut rendre cet hommage.

Voici d'abord un aperçu de l'histoire de la maladie:

Dans les premiers jours du mois de septembre 1851, on apporta à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Cazenave dont j'étais provisoirement chargé, un homme à demi asphyxié par suite d'un gonflement extrême de la région du cou et de la face. A son aspect violacé, à l'existence surtout d'une crépitation gazeuse sous-cutanée, je jugeai que nous avions affaire à une inflammation de mauvais caractère. Cependant je n'en trouvais pas le point de départ à l'extérieur; mais l'exploration de la gorge, rendue très-difficile par l'énorme tuméfaction de la langue, me fit découvrir sur le fond du pharynx une plaque gangréneuse noirâtre. Dès lors mon diagnostic était presque fixé: il s'agissait d'une affection charbonneuse. Cela devenait d'autant plus probable que le malade était un ouvrier en crins (1). Ce malheureux ne tarda pas à succomber à son asphyxie croissante, offrant d'ailleurs une énorme tuméfaction crépitante de tout le corps.

Je ne relaterai pas ici les détails de l'autopsie qu'on trouvera d'ailleurs consignés dans la GAZETTE DES HÔPITAUX de ce temps-là. Il me suffira de dire que tout le corps était énormément gonflé et crépitant comme au moment de la mort.

Je voulus recueillir une partie de ces gaz, et j'y parvins de la manière suivante:

Des fioles à médecine, préalablement remplies d'eau, étaient renversées au dessus des piqûres que nous avions pratiquées dans la peau des membres ou du tronc, et tandis qu'une personne tenait une fiole en l'inclinant très-légérement de manière à permettre l'écoulement du liquide à mesure que des bulles de gaz viendraient en prendre la place, d'autres personnes pressaient sur les régions voisines de la petite plaie pour refouler les gaz infiltrés dans le tissu cellulaire et les forcer à s'échapper par l'issue qui leur était ouverte. A mesure qu'elles apparaissaient au dehors, les bulles gazeuses montaient au travers de l'eau dans l'intérieur de la fiole et en gagnaient le fond qui était la partie la plus élevée. Quand le flacon était aux deux tiers plein de gaz il était renversé rapidement, bouché au plus vite et cacheté. Je pus réunir de cette manière une quantité suffisante de ces gaz pour en faire exécuter l'analyse par mon regrettable ami M. Quevenne. Voici la note textuelle qu'il m'a fournie.

GAZ REMIS PAR M. GUBLER.

Une petite portion de ce gaz agitée avec la solution d'acétate de plomb ne colore nullement celle-ci (*point d'hydrogène sulfuré*).

D'ailleurs le gaz senti en petite quantité n'offrait point d'odeur prononcée quelconque.

La totalité du gaz agitée dans une fiole de forme cylindrique avec de l'eau de baryte, celle-ci est fortement troublée par des flocons blancs, et après un contact suffisamment prolongé on constate qu'il y a eu une diminution équivalente à un dixième environ du volume (*acide carbonique*).

L'orifice de la fiole approché alors de la flamme d'une bougie, le gaz restant s'est enflammé sans détonation et a brûlé avec une flamme jaunâtre, terne, peu vive et de courte durée (*hydrogène carboné*).

Ainsi:

1° Point d'hydrogène sulfuré;
2° Environ un dixième d'acide carbonique;
3° Le reste du gaz surtout composé d'hydrogène carboné.

12 septembre 1851.

Quevenne n'a pas fait d'expérience spéciale propre à déceler la présence de l'ammoniaque; mais il avait l'odorat si fin et si exercé que

(1) On sait que le crin apporté des provinces argentines recèle et transmet quelquefois, à Paris, aux ouvriers qui le travaillent, les affections contagieuses dont les chevaux eux-mêmes étaient atteints. Chose remarquable, ces dépouilles animales conservent ainsi plusieurs années à l'état d'intégrité des virus dont l'inoculation est très-redoutable.

le pays, et qui surprend le voyageur parce qu'il ne la trouve existante chez aucune des populations voisines, pas même dans les Nouvelles-Hébrides; c'est celle de la *circoncision*. Il est bien peu de garçons de 12 à 13 ans qui n'aient déjà subi cette légère opération. De là cette règle, pour ainsi dire sans exception, de ne jamais paraître en public sans avoir l'extrémité de la verge enveloppée d'un morceau d'étoffe ou d'une feuille; vêtement local d'autant plus remarquable et remarqué, que tout le reste du corps est laissé complétement nu. L'instinct de la pudeur est donc là réduit à sa plus simple expression, puisqu'il ne porte le Calédonien qu'à voiler la seule partie du corps que, par suite d'un préjugé d'origine inexplicable, il a privée lui-même de son vêtement naturel: car, si on lui donne une pièce d'étoffe, sans forme déterminée, c'est-à-dire ne ressemblant ni à une chemise, ni à un pantalon, il s'en fait de suite un ornement pour la tête, une sorte de turban ou de bonnet de police, par exemple, et n'a jamais l'idée de s'en couvrir les parties sexuelles en entier, comme le ferait le Polynésien, même le plus sauvage. Quant à la femme, elle porte bien autour des hanches une ceinture ou frange faite de fibres végétales alignées; mais cette ceinture ne dépasse jamais, en largeur, 12 à 15 centimètres, et la plupart du temps n'entoure que la moitié antérieure du bassin; de sorte que si la pudeur est satisfaite, c'est bien plus grâce à l'admirable adresse de mouvements qui ne laissent jamais rien voir de ce qui doit rester caché, qu'à un vêtement d'une étroitesse tout à fait ridicule.

Tels sont les caractères les plus tranchés de la physionomie et de l'habitude extérieure du Nouveau-Calédonien. Après cela, peut-on continuer de le ranger dans la race noire proprement dite? Telle n'est pas notre opinion. L'indigène de la Nouvelle-Calédonie est fort au-dessus du nègre de la côte d'Afrique, par l'expression intelligente de son visage et les proportions régulières de son buste et de ses membres; et, sous ce double rapport, il se rapproche beaucoup, au contraire, de certains Polynésiens. Entre le Polynésien le moins favorisé de la nature et le Calédonien qui l'est le plus, il y a certainement bien peu de différence. Aussi, voudrions-nous voir faire définitivement de ce dernier une variété tout à fait distincte dans le classement des races humaines, variété que l'on considérerait comme le produit évident du mélange de Polynésiens avec des Papons, et qu'on ne confondrait plus avec les nègres proprement dits. — Et cependant, si l'on n'avait égard, pour déterminer leur place dans l'échelle, qu'au degré d'ouverture de leur angle facial osseux, on serait tenté de placer les Calédoniens au dernier degré... Mais, arrêtons-nous un instant sur un fait qui peut intéresser vivement l'anatomiste et l'ethnologiste.

Nous avons mesuré l'angle facial sur douze têtes d'adultes ou de vieillards trouvés dans un *morai* abandonné; nous avons pris ensuite la même mesure sur autant de naturels vivants, et cela nous a permis de dresser le tableau ci-dessous. La mesure a été prise suivant les indications de Camper; c'est-à-dire en établissant le point d'entrecroisement des deux lignes *au niveau de la base de l'épine nasale antérieure*.

certainement l'odeur de ce composé ne lui aurait pas échappé s'il s'était trouvé à l'état de liberté après l'action de l'eau de chaux.

L'azote ne figure pas non plus dans cette analyse, bien que son existence soit probable. En effet, il est dit que la flamme produite par la combustion de l'hydrogène carboné a été peu vive et de courte durée, ce qui n'aurait pas eu lieu si les neuf dixièmes du gaz restant avaient été constitués entièrement, ou presque entièrement, par le gaz combustible : il devait donc y avoir en même temps une assez forte proportion d'un autre gaz qui était vraisemblablement de l'azote (1).

Au reste, cela importe peu : ce qui mérite surtout de fixer notre attention dans cette analyse, c'est tout à la fois l'absence d'acide sulfhydrique et la présence du carbure d'hydrogène. Le premier était un produit constant de la putréfaction des matières animales ; on devait s'attendre à le rencontrer ici, et pourtant l'acétate de plomb n'en a pas accusé une trace ; ce qui peut faire supposer, ou bien qu'ayant pris naissance d'abord en même temps que les autres gaz il s'était ensuite dissimulé dans de nouvelles combinaisons, ou bien qu'en réalité il ne s'en était jamais formé, sans doute parce que la fermentation s'était établie aux dépens de principes immédiats incapables d'en fournir.

Quant à l'hydrogène carboné, que son origine spéciale a fait désigner aussi sous le nom de *gaz des marais*, n'est-il pas bien singulier de le trouver parmi les produits de la putréfaction des substances animales ? J'avoue que cette particularité m'étonne moins qu'un autre par suite des idées que je me suis faites sur l'origine des émanations miasmatiques des lieux marécageux. En général, on enseigne que ces émanations proviennent de la décomposition des plantes palustres, et l'on ne parle guère des matières animales qui les accompagnent, ou du moins on n'attache aucune importance aux produits de leur putréfaction.

Cette manière de voir nous paraît sujette à contestation. Ce qui a pu induire en erreur les hygiénistes, c'est probablement la nature des gaz que les chimistes leur ont appris à constater dans l'eau des marais, lesquels se rapportaient par leur composition bien plus au règne végétal qu'à l'autre règne organique.

Les carbures d'hydrogène, l'acide carbonique sont en effet les produits ordinaires de la décomposition des substances hydrocarbonées, tandis que l'acide sulfhydrique et l'ammoniaque caractérisent les substances azotées de nature animale. Mais nous venons de voir que, dans telle circonstance déterminée, l'acide carbonique et l'hydrogène carboné peuvent être les seuls gaz développés par une sorte de fermentation putride dans le sein d'un organisme animal : il ne faut donc pas faire de leur présence ou de leur prédominance dans l'eau des marais le caractère à l'aide duquel on peut affirmer que ces eaux doivent leur insalubrité à la décomposition des substances végétales. Cela peut être, mais cela n'est pas suffisamment démontré. Ajoutons que des considérations de diverses sortes nous porteraient au contraire à attribuer une large part d'influence à la putréfaction des matières animales. N'a-t-on pas signalé dans les lieux marécageux l'existence de cet hydrogène phosphoré spontanément inflammable, qui peut donner l'explication des feux follets et qui prend naissance aux dépens des matières animales ?

A la rigueur, d'après ce qui précède, nous serions autorisé à rattacher à cette origine les gaz des marais pris dans leur ensemble. D'un autre côté, il ne serait pas difficile d'établir que les matières animales qui croupissent dans le fond des marécages sont tout aussi abondantes que les débris végétaux eux-mêmes ; la faune des lieux palustres ne le cède pas en richesse à la flore de ces mêmes régions. Si les plantes ont de plus grandes dimensions, en revanche les animaux sont plus nombreux ; il y a compensation. Il suffit de rappeler ces myriades de mollusques, d'insectes, de crustacés, de zoophytes, d'infusoires, etc., dont les générations éphémères pullulent dans l'intérieur des eaux stagnantes, pour comprendre de quelle importance doit être dans la question l'intervention de ces êtres dont les déjections s'entassent, dont les cadavres s'accumulent et se dissolvent incessamment dans la vase.

Les effets dangereux de l'introduction d'un courant d'eau fluviale dans les marais-gâts, ou, d'une manière plus générale, l'influence pernicieuse d'un mélange accidentel d'eau douce et d'eau saumâtre, constitue encore un fait favorable à notre opinion, puisqu'il s'explique tout naturellement par la mort rapide de la plus grande partie des animalcules qui peuplaient l'eau de mer et qui ne peuvent vivre dans une eau moins salée.

Nous en avons dit assez pour montrer que si l'opinion vulgairement accréditée au sujet de l'influence presque exclusive des émanations végétales dans les affections marématiques n'est pas tout à fait erronée, elle est du moins fort exagérée. Revenons maintenant à notre fait pathologique dont cette digression nous a beaucoup éloigné.

Les annales de la science ne renferment pas un seul cas identique à celui que j'ai observé : celui qui s'en rapproche le plus a été communiqué autrefois à l'Académie de médecine (1), par M. Bally, sous le titre *d'emphysème général formé par un gaz combustible*; seulement dans ce cas on trouva, avec les lésions de la fièvre typhoïde, des gaz jusque dans les vaisseaux et les ganglions mésentériques. Mais le fluide s'enflammait aussi, faisait même explosion au contact d'un corps en ignition : il renfermait par conséquent de l'hydrogène carboné et peut-être de l'hydrogène libre.

On a observé aussi des gaz dans le tissu cellulaire autour des tumeurs du charbon et de la pustule maligne, ou dans certains viscères et particulièrement dans leurs vaisseaux lymphatiques et veineux ; seulement dans ces cas l'emphysème était très-circonscrit et personne n'a cherché jusqu'ici à savoir par quels gaz il était constitué. Je suis porté à penser que ces gaz pourraient bien être les mêmes que ceux dont nous avons établi l'existence dans notre fait. Il n'est pas très-rare, par exemple, d'en observer dans le foie, soit par le fait de certaines maladies, soit comme conséquence de la décomposition cadavérique : ici, la présence de l'acide carbonique et de l'hydrogène carboné n'aurait rien que de très-naturel en raison de la forte proportion de glycose que la glande hépatique renferme.

M. Rayer, à l'occasion de notre communication, nous a fait part d'un fait qui aurait une grande analogie avec celui que nous avons observé : c'est celui d'une affection générale de mauvaise nature dans le cours de laquelle il survint également un emphysème général considérable. Il est à désirer que, dans l'avenir, les cas semblables soient observés

(1) Peut-être aussi s'était-il introduit accidentellement un peu d'air atmosphérique.

(1) Séance du 14 décembre 1830.

Mesure de l'angle facial osseux d'après la méthode de Camper.

A. Têtes mortes.

Têtes présumées d'hommes.		*Têtes présumées de femmes.*	
Adulte	67° 3.	Adulte	66° 2.
Id.	68 3.	Id.	68 0.
Id.	68 4.	Id.	67 0.
Id.	68 3.	Id.	69 0.
Vieillard	69 0.	Id.	67 5.
Id.	68 5.	Enfant de 8 à 9 ans	72 2.

B. Têtes vivantes.

Hommes.		*Femmes.*	
Adulte (face ignoble)	66° 0.	Adulte (physionomie stupide)	65° 6.
Id. (physionomie ordin.)	68 5.	Id. (physionomie ordin.)	67 5.
Id.	69 0.	Enfant de 13 à 14 ans	69 0.
Id.	67 5.	Id.	70 0.
Id.	68 8.	Adulte (physionomie intellig.)	68 0.
Id.	68 2.	Id.	67 5.

Mesure moyenne, 67° 3 ; d'où il résulterait que, par cette particularité anatomique, le Nouveau-Calédonien serait inférieur au nègre africain, auquel on ne donne pas moins (sauf erreur), dans tous les livres, de 70 à 75° d'ouverture pour l'angle facial. Et pourtant le Nouveau-Calédonien est loin d'avoir la physionomie aussi sauvage et le prognathisme aussi prononcé que le nègre de la côte d'Afrique. A quoi tiendrait donc cette espèce de contre-sens ? Serait-ce tout simplement à la moindre épaisseur des lèvres et au moindre déjettement des dents incisives en avant, chez le premier que chez le second ? Nous ne pensons pas que ce soit là l'unique cause d'une telle différence. Nous serions plutôt porté à croire que, sur les têtes des Calédoniens, le conduit auditif externe est situé plus haut, relativement à l'épine nasale antérieure, que sur les têtes des nègres africains ; ce qui, évidemment, rendrait de suite l'angle facial plus aigu, tout en laissant la face avec un prognathisme très-peu prononcé. Il serait vraiment intéressant de vérifier le fait en comparant des têtes de Nouveaux-Calédoniens (et nous venons d'en donner deux au Muséum de Paris) avec des têtes de nègres d'Afrique ; ce que nous regrettons bien vivement de n'avoir pu faire nous-même. Toujours est-il que chaque fois que nous avons mesuré l'angle facial chez un Nouveau-Calédonien en vie, nous avons été frappé du défaut d'accord existant entre la réalité et l'apparence, c'est-à-dire, entre l'exiguïté de l'angle facial, indice non équivoque, en général, d'une infériorité relative dans l'espèce, et une face très-peu inclinée en avant, et comparable, au contraire, à celle de peuples assez haut placés sous le rapport de l'intelligence. Il n'est donc pas besoin, du reste, de vivre longtemps parmi les Calédoniens pour s'assurer qu'ils sont réellement intelligents et fort rusés. Leur intelligence nous est démontrée par la facilité avec laquelle ils comprennent le langage du geste et du regard, lors

et analysés avec soin, pour arriver à la solution de différentes questions intéressantes qui s'y rattachent.

M. Bally a exprimé l'opinion ingénieuse que la présence de ces gaz pourrait bien expliquer les combustions spontanées: il fandrait préalablement en avoir démontré l'existence chez ceux qui succombent à cet accident extraordinaire.

Les gaz acide carbonique et hydrogène carboné sont-ils le produit d'une sécrétion ou d'une décomposition putride? Sont-ils les seuls qui prennent naissance dans les conditions indiquées? Aux dépens de quels composés organiques se forment-ils? Ont-ils une part quelconque dans les symptômes généraux de la maladie?

Telles sont les principales questions que nous suggère le fait dont nous avons été témoin à l'hôpital Saint-Louis. Nous nous contentons aujourd'hui de les signaler comme autant de *desiderata* de la science.

THÉRAPEUTIQUE THERMALE.

DE L'EMPLOI DES EAUX MINÉRALES, PLUS PARTICULIÈREMENT DE CELLES DE VICHY, DANS LE TRAITEMENT DE LA GOUTTE; par le docteur CONSTANTIN JAMES.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

CHOIX ET INDICATION DES SOURCES LES MIEUX APPROPRIÉES AU TRAITEMENT DES PRINCIPALES VARIÉTÉS DE LA GOUTTE.

Commençons d'abord par bien établir que l'emploi de toute eau minérale est formellement contre-indiqué du moment que la goutte se trouve dans une de ses périodes aiguës. On ne peut y recourir que dans l'intervalle des attaques; alors seulement les eaux minérales peuvent être prescrites, sinon toujours avec succès, du moins sans danger. Je dis sans danger; en effet, c'est surtout au traitement de la goutte par les eaux que le célèbre précepte: *primo non nocere* est applicable, et malheureusement l'observation prouve que pour un goutteux que les eaux minérales ont soulagé, il en est dix dont elles ont aggravé la maladie. Je sais qu'il faut en accuser avant tout l'incertitude qui règne parmi les médecins sur les vertus réelles des eaux; mais il faut également s'en prendre à la légèreté avec laquelle les goutteux se décident pour le choix de telle ou telle source, consultant leurs convenances, des causeries de salon, ou même l'attrait d'un voyage beaucoup plus que l'ordonnance réfléchie d'un médecin compétent.

Partant de ce principe que la goutte est une affection multiple, non seulement par la forme, mais par la nature de ses manifestations, et que d'un autre côté les eaux minérales exercent une action tout à fait différente suivant le caractère prédominant de cette affection, nous allons essayer de faire un choix parmi les eaux, et d'indiquer en regard de chaque variété de gouttes le groupe de sources le mieux approprié à son traitement.

Afin de mettre un peu d'ordre et de méthode dans les règles qui nous restent à poser pour la solution de ces importants problèmes, j'admettrai quatre espèces de gouttes que je vais successivement décrire, savoir: la goutte articulaire, la goutte viscérale, la goutte rhumatismale et la cachexie goutteuse.

1° GOUTTE ARTICULAIRE.

La goutte articulaire est, ainsi que l'indique son nom, celle qui se porte au dehors et s'attaque aux articulations. Elle peut affecter deux formes complétement opposées: la forme tonique et la forme atonique. Parlons d'abord de la forme tonique.

GOUTTE ARTICULAIRE TONIQUE. — C'est l'espèce la plus fréquente et la plus étudiée. Voici, d'après M. le professeur Trousseau, les caractères auxquels on pent la reconnaître:

Elle suit une marche régulière. Ses accès sont vifs, extrêmement douloureux, mais ils laissent entre eux des intervalles de calme parfait et ne se reproduisent qu'à des époques éloignées. A ne considérer que les phénomènes saillants, le malade souffre d'une des articulations du pied; le plus souvent le mal ne dépasse pas le gros orteil; les paroxysmes bien accusés sont plus sensibles la nuit; ils diminuent et cessent même vers le matin pour revenir avec une égale intensité la nuit suivante. On constate souvent de la fièvre et toujours de la rougeur et de l'œdème aux environs des points affectés. Rien n'indique du reste, dans cette forme de goutte, une disposition inquiétante à de brusques déplacements ou à de lentes émigrations. C'est la maladie à son état normal, horriblement douloureuse même au toucher, mais n'entraînant guère d'autres désordres généraux que ceux qui suivent d'ordinaire les souffrances aiguës. Un caractère précieux et positif s'ajoute à ceux-là. Les urines, dont l'observation a tant d'importance chez les goutteux, sont colorées et laissent déposer un sédiment rougeâtre assez abondant, que nous avons dit être de l'acide urique.

Tels sont les principaux phénomènes auxquels il est aisé de reconnaître la goutte articulaire tonique. Se trouvent-ils réunis chez un malade, vous pouvez prescrire les eaux de Vichy en toute sécurité. Ces eaux, pour lesquelles les goutteux ont une tolérance extrême, ne tardent pas à déterminer une amélioration sensible et rapide dans la santé générale. En même temps les articulations deviennent moins douloureuses, les ligaments reprennent de l'élasticité et de la souplesse, les muscles de la contractilité. Quelquefois, il est vrai, dans les premiers jours de l'emploi des eaux, les goutteux sont pris d'attaque, mais cette recrudescence de la goutte articulaire est de courte durée, et d'habitude elle ne compromet pas les bons effets du traitement.

Voilà des résultats qui pour moi sont incontestables. Ainsi je connais plusieurs goutteux qui, placés dans les conditions dont je viens de parler, ont trouvé à Vichy un grand soulagement, quelques-uns même la guérison. C'est d'ailleurs ce qui ressort des faits nombreux que M. Petit a communiqués à l'Académie de médecine et qui méritent d'autant plus de confiance que, sur la demande même de M. Petit, ils ont subi tout à la fois le contrôle d'une commission et les épreuves d'un débat public.

Mais hâtons-nous d'ajouter que le traitement de la goutte par les eaux de Vichy exige les plus grands ménagements, et qu'il existe dans l'emploi de ces eaux une mesure de temps et de dose qu'il serait dangereux de franchir. Ainsi, par exemple, vous verrez des goutteux qui s'étaient trouvés à merveille d'une première saison passée à Vichy, à merveille d'une seconde, revenir aux mêmes eaux une ou deux

même qu'il s'agit de choses qui ne leur sont pas familières, et par l'application raisonnée qu'ils savent faire de certains moyens chirurgicaux, comme on le verra tout à l'heure. Quant à leur ruse (faculté qui se lie certainement à l'intelligence proprement dite), elle a été si souvent signalée par les navigateurs, et elle reste si bien démontrée par toutes les histoires que ceux-ci ont apportées comme preuves dans le récit de leurs voyages (voir le voyage de Labillardière, entr'autres), que nous nous dispenserons d'en conter de nouvelles; il en est une pourtant que nous ne nous sentons pas le courage de passer sous silence, tant elle met en évidence toute la force de l'instinct. Nous la tenons du R. P. Montrouzier, l'un des missionnaires français qui habitent Balade depuis longtemps, et à qui le grand-père d'un de leurs jeunes convertis l'avait racontée, il y a sept ou huit ans. Voici le fait:

Pendant que Cook était à Balade, en 1774, il fut invité par le chef de la tribu, duquel il avait reçu l'accueil en apparence le plus cordial, à assister un jour, à terre, à une de leurs danses militaires. Cook s'y rend accompagné de ses officiers et d'une vingtaine de matelots qu'il fait s'armer par prudence de haches d'abordage. Arrivé sur le théâtre de la fête, on se range et l'on attend que le spectacle commence. Mais les acteurs se font longtemps désirer, et Cook allait enfin perdre patience et se retirer, quand le directeur de la troupe s'avance vers lui et fait entendre, d'un air profondément contrarié, que si l'on ne commence pas de suite, c'est qu'on n'a pas de casse-tête pour tous les danseurs, ce qui serait cependant indispensable pour que la danse eût son caractère propre; qu'on est allé en chercher, mais que s'il voulait que quelques-uns de ses matelots prêtassent pour un instant leurs armes, on pourrait commencer immédiatement. — Cook qui ne soupçonne rien, tant l'air de bonhomie du chef lui en impose, fait donner les haches demandées; mais à peine les sauvages les ont-ils en main, qu'ils disparaissent au pas de course au milieu des broussailles, emportant avec eux, bien entendu, l'objet de leur ardente convoitise, et laissant Cook et ses compagnons mystifiés au dernier point; si bien que l'illustre navigateur s'est bien gardé de dire dans ses mémoires qu'il avait été la dupe d'une pareille comédie.

Dr PÉNARD,
chirurgien principal de la marine.

— LA QUARANTAINE A MARSEILLE. — On lit encore dans le *Times*:

« Le *Carmel*, arrivant d'Orient avec des malades, a été envoyé à la quarantaine du Frioul. L'administration sanitaire a sans doute raison de prendre toutes les précautions voulues contre l'extension du *typhus*, qui a déjà enlevé dans cette ville plusieurs habitants. En un seul jour, il y a eu au lazaret et dans les hôpitaux militaires, 14 morts du typhus et de la dyssenterie. On attend encore de Constantinople 18,000 malades, mais on trouvera difficilement à les loger ici. Chaque jour il arrive des transports qui ont débarqué leurs malades à Toulon et à Port-Vendres. »

années encore, et au lieu d'y compléter leur cure, perdre tout le bénéfice précédemment obtenu. Que s'opère-t-il dans un pareil cas? La goutte se transforme : de tonique qu'elle était d'abord, elle devient atonique. Or nous allons voir que c'est de toutes les formes la plus grave et la plus perfide.

Ainsi s'explique la différence de résultats obtenus à Vichy chez le goutteux; vous pourrez par une médication discrète et bien dirigée modifier la constitution au point d'effacer les ravages de la maladie, et sinon prévenir, du moins éloigner le retour des accès que vous rendrez en même temps plus bénins. Mais sachez vous arrêter à temps. Vouloir annihiler complétement l'élément goutteux par la continuité ou la répétition trop fréquente du traitement alcalin, c'est ôter à l'économie une somme de forces dont, à un moment donné, elle aura besoin pour faire face à une attaque. Aussi combien de goutteux sont retournés à Vichy *par reconnaissance*, ainsi qu'ils le disaient, et qui en ont rapporté un sentiment tout autre.

Tout tient donc à la mesure du traitement. Le grand art du médecin consiste, en pareil cas, à bien reconnaître le point exact de saturation alcaline (1) qu'il convient de ne pas dépasser. A défaut de règle véritable, il faut se laisser guider par l'état général du malade, sa force de réaction, son âge, et spécialement ses antécédents de famille, la goutte acquise offrant une moindre résistance à l'action des eaux que la goutte héréditaire. Voici du reste comment je procède dans ma pratique personnelle.

Il est rare que je conseille Vichy plus de deux ou trois années de suite à un goutteux, lors même qu'il se trouve bien de ces eaux. Je préfère varier la médication en l'envoyant, par exemple, se retremper aux sources de Kissingen. Ces sources, par le fer, la magnésie et les chlorures qu'elles renferment, préviennent un trop grand appauvrissement du sang, et de plus, en vertu de leurs propriétés laxatives, elles déterminent un travail dépuratif que ne procure pas Vichy dont les eaux sont plutôt constipantes. Bien loin de compromettre ainsi le succès du traitement alcalin, Kissingen le complète et le consolide; d'ailleurs rien n'empêche de recourir à Vichy dès l'instant où la goutte revêt de nouveau les caractères de la diathèse urique.

M. Petit recommande aux goutteux qui quittent Vichy de continuer chez eux l'usage des préparations alcalines. C'est là sans doute une précaution utile, la diathèse urique ayant une déplorable tendance à récidiver. Quant à la nature de ces préparations, je préfère infiniment les eaux et les sels naturels de Vichy aux solutions artificielles de bicarbonate de soude.

Ce qu'il faut éviter avant tout dans le traitement de la goutte par les eaux de Vichy, c'est donc l'abus de la médication. Mais on a fait un reproche bien autrement grave à l'emploi même bien dirigé de ces eaux. On a dit : sans doute la goutte s'améliore à Vichy; seulement le goutteux est exposé par suite à mourir d'apoplexie. Et ce n'est pas là une de ces assertions banales comme des détracteurs systématiques en opposent quelquefois à des enthousiastes également exagérés. Non. C'est l'ancien inspecteur de Vichy, M. Prunelle, qui a lui-même jeté le cri d'alarme, non par des faits nettement articulés, mais par des propos vagues, des demi-confidences, que les goutteux commentaient ensuite à leur manière. En vain l'Académie de médecine, justement émue, l'invita à deux reprises différentes à s'expliquer sur une question qui intéresse à un si haut degré la santé publique, M. Prunelle laissa ce double appel sans réponses. Ce fut chose regrettable; il est des cas où parler est un devoir, et en médecine surtout, on n'insinue pas, on prouve. Or si, à défaut du témoignage direct de M. Prunelle, nous consultons celui de ses élèves ou du moins des médecins qui ont écrit sous l'impression de ses idées, nous ne trouvons rien qui justifie une accusation semblable contre Vichy. M. le docteur Finot cite, il est vrai, dans un travail d'ailleurs fort remarquable (2), plusieurs cas d'apoplexie cérébrale ou pulmonaire survenus chez des goutteux qui venaient de prendre ces eaux; mais, tout authentiques que soient ces cas, les déductions que l'auteur en tire me paraissent loin d'être concluantes.

Ce que nous venons de dire de l'emploi des eaux de Vichy dans le traitement de la goutte est également applicable aux eaux d'Ems qui ne sont que des eaux de Vichy mitigées; mêmes précautions et mêmes règles. Seulement comme leur action sur le système nerveux est beaucoup plus douce, vous les réserverez pour les constitutions délicates et irritables, chez lesquelles la douleur revêt souvent le caractère de la névralgie et qui n'offrent qu'à un faible degré les attributs de la diathèse urique. En général les femmes s'en trouvent mieux que les hommes. Ne pas oublier que l'absence de fer rend les eaux d'Ems plus promptement débilitantes que celles de Vichy.

Du reste, on peut établir en thèse générale que toutes les sources franchement alcalines, telles que Vals, Gleichenberg, Salzbrunn, Bilin et tant d'autres, sont indiquées contre la goutte articulaire tonique. Si je mentionne plus spécialement Vichy, c'est que ses eaux ont fait leur preuve et qu'elles ont été l'objet d'études cliniques mieux suivies, la chimie étant, en pareil cas, un guide beaucoup moins sûr que l'observation directe.

(*La fin au prochain numéro.*)

(1) L'examen des urines par le papier de tournesol est une très-sage précaution que M. le docteur Barthez a soin de ne jamais négliger, et dont il obtient les meilleurs renseignements.

(2) OBSERVATIONS SUR L'ACTION THÉRAPEUTIQUE DES EAUX THERMALES DE VICHY.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

(Suite.)

VII. GAZZETTA MEDICA ITALIANA (TOSCANA).

Les numéros des mois d'avril, mai, juin, juillet, août et septembre renferment les travaux originaux suivants : 1° *Sur les injections iodées dans le sac herniaire pour la cure radicale de la hernie réductible*; par M. Palamideni. (Il pense que ce moyen ne doit pas trouver grand appui dans l'opinion des praticiens.) 2° *Sur les cas de choléra traités à l'hôpital provisoire de Pise*; par M. Puccianti. 3° *Cas de contracture dans la grossesse*; par M. Burresi. 4° *Empoisonnement par le moyen des allumettes phosphoriques*; par M. Biscioni. 5° *De la fièvre miliaire typhoïde et de la vertu des antimoniaux pour la combattre*; par M. Jerpi. 6° *Réflexions critiques sur la prostatonymie proposée par M Santopadre*; par MM. Taruffi et Berti. 7° *Constitution épidémique qui a régné à Empoli en l'année* 1854; par M. Pandolfi. 8° *Ptyalisme critique survenu dans un cas de miliaire*; observation de M. Peyrani; réflexions par M. Ghinozzi. 9° *Sur les pneumonies qui ont régné à Certaldo au printemps de* 1854; par M. Masini. 10° *Sur les propriétés analeptico-nutritives des bouillons préparés selon les formules de Liébig, et sur leur usage en médecine*; par M. Fallani. 11° *Leçons de M. Bufalini, faites en mars* 1855; rédigées par M. Poggiali. 12° *Discours clinique sur le cancer*; par M. Rauzi. 13° *Ophthalmie d'Égypte; sel neutre d'acétate de plomb appliqué sur les granulations de la conjonctive palpébrale*; par M. Alessi. 14° *Remarques historiques sur les maladies qui ont régné dans la terre de Santacroce, d'octobre* 1850 *à octobre* 1850, *et réflexions sur l'état hygiénique de celle-ci*; par M. Checcucci. 15° *Histoire d'un spina bifida*; par M. Palamideni. 16° *Sur la miliaire qui a régné en* 1854 *au Pont à Cappiano*; par M. Tempesti. 17° *Descente des deux bras à la vulve; impossibilité d'exécuter la version; section du cou du fœtus; adhérence du placenta; phénomènes consécutifs; miliaire; guérison*; par M. Gallicani. 18° *Iléus rebelle à la suite d'une hernie inguinale*; par M. Valentin. 19° *Remarques sur le traitement du choléra*; par M. Fallani. 20° *Sur le pigment dans la rate, le foie et le sang*; par M. Tigri. 21° *Études microscopico-cliniques sur diverses substances employées communément comme cathérétiques et caustiques*; par M. Gamberini. 22° *Sur le charbon*; par M. Consolini. 23° *Formulaire réglé principalement sur les indications déjà déterminées pour le traitement du choléra*; par M. Fallani. 24° *Observations sur quelques produits hétéromorphes rencontrés dans le cerveau*; par M. Bartholozzi 25° *Des injections considérées comme méthode curative des tumeurs érectiles*; par M. Temperti. 26° *Sur le mode de préparation de l'iodure de potassium et de celui de sodium*; par M. Pollacci. 27° *Hémorrhagies utérines*; par M. Falcini.

CONTRACTURE DANS LA GROSSESSE; par M. BURRESI.

Il y a quelque temps, M. Trousseau a tracé l'histoire générale d'une maladie qu'il croit propre seulement aux nourrices et qu'il indique sous le nom de *contracture*. Comme cette affection spéciale est peu connue et ne se trouve pas décrite dans les traités de médecine, l'observation suivante ne sera pas sans utilité. Elle montrera que la maladie en question, loin d'être propre aux femmes qui allaitent, appartient encore à celles qui se trouvent dans l'état de grossesse.

OBS. — Une femme de 34 ans, de tempérament lymphatico-veineux, enceinte de six mois, avait été atteinte de pneumonie dans sa jeunesse, et, une année après, était devenue pour quelque temps chlorotique.

Depuis le commencement de sa grossesse, qui était la première, elle avait

joui de la plus parfaite santé, quand, sur la fin du cinquième mois, après avoir été mouillée en sueurs, elle fut frappée de contractures douloureuses qui se réveillaient seulement la nuit, durant plusieurs heures de suite, empêchant de fait le sommeil et qui, partant du sommet de l'épaule droite, descendirent en dedans et en debors du bras jusqu'au conde. Depuis, ces contractions descendirent plus bas et occupèrent l'avant-bras jusqu'au poignet, laissant libre le bras et l'épaule. Dans le même temps elles commencèrent à se faire sentir encore dans les parties correspondantes de l'autre membre thoracique, et un fourmillement envahit les deux mains. Enfin, les contractures, le fourmillement, la douleur se circonscrivent dans les deux poignets et les mains, et au lieu de se présenter seulement la nuit, comme dans le principe, continuèrent pendant le jour, devenant de temps en temps plus pénibles, les doigts restant dans une flexion presque continuelle, et la malade n'étant pas capable de soutenir avec les mains le plus petit poids.

Depuis près d'un mois que durait la maladie, la malade avait fait appliquer sur les parties douloureuses des liniments et des frictions sédatives et calmantes, et depuis que la contracture s'était portée au-dessous du conde, elle avait fait immerger l'avant-bras et la main dans des bains chauds soit simples, soit sulfureux, soit encore animés par le sénevé ; tout cela inutilement ; quand enfin, dans l'espérance de mettre un terme à de si vives souffrances, M. Burresi se souvenant du résultat obtenu jadis sur deux nourrices placées dans des conditions très-analogues, se décida à pratiquer une saignée, bien qu'il n'y eût aucune indication du pouls, qui était à l'état normal.

La ligature du bras suffit à provoquer dans la main une telle contracture spasmodique, que la douleur était devenue presque insupportable.

Il fut extrait environ 8 onces de sang, et peu d'heures après, toute contracture, toute douleur et fourmillement avaient parfaitement disparu, les mains reprenant la liberté de leurs mouvements et leur force habituelle.

ILÉUS OBSTINÉ, SUITE DE HERNIE INGUINALE ; par M. VALENTIN.

Les anciens, et avec eux la plus grande partie des chirurgiens anglais, admettent que l'étranglement de la hernie est formé simplement par les anneaux aponévrotiques. Scarpa, Dupuytren et beaucoup d'autres professent que le collet du sac herniaire est la cause efficiente de l'étranglement des viscères. Il y a des faits cliniques et des observations d'anatomie pathologique pour appuyer ces deux théories. Dans l'impossibilité de généraliser une méthode opératoire, il faut souvent se laisser guider par l'état morbide sous lequel se présente la hernie.

OBS. — Jeune homme de 21 ans, tempérament hernieux dans les premiers moments de la vie extra-utérine, spontanément guéri dans l'adolescence. Il fut, en 1853, après quelques fatigues disproportionnées à sa constitution, pris de hernie inguinale droite.

Le taxis étant resté inutile, on fit une saignée, des fomentations, à l'aide desquelles et une position convenable, la hernie rentra naturellement, et deux jours après le malade put retourner à ses propres affaires.

Le 3 janvier 1854, il partit par une nuit froide, mangea et but du vin pour résister au froid qui le tourmentait. Bientôt des douleurs abdominales se réveillèrent; il but des spiritueux ; dans le milieu du jour, la douleur allant croissant, la tumeur de l'année précédente reparut. Il fut contraint de s'arrêter après quelques milles.

Le chirurgien de la localité, après avoir tenté inutilement le taxis, fit une saignée du bras, ordonna des fomentations et un purgatif.

Sur le soir, vomissements jaunâtres, altération profonde, abdomen distendu et très-sensible, pouls petit, à 120. (Sangsues, onctions de belladone.)

5 janvier au matin. La tumeur herniaire rentre naturellement; mais, au lieu de cesser, les phénomènes morbides s'exaspèrent. Vomissements dans lesquels on trouve cinq ou six lombrics ; constipation opiniâtre. Tout ce que le malade boit est rendu. Un lavement purgatif irritant est rendu sans matière.

Le 11 janvier, à un vomissement prolongé avait succédé un hoquet très-pénible. Un lavement de tabac n'a pas plus de succès que les autres.

Dans cet état de choses, une foule de remèdes divers venaient à la pensée. C'était peut-être le cas de recourir à l'opération hardie de Dupuytren, d'autant plus qu'on sentait la tumeur bien prononcée à travers les parois abdominales.

On s'arrêta à donner le mercure métallique. On y était encouragé par l'exemple et les préceptes de Paré, de Mariano Santo, d'Hoffmann, de Morgagni, de P. Franck, etc.

Sur le soir du 11, on en donna donc 60 grammes au malade.

12. Le pouls est tranquille, le vomissement a cessé, On redonne 60 gram. de mercure métallique et on prescrit un bain général.

13. On donne 90 grammes de mercure.

15. Vomissement abondant de couleur verdâtre et d'odeur stercorale.

16. Un lavement de tabac amène quelques fèces, et il passe par le rectum une grande quantité d'air. (Bouillon de poulet; calomel et aloès.)

20. Après le lavement ordinaire de tabac, on obtient une abondante masse de matières dures liées ensemble par un épais mucus intestinal.

21. Infusion de manne, séné et sulfate de magnésie ; abondantes évacuations alvines. On y remarque une matière fine semblable à la poudre de café.

Depuis cette époque, les selles furent journalières et à l'état liquide. On ne put, malgré les visites régulières, y retrouver le mercure sous sa forme naturelle ; seulement de temps en temps on remarquait une poudre brune qu'on a considérée comme le médicament altéré par son long séjour dans le tube intestinal.

Convalescence longue.

3 mars. Le sujet est en état de reprendre ses occupations.

VIII. GAZETTA MEDICA ITALIANA (STATI SARDI).

Les numéros des mois d'avril, mai, juin, juillet, août et septembre 1855 renferment les travaux originaux suivants : 1° *Réponse aux questions proposées par le conseil central de la commission chargée de de recueillir les éléments d'une histoire du choléra-morbus qui a sévi récemment*; par M. Parola. 2° *Sur l'emploi thérapeutique interne et externe du chloroforme*; par M. Berruti. 3° *Revue obstétrique*; par M. Olivetti. 4° *De l'utilité de l'eau de Sales dans la scrofule*; par M. Bottini. 5° *Revue ophthalmologique*. (Suite.) 6° *Deux mois de clinique ophthalmologique en Toscane*; par M. Alessi. 7° *De la fièvre typhoïde qui a régné à Mentoue*; par M. Farina. 8° *Sur le choléra qui a régné à Racconigi*; par M. Salvolini. 9° *Nouvelle méthode de traitement de l'otorrhée*; par M. Jearsley. 10° *Nouvelle théorie de la phthisie tuberculeuse*; par M. Maschi. 11° *Du mouvement considéré comme remède très-utile contre diverses infirmités très-prononcées*; par M. Rotta. 12° *Fièvre intermittente guérie par l'emploi du phosphore*; par M. Poli. 13° *L'opium et le calomel dans les maladies de poitrine*; par M. Rossi. 14° *Sur la colique saturnine*; par M. Bottini. 15° *Histoire d'empoisonnement par la belladone*; par M. Fissore. 16° *Sur le traitement de quelques inflammations sans évacuation de sang*; par M. Rotta. 17° *Empoisonnement par l'acide sulfurique*; par M. Beuzi. 18° *Choléra-morbus pandémique en Piémont*; par M. Paolo.

EMPOISONNEMENT PAR LA BELLADONE ; par M. FISSORE.

OBS. — Homme de 30 ans, robuste, garçon de peine dans une pharmacie. Le 16 mai 1855, ayant introduit l'index dans l'extrait hydro-alcoolique de belladone en préparation dans le laboratoire jusqu'à la hauteur de la troisième phalange, croyant qu'il s'agissait de pulpe de casse ou autre chose semblable, il le lécha avec la langue et les lèvres de façon à avaler 50 à 60 centigrammes d'extrait à peine consistant comme un sirop épais. Quoiqu'il eût reconnu sa méprise au goût vireux qu'il sentit, il ne s'en inquiéta pas et continua pendant environ un quart d'heure son travail, non sans éprouver toutefois après quelques minutes un sentiment d'aridité du gosier qui l'engagea plusieurs fois à boire de l'eau. Peu à peu cette sécheresse devint très-pénible avec une soif de plus en croissante malgré ce qu'il buvait. Sensation de resserrement à la gorge et de nausée, vertiges, obscurcissement de la vue, perte des forces. Une demi-heure après, la vision était presque abolie, grande lassitude, anxiété, évanouissements, besoin pressant de dormir.

On lui donna une dose vomitive d'ipécacuanha qui resta sans effet et quelques cordiaux. On le transporta ensuite à l'hôpital sans qu'il eût conscience de lui-même et dans un état de léger délire gai.

Le malade se trouvant dans un grand état d'hyposthénie, on lui prescrivit une infusion de fleurs de tilleul avec acétate d'ammoniaque, dont cependant on ne put lui faire prendre que bien peu à cause de la dysphagie associée à un trismus invincible.

Plus tard, potion cordiale, composée d'eau de mélisse, de liqueur d'Hoffmann, etc.

Voici l'état du malade :

Décubitus dorsal, sommeil comateux dont il pouvait toutefois être tiré par des interrogations fortes et des secousses, connaissance presque perdue, immobilité des yeux et de la pupille qui est très-dilatée ; coloration rouge de la face, avec expression menaçante par intervalle ; secousses convulsives aux extrémités supérieures avec mouvements automatiques simulant l'acte de frictionner une allumette ; rire sardonique par intervalle ; pouls à 100 par minute, petit, serré. Lorsqu'on l'interroge et qu'on le secoue, on obtient rarement quelque réponse peu intelligible et qui rappelle le plus souvent l'usage qu'il fait du cigare et du vin. Ventre mou, dépressible, indolent. Aucune évacuation ni de fèces ni d'urine jusqu'alors.

Il s'agissait de vaincre le trismus. Avec des aides et beaucoup de force, on parvint à placer un coin de bois entre les dents. Quelques cuillerées de la mixture susindiquée, versées dans la bouche, furent rejetées, les efforts de déglutition que le malade paraissait faire ne pouvant aboutir. Le doigt introduit dans l'arrière-bouche trouva le pharynx contracté au point qu'on eut beaucoup de peine à introduire une sonde œsophagienne. On fit passer par la sonde trois bonnes cuillerées du liquide dans l'estomac.

On donne de l'eau glacée ; le malade est de plus en plus agité ; les muscles des bras se convulsent plus énergiquement ; la couleur de la face est plus prononcée, yeux injectés, délire gai, avec hallucinations et propos étranges, ridicules et sans suite ; la déglutition est évidemment douloureuse. La réaction étant bien établie, M. Fissore fait pratiquer une saignée copieuse de la jugulaire ; ce qui ne peut se faire sans que beaucoup d'aides contiennent le malade qui résiste furieusement. Peu après le malade se calme et tombe graduellement dans un assoupissement comateux semi-vigil.

Plus tard on pratiqua deux autres saignées du bras, et dans la nuit le ma-

lade qui n'avait pas uriné fut sondé ; on évacua une grande quantité d'urine.
Les symptômes s'amendèrent graduellement dans la nuit, au point que le matin le malade eut conscience de lui-même ; ses idées étaient confuses ; il se ressouvint de ce qui était arrivé jusqu'au moment où il fut transporté à l'hôpital. Il se plaignit d'un poids à la tête, d'incertitude dans la vue, d'aridité dans la gorge, de faiblesse et de pesanteur dans tout le corps ; la pupille était entièrement dilatée. Nouvelle saignée.
Dans la journée le malade urina spontanément et alla à la selle. Tous les symptômes de l'empoisonnement se dissipèrent spontanément, au point que le 25 il put sortir de l'hôpital parfaitement rétabli.

EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE SULFURIQUE ; par M. BEUZI.

M. Beuzi a recueilli dans le service de M. Borelli l'observation suivante d'empoisonnement par l'acide sulfurique, qui n'offre pas moins d'intérêt au praticien que l'observation précédente.

OBS. — Le 23 juillet au matin on transporta à l'hôpital un malheureux qui avait tenté de s'empoisonner pour un amour incompris. C'est un homme de 54 ans, marchand de billards, qui une demi heure auparavant avait bu 12 à 13 grammes d'acide sulfurique du commerce.
Convulsions des muscles de la face, yeux enfoncés dans les orbites, regard fixe, spasmes cloniques des muscles des extrémités supérieures et du dos, vomissements très-obstinés qui se renouvelaient toutes les deux ou trois minutes ; point de parole, facultés mentales saines ; il répondait par signes négatifs ou affirmatifs aux questions. Bouche entr'ouverte, lèvre inférieure tuméfiée, salive abondante coulant des commissures labiales, langue tuméfiée, blanchâtre, durcie, avec taches noires aux bords ; tuméfaction de toute la muqueuse buccale ; sensation de brûlure dans la bouche, le pharynx, l'œsophage et l'estomac. Les intestins ne semblaient pas encore touchés ; pouls presque imperceptible, sueur froide sur tout le corps. Solution de 10 grammes de carbonate de magnésie dans 300 grammes d'eau. Il ne put avaler qu'avec beaucoup d'effort environ 100 grammes de contre-poison. Peu d'instants après, nouveaux efforts de vomissement.
Plus tard, il prit encore 80 à 100 grammes d'antidote. Les vomissements reparurent, durèrent quatre ou cinq minutes et ne reparurent plus que le lendemain matin. Pouls plus large, cuisson plus forte le long du canal alimentaire ; douleur aiguë à l'estomac, sensation de resserrement au pharynx. Glace pilée pour l'usage interne, mais elle ne fut pas supportée ; salivation plus abondante.
24 juillet. Nuit agitée, efforts de vomissements, fièvre, déglutition difficile. Glace pilée et eau sucrée qui sont bien tolérées. Deux saignées.
25. Mieux. Saignée, lavement émollient, glace pilée et boissons tempérantes.
26. Mieux. Douleur de l'estomac et du ventre moins vive. Mêmes prescriptions.
27. Nuit tranquille, plus de fièvre.
28. Le malade parle et avale plus facilement. Il prend 30 grammes de sulfate de magnésie dans 400 grammes d'eau. Trois selles abondantes.
29. Il ne reste plus qu'une soif continue et un peu de salivation.
30. L'épithélium mucoso-buccal se détache. Lait d'amande ; collutoire au borate de soude ; panade légère.
5 août. Le sujet peut prendre des aliments solides.
Il sort guéri de l'hôpital le quinzième jour de l'accident.

IX. CORRISPONDENZA SCIENTIFICA IN ROMA.

Les numéros de mars, avril, mai, juin, juillet, août et septembre 1855 renferment les travaux originaux suivants : 1° *L'électrisation et l'appareil volta-faradique de Duchenne* ; par M. Cardona. 2° *Sur le traitement du choléra par l'hydrogène sulfuré* ; par M. Musilli. 3° *Sur la cause prochaine du choléra asiatique*. 4° *Sur la théorie de ceux qui nient le miasme palustre, font dériver les fièvres périodiques de soudaines ruptures d'équilibre de l'état thermométrique et électrique de l'atmosphère* ; par M. Derossi. 5° *Sur les modifications qu'a subies la quinine éliminée par les urines*. 6° *L'ammoniaque dans la respiration (réponse à MM. Fasoli et Della Torre)* ; par MM. Viale et Latini. 7° *Le bisulfate de quinine considéré au point de vue physico-chimique, thérapeutique et économique* ; par M. Ruspini. 8° *Sur le traitement des fièvres périodiques par l'électricité* ; par M. Derossi. 9° *Effets que peuvent produire sur l'économie animale les humeurs du crapaud altérées par des circonstances particulières* ; par M. Gavini. 10° *Sur la condition essentielle du choléra*. 11° *Un cas d'hydrophobie à Rome* ; par M. Derossi. 12° *Études d'électro-physiologie*. 13° *Sur un cas de volvulus* ; par M. Bastianini. 14° *Sur la véritable action dynamique des purgatifs* ; par M. Desiderio. 15° *Observations ultérieures sur les hydropisies du péricarde* ; par M. Baccelli. 16° *Sur l'efficacité du résinate de santonine dans la vermination* ; par M. Derossi.

EFFETS DES HUMEURS DU CRAPAUD SUR L'ÉCONOMIE ANIMALE ; par M. GAVINI.

C'est une opinion généralement répandue que le crapaud est venimeux. Les naturalistes l'admettent ; Buffon dit que le crapaud et les serpents peuvent se donner la mort l'un à l'autre par leur morsure et leur venin. Des expériences, faites récemment sur les animaux et lues à la Société de biologie par M. Vulpian, ont constaté le pouvoir venimeux du crapaud. L'observation suivante recueillie sur un enfant atteste de même l'action du venin du crapaud sur l'économie humaine.

OBS. — A la fin du mois de juin qui fut chaud et sec, un enfant de 6 ans, avec d'autres petits garçons, se mettait à poursuivre à coups de pierre un gros crapaud, quand il sentit subitement jaillir dans l'œil droit un je ne sais quoi. Depuis il fut pris de douleur spasmodique à cet œil même qui se montrait seulement un peu injecté de sang. Deux heures après environ, coma, bâillement continu, impuissance à tenir les paupières ouvertes, soubresants de tendons ; il porte les objets voisins à la bouche pour les mordre ; il émet fréquemment d'abondantes urines de couleur naturelle ; selles rares ; pandiculations, mains portées vers les organes génitaux ; aversion pour le manger et la boisson. Levé, l'enfant a une physionomie éminemment altérée, une agitation continue de la tête et des bras. Tantôt il se plaint, tantôt il crie ; ensuite il tombe dans le coma. Cet état dure deux jours ; puis on obtient des selles dans lesquelles se trouvent des lombrics.
Au sixième jour de la maladie, apathie, sorte de stupidité ; pouls régulier.
Après quelque temps de calme, il sort du lit et court comme un furieux dans la maison. Hurlements continuels, yeux injectés de sang, langue sèche, pouls régulier, chaleur du corps non fébrile.
Au dixième jour, il ne reste que stupeur et impuissance à parler, état qui persiste encore depuis deux ans.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

ADDITION A LA SÉANCE DU 5 MARS.

DE L'ACTION DE DIVERSES INFUSIONS VÉGÉTALES SUR DU SANG VEINEUX FRAÎCHEMENT SORTI DE LA VEINE ; INDICATIONS FOURNIES PAR CE MOYEN RELATIVEMENT A L'EXISTENCE D'UN ALCALOÏDE DANS LE VÉGÉTAL ; DÉDUCTIONS THÉRAPEUTIQUES ; par M. LE CLERC.

1° Le sang veineux traité, au moment de la sortie de la veine, par une infusion végétale ou par un extrait végétal quelconque, est un véritable réactif qui décèle instantanément la présence d'un principe alcaloïde dans le végétal.
J'ai fait à ce sujet beaucoup d'expériences, et ce matin encore j'ai traité du sang veineux par une infusion de noyer (*juglans regia*) mêlée d'un extrait de noyer. Aussitôt le sang a pris la teinte rouge.
Du sang veineux pris chez le même individu et mêlé à une infusion de tilleul a conservé la teinte du sang veineux.
Une foule d'autres infusions donnent invariablement le même résultat.
Le noyer n'a jamais été analysé, que je sache, ou du moins aucun chimiste n'en a encore retiré le principe actif que ce végétal renferme très-certainement.
2° Depuis le 29 décembre dernier, je conserve des flacons renfermant un mélange de sang veineux et de diverses substances, telles que :
Suc de belladone, extrait de belladone, atropine, extrait et infusion de datura stramonium, nicotine, infusion et extrait de tabac, brucine, infusion de noix vomique, strychnine, sulfate de strychnine, morphine, extrait gommeux d'opium, thridace, extrait de quinquina kalisaya, sulfate de quinine, eau de riz, eau d'orge, décoction de carotte, etc.
Le sang veineux a pris la teinte lie de vin au bout de quelques jours dans les flacons qui contiennent :
L'atropine, la brucine, la nicotine, la morphine, la strychnine, etc.
Puis la teinte lie de vin a presque complétement disparu aujourd'hui pour revenir à une teinte noire, semblable à celle que présente le même sang veineux conservé pur et à l'abri du contact de l'air.
Les flacons contenant la belladone et le stramonium sont les seuls dans lesquels le sang ait gardé invariablement la teinte rouge. Cette teinte n'est pas aussi foncée, aussi rutilante que dans les premiers jours de l'expérience ; mais elle est, chose remarquable, la seule qui soit restée d'un rouge très-prononcé.
Il y a aujourd'hui cinquante et un jours que je conserve ces flacons.
Après la belladone et le stramonium vient, mais d'assez loin, le flacon renfermant l'extrait de quinquina. Ce flacon présente encore une teinte un peu rougeâtre. Tous les autres flacons sont plus ou moins noirs.
— M. PUCHERAN adresse une NOTE SUR LES CARACTÈRES ZOOLOGIQUES DE QUELQUES ESPÈCES DE CÉTACÉS.
— M. SILBERMANN adresse une note sur les proportions physiques ou naturelles du corps humain exprimées en mesures métriques.

SÉANCE DU 10 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. BINET.

MÉMOIRE SUR LES PROPRIÉTÉS DU TISSU CICATRICIEL ET L'APPLICATION DE L'AUTOPLASTIE AUX BRIDES ; par M. JOBERT (de Lamballe).

(Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.)

PROPRIÉTÉS DU TISSU CICATRICIEL. — On est dans l'habitude de refuser à ce

tissu toute sensibilité et on admet qu'il est doué d'une propriété de resserrement ou de rétractilité extraordinaire. Cette opinion, basée sur ce que sa section sur le vivant, les piqûres, les torsions, les pincements et les températures différentes n'y développent aucune sensibilité, est généralement admise, et pendant longtemps je l'ai partagée avec tous les auteurs qui ont écrit sur cette matière. Mais de nouvelles expériences auxquelles je me suis livré à propos de l'application de l'autoplastie aux brides, m'ont conduit à des résultats tout à fait opposés à ceux que le temps avait sanctionnés jusqu'à ce jour.

Il résulte de ces recherches que le tissu cicatriciel est sensible, et que son apparente insensibilité n'est que le résultat de sa rétractilité. Il suffit, pour le démontrer, de la placer dans d'autres conditions et de lui donner de la souplesse, en faisant cesser le tiraillement dont il est l'objet. C'est à quoi l'on parvient en transplantant dans son centre un lambeau emprunté aux parties voisines et que l'on aura soin de détacher complétement pour que l'expérience soit tout à fait concluante. Aussitôt que le lambeau et les lèvres du tissu cicatriciel seront confondus, on reconnaîtra facilement l'existence de la sensibilité. Cette sensibilité qui se développe avec la cessation du tiraillement, est-elle due à un changement de vitalité? Rien ne porte à le croire, et n'est-il pas plus logique, et partant plus rationnel d'admettre que des nerfs, dont la présence était ignorée, existent pourtant à l'état rudimentaire, et qu'ils se forment de la même manière que les vaisseaux.

Ces résultats m'ont donné l'explication de certains phénomènes dont j'avais essayé de me rendre compte à une époque antérieure : je veux parler de ces sensations de prurit dont les cicatrices sont fréquemment le siége, et de ces vives douleurs que ressentent particulièrement les anciens militaires porteurs de cicatrices, sous l'influence des variations de température, de l'électricité répandue dans l'air ou d'autres agents extérieurs.

Il ressort des considérations précédentes et de l'examen anatomique du tissu cicatriciel que sa vitalité est peu développée; mais, si la rareté des vaisseaux sanguins est un obstacle à l'apparition de l'inflammation, des éruptions, de l'érysipèle, etc., d'un autre côté, c'est probablement à cette même cause que sont dues les ulcérations qui se développent et deviennent promptement désorganisatrices.

Je ne m'arrêterai pas plus longuement sur ce point intéressant de la science, mon but étant surtout, dans ce qui me reste à dire, d'examiner comment les idées qui précèdent peuvent trouver leur application dans le traitement des cicatrices difformes.

Autoplastie des brides. — Pendant longtemps on s'est proposé d'allonger les brides pour faire disparaître les difformités auxquelles leur action de resserrement donnait lieu. Cette action rétractile détruisait rapidement l'effet de tout agent mécanique. Ce procédé doit être rejeté, tant à cause des douleurs qu'il occasionne, que parce que son emploi n'est justifié par aucun succès. Bientôt s'est présentée l'idée de détruire ta bride en ta divisant, afin d'allonger les parties vicieusement déformées. Ce mode opératoire obtient généralement un résultat immédiat; mais il ne présente pas de garanties suffisantes à cause de l'inflammation et de la suppuration qui s'établissent à la surface de la plaie; il se forme un tissu inodulaire plus résistant que le premier, et la bride prend plus de force et d'épaisseur. Pourtant il peut arriver que l'inflammation soit si faible et la suppuration si peu abondante, que, les lèvres de la plaie se cicatrisant isolément, la guérison devienne définitive.

Delpech a proposé *d'extirper* la totalité des brides et d'opérer la réunion des lèvres de la plaie par la suture. Ce procédé, fondé sur la connaissance exacte de la nature du tissu des cicatrices, diminue les chances de récidive et a été plusieurs fois employé avec succès. Il n'est pas cependant applicable à toutes les difformités cicatricielles : il y aurait un vrai danger à y recourir pour une large cicatrice; on peut craindre une inflammation grave et la récidive.

Préoccupé des accidents sérieux que cette méthode a quelquefois entraînés, je me suis demandé s'il n'y aurait pas d'autre moyen de combattre cette rétractilité du tissu inodulaire, et j'ai songé à l'application de l'autoplastie aux brides. J'ai pensé à réparer la perte de substance par une addition de parties molles empruntées au voisinage et transplantées au milieu du tissu inodulaire. Mes prévisions se sont réalisées, et j'ai vu le tissu cicatriciel cesser ses tiraillements sur les parties environnantes, les mouvements articulaires se rétablir, et la sensibilité renaître dans les lieux où elle semblait éteinte pour toujours.

Au premier abord, on serait tenté de croire qu'un lambeau transplanté au milieu du tissu cicatriciel ne devrait pas y prendre racine à cause du peu de vitalité de ce dernier. Mais l'expérience a prouvé que la greffe animale se réunit aussi bien au tissu cicatriciel divisé qu'aux autres tissus. C'est un fait remarquable que ce travail ne donne lieu à aucun excès d'inflammation et se maintient dans de justes limites. Je passe sous silence les détails de l'opération, pour arriver au pansement et à la réunion.

On doit: 1° enlever avec de l'eau le sang de la surface de la plaie; 2° coucher le lambeau dans la rigole saignante; 3° pratiquer la suture entrecoupée, en commençant par le sommet du lambeau, l'angle correspondant de la plaie de la bride, et terminant par les côtés des surfaces saignantes; 4° comprimer doucement le lambeau avec les doigts, en versant de l'eau à sa surface; 5° pratiquer le pansement avec un linge enduit de cérat et des compresses trempées dans l'eau froide.

L'opéré doit user d'une extrême prudence jusqu'à la section du pédicule qui ne doit être pratiquée que lorsque le lambeau a pris racine dans son nouveau domicile. Il faut attendre qu'il y ait communauté de vitalité entre les surfaces. Il s'écoule peu de sang par cette section, qui permet aux deux parties de la greffe de s'éloigner immédiatement l'une de l'autre : on découvre alors une partie saine de peau ou de tissu cicatriciel que le lambeau recouvrait. Les deux lèvres saignantes, après s'être écartées, se gonflent, se tuméfient et se recouvrent d'une cicatrice. Après la section du pédicule, celui-ci se rétracte, s'atrophie; il n'en reste qu'un petit mamelon, rougeâtre d'abord et blanchâtre ensuite. Le lambeau se rétracte vers son nouveau domicile, et ta peau du pédicule se cache dans l'angle correspondant de la plaie faite à la bride. La saillie que forme d'abord le lambeau, s'affaisse, et une ligne rougeâtre indique ses limites avec les parties voisines; il s'arrondit, et gagne en largeur ce qu'il perd en longueur. Je n'ai jamais vu ce lambeau s'hypertrophier, et il y a toujours eu adhésion entre lui et la bride divisée. Aucun changement appréciable ne se manifeste avant la section du pédicule; mais lorsqu'elle a été pratiquée, la difformité disparaît, les tiraillements cessent, la partie inclinée se redresse et reprend son attitude.

A l'appui des faits que je viens de poser, je citerai en quelques mots un fait remarquable de guérison obtenue par cette méthode. Il s'agit d'une jeune fille qui, à la suite d'une brûlure, eut une inclinaison vicieuse de la tête et du cou, produite par une large et forte bride.

Le côté droit de la figure, du cou, de la poitrine, et le bras droit avaient été le siége d'une brûlure que je rapporte au troisième degré, suivant la classification de Boyer, au quatrième suivant celle de Dupuytren. La suppuration dura dix-huit mois et fut extrêmement abondante.

Le 6 mars 1855, elle entra à l'Hôtel-Dieu dans mon service. Sur la partie latérale gauche du cou existait une bride saillante, de la forme d'un triangle, s'étendant de la partie inférieure du visage à la partie supérieure du thorax. Elle était rougeâtre, tout à fait insensible; son épiderme était mince, rugueux, luisant. Elle était fortement tendue, très-épaisse et forçait la tête et le cou à s'incliner sur le cou et l'épaule. La face était asymétrique. La longueur du tissu cicatriciel, y compris ta bride, depuis la pommette jusqu'à la poitrine, était de 19 centimètres.

Cette jeune fille avait été opérée le 25 septembre 1849 par un médecin qui, après une incision transversale habilement pratiquée, avait essayé de maintenir le cou dans l'extension. Il n'obtint qu'une amélioration momentanée.

Le 20 avril, je pratiquai l'opération d'après mon procédé.

Le 28 mai, je fis la section du pédicule, et le 24 juin la malade quitta l'hôpital.

Avant l'opération, la tête était tout à fait inclinée sur l'épaule et portée en peu en avant; l'angle de la mâchoire n'était distant de la partie moyenne de la clavicule que de 8 centimètres.

Le 15 septembre, j'examinai la malade: la tête était droite et l'inclinaison facile; la distance de l'angle de la mâchoire gauche à la partie moyenne de la clavicule, dans l'inclinaison un peu forcée, était de 17 centimètres. Le seul mouvement de rotation à droite était encore limité. Tout le tissu cicatriciel avait pris de la souplesse; la sensibilité y était très-développée; le lambeau était de niveau avec les tissus circonvoisins; un soulèvement à peine sensible s'observait à l'endroit où le pédicule avait été coupé; le lambeau avait 4 centimètres et demi dans son diamètre vertical et 3 dans le transversal; il était éloigné de 5 centimètres et demi du lieu où il avait été pris.

Depuis longtemps la chirurgie plastique a prouvé qu'on pouvait obtenir des résultats extraordinaires dans les réparations du corps humain.

L'observation dont l'Académie a bien voulu entendre la lecture, démontre comment la science réparatrice peut conduire le chirurgien à des applications propres à éclairer certains points de physiologie et d'anatomie.

Elle a dévoilé la sensibilité dans un tissu réputé insensible, en faisant ressortir cette propriété par la seule application de ta greffe animale.

Elle fait voir aussi combien étaient peu fondées les idées de Delpech qui, persuadé de la constante rétractilité du tissu inodulaire, avait proposé comme règle d'en faire l'extirpation. Pendant longtemps aussi, j'ai cru que c'était le seul moyen pour arriver à la guérison : j'ai dû renoncer à cette opinion en présence des résultats obtenus. Ce grand pathologiste n'avait vu que le fait et ne s'était pas demandé s'il existait un moyen de s'opposer à cette influence rétractile.

L'observation précédente vient confirmer les principes que j'ai posés et donner une sanction nouvelle à des vérités pratiques que l'expérimentation et l'observation ont mises en évidence.

ÉTUDES SUR LES DIVERS LIQUIDES DIGESTIFS DE L'ÉCONOMIE ANIMALE.

M. Jules Cloquet, en présentant un mémoire de M. Longet, s'exprime en ces termes :

M. Longet, qu'une douloureuse maladie retient chez lui depuis plusieurs semaines, m'a prié de communiquer en son nom à l'Académie un mémoire qui est extrait d'un travail plus étendu et intitulé : Études expérimentales et critiques sur les divers liquides digestifs de l'économie animale, travail dont il se propose de soumettre les principaux résultats à l'Académie, avant leur publication dans le second volume de son Traité de physiologie.

Le nouveau mémoire de M. Longet, dont je vais faire connaître les conclusions, et qui présente un grand intérêt à la fois sous le rapport chimique et sous le rapport physiologique, porte le titre suivant : Du sulfocyanure de potassium considéré comme un des éléments normaux et constants de la salive.

Voici les conclusions par lesquelles M. Longet termine ce mémoire :

« 1° Le sulfocyanure de potassium qui, d'après l'opinion la plus généralement admise, n'existerait pas normalement dans la salive de l'homme, mais

s'y développerait sous certaines influences fortuites, on même dont l'apparition serait liée à un état pathologique, doit, au contraire, être considéré comme un des principes normaux et constants de ce fluide.

» 2° Il se rencontre non-seulement dans la salive mixte ou buccale, mais aussi dans la salive parotidienne et dans les salives sous-maxillaire et sublinguale.

» 3° Sa présence caractérise en quelque sorte la sécrétion salivaire; car la sueur, l'urine, les larmes, le liquide céréhro-spinal, le sérum du sang et la sérosité provenant de vésicatoires, ne m'ont jamais donné aucune trace de sulfocyanure; il en a été de même du fluide pancréatique pris chez le mouton et le bœuf.

» 4° Ce sel existe dans la salive en proportions variables, mais toujours très-petites; ces variations ne dépendent ni de l'âge, ni du régime, ni d'états particuliers du système nerveux, mais seulement du degré de concentration du liquide salivaire.

» 5° Avec un trop grand état de fluidité de la salive, succédant à une excrétion très-abondante, le sulfocyanure peut devenir inappréciable aux réactifs, mais dans ce cas il suffit de concentrer le liquide salivaire par une évaporation lente, pour obtenir constamment la réaction caractéristique de la présence du sulfocyanure, comme je l'ai observé dans le pyrosis et les salivations mercurielles.

» 6° L'état sain ou morbide des dents n'a aucune influence sur la présence ou l'abondance de ce produit, qui d'ailleurs se retrouve aussi chez les personnes absolument dépourvues de dents.

» 7° Le sulfocyanure ne résulte pas non plus, comme on l'avait avancé, d'une altération spontanée de la salive.

» 8° Pour l'isoler comme je l'ai fait, il importe d'analyser de préférence la salive d'individus à jeun.

» 9° De tous les persels de fer, le perchlorure est le meilleur réactif pour déceler la présence du sulfocyanure dans la salive; il donne à ce liquide, suffisamment concentré, une belle coloration rouge de sang.

» 10° Aucune autre substance organique ou inorganique, contenue dans la salive, ne donne lieu avec le perchlorure de fer, à la même réaction que le sulfocyanure: c'est à tort qu'on a rapporté la précédente coloration à la présence d'acétates alcalins dans le fluide salivaire. » (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

SUR LES PROPORTIONS DU CORPS HUMAIN; par M. SILBERMANN.

Des recherches statistiques et de nombreux calculs auxquels s'est livré l'auteur, il résulte que la taille moyenne de l'homme est de 1 m. 641, et celle de la femme de 1 m. 559; la différence est de 0 m. 082.

— M. Oré (de Bordeaux) annonce l'envoi prochain d'un travail sur les fonctions du foie, et indique dans les termes suivants un des résultats auxquels il est arrivé dans le cours de ses recherches:

J'ai voulu, dit-il, me rendre compte de l'influence qu'exerce la veine porte sur la sécrétion biliaire. Je suis parvenu à oblitérer à volonté le tronc de cette veine et à empêcher par conséquent le sang qu'elle renferme d'arriver au foie. Malgré cette oblitération, les animaux ont continué à vivre, et la sécrétion biliaire a continué à se faire.

— La section de médecine et de chirurgie déclare, par l'organe de son doyen, M. Serres, qu'il y a lieu d'élire pour la place vacante dans son sein par suite du décès de M. Magendie.

L'Académie est consultée par la voie du scrutin sur cette proposition. Sur 41 votants, il y a 39 oui et 2 non.

En conséquence, la section de médecine et de chirurgie est invitée à présenter dans la séance prochaine une liste de candidats.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 18 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie:

1° Les derniers rapports de M. Danvin, médecin des épidémies de l'arrondissement de Saint-Pol, sur les épidémies de fièvre typhoïde et de diphthérite qui ont régné en 1855 et 1856 dans les communes de Noyelle-les-Humières et de Monchy-Breton.

2° Les tableaux des épidémies qui ont régné en 1855 dans les départements du Morbihan et de la Gironde.

3° Un rapport de M. Dusouil, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Melle, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Loubigué. (Commission des épidémies.)

4° Plusieurs communications relatives à des remèdes secrets (Commission des remèdes secrets et nouveaux).

Le ministre de la guerre adresse à l'Académie un exemplaire de la dixneuvième livraison de la carte de France.

— La correspondance non officielle comprend:

Une note complémentaire d'un précédent mémoire sur le traitement du typhus, par M. Cambay, médecin en chef de l'hôpital militaire de Péra. (Commissaires: MM. Mélier, Bégin, Michel Lévy.)

Une note sur quelques propriétés différentielles des courants d'induction de premier et de second ordre, par M. le docteur Duchenne (de Boulogne). (Commissaires: MM. Bérard, Poiseuille et Bouvier.)

Une réclamation de M. Aug. Mercier, relative au prix d'Argenteuil. (Renvoi à la commission du prix d'Argenteuil.)

Un pli cacheté contenant l'énoncé des recherches entreprises sur un nouveau moyen d'auscultation, pour apprécier la nature et le degré des forces organiques chez l'homme, tant à l'état de santé qu'à l'état pathologique, par M. le docteur Collongues (de Montpellier). Ce dépôt est accepté.

Une lettre de M. le docteur Da Costa, de Rio-Janeiro, ayant pour but de rectifier les assertions émises par M. Peixoto, dans la lettre que ce médecin brésilien a adressée à l'Académie.

M. BUSSY, président, annonce qu'à quatre heures l'Académie se formera en comité secret pour entendre la lecture du rapport de la section de chimie et de physique médicale sur le classement des candidats à la place vacante dans cette section.

M. le président prévient aussi l'Académie qu'elle devra procéder à la nomination d'une commission de onze membres, chargée d'indiquer les sections où il y a lieu de déclarer des vacances.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le traitement des ophtalmies par l'occlusion.

DU TRAITEMENT DES OPHTALMIES PAR L'OCCLUSION.

M. BOUVIER: Voltaire a dit quelque part que « nous médecins, nous guérissons infailliblement les maux qui se guérissent d'eux-mêmes. » Cela ne veut pas dire que Voltaire ne croyait pas à l'utilité de la médecine; il a élevé très-haut ailleurs les services qu'elle rend à l'humanité. Mais il croyait surtout à l'hygiène et à la nature. Vous penserez sans doute comme moi qu'il n'avait pas tout à fait tort. Les faits intéressants qui nous ont été communiqués par notre collègue, M. Bonnafont, en seraient au besoin une nouvelle preuve.

Sur 18 cas d'ophthalmie aiguë avec ou sans inflammation de la cornée et de l'iris, avec ou sans ulcères ou obscurcissement de la cornée, avec ou sans chémosis, avec ou sans sécrétion purulente de la conjonctive, sur 18 cas de ce genre, il y a eu 18 guérisons.

Et quel moyen M. Bonnafont a-t-il employé? Il a tout simplement fermé les yeux à ses malades.

Ce sont là assurément des résultats d'une portée beaucoup plus grande qu'on ne se l'est peut-être imaginé au premier abord.

Notre éminent collègue, M. le professeur Velpeau, vous a dit, et avec raison, que l'œil était une miniature, un abrégé de toute l'anatomie humaine. J'ajouterai que, par une conséquence naturelle, les maladies des yeux sont aussi une sorte d'abrégé de toute la pathologie.

Ce qui se passe dans l'œil doit se passer aussi dans les profondeurs de l'organisme. Par les phénomènes morbides de l'appareil visuel, que nous voyons à nu, nous pouvons juger des phénomènes morbides les moins accessibles à nos sens.

A ce point de vue, les guérisons de M. Bonnafont ont un argument considérable en faveur de la médecine expectante, du traitement hygiénique des maladies ou de la méthode dite *naturelle*.

Puisque des phlegmasies oculaires graves ont guéri par le simple repos fonctionnel de l'organe, par la *diète* de la lumière, par la seule précaution de couvrir l'œil de son voile naturel, ne doit-on pas s'attendre à voir des pleurésies, des pneumonies, des hépatites, des métrites, des fièvres aiguës, etc., céder de même à la seule influence du repos et de la diète d'aliments?

Certainement, c'est là une méthode fort ancienne; elle remonte au moins à Hippocrate, à qui Asclepiade reprochait déjà de réduire la thérapeutique à une *méditation sur la mort*. Mais on conviendra que la méthode hippocratique n'est pas celle qui inspire généralement le plus de confiance. La médecine agissante lui est préférée de beaucoup dans la pratique. M. Bonnafont vous a fait voir qu'on pouvait étendre le champ de l'autre médecine, de celle qui sait se passer de médicaments, de remèdes perturbateurs, actifs.

Cela posé, le point essentiel maintenant, c'est de savoir à quelles limites il faut s'arrêter dans cette voie.

M. Bonnafont, frappé des succès de sa méthode, ne voit pour ainsi dire pas de bornes à son emploi; du moins, il n'y admet que de rares restrictions; encore semble-t-il les regarder comme provisoires.

Telle n'a pas été la manière de voir des orateurs qui ont jusqu'ici pris la parole. Tous ont pensé qu'il fallait faire la part de la méthode par occlusion; tous se sont attachés à délimiter son action, à fixer les cas où son insuffisance doit faire recourir à des méthodes plus actives.

Je viens, à mon tour, vous remettre en mémoire quelques faits propres à jeter du jour sur cette question.

Ces faits, je les emprunte presque uniquement à ce que nous savons des effets de l'occlusion naturelle. Deux orateurs vous ont déjà parlé de cette occlusion naturelle; M. Larrey nous l'a présentée comme principe servant d'appui à l'occlusion artificielle; M. Velpeau, comme preuve de l'inefficacité du traitement par occlusion. Je tiendrai une sorte de milieu entre ces deux doctrines opposées.

Je distinguerai d'abord trois sortes d'occlusion naturelle des paupières: l'occlusion physiologique ou fonctionnelle, l'occlusion volontaire, l'occlusion pathologique.

Le sommeil fournit le type de l'occlusion fonctionnelle; or, cet état favorise en général la guérison des ophthalmies. Il y a trois cents ans, Fallopio,

que nous appelous *Fallope*, disait déjà : « Un long sommeil est excellent dans les maladies des yeux ; car le sommeil est le véritable repos des yeux. *Somnus longus optimus est in affectibus oculorum; nam somnus est vera oculorum quies.* » Qui n'a vn des coujonctivites, légères à leur début, disparaître du jour an lendemain par le repos de la uuit? Cependant, quand le mal est plns grave, cette occlusion le modifie fort peu, et il est même digne de remarque que, dans nos ophthalmies de l'hôpital des Enfants, les petits malades ont plus de photophobie et d'injectiou conjonctivale le matiu, a leur réveil, que l'après-midi. Cela se voit aussi, dans certains cas, cbez les adultes. Ce genre d'occlnsion ne serait donc pas toujonrs également avantageux. Mais le sommeil ue produit qu'une occlusion temporaire, intermittente; il s'accompagne de la position horizontale, de certaines modificatious fouctionnelles, qui ajoutent leur iufluence à celle de l'occlusion. Par tons ces motifs, on ne peut complétement assimiler ses effets à ceux du traitement par occlusion proprement dit.

L'occlusion volontaire est rarement le principal moyen de guérison des ophthalmies. Voici pourtant nn fait dans lequel j'ai pu observer ses effets.

Un monsieur de ma connaissance fut atteint, il y a treute ans, d'une inflammation de la cornée et de l'iris. Fatigué de l'inutilité de divers remèdes, il coudamna ses yeux, peudant quinze ou vingt jours, à nn repos presque absolu, se lint dans l'obscurité, les paupières fermées, une grande partie du jour. Cette occlusiou, nou permauente à la vérité, u'amena point de chaogement. L'ophthalmie céda à des moyens plus actifs, sans laisser de trace apparente de sou existence. Mais l'appareil visuel a conservé depuis nne sensibilité exagérée, qui l'exposerait à de fréquentes rechutes, sans l'usage habituel fait de l'occlusion. Après toute fatigue, toule irritation de l'œil, il ferme volontairemeut les paupières peudaut plusieurs heures chaque jour, daus son appartement, en voiture, et même en marchant dans les lieux écartés. L'organe reconvre ainsi son aptitude fouctionnelle. Il la recouvre anssi quelquefois saus l'occlnsion, par le seul effet d'une excitation générale, physique on morale; les causes débilitautes aggravent au coutraire le mal. Il y a quelques années, il survint nne nouvelle ophthalmie, moius grave que la première; l'occlusion se montra encore impuissante, comme la première fois. En eût-il été antremeut avec le bandage de M. Bonnafont? Cela est possible; l'occlusion eût éte plus constante. Aussi ne veux-je pas arguer de ce double insuccès coutre la méthode de notre honorable collègue. Je cite ce fait ponr moutrer, an contraire, les avantages de l'occlusiou, quaud il s'agit de prévenir une ophthalmie imminente, d'arrêter ses premiers symptômes.

Je suis convainco que la personne dont je viens de parler a évité par ce moyeu, depuis trente ans, de nombreuses récidives de son ophthalmie. Ce n'est, à mon avis, que dans des cas particuliers que l'on peut se hien trouver de laisser l'œil exposé à l'air et à la lumière, comme cela est arrivé à M. Velpeau. Encore cette exception embrasse-t-elle vraisemblablement des cas heaucoup plns nombreux que nntre savant collègue ne paraît le croire, parce que les malades qu'il a traités en leur laissant les yeux onverts out dû plus d'une fois lui jouer le tour de recourir instinctivement à l'occlusion voloutaire des panpières.

La nature, on l'a déjà dit, a devancé M. Bonnafont. Elle pratique, de temps immémorial, l'occlnsion dans les maladies des yeux; c'est là l'*occlusion pathologique*.

Cette occlusinu est de deux sortes. L'une est forcée, violente, je dirais presqne convulsive. Toute la face est coutractée et attirée vers les paupières. Il y a des alternatives de contractiou et de relâchement, un clignement, comme on dit, et par couséquent des frottements, des pressious répétées sur les parties enflammées. Si ce genre d'occlusion ne paraît pas influer favorablement sur la marche de la maladie, je ne crois pas qu'on eu puisse rien couclure contre l'occlusiou produite par l'art, qui agit tout différemmeut, qui tend à immobiliser l'œil et à faire cesser le spasme des paupiéres.

Mais il est nne antre forme d'occlnsion pathologique; elle consiste en une contractiou donce, égale, uniforme; elle amèue simplement les paupières an contact, comme dans le sommeil, et elle les maintient indéfiniment dans cet état par l'équilibre qui s'établit entre les dilatateurs et les constricteurs de l'ouverture palpétrale. Les paupières ne *clignent* pas alors, parce que leurs muscles n'oscillent pas plus qne le sphincter anal, dans le resserrement normal de l'extrémite inférieure du rectum.

Ce second mode d'occlusion pathologique me paraît tout à fait comparable à l'occlusion produite par l'art et son influence sur la marche des ophthalmies pent, ce me semble, couduire à mieux apprécier ce qu'on doit attendre de l'occlnsion artificielle.

C'est surtout dans l'enfance qu'on observe ce genre d'occlnsion. Ou a fait depuis lougtemps la remarque que les eufants pris d'ophthalmie avaient bien plus souvent les yeux fermés que les adultes. M. Velpeau a même puisé autrefois dans cette circonstance nn des principaux caractères différentiels de certaine ophthalmies de l'adulte et de l'enfant.

Mais il y a plns : cette dispositiou particulière dn premier âge donne lieu à une forme d'affectiou oculaire presque exclusivement propre à l'enfance, et que nous voyons journellement à l'hôpital des Enfants. Les traités classiques en fout à peine mention, et je suis surpris que les élèves qui passent chaque année par notre hôpital n'aient pas encore songé à la prendre pour sujet de thèse. Cependant cette affectiou a été décrite dès 1823, par Bénédict, dans nn ouvrage allemand sur l'ophthalmologie. Cet auteur l'appelle *photophobie scrofuleuse des enfants*, parce que l'état inflammatoire est si peu marqué que la photophobie semble constituer toute la maladie.

Cette affectiou, qui n'atteint pas seulement les scrofuleux, est pour moi, comme pour Mackensie, une conjonctivite légère, catarrhale, occupant surtout les paupiéres et présentant pour caractère spécial une photophohie hors de proportion avec les autres symptômes. Mou savant confrère et ancien camarade, M. Mirault (d'Angers), y a vu une affection de la rétine, et cette opinion a été récemment reproduite par M. Bouchut, à l'occasion d'nn fait de cette nature qu'il a observé à l'hôpital Sainte-Eugénie.

Les enfants, ordinairement très-jeunes, qui sont affectés de cette espèce d'ophthalmie, restent des jours entiers, des semaines, des mois méme, immobiles, les yeux fermés, la face collée sur leur oreiller, sans effort des paupiéres, sans clignement, dans les mêmes conditions, en un mot, que celles où les placerait l'occlusion artificielle.

Cette oculusiou naturelle des paupiéres paraît favorable à la guérisou; la maladie se dissipe ordinairement d'elle-même, sans aucnn traitement, et il est douteux qu'il en fût ainsi si l'on s'obstiuait à maintenir les yeux ouverts. Je couviens que le remède est lent, qu'on abrége même quelquefois la durée du mal par des médications actives; mais eu général, elles ont peu de prise sur cette affection. Aussi, les règles de traitement prescrites par Bénédict, celles qu'on suit à l'hôpital des Enfauts, sout-elles des plus simples. S'occuper de l'état général des sujets, combattre les complicatious, s'il en existe, éloigner les causes occasionnelles de la maladie, si l'on en connaît, s'abstenir d'applications locales, se horner à préserver l'enfant d'une trop vive lumière et à surveiller les symptômes, afiu d'agir si le mal venait à chauger de nature : telle est la marche généralement adoptée dans cette circonstance. C'est la méthode naturelle, c'est le traitement hygiénique de M. Bonnafont. C'est le triomphe de l'occlusion, comme dans les guérisons de nntre honorable collègue.

La kératite, dépendant de la scrofule ou d'autres causes, s'accompagne aussi, chez les petits enfants, de photophohie et d'nne occlusiou des paupières, analogue à celle dont je viens de parler. Mais ini l'effet n'est plns le même. Si l'ou se horne aux soins hygiéniques, au traitement interne, la maladie entraîne trop sonvent, malgré l'occlusion prolongée des yeux, l'opacité ou la perforation de la cornée et l'affaiblissemeut on la perte de la vue. Il est, je crois, rationnel de penser *à priori* que le handage à occlusion ne serait pas plus efficace dans ce cas.

Les enfants plus âgés, affectés de kératite, se rapprochent des adultes an point de vue de l'occlusion des panpiéres. Suivant le degré de la photophobie, ils tiennent les yeux entr'ouverts ou font de grands efforts de contractiou des paupières. L'occlnsiou artificielle les place évidemment dans d'autres conditions. Depnis la communicatiou de M. Bounafont, j'ai cherché à recounaître sur trois malades si ces conditions étaient de nature à hâter la guérison.

Ces enfants étaient trois filles âgées de 6 ans, 11 ans et 12 ans, plntôt d'un tempérament scrofuleux qu'atteints de scrofules proprement dit. Leur maladie avait deux mois, trois ans et un an de date. Chez toutes trois, une kérato-conjonctivite aiguë était entée sur une inflammation chronique. La cornée était obscurcie dans les trois cas, ulcérée dans un seul. Le baudage de M. Bounafout fut appliqué et reuouvelé tous les deux on trois jours chez deux malades. Il dut être réappliqué tous les jours à la plus jeune, qui le dérangeait chaque nuit. Après cinq jours de ce traitemeut ches les deux filles les moins âgées, après dix jours chez la plus grande, les yeux étaient dans le même état qu'auparavant. Deux de ces enfants avaient les paupières rouges et un peu plus enflammées par suite du frottement et de la pression des pièces de l'appareil.

Je n'ai pas continué ces essais, dont le début était peu encourageant. Ils ont pen de valeur par eux-mêmes; mais si on les rapproche de l'insuffisance de l'occlnsion naturelle des paupiéres pour la guérison de la kératite des petits enfants, ou sera disposé à admettre que l'inflammatiou scrofuleuse de la cornée, dans l'enfauce, réclame uu traitement plus actif.

L'ophthalmie purulente est, comme on le sait, en permanence à l'hôpital des Enfants-Trouvés, et, de plus, elle s'y développe fréquemment sous forme épidémique. Depuis nne quarantaine d'années que ce fait a été signalé par Mougenot et Jodelot, des travaux importants ont éte publiés d'après les observations recueillies dans ces établissements. Il me suffira de rappeler les écrits de MM. Dequevauviller, Chassaignac, la thèse de M. Poincarré.

M. Bonnafont conserve des doutes sur les effets de l'occlusion dans cette espèce d'ophthalmie; mais il exprime l'espoir que cette méthode, seule on associée à d'antres moyens, lni sera également applicable.

Pour moi, la valeur de l'occlusion des paupiéres comme moyen de traitement de l'ophthalmie purulente des enfants, est jugée par des milliers de faits.

En effet, cette occlusion est le moyen employé par la nature pour garantir les yeux, daus ce cas, de l'action de la lumière et du contact de l'air. Chez tous les enfants atteints d'ophthalmie purulente, les yeux restent constamment fermés, même quand la maladie commence à décroître. Cette occlusion n'a rien de violent, quand les petits malades ne sont pas an grand jour ou qu'on ne veut pas leur ouvrir forcément les yeux. Elle ne nécessite qu'une faible contractiou musculaire, parce que le gonflement des paupières, M. Velpeau l'a déjà rappelé, suffit presque pour la produire. C'est hieu là l'occlusiou, telle que l'art pourrait la pratiquer. Les handelettes agglutinatives, les linges cératés, la charpie, les bandes ne feraient rien de plus.

Or quels sout les résnltats de cette occlusion naturelle des yeux, identique à l'occlusiou pratiquée par l'art, abstraction faite de la compressiou, que M. Bonnafout n'a pas eu vue daus l'emploi de sa méthode?

Ces résnltats diffèrent suivant le siége de l'ophthalmie, suivant qu'elle est simplement *palpébrale* ou *palpébro-oculaire*.

Si l'ophthalmie purulente des enfants n'est que palpébrale, elle se termine

heureusement dans la plupart des cas, malgré un gonflement considérable des paupières, malgré une sécrétion puriforme des plus abondantes.

L'occlusion est certainement en droit de réclamer sa part dans cette guérison spontanée. Grâce à elle, la conjonctive est à l'abri d'irritations qui aggraveraient le mal. Les soins de propreté, ta nature font le reste.

Voilà donc toute une catégorie de cas que la seule occlusion naturelle guérit, et que l'occlusion artificielle n'empêcherait pas sans doute de guérir, pourvu qu'elle ne mit pas obstacle à l'écoulement du pus.

Mais les choses se passent autrement quand l'ophthalmie puriforme des enfants est palpébro-oculaire. Avec les seuls soins hygiéniques, il arrive alors fréquemment que la cornée s'infiltre de pus, s'ulcère ou se ramollit et se perfore. Mackensie dit avoir vu *beaucoup d'enfants* dont le mal avait été abandonné à lui-même, réduits à ce triste état. M. Guersant, mon collègue à l'hôpital des Enfants, a observé des faits semblables. M. Chassaignac a sauvé la vue de 106 enfants qu'il a pu traiter à temps; mais d'autres, qui lui ont été présentés trop tard, avaient déjà la cornée ramollie ou détruite.

La guérison spontanée est donc l'exception dans cette deuxième forme d'ophthalmie purulente, et l'occlusion naturelle des yeux s'y montre tout à fait insuffisante pour prévenir sûrement la perte de la vue. Je dirai, avec M. Velpeau, que c'est là une expérience toute faite, qui, pour ce cas particulier, n'est pas en faveur de l'occlusion artificielle.

Mais ici l'occlusion n'est pas seulement inefficace; elle a encore le grand inconvénient de laisser séjourner le pus à la surface de l'œil, et le contact de ce liquide, susceptible de transmettre la maladie à des yeux sains, ne peut que nuire aux membranes déjà malades. Aussi les lavages incessants, les injections répétées font-ils une partie essentielle de tous les modes de traitement de cette blennophthalmie.

En résumé, la méthode expectante, hygiénique, serait non-seulement insuffisante, mais encore dangereuse dans la forme palpébro-oculaire de l'ophthalmie purulente des enfants. Sans doute, on pourrait l'appliquer avec quelque succès à la forme palpébrale; mais, comme on n'a jamais la certitude que la maladie ne gagnera pas le globe oculaire, il vaut mieux recourir, dans tous les cas, à une méthode plus active, que l'on aura seulement le soin de proportionner à l'intensité du mal.

Parmi les nombreux relevés statistiques qui attestent la supériorité de la médecine agissante dans l'ophthalmie purulente des enfants, permettez-moi de vous citer, en terminant, un document peu connu en France. Je le tire de la GAZETTE MÉDICALE de Berlin, qui l'a pris dans un journal russe. C'est le relevé des résultats thérapeutiques obtenus, dans l'espace de six années, à l'hospice des Enfants-Trouvés de Saint-Pétersbourg.

Il a pour auteur le docteur Frœbelius, médecin chargé du service des ophthalmies dans cet établissement.

2718 enfants ont été traités d'ophthalmie purulente, du 1er septembre 1846 au 1er septembre 1852.

1766 ont été parfaitement guéris.

736 sont morts de maladies étrangères à l'affection oculaire.

216 ont conservé diverses lésions des organes de la vision, telles que taches ou cicatrices de la cornée, synéchie antérieure, etc.; mais, sur ce nombre, 48 seulement ont perdu la vue d'un œil ou des deux yeux.

M. Frœbelius n'a introduit que les dernières années le traitement qu'il nomme *abortif*. Ce traitement consiste, sauf quelques modifications spéciales, en lavages à grande eau, suivant le procédé de M. Chassaignac, et en instillations d'une solution peu concentrée de nitrate d'argent.

Or, sur 958 malades, il n'y a eu, les deux dernières années, parmi les enfants qui ont vécu, que 4 enfants restes borgnes ou aveugles, et 45 qui aient conservé des altérations moins graves de l'œil, tandis que les deux premières années avaient donné, sur 925 malades, 39 cécités complètes ou incomplètes et 54 lésions moins profondes, et les deux années suivantes 5 cas de perte simple ou double de la vue, et 69 lésions diverses sur 835 enfants.

Il faut noter que non-seulement un meilleur traitement a été employé les deux ou trois dernières années, mais encore qu'après les deux premières, les enfants ont été admis à une période moins avancée de la maladie, que, par conséquent, les premières années, un plus grand nombre de cas ont été d'abord abandonnés à la nature.

M. Frœbelius indique des différences encore plus considérables dans la proportion par année des lésions consécutives à l'inflammation, lorsqu'on tient compte de celles qui ont disparu par l'effet du traitement, ou qui ont été observées sur les enfants décédés.

Les propositions suivantes me paraissent découler des considérations que je viens de présenter:

1° Les résultats de l'occlusion artificielle de M. Bonnafont montrent que des inflammations oculaires graves peuvent guérir sans l'intervention d'une médecine active.

2° De nouvelles observations sont nécessaires pour déterminer plus exactement la limite rationnelle des applications du procédé de M. Bonnafont.

3° Les effets de l'occlusion naturelle, physiologique, volontaire ou pathologique ne confirment qu'en partie les avantages attribués par M. Bonnafont à l'occlusion artificielle.

4° La blépharite photophobique, catarrhale ou scrofuleuse des enfants guérit par l'occlusion.

5° L'occlusion paraît beaucoup moins avantageuse dans la kératite scrofuleuse.

6° La blennophthalmie palpébrale des enfants peut guérir par le seul effet de l'occlusion; mais le danger attaché à l'extension de la maladie au globe oculaire doit faire généralement préférer le traitement abortif.

(La discussion sera continuée dans la prochaine séance.)

HISTOIRE CHIMIQUE ET TECHNOLOGIQUE DU MARRON D'INDE.

M. CHATIN, en son nom et au nom de M. Guibourt, donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. Lepage, pharmacien à Gisors, intitulé: FAITS POUR SERVIR A L'HISTOIRE CHIMIQUE ET TECHNOLOGIQUE DU MARRON D'INDE.

Après un exposé très-étendu de l'histoire chimique et technologique du marron d'Inde jusqu'à l'époque à laquelle M. Lepage a entrepris son travail, M. Chatin arrive aux recherches analytiques elles-mêmes de cet habile pharmacien.

M. Lepage est parvenu, par un procédé nouveau, à obtenir la saponine du marron d'Inde, dépouillée des petites quantités de sucre qui l'accompagnaient toujours, préparée suivant le procédé de ses devanciers.

Il conclut de ses expériences que le sucre du marron d'Inde est en partie, si ce n'est en totalité, du glucose. Mais observe le rapporteur, l'opinion de M. Lepage, sans doute fondée, s'imposerait plus aisément si les essais n'avaient pas été faits sur des matières sucrées ayant subi longtemps l'action de la chaleur, si surtout ils avaient été complétés dans un soluté fait à froid, par les observations des caractères optiques.

M. Chatin expose ensuite les résultats généraux de l'analyse de M. Lepage. Les marrons d'Inde, décortiqués et venant d'être récoltés, auraient, en résumé, la composition suivante, rapportée à 100 parties:

Eau	45,00
Tissu végétal	8,50
Fécule	17,50
Huile douce saponifiable	6,50
Glucose ou sucre analogue	6,75
Substance particulière d'une saveur à peine douceâtre	3,70
Saponine ou principe amer	4,75
Matières protéiques (albumine et caséine)	3,35
Gomme	2,70
Acide organique indéterminé et substances minérales (potasse, chaux, magnésie, chlore, acides sulfurique et phosphorique, traces de silice)	1,55
	100,00

Après avoir complété ses études chimiques, continue M. Chatin, M. Lepage aborde, dans une deuxième section de son mémoire, la question des applications possibles et avantageuses du marron d'Inde, qu'il considère au point de vue de la fabrication de la dextrine, du glucose, de l'acide oxalique, des colles et apprêts, de l'alcool, de l'acide lactique, de la fabrication d'un pain mélangé de froment, de la nourriture des animaux, etc. Cette partie du mémoire offre d'utiles indications bien faites et bien présentées.

En somme, dit en terminant le rapporteur, le travail de M. Lepage étend et précise nos connaissances sur le marron d'Inde. Nous croyons aller au-devant de la pensée de l'Académie en lui proposant de décider que des remercîments seront adressés à l'auteur et que son mémoire sera renvoyé au comité de publication.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées sans discussion par l'Académie.

OBLITÉRATION DU CANAL INTESTINAL CHEZ UN NOUVEAU-NÉ.

M. DEPAUL met sous les yeux de l'Académie un cas remarquable d'anomalie du tube digestif chez un nouveau-né qui présente une grande analogie avec le fait qu'il a communiqué dans la séance du 17 octobre 1854.

Quelques heures après la naissance de cet enfant, on a remarqué la rétention du méconium, des vomissements d'une matière liquide tout à fait semblable à du méconium délayé; une tension assez marquée du ventre avec absence de matité et même une sonorité exagérée sur les parties latérales de l'abdomen. Une sonde portée dans l'orifice anal a pénétré aisément jusqu'à une profondeur de 10 centimètres environ, mais s'est trouvée arrêtée là par un obstacle infranchissable; une matière demi-liquide d'un blanc grisâtre est demeurée fixée à l'instrument.

M. Depaul s'est décidé à pratiquer un anus artificiel. Ayant successivement attiré à lui plusieurs anses intestinales, il a rencontré une espèce de cul-de-sac par lequel se terminait l'intestin grêle. C'est immédiatement au-dessus de ce cul-de-sac terminal qu'il a pratiqué l'incision du tube intestinal après l'avoir attiré en dehors de la plaie abdominale.

L'enfant passa assez bien les premières heures qui suivirent l'opération; il teta même comme auparavant; néanmoins, il succomba au bout de onze heures, après quelques mouvements convulsifs.

L'autopsie a montré qu'à quelques centimètres du cœur l'intestin grêle se terminait en cul-de-sac; il était cependant continué par un cordon très-étroit qui allait se rendre dans le cœcum; l'anus était bien conformé. Il n'y avait aucune trace de péritonite ni d'inflammation autour de la plaie chirurgicale.

Sur une interpellation de M. MOREAU et une demande de M. Paul DUBOIS, M. Depaul répond que le conduit qui faisait communiquer le cul-de-sac de l'intestin grêle avec le cœcum étant perforé et perméable et qu'il contenait une matière liquide d'un blanc grisâtre.

M. le PRÉSIDENT proclame, dans l'ordre suivant, les noms des membres de l'Académie qui viennent d'être élus, au scrutin, membres de la commission des onze:

MM. Baillarger, Michel Lévy, Bégin, Chatin, Lagneau, Louis, Danyau, Guérard, Huzard, Bussy, Boutron.

Il est quatre heures, l'Académie se forme en comité secret.

BIBLIOGRAPHIE.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE DES OUVRAGES ET MÉMOIRES PUBLIÉS EN ANGLETERRE, SUR L'HYGIÈNE, LA MÉDECINE ET LA CHIRURGIE DES ARMÉES DE TERRE ET DE MER.

Nous empruntons les indications bibliographiques suivantes à un savant travail publié dans le JOURNAL MÉDICAL ET CHIRURGICAL D'ÉDIMBOURG, par le docteur Irvine, et reproduit dans la troisième édition de l'ESSAI DE CHIRURGIE MILITAIRE de sir G. Ballingall. Nos lecteurs trouveront, parmi les nombreux documents que nous signalons, des recueils importants de faits et d'observations dont un grand nombre sont à peine connus et encore moins consultés en Angleterre même.

Addington (Antoine). Du scorbut de mer. — Edimb., 1753. In-8°.
Smith et M'Christy. Rapport sur la fièvre épidémique à Coimbatore, et à Madura en 1809 et 1811. — Londres, 1816. In-8°.
Alcock, Rutherford. Notes sur l'histoire médicale et la statistique de la légion britannique en Espagne.—Londres, 1838. In 8°.
Anderson (James). De la fièvre jaune des Indes occidentales. — Édimb., 1798. In-8°.
Anderson (James). Journal des établissements sanitaires de Nopal et de Tuna, et de leur influence sur la guérison du scorbut et de la dyssenterie. — Madras, 1808.
Anderson (James). De militum sanitate tuendâ.—Édimb., 1810. In-8°.
Annesley (sir James). Essai sur les maladies de l'Inde. — Londres, 1825. In-8°.
— Recherches sur les maladies de l'Inde et des climats chauds. — Londres, 1829. In-4°. Londres, 1841. In-8°.
Amstrong (J.). De nautorum sanitate tuendâ. — Édimb., 1789. In-8°.
Amstrong (Robert). De l'influence des climats sur l'homme, causes et prophylaxie des maladies des gens de mer. — Londres, 1843. In-8°.
Arnold (W.). Traité pratique des fièvres intermittentes bilieuses, de leurs causes et de leurs effets, avec la topographie médicale des différents postes militaires de la Jamaïque. — Londres, 1840. In-8°.
Atkins (J.). Le chirurgien de marine. — Londres, 1734. In-12.
Ballingall (sir G.). Observations pratiques sur les maladies des troupes européennes dans l'Inde. — Edimb., 1823. 2e édit. In-8°.
— Introduction à un cours de chirurgie militaire. — Édimb., 1830. In-8°.
— Observations relatives à la chirurgie militaire et navale.—Edimb., 1837-1842. In-8°.
— Observations sur la situation et la construction des hôpitaux. —Édimb., 1851. — In-4°.
— Essai de chirurgie militaire. — Édimb., 1855, 5e édit. In-8°.
Bampfield (W. R.). De la dyssenterie des tropiques. — Londres, 1818. In-8°.
Bancroft. Essai sur la fièvre jaune. — Londres, 1811. In-8°.
— Suite à l'Essai sur la fièvre jaune. — Londres, 1817. In-8°.
Bell (John). Des causes et de la prophylaxie des maladies des gens de guerre dans les Indes occidentales. — Londres, 1791. In-8°.
Bisset (Ch.). Traité du scorbut. — Londres, 1755. In-8°.
Blackadder. Observations sur la gangrène phagédénique. — Edimb., 1818. In-8°.
Blane (sir Gilbert). Des maladies des gens de mer : prophylaxie, pathologie, statistique. — Londres, 1830. In-8°.
Boggie (J.). De la gangrène nosocomiale. — Édimb., 1839. In-8°.
Brett (W. H.). Essai pratique sur les principales maladies chirurgicales de l'Inde. — Calcutta, 1840. In-8°.
Brocklesby (R. D.). Observations médicales et administratives sur les hôpitaux militaires et les moyens de guérir les maladies des camps. — Londres, 1764. In-8°.
Bryson (Alex.) Observations sur le climat et les maladies des stations militaires de l'Afrique. — Londres, 1847. In-8°.
Butter (Donald). Essai statistique et topographique sur les districts méridionaux d'Oudh. — Calcutta, 1839. In-8°.
Burnett (sir William). Rapport sur la fièvre de la Méditerranée. — Londres, 1814. In-8°.
— Rapport officiel sur la fièvre qui a régné à bord du navire *Bann* et dans la garnison de l'île de l'Ascension en 1823. — Londres, 1824. In-8°.
— Rapport sur la fièvre contagieuse qui s'est manifestée sur les prisonniers de guerre à Chatham. — Londres, 1831. In-8°.
Chisholm (Colin). Essais sur la fièvre maligne pestilentielle. Londres, 1795, 1801, 1809. In-8°.
— Manuel du climat et des maladies des tropiques. — Londres, 1822. In-8°.
— Observations sur le ver de Guinée. — Édimb., 1815. In-8°.
Clark (John). Observations sur les maladies des voyages de long cours dans les pays chauds. — Londres, 1781. In-8°.
Clark (Thos). Observations sur la nature et la guérison des fièvres des Indes occidentales et orientales, avec des remarques générales sur les maladies des armées. — Edimb., 1801. In-8°.
Cleghorm (Geo.). Observations sur les maladies épidémiques de Minorque. — Londres, 1751. In-8°.
Clowes (William). Guide pratique du jeune chirurgien. — Londres, 1591. In-8°.
Cockburn (William). Maladies des gens de mer. — Londres, 1693. In-8°.
Cole (J. J.). Chirurgie militaire. Observations faites pendant la guerre du Punjaub. — Londres, 1852. In-8°.
Conwell (W. E.). Traité des maladies du foie. — Londres, 1835. In-8°.
Curtis. Rapport sur les maladies de la flotte anglaise dans l'Inde et à l'hôpital de Madras en 1782. — Londres, 1806. In-8°.
Cruttenden (Jos.). Observations sur les moyens les plus efficaces de traiter à bord les marins blessés. — Londres, 1780. In-4°.
Dancer. Histoire médicale de l'expédition du fort San Juan. — Londres, 1781. In-4°.
Davis (J. B.). Coup d'œil scientifique et pratique sur la fièvre de Walcheren. — Londres, 1810. In-8°.
Dawson (G. P.). Observations sur la maladie de Walcheren.—Ipswich, 1810. In-8°.
Dewar (Henry). Observations sur la diarrhée et la dyssenterie des troupes anglaises en Egypte, en 1801; histoire médicale de la campagne. — Londres, 1803. In-8°.
— De ophthalmiâ ægyptiacâ. — Edimb., 1804. In-8°.
Dickson (sir D. L.). Observations sur le tétanos qui se montra pendant l'expédition de la Nouvelle-Orléans. — Londres, 1819. In-8°.
Dollard. Topographie médicale de Kalee, Kemaon et de Shore-Valley.— Calcutta, 1840. In-8°.
Doughty (Ed.). Observations sur la nature et le traitement de la fièvre jaune de Bulam. — Londres, 1816. In-8°.
Douglas (James). Topographie médicale du haut Canada. — Londres, 1819. In-8°.
Edmonstone (Arthur). Rapport sur l'ophthalmie qui sévit sur le 2e régiment de la milice d'Argyleshire, 1802. Londres, 1802. In-8°.
Fellowes (sir James). Rapports sur les maladies pestilentielles de l'Andalousie, etc. — Londres, 1815. In-8°.
Fergusson (William). Nature et histoire du poison des marais, et différents mémoires sur la santé des troupes. — Edimb., 1843.
Finlayson (Rob.). Moyens de conserver la santé des marins.—Londres, 1827. In-8°.
Fletcher (Ch.). De l'influence des voyages sur la santé des marins. — Dublin, 1786. In-12.
Fowle (W.) Traité pratique des différentes fièvres des Indes occidentales. — Londres, 1808. In-8°.
Gale (Thos.). Traité des plaies d'armes à feu. — Londres, 1563. In-8.
Geddes (William). Observations sur la fièvre de Seringapatam. — Madras, 1827. In-8°.
— Observations cliniques sur les maladies de l'Inde. — Londres, 1846. In-8°.
Gillepsie (Léonard). Avis aux commandants sur les moyens de conserver la santé des marins. — Londres, 1798. In-8°.
— Observations sur les maladies de la flotte. — Londres, 1800. In-8°.
Girdlestone (Thomas). Essai sur l'hépatite et les affections spasmodiques de l'Inde. — Londres, 1787. In-8°.
Grainger (Jos.). Historia febris anomalæ Batavæ. — Edimb., 1753. In-8°.
Grant (J.). Observations sur la fièvre jaune de Gibraltar, etc. — Londres, 1805 In-8°.
Guthrie (G. J.). Traité des plaies d'armes à feu, et différents mémoires et travaux. — Londres, 1827, 1838, 1842, 1853.
Halliday. Revue des rapports statistiques sur la mortalité des troupes. — Londres, 1839. In-8°.
Henderson (Stewart). Sur la fièvre jaune et l'établissement des hôpitaux militaires.—Birmingham, 1808. In-8°.
Heunen (John). Observations importantes sur quelques points de chirurgie militaire. — Edimb., 1819. In-8°.
— De militum sanitate tuendâ. — Edimb., 1819. In-8°.
— Principes de chirurgie militaire. 3e éd. — Londres, 1829. In-8°.
— Essai de topographie médicale des stations de la Méditerranée. — Londres, 1830. In-8°.
Home (sir Everard). Observations sur les ulcères des jambes au point de vue de la chirurgie militaire.— Londres, 1797. In-8°.
Home (Francis). Observations médicales. —Londres, 1759. In-8°.
Hulme (Nath.). De scorbuto.—Edimb., 1765. In-8°.
—Libellus de naturâ, causâ, curationeque scorbuti.—Londres, 1768. In-12.
Hunter (Jean). Du sang, de l'inflammation et des plaies d'armes à feu. — Londres, 1794. In-8°.
— Observations sur les maladies de l'armée à la Jamaïque.—Londres, 1788. In-8°.
Hunter (Wm.). Essai sur les maladies des Lascars dans les pays chauds. — Calcutta, 1804. In-folio.
Hutchinson (Alex). Observations sur le moment propice à l'amputation dans les cas de plaies d'armes à feu.—Londres, 1818. In-8°.
—Observations pratiques sur la chirurgie militaire.— Londres, 1826. In-8°.

Irvine (R. H.). Rapport sur la topographie médicale d'Ajmeer. — Calcutta. 1841. In-8°.
Irvine (Wm.). Observat. sur les maladies de la Sicile. Londres, 1810. In-8°.
Jameson (Wm.). Rapport du comité médical du Bengale sur le choléra épidémique.—Calcutta, 1820. In-8°.
Jackson Rob. Traité des fièvres de la Jamaïque.—Londres, 1791. In-8°.
—Remarques sur la fièvre jaune épidémique qui a paru sur les côtes d'Espagne depuis 1800. Londres, 1821.—In-8°.
Johnson (James) et J. R. Martin. Influence de climats tropicaux sur les Européens. 6e éd. —Londres, 1855.
Lempriere (Wm.). Observations pratiques sur les maladies de l'armée à la Jamaïque de 1792 à 1797. —Londres, 1799. In-8°.
—Rapport sur les effets des eaux ferrugineuses sur les convalescents des maladies de Walcheren. —Londres, 1812. In-8°.
Lind, Traité du scorbut. Londres, 1753. In-8°.
—Des moyens de conserver la santé des marins.—Londres, 1757. In-12.
—Deux mémoires sur la fièvre et l'infection.—Londres, 1763. In-8°.
—Essai sur les maladies des Européens dans les pays chauds.—Londres, 1768.—In-8°.
—De febre remittente putridâ paludum, quæ grassabatur in Bengaliâ, a. d. 1762.—Edimb., 1768. In-8°.
—Traité de la fièvre rémittente putride du Bengale.—Londres, 1772. In-12.
Luscombe (Ed.). De sanitate militum conservandâ. Edimb., 1807. In-8°.
—Observations pratiques sur les moyens de conserver la santé des soldats dans les camps, les casernes, etc. — Edimb., 1820. In-8°.
M'Cosh. Topographie médicale d'Assam. — Calcutta, 1837.
M'Grigor (sir James). Essai médical sur l'expédition de l'Inde en Égypte. —Londres, 1804. In-8°.
—Histoire médicale des armées anglaises en Espagne et en Portugal.—Londres, 1815.
M'Kinnon (Kenneth). Traité des maladies régnantes du Bengale et des provinces du nord-ouest.—Cawnpore, 1848. In-8°.
M'Lean (Hector). Des causes des maladies et de la grande mortalité des troupes à Saint-Domingue. —Londres, 1747. —In-8°.
M'William (Jos.). Histoire médicale de l'expédition du Niger en 1841-42. —Londres, 1843. In-8°.
—Rapports sur la fièvre de Boa-Vista. —Londres. 1846 et suiv.
Marshall (And.). De militari sanitate tuendâ.—Edimb., 1782.
—De la conservation de la santé des soldats. —Londres, 1815. In-8°.
Marshall (Henry). Topographie médicale de Ceylan. — Londres, 1821. In-8°.
—Observations sur la santé des troupes au nord de l'Angleterre, de 1816 à 1822.—Londres, 1822.
—De la distribution géographique des maladies.—Edimb., 1832.
Martin (J. R.). Rapport officiel sur la topographie médicale de Calcutta. —Calcutta, 1839. In-4°.
—Observations pratiques sur les maladies des Européens à leur retour des climats tropicaux.—Londres, 1850. In-8°.
Mathews (Stephen). Sur les maladies hépatiques dans l'Inde.—Londres, 1783. In-8°.
Mouro (Donald). Des maladies des hôpitaux militaires en Allemagne, de 1761 à 1763.—Londres, 1764. In-8°.
—Des moyens de conserver la santé des soldats.—Londres, 1780. In-8°.
Mouro (G.) Rapport sur le traitement des fièvres bilieuses à la Martinique.—Londres, 1777. In-8°.
Moseley (Benj.). Observations sur la dyssenterie des Indes occidentales.—Londres, 1781. In-8°.
—Traité des maladies des tropiques.—Londres, 1787. In-8°.
Murray (John). Topographie médicale de Mérat et rapport sur les maladies régnantes.—Calcutta, 1839. In-8°.
Neale (H.). Principes de chirurgie relatifs au traitement des plaies d'armes à feu.—Londres, 1834. In-8°.
Northcote (W.). La pratique médicale et chirurgicale sur les vaisseaux. —Londres, 1770. In-8°.
O'Halloran. De la fièvre jaune de l'Andalousie.—Londres, 1821. In-8°.
—Remarques sur la fièvre jaune en Espagne.—Londres, 1823.
—Sur l'ophthalmie.—Londres, 1824.
Pinkard (D.). Notes sur les Indes occidentales.—Londres, 1806. In-8°.
Power (G.). Des causes de l'ophthalmie égyptienne, de sa nature et de son traitement.—Londres, 1803. In-8°.
Pringle (sir John). Observations sur la fièvre des hôpitaux et des prisons. —Londres, 1750. In-8°.
—Observations sur les maladies des armées dans les camps et les garnisons. —Londres, 1765. In-4°.
Rauby (Jean). Du traitement des plaies d'armes à feu. — Londres, 1744. In-12.
Beide (Thomas). Tableau des maladies de l'armée en Angleterre, en Amérique, dans les Indes Occidentales et à bord des transports, depuis le commencement de la dernière guerre. — Londres, 1793.
Renwick (Wm). Recherches sur la nature et les causes des maladies à bord des navires de guerre. — Londres, 1792. In-8°.
Robertson (Bob.). Observations sur les fièvres et les principales maladies des marins. — Londres, 1807. In-8°. — Londres, 1810.
Rogers (Colin). De Beriberiâ ceylonicâ. — Edimb., 1808.
Rollo (Jean). Observations sur les maladies des troupes à Sainte-Lucie, en 1778-9. — Londres, 1781. In-12.
—Observations sur les moyens de conserver la santé aux Européens aux Indes Occidentales. — Londres, 1782. In-12.
—Remarques sur la maladie glandulaire des Barbades. — Londres, 1785. In-8°.
—Observations sur la dyssenterie aiguë. — Londres, 1786. In-8°.
Rymer (Jos.). Observations et remarques sur les moyens de traiter les marins blessés à bord pendant le combat. — Londres, 1780. In-8°.
Scott (Wm). Remarques sur un travail de Marshall sur l'abus des liqueurs alcooliques dans l'armée de l'Inde.
Shewen (J.). Courtes remarques sur la nature et la cause du scorbut de mer. — Londres, 1782. In-4°.
Simson (André). De la conservation de la santé des marins.—Glascow, 1820.
Spilsburg (F. B.). Observations sur l'ophthalmie égyptienne.—Londres, 1802. In-8°.
Sulton (Thos.). Compte rendu pratique de la fièvre rémittente qui se montre sur les troupes. — Londres, 1805. In-8°.
—Essai sur le delirium tremens. — Londres, 1813. In-8°.
Rapports statistiques sur les maladies et la mortalité des troupes; par le colonel Tulloch, M. Marshall et le docteur Balfour.—Londres, 1838, 39, 40, 41. In-folio.
Rapports statistiques sur l'état sanitaire de la flotte; par le docteur Wilson. — Londres, 1840. In-folio.
Taylor (Jos.). Essai de topographie et de statistique sur Dacca. — Calcutta, 1840. In-8°.
Thomas (Wm). Observations sur l'ophthalmie égyptienne.—Londres, 1809.
Thomson (J.). Observations faites dans les hôpitaux militaires anglais en Belgique, après la bataille de Waterloo.—Edimb. 1816. In-8°.
Thomson (Fréd.). Essai sur le scorbut. — Londres, 1790. In-8°.
Tully (Thos.). Histoire de la peste qui a été observée récemment à Malte, Gozo, Corfou. — Londres, 1821. In-8°.
Trotter (Thos.). Observations sur le scorbut. — Édimb., 1785. In-8°.
—Medicina nautica. — Londres, 1793-1803. In-8°.
Turnbull (W.). Le chirurgien de marine.—Londres, 1808. In-8°.
Twining (W.). Observations cliniques sur les principales maladies du Bengale. — Calcutta, 1855. 2e édit.
Veitch (Jos.). Rapport sur l'ophthalmie qui a paru en Angleterre depuis le retour des troupes d'Égypte.—Londres, 1807. In 8°.
Wade (J. P.). Du traitement de la fièvre et de la dyssenterie au Bengale. — Londres, 1791 et 1793. In-8°.
Ward et Grant. Topographie de Malacca et de Penang.
Webb (Allan). Pathologica indica ou anatomie pathologique des maladies de l'Inde.—Calcutta, 1844.
Williams (W. H.). Remarques sur la ventilation des casernes et des hôpitaux militaires.—Londres, 1798. In-12.
Wilson (Jean). Mémoire sur la fièvre des Indes occidentales. — Londres, 1827. In-8°.
—Essai de chirurgie navale.—Édimb., 1846. In-12.
Wise (Thomas). Traité des maladies des yeux dans l'Indoustan.—Calcutta, 1842. In-12.
Woodall (Jean). Le maître chirurgien ou le chirurgien militaire.—Londres, 1612. In-folio.
Wright (Thos.). Histoire de la fièvre de Walcheren. — Londres, 1810. In-8°.

THOLOZAN.

VARIÉTÉS.

— Par décret impérial en date du 16 mars, M. Paul Dubois, chirurgien-accoucheur de S. M. l'impératrice, a été promu au grade de commandeur de la Légion d'honneur.

— Par décret impérial en date du 16 mars, M. le docteur Conneau, premier médecin de l'empereur, a été promu au grade de commandeur de l'ordre impérial de la Légion d'honneur.

— Par arrêté du 29 février, M. le ministre de l'intérieur a nommé M. Louis de Laffore médecin en chef de l'hospice impérial des Quinze-Vingts, en remplacement de M. G. Dumont, démissionnaire. En qualité de médecin du bureau de bienfaisance du 12e arrondissement, M. de Laffore avait rendu de véritables services pendant la dernière épidémie de choléra.

— LES HÔPITAUX DE CONSTANTINOPLE. — On lit dans le TIMES :

« Il est mort encore deux militaires français de l'épidémie régnante. L'état sanitaire des hôpitaux français ne s'améliore pas. La publicité peut avoir des inconvénients pour les individus; mais elle a certainement de grands avantages pour les populations. L'épidémie qui sévit dans les hôpitaux français en est une nouvelle preuve. Quoique l'on cache avec soin tous les faits particuliers qui s'y rapportent, le fait lui-même n'échappe pas au public, et l'imagination exagère la gravité des circonstances dans lesquelles on se trouve. On parle d'une mortalité considérable, et le public s'effraye à l'idée de maladies terribles. — Le général Storks a offert aux hôpitaux français toutes les fournitures dont ils pouvaient avoir besoin. Miss Nightingale avec son *savoir faire* habituel, qui a aplani tant de difficultés administratives, a envoyé aux hôpitaux français une abondante provision de vin de Porto, de végétaux conservés. »

— M. le professeur Gerdy a succombé à la longue et cruelle maladie qui le tenait depuis si longtemps éloigné de l'enseignement.

Le Rédacteur en chef, JULES GUERIN.

REVUE GÉNÉRALE.

THÉRAPEUTIQUE DE LA GALE ENVISAGÉE AU POINT DE VUE DE LA PRATIQUE CIVILE ET MILITAIRE.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

J'arrive maintenant à la partie qui a trait aux moyens mis en usage. On sait qu'à cet égard les agents propres à opérer la guérison de la gale sont tellement variés et tellement nombreux qu'on serait tenté de dire qu'il est peu d'agents médicamenteux un peu actifs par leur nature qui ne puissent opérer cette guérison. Le temps a consacré l'usage des sulfureux, et la généralité des praticiens s'y arrête encore aujourd'hui. Parmi les composés de ce genre, la pommade d'Helmerich, à formule moins énergique que celle donnée par son auteur, est encore préférée aux autres préparations parce qu'elle est d'un emploi plus sûr. Elle est cependant irritante de sa nature en raison de la base alcaline qui en fait partie, la potasse. En effet, et nous avons eu le soin d'appeler l'attention des praticiens sur ce point, le sulfure à base de potasse est plus irritant que le sulfure à base de soude, et celui-ci beaucoup plus irritant que le sulfure à base de chaux. Aussi M. Wleminckx a-t-il fait faire un véritable progrès à la thérapeutique de la gale en remplaçant le sulfure de potasse par le sulfure de chaux, qui doit donner lieu moins souvent à des éruptions secondaires. L'agent est d'ailleurs à l'état liquide; il a une action plus directe sur la peau et sur l'acarus par conséquent.

Toutefois, je doute que s'il est sans inconvénients pour le soldat et l'ouvrier, il puisse en être de même pour les femmes et les individus d'un âge peu avancé de la vie; leur peau fine et impressionnable en recevra encore une influence irritante plus ou moins marquée. Mais comme ce sulfure, préparé d'après la formule qui a été donnée par M. Wleminckx, peut être étendu d'eau ou mêlé à un corps gras, à l'instar du sulfure de potasse, c'est à cet agent que nous sommes porté à donner la préférence.

Dans la pommade d'Helmerich, il n'y a que peu ou point de sulfure formé. Le mélange de la fleur de soufre et du carbonate de potasse se fait à froid dans l'axonge, de sorte que le sel de potasse agit avec toute son énergie. La lotion de Dupuytren (sulfure de potasse) a été généralement reconnue comme étant trop irritante : il y a donc lieu de lui préférer le sulfure de chaux. Il ne faut d'ailleurs que 70 à 100 grammes de ce sulfure pour la friction de tout le corps. Je l'ai expérimenté sur des galeux chargés d'éruption, et je n'ai pas sensiblement augmenté les boutons coïncidants quoiqu'ils fussent moitié aqueux, moitié purulents.

Afin d'atténuer les effets du sulfure calcaire sur la peau, j'ai fait faire plusieurs mélanges atténuants. Le sulfure de chaux s'associe en toute proportion avec la glycérine, et cette dernière substance l'enveloppe suffisamment pour le préserver pendant un certain temps d'une décomposition notable; c'est une préparation fort commode; l'odeur exceptée; l'axonge s'y unit assez facilement dans la proportion de 30 grammes de sulfure pour 50 grammes d'axonge; mais aussitôt que l'on a dépassé cette proportion, ce n'est plus qu'avec une peine extrême et en ajoutant le sulfure goutte à goutte que l'on parvient à solidifier le liquide. On peut aller ainsi jusqu'à parties égales de l'un et de l'autre, mais il est difficile d'aller au delà.

Afin de faciliter l'incorporation, j'ai fait ajouter 4 grammes de chaux délitée au mélange de 50 grammes de sulfure et de 50 grammes d'axonge, et je n'ai rien obtenu de plus. Quoi qu'il en soit, l'union de l'axonge et du sulfure est d'une action douce et efficace. Je l'ai employé dans des gales pustuleuses compliquées même de rupia, ainsi que dans des gales vésiculeuses, et je ne lui ai remarqué aucun effet irritant. Mais il ne faut s'adresser qu'au sulfure de chaux préparé d'après la méthode de M. Wleminckx et non pas au sulfhydrate de sulfure de chaux qui est un *épilatoire* un peu irritant de la peau. Nous donnerons plus loin la formule de la préparation de ce sulfure.

On pourrait donc, en raison des âges, ajouter le sulfure de chaux soit à de la glycérine, soit à de l'axonge, en le dosant ainsi qu'il suit pour guérir la gale sans surexciter la peau.

Ainsi pour les individus habitués par leur position et leur état à des contacts qui rendent la peau peu excitable, se servir sans crainte du sulfure de chaux pur. Pour les hommes du monde en général faire un mélange à parties égales de glycérine ou de graisse avec le sulfure de chaux; employer pour les femmes un tiers de sulfure contre deux tiers d'excipient graisseux et ramener le mélange au quart pour les enfants.

J'attache une grande importance aux sulfures, parce qu'ils ont certainement une action plus sûre que tous les mélanges de soufre; ce qu'il faut éviter c'est qu'ils ne soient pas irritants pour la peau.

Toutefois il ne faut pas se dissimuler qu'ils ont par l'odeur qu'ils répandent un inconvénient très-grave; mais du moment que l'on entre dans la voie des sulfureux, c'est du moins au plus. Un grand avantage des sulfures, c'est de pouvoir faire laver immédiatement le malade après une demi-heure de contact avec ces préparations. La généralité des individus qui veulent tenir caché le traitement de la gale pourront se rendre dans un établissement de bains; on trouve facilement pendant une heure un local dans lequel seront exercées les frictions et le lavage. J'insiste sur ce fait parce que ce sont deux conditions très-importantes : 1° celle d'agir avec un agent essentiellement toxique pour l'acarus de manière à le détruire dans un cours espace de temps; 2° de se servir d'un toxique qui n'irrite pas la peau de manière à ne pas surexciter les boutons de la gale et surtout à ne pas faire naître d'éruption secondaire.

Voici la formule du sulfure de chaux telle que cette matière est préparée en Belgique; les proportions restent les mêmes; les chiffres suivants sont ramenés à des unités décimales :

Prenez :	Fleur de soufre. .	20	grammes
	Chaux vive. . . .	10	—
	Eau.	155	—

Porter à l'ébullition en opérant constamment le mélange et faire bouillir jusqu'à ce que la combinaison soit parfaite. Passer à l'étamine; on obtient environ 100 de liquide qui sont plus que suffisants pour opérer la lotion la plus complète et la plus étendue de tout le corps.

FEUILLETON.

CONSIDÉRATIONS PHYSIOLOGICO-MÉDICALES SUR LES HABITANTS DE LA NOUVELLE-CALÉDONIE (1855).

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

Renvoyant au livre publié en 1852, par le capitaine de vaisseau Lecomte, sous le titre de MÉMOIRES PITTORESQUES D'UN OFFICIER DE MARINE, pour ce qui est relatif aux usages, mœurs, superstitions, genres d'industrie, etc., des indigènes de la Nouvelle-Calédonie, nous nous bornerons à donner ici ce que nous avons appris sur les maladies les plus communes auxquelles ils sont sujets, et sur les moyens soit médicaux, soit chirurgicaux qu'ils opposent à ces maladies.

AFFECTIONS EXTERNES EN CHIRURGIE. — Outre des blessures de divers genres, par coups de hache, coups de lance et de sagaie, pierres à fronde, etc., dont tout homme adulte porte sur lui quelque trace, les Nouveaux-Calédoniens présentent souvent des hernies, des hydrocèles, des ophthalmies purulentes, des ulcères plus ou moins hideux, des tuméfactions des os (du tibia particulièrement), des fractures et des luxations.

De toutes ces maladies externes ils ne traitent guère que les *luxations* et les *fractures*. Le reste, ils les abandonnent le plus souvent à la nature. Aux *hydrocèles* et aux *hernies* les plus volumineuses, ils n'opposent même pas le plus simple bandage sustentif, et ils laissent les ulcères les plus affreux à nu, exposés par conséquent aux injures de l'air et des insectes. Les seuls cas où leurs chirurgiens montrent une certaine habileté, sont la réduction et le maintien des fractures et luxations, et aussi l'extraction des corps étrangers engagés dans les chairs. Ils rétablissent parfaitement la conformation d'un membre fracturé et maintiennent les fragments en rapport par des bandages assez ingénieux faits d'écorces et de lianes : il en est de même pour les membres luxés.

Dans le cas de corps étrangers barbelés (comme l'est l'extrémité de quelques-unes de leurs lances), introduits profondément dans l'épaisseur d'un membre, ils savent très-bien appliquer ce principe d'une saine chirurgie, qui veut qu'on enfonce complétement le corps étranger au travers de la partie, pour le retirer par le côté opposé, plutôt que de faire de grands efforts, toujours douloureux, pour le faire revenir sur ses pas et l'extraire par où il est entré.

La *saignée* est une opération qu'ils pratiquent souvent et dont l'exécution est confiée généralement à des femmes adroites. Nous en avons vu deux saigner des malades, une fois au bras, une autre fois à la tête; et, dans l'un et l'autre cas, l'instrument qui tenait lieu de lancette était tout simplement

Après les sulfures alcalins vient la pommade d'Helmerich. Sa composition est la suivante :

Prenez:	Fleur de soufre. . . .	20	grammes
	Carbonate de potasse.	10	—
	Axonge	80	—

On d'après Helmerikc :

Axonge	32	grammes
Fleur de soufre. . . .	8	—
Carbonate de potasse.	4	—

Ainsi formulée, cette pommade est essentiellement irritante de la peau. On y a même renoncé à l'hôpital Saint-Louis, et on a réduit de moitié la fleur de soufre et le carbonate de potasse.

Cependant malgré cette atténuation elle excite encore assez la peau pour faire naître des éruptions secondaires, en employant des frictions modérément fortes. Comme je le disais tout à l'heure, cet effet tient au carbonate de potasse qu'elle renferme et qui s'y trouve à l'état presque libre. Aussi je ne prescris jamais de pommade d'Helmerich sans remplacer ce sel par le carbonate de soude, qui est beaucoup moins actif.

Au point de vue de la gale, quels sont les éléments agissants de cette pommade, puisque le soufre et le sel de potasse ne s'y trouvent pas à l'état de combinaison ? Je crois que le soufre est réellement l'élément toxique de l'acarus, que le carbonate de potasse peut aussi exercer une action, mais cette action est probablement mixte, irritante pour l'acarus et dissolvante de l'épiderme des sillons. Sous ce double rapport, on comprendrait l'efficacité constante de cette pommade dans le traitement de la gale. D'ailleurs, il faut bien le dire, si le soufre n'y est pas à l'état de sulfure, il est là dans une sorte de combinaison toute particulière en vertu de laquelle le soufre perd sa couleur jaune serin pour prendre une nuance jaune rougeâtre bien moins prononcée.

Quel peut être l'avantage de la friction au savon noir que précède, à l'hôpital Saint-Louis, l'emploi de la pommade d'Helmerich, et qui est aussi employée dans le traitement belge? Le savon noir est à base de potasse; il est très-caustique, il a pour but de nettoyer la peau, surtout chez les ouvriers; il agit aussi sur l'épiderme des sillons, il le ramollit et le prépare à se laisser pénétrer par la substance toxique pour l'insecte.

Il serait pourtant possible qu'il fît plus. Le docteur Debout nous disait, il y a quelques jours, qu'ayant été chargé d'un service militaire de galeux, il avait trois fois contracté la gale, et que, pour la guérir, il ne s'était jamais servi que de frictions savonneuses.

Nous pensons qu'à l'aide des lotions au snlfure de chaux, les lotions et surtout les frictions savonneuses peuvent être supprimées dans la généralité des cas où la peau est propre, et que toujours un bain alcalin d'une demi-heure, temps suffisant pour la remplacer, c'est d'ailleurs ce qui se fait en Belgique.

Disons enfin que le traitement employé à l'hôpital Saint-Louis, qui consiste en une friction au savon noir, un bain alcalin, immédiatement après une friction à la pommade d'Helmerick, est très-souvent assez douloureux pour faire jeter des cris aux malades, ce qui est dû aux cuissons qu'ils éprouvent.

Le docteur Bourguignon a donné deux nouvelles formules pour le traitement de la gale; dans l'une il s'agit d'une préparation dans laquelle la glycérine remplace l'axonge de la pommade d'Helmerich; elle est ainsi formulée :

Prenez :	Gomme adragante.	1	gramme.
	Sous-carbônate de potasse	50	grammes.
	Sonfre	100	—
	Essences de lavande, de citron, de menthe, de girofle, de cannelle, de chacun.	1	gramme.
	Glycérine.	200	grammes.

Ponr une friction.

Il formule son traitement comme il suit : un bain savonneux, une friction le soir, un bain simple le lendemain matin, une seconde friction le soir, un troisième hain le lendemain matin.

Faisons d'abord remarquer que, dans cette glycérine d'Helmerich, la dose du sel de potasse constitue le quart de la préparation, ce qui double l'alcalinité de la liqueur. Puis, quel est l'avantage de ces additions d'essences? Est-ce pour masquer l'odeur de la pommade? Mais si elle ne sent plus le soufre, je crains qu'elle sente bien fort les essences.

Quant à la seconde formule, les essences sont en proportion quatre fois plus grandes; il est vrai qu'il n'y entre plus de carbonate de potasse, mais seulement du soufre. Cette dose d'essences est-elle basée sur les expériences que notre collègue, M. Cazenave, a faites des eaux distillées dans le traitement de la gale? Cela est probable, mais j'avouerai que les guérisons, dans ce cas, ont été souvent incertaines. La seconde formule donnée par M. Bourguignon réussira donc à cause du soufre qu'elle renferme, puisque la pommade soufrée guérit parfaitement la gale; mais elle sera si aromatique qu'elle incommodera les femmes un peu nerveuses et les enfants. Voici quelle est cette seconde formule :

Prenez :	Jannes d'œufs	n° 2	
	Essences de lavande.	5	grammes.
	— de citron.	5	—
	— de menthe.	5	—
	— de girofle.	3	—
	— de cannelle.	2	—
	Gomme adragante	2	—
	Soufre bien broyé	100	—
	Glycérine.	200	—
		350	grammes.

Que dirai-je du traitement tout récent de MM. Duzard et Pillon? On place le malade sur un tabouret assez élevé pour qu'il se trouve plus haut que l'opérateur; on enveloppe la tête d'un vaste cornet de papier évasé par le haut, de manière à ce que le malade ne soit pas incommodé par l'odeur de l'agent thérapeutique et qu'il respire un air un peu pur. On promène sur toute la surface de la peau un pinceau de blaireau ou de charpie bumecté du liquide, et l'opération est terminée en cinq minutes. Seulement il faut que le malade soit placé dans un espace bien ventilé. Après trente-six heures écoulées, un bain simple. Quant au liquide, il se compose de 12 grammes de cblorure de soufre dissous dans 100 grammes de sulfure de carbone. Tout ce que l'on peut

---

un petit fragment de verre de bonteille nettement détacbé et parfaitement tranchant; et nous devons dire, en passant, que les sauvages, en général, excellent dans la fabrication de ce genre de coutellerie, qui exige bien plus d'adresse qu'on ne pense. La saignée de la tête était pratiquée par l'une des femmes du roi de l'île des Pins, et nons sommes forcé d'avouer que nous ne nous y serions pas mieux pris qu'elle ne le fit elle-même. Elle avait conpé en travers, après l'avoir reconnue à ses légers battements, une anastomose des artères temporales superficielles, en se servant pour cela d'une écaille de verre brun de la largeur de l'ongle du ponce, et, après la sortie d'une livre de sang environ, elle ferma la petite plaie en réunissant les cheveux des deux bords et eu appliquant par-dessns nn bandage compressif qui passait sous le menton. Ponr la saignée du bras, le fragment de verre était monté perpendiculairement à l'extrémité d'une petite tige de bois, et c'est à l'aide d'une percussion opérée sur l'instrument que l'opérateur femelle fit pénétrer la pointe dans la veine médiane céphalique.

Nous avons vu encore, toujours à l'île des Pins, une femme faire, avec une coquille tranchante cette fois, des scarifications profondes sur la muqneuse rectale renversée chez un enfant, et opérer ensuite très-dextrement la réduction de l'intestin.

Enfin, c'est toujonrs avec des instruments aussi primitifs qu'est pratiquée l'opération de la *circoncision*, qui est, nous l'avons déjà dit, en si graud honneur dans le pays. C'est vers l'âge de 10 à 11 ans que les enfants subissent cette opération, qui, dans certains cas, s'accompagne d'une pratique trop curieuse pour que nous la passions sous silence : c'est que si c'est le fils d'un grand chef que l'on circoncit, pour étouffer ses cris autant que possible et empêcher au moins qu'ils ne soient entendus du dehors, des hommes apostés exprès aux abords de la case, tombent inopinément sur quelques-unes des femmes présentes et les frappent brutalement jusqu'à ce qu'elles couvrent de leurs plaintes lamentables celles de l'enfant qu'on opère.

Les quelqnes individus que l'on rencontre à l'île des Pins on à Balade avec le prépuce entier, ne sont pas originaires de la Nouvelle-Calédonie : ce sont des sauvages originaires d'Uvéas (archipel des Wallis), et comme ils possèdeot tout ce qu'il a plu à la nature de leur donner, ils se croient suffisamment vêtus et se dispensent dès lors du petit morceau d'étoffe dont les Calédonieus proprement dits s'enveloppent avec tant de soin l'extrémité du pénis.

Mais, après tout, cette chirurgie sauvage se borne, on le voit, à de bien petites opérations. Le fait suivant prouverait cependant qu'il est au milieu de cette population si ignorante, si peu visitée jusqu'à présent des Européens, des gens capables d'entreprendre bien plus en médecine opératoire. Ainsi, en 1852, les missionnaires établis à Balade venaient de recevoir de Sydney un fort joli cheval : c'était le premier qui eût jamais paru dans le pays. Aussi excita-t il au dernier point la curiosité des naturels. Du matin au soir, on en voyait d'occupés à palper et visiter les diverses parties du corps de l'animal, même les plus secrètes; et enfin un jour, l'un d'eux, plus stupide ou plutôt plus méchant que les autres, lui enfonça sa lance avec force par l'anus, jusqn'à plus de deux pieds de profondeur.

L'intestin fut crevé sans aucun doute; peut-être y eut-il même d'autres dés-

dire de cette médication, c'est qu'elle constitue le traitement d'été de la gale, car il serait difficile de remplir ces conditions en hiver. On les conçoit d'ailleurs parfaitement en présence de l'odeur infecte qu'exhalent les substances employées.

Après avoir passé en revue et apprécié à ce que nous croyons être leur juste valeur les méthodes et les agents employés ou préconisés aujourd'hui dans le traitement de la gale, nous serions incomplet si nous ne formulions pas une thérapeutique d'ensemble telle que nous la concevons :

1° La peau doit être propre pour se trouver dans les conditions les plus favorables à l'application d'un topique ; un bain avec 500 grammes de savon blanc remplit parfaitement ce but. C'est assez dire que tout autre savon peut être mis en usage, soit dans le bain, soit à l'état de lotions pour nettoyer la peau.

2° Trois conditions doivent diriger le médecin dans le mode de traitement et dans le choix du moyen : l'état social de l'individu, son âge, la forme de la gale. L'homme de la campagne, le soldat, l'ouvrier supporteront sans inconvénients le sulfure de chaux pur ; il suffira de l'étendre sur la peau, principalement dans les parties où siége le plus souvent l'acarus, les mains et les pieds, la partie interne des membres, le ventre, la verge chez l'homme, le voisinage des mamelles et le mamelon chez la femme, *sans négliger toutefois le reste de la surface du corps, la figure exceptée.*

Mais il ne faut jamais employer de frictions très-fortes. Ces frictions ont été recommandées dans le but de déchirer les sillons pour mettre à nu la ponte des *acarus*. Ce sont ces frictions qui sont en grande partie l'origine de toutes les éruptions secondaires, quelquefois si rebelles, et nous ne saurions trop nous élever contre cet usage.

Quelle nécessité y a-t-il d'ailleurs de guérir la gale en une seule friction ? Je la comprendrais pour le soldat et l'ouvrier, je la comprends moins pour toute autre classe de la société. D'ailleurs la lotion aqueuse de sulfure de chaux pénètre facilement l'épiderme, et elle ne nécessite pas ces déchirures de sillon après un bain savonneux préparatoire à la lotion. Les agents à excipient graisseux imprègnent moins bien la peau, mais ils ont l'avantage de moins irriter.

C'est ainsi que la condition sociale de l'individu, en autorisant sans aucun inconvénient une seconde friction, vient naturellement apporter un changement dans les prescriptions du médecin. Quoi qu'il arrive, après une seule friction le sujet galeux ne peut pas transmettre la gale ; tous les acarus libres sont tués, la ponte des œufs et leur éclosion est assez modifiée pour être retardée.

Chez la femme, et à plus forte raison chez l'enfant, le choix du moyen est très-important ; les doses des agents doivent être réduites à moitié ou au quart. L'effet en sera le même et la peau ne deviendra pas le siége d'éruptions secondaires.

Quant à la forme de la gale, ou ce que l'on veut appeler aujourd'hui la complication de la gale, il y a à cet égard, comme je l'ai décrit dans mon TRAITÉ DES MALADIES DE LA PEAU, trois états de boutons généralement très-distincts et qui se montrent sur les individus en raison de leur température et de l'ancienneté de la maladie ; de là ces dénominations de gales papuleuses, aqueuses ou vésiculeuses, et de gale pustuleuse. Ces formes sont généralement assez dessinées pour que l'on puisse prévoir la nature de l'éruption secondaire qui se manifestera à la peau après une friction trop forte : du lichen par centaines de papules dans la première espèce, un état eczémateux dans la seconde, des furoncles ou des abcès dans la troisième.

C'est la gale papuleuse qui supporte la médication la plus active ; après elle la gale aqueuse et ensuite la gale purulente. A l'égard de celle-ci, il est toujours sage de calmer l'irritation de la peau au préalable, et ce, pendant deux ou trois jours à l'aide de bains émollients et d'onctions avec le saindoux. Ce sera placer tout d'abord l'individu qui en est atteint dans des conditions de transmission à peu près nulles, car les corps gras seuls font périr les acarus, ainsi que je m'en suis assuré, mais ils n'atteignent pas leur ponte. D'ailleurs, dans la forme pustuleuse de la gale, il y a beaucoup moins d'acarus que dans les autres, et partant moins de danger de transmission.

C'est assez dire que l'agent insecticide que l'on emploiera vers le troisième jour doit être extrêmement doux, et qu'il faudra revenir plusieurs jours de suite à son emploi plutôt que faire courir au malade le risque de voir surgir une série de furoncles ou tout autre accident secondaire.

2° Une fois l'insecte et sa ponte détruits, la gale n'est pas guérie ; elle ne l'est qu'à la condition que la peau est exempte de toute espèce d'éruption et qu'elle est rentrée dans son état naturel. Les bains répétés tous les jours, bains simples, bains émollients, les applications de saindoux ou de coldcream tous les soirs sur la surface de la peau, principalement où existe l'éruption, l'absence de tout grattage, de tout contact, voilà les moyens qui conduiront à la guérison. Quelque bien entendus que soient les soins, il faudra toujours huit à dix jours pour obtenir ce résultat, et, à nos yeux, le médecin est blâmable, au point de vue de l'avenir qui nous est encore inconnu, de ne pas parfaire la guérison de la gale, en présence de cette maladie qui se chiffre pour une proportion si considérable comme antécédent, principalement dans les affections eczémateuses et lichénoïdes.

Reste la question des vêtements. Il est toujours sage d'en changer entièrement et de faire passer au soufre ou à l'étuve ceux que le malade portait.

L'étuve suffisamment chauffée suffit à faire périr l'acarus ; elle offre l'avantage de n'exercer aucune action décolorante des vêtements.

En résumé, je n'ai pas eu en vue, dans cet article, de critiquer aucun des progrès que l'on a fait subir au traitement de la gale ; mais, au milieu de la multiplicité des moyens et des méthodes, il était peut-être nécessaire de poser quelques préceptes de thérapeutique ; c'est ce que nous avons cherché à faire dans cette note.

A. DEVERGIE,
médecin de l'hôpital Saint-Louis.

ANATOMIE.

RECHERCHES SUR LA STRUCTURE DES AMYGDALES ET DES GLANDES SITUÉES SUR LA BASE DE LA LANGUE (lues à la Société de biologie le 24 novembre 1855) ; par M. C. SAPPEY.

1° GLANDES DE LA BASE DE LA LANGUE.

Ces glandes ont été considérées par la plupart des auteurs comme

---

ordres de produits : toujours est-il que la pauvre bête mourut le troisième jour après cet acte de cruauté ou d'abominable plaisanterie... Eh bien ! dans cette circonstance, un indigène se présenta aux missionnaires et leur dit d'un air doctoral et convaincu : « Si le boyau est intact, le cheval vivra ; sinon il mourra, à moins que vous ne laissiez *lui ouvrir le ventre et le panser.* »

Or, que pouvait être ce pansement curateur, nous le demandons, si ce n'est la suture de l'intestin blessé ?... Convenons qu'il y a là l'indice, sinon d'une grande habileté chirurgicale, au moins d'une très-grande audace s'alliant à un certain esprit d'observation et à une bonne dose d'induction comparative. A la place des missionnaires, nous n'eussions pas hésité à donner carte blanche à un rebouteur si audacieux et si plein de confiance en lui-même, et il eût été par trop curieux de voir, en de telles mains, une opération aussi délicate réussir.

AFFECTIONS INTERNES EN MÉDECINE. — Les Nouveaux-Calédoniens ne sont sujets à aucune fièvre éruptive ; ils ne connaissent encore ni la variole, ni la scarlatine, ni la rougeole ; mais en revanche ils sont très-sujets aux *inflammations pulmonaires*, aux *bronchites*, à la *phthisie*, aux *scrofules* et aux *angines* de toutes sortes. Nous tenons du R. P. Montrouzier, qui joint à de profondes connaissances en histoire naturelle quelque instruction médicale, que, en 1854, il régna à Puebo et à Balade, durant la saison des pluies, une grave épidémie d'*angines couenneuses*, qui fit périr en très-peu de temps 25 individus dans le district de Balade et 120 dans celui de Puebo. On se rendra, du reste, facilement compte de la fréquence des affections ci-dessus indiquées, lorsqu'on saura que ces sauvages vont toujours complétement nus, sans rien qui ressemble à la *tapa* des habitants de Tonga, ni même au *maro* des Nouka-Hiviens, et qu'ils établissent, en outre, leur demeure habituelle au milieu même des forêts de palétuviers, qui deviennent pour eux, il est vrai, en cas de guerre avec leurs voisins, de véritables retranchements presque inexpugnables, mais où ils trouvent aussi tous les dangers d'une atmosphère humide et souvent miasmatique.

La *syphilis*, triste cadeau que leur ont fait les baleiniers et sandaliers anglais ou américains, contribue aussi pour beaucoup à augmenter le chiffre de la mortalité considérable qui pèse sur eux ; car ils n'opposent aucun remède de leur façon à cette horrible maladie, refusent même ceux que les missionnaires ou les médecins français leur proposent, et la laissent ainsi arriver à son dernier degré d'intensité, en même temps que d'extension de village à village.

Aux affections de poitrine, aux angines et aux scrofules, ils n'opposent pas non plus de remèdes ; et cependant ils ont autour d'eux beaucoup de plantes à propriétés médicinales, mais dont ils ne paraissent pas avoir l'idée de se servir. Il n'y a que l'*eau de mer* dont ils apprécient la vertu *purgative* et aussi l'action *fortifiante* ; car c'est principalement dans les cas de scrofules ou de rachitisme, de faiblesse et d'épuisement quelconque, en un mot, qu'ils en usent. Pendant notre séjour dans le nord de l'île des Pins (après le naufrage de la corvette l'*Aventure* dont nous étions le chirurgien-major), il ne se passait guère de matinée que nous ne vissions quelques malades de cette espèce venir sur la plage avaler une certaine quantité d'eau de mer ; peu, quand ils voulaient un effet purement tonique ; davantage, quand ils désiraient obtenir

de simples follicules. Quelques anatomistes cependant les ont comparées aux glandes acineuses : telle est, en effet, la classe à laquelle elles appartiennent; mais elles forment, dans cette classe, une petite tribu à part.

Le conduit excréteur des glandes en grappes ordinaires offre une disposition ramescente; celui des glandes placées à la base de la langue se présente sous l'aspect d'un petit follicule dont la partie profonde constitue au centre de chacune de ces glandes une véritable cavité.

Autour de cette cavité centrale se trouvent groupées des glandules acineuses qui versent sur ses parois le produit de leur secrétion. Toutes ces glandules sont indépendantes les unes des autres. Leur conduit excréteur est mince, pâle, transparent, extrêmement court et, par suite, très-difficile à distinguer. Le nombre des glandules inhérentes au même follicule varient de trois à huit. Lorsqu'elles sont peu nombreuses, elles s'étalent, pour ainsi dire, sur la surface extérieure de ce follicule, de manière à le recouvrir en totalité, en se juxtaposant par leurs bords voisins. Lorsque leur nombre augmente elles s'allongent, deviennent plus ou moins perpendiculaires aux parois de la cavité centrale, et ne correspondent alors à celles-ci que par leur extrémité terminale. C'est dans ce cas seulement qu'on peut réussir à distinguer leur conduit excréteur.

Ce mode de conformation des glandes linguales nous montre à la fois ce qu'il y a d'erroné et ce qu'il y a d'exact dans les deux opinions émises sur leur structure. Les auteurs qui les ont considérées comme de simples follicules n'avaient observé que leur partie centrale ou folliculiforme. Les anatomistes qui les ont rangées dans la classe des glandes acineuses ordinaires semblent n'avoir observé que leur partie périphérique, dont l'aspect rappelle en effet parfaitement celui des glandes lacrymales, parotides, sous-maxillaires, etc.; mais ils ont méconnu la cavité creusée dans leur centre, cavité qui constitue pour elles un véritable réservoir, et qui les distingue de toutes les autres glandes de la même classe. Ainsi, les premiers n'avaient aperçu que ce réservoir; les seconds n'avaient remarqué que les glandules groupées sur la périphérie de celui-ci. Pour arriver à l'expression complète de la vérité, il faut donc, en quelque sorte, emprunter aux uns l'organe qui sécrète, et aux autres l'organe qui reçoit le produit sécrété.

Ce produit est un mucus extrêmement visqueux.

Durant l'intervalle des repas, il s'accumule dans le réservoir creusé au centre des glandes linguales; au moment de la déglutition, le bol alimentaire, en comprimant de haut en bas tous ces réservoirs, exprime une petite quantité de leur contenu, et humecte ainsi lui-même, par le simple fait de son passage, le plan incliné sur lequel il glisse. Lorsque l'orifice destiné à transmettre au dehors ce produit de sécrétion vient à s'oblitérer, le mucus s'amasse en quantité plus ou moins considérable dans le réservoir de la glande : tel paraît être l'origine des kystes, qu'on observe quelquefois à la partie la plus inférieure de la base de la langue, au voisinage de l'os hyoïde.

2° AMYGDALES.

Les amygdales présentent, sur leur face interne, huit à dix ou douze orifices extrêmement variables dans leur forme, leurs dimensions et leur situation respective.

La plupart affectent la figure d'une fente ou d'un ovale, d'autres celles d'un triangle, d'autres celles d'un cercle. Les plus petits n'offrent pas moins de 1 millimètre de diamètre; les plus grand ne dépassent pas, en général, un demi-centimètre. Ils peuvent être régulièrement répartis; mais le plus souvent on les trouve rapprochés sur certains points et espacés sur les autres; dans quelques cas assez rares ils se réunissent tous en un seul groupe, et forment alors une sorte de pomme d'arrosoir à contour circulaire ou elliptique et à surface plus ou moins déprimée. La cavité qui leur succède présente des parois extrêmement inégales, et des dimensions très-variables; tantôt elle est limitée à la surface de l'organe; tantôt elle s'étend jusqu'à son centre et même jusqu'à sa surface externe.

La masse entière des amygdales se compose de la réunion de toutes les parois qui circonscrivent ces cavités. Le problème de leur structure consiste donc à déterminer les éléments qui entrent dans la composition de ces parois, et le mode d'arrangement ou la situation respective qu'ils présentent; or, ces éléments sont les suivants : 1° une membrane muqueuse qui revêt exactement toutes les saillies et toutes les dépressions des cavités des amygdales; 2° des glandes; 3° des artères et des veines; 4° des nerfs; 5° du tissu cellulaire et un petit nombre de cellules adipeuses. Je m'occuperai seulement de deux de ces éléments, de l'élément muqueux et de l'élément glanduleux.

1° MUQUEUSE AMYGDALIENNE. — Continue en arrière, en avant et en haut avec la muqueuse palatine, en bas avec la muqueuse linguale, cette membrane s'applique exactement à la face interne de l'amygdale, et lui adhère en général d'une manière intime. Au niveau des orifices qui conduisent dans les cavités de la glande et sur les parois de ces cavités elles-mêmes, elle n'est pas moins adhérente. Sa partie extérieure ou sus-amygdalienne est légèrement rosée. Ses prolongements intra-amygdaliens offrent une couleur d'un gris pâle ou cendré.

L'étude comparative des glandes situées à la base de la langue et des amygdales démontre donc que la muqueuse qui leur correspond offre la même disposition dans les unes et les autres; cette disposition est seulement plus simple dans les premières, plus compliquée dans les secondes. Sur quelques-unes des glandes situées à la base de la langue, on voit la muqueuse linguale s'avancer jusqu'au centre de leur surface libre, se déprimer dans ce point pour pénétrer dans leur épaisseur et former une sorte de follicule plus ou moins étroit à son embouchure. Sur d'autres, particulièrement sur celles qui occupent le voisinage des amygdales, elle remonte aussi sur leur face libre, puis se déprime presque aussitôt, et donne ainsi naissance à une cavité si largement ouverte que cette cavité perd l'aspect folliculiforme pour prendre celui d'un segment de cylindre. Sur les amygdales la muqueuse non-seulement se déprime pour former autant de cavités dans leur épaisseur qu'elles présentent de trous à leur surface interne, mais elle revêt toutes les saillies extrêmement inégales qu'on observe sur les parois de ces cavités. Dans toutes les glandes situées sur le pourtour de l'isthme du gosier, elle pénètre en un mot jusqu'à leur partie centrale où elle se termine par une dilatation. Que cette dilatation soit moins prononcée dans certaines glandes linguales; qu'elle le soit plus dans d'autres, qu'elle le soit plus encore dans les amygdales où les prolongements

---

un effet purgatif ou des vomissements; et dans ce dernier cas, nous les voyions aider à l'action du remède par l'introduction du doigt jusqu'au fond de la gorge.

Pour qu'on puisse s'expliquer la fréquence toujours croissante, au sein de cette population, des scrofules, du rachitisme et des tubercules, nous devons dire en peu de mots quel est, en général, son genre d'alimentation. Aux temps de prospérité et d'abondance, c'est-à-dire de paix, la nourriture se compose pour tous : de coquillages et de poisson à peine grillés, de taro, d'igname, de racines du *dolichos tuberosus*, d'écorces jeunes de l'*ibiscus tiliaceus*, — de bananes sauvages, de canne à sucre et de noix de cocos, quant aux boissons, l'eau est la seule en usage; ils ne connaissent point le *kava*, et n'ont l'idée de le remplacer par aucun liquide spiritueux ou simplement tonique. C'est donc, au total, une maigre chère que la leur, et cependant elle leur suffit et les entretient même, comme nous l'avons déjà dit, dans un état d'embonpoint et de force musculaire assez remarquable. Mais vienne la guerre, avec son cortége désastreux, et toutes ces ressources alimentaires ne tarderont pas à se réduire à presque rien; il y aura toujours des coquillages et du poisson pour les moins paresseux, ou pour les plus forts des racines de dolichos et des écorces d'ibiscus, qu'on trouve partout; mais plus du tout d'igname ou de taro, qu'on ne cultive qu'en trop petite quantité, plus du tout de bananes et de noix de cocos, qui auront été consommées ou ravagées par le parti vainqueur... Et c'est alors que l'esprit de ces malheureux s'ingéniera pour remplacer tant d'objets de première nécessité, et qu'on verra les plus affamés rechercher les racines d'*hypoxis*, les rhizômes de *fougères* et les tiges du *bananier sans fruit*, comme si c'étaient les légumes les plus succulents; courir après les *roussettes*, les *lézards*, les *sauterelles* et même les larves du *mallodon* (espèce de capricorne), comme après le gibier le mieux goûté, et descendre enfin jusqu'à manger une espèce de terre glaise, qui est propre tout au plus à tromper la faim : heureux encore si cet excès de misère et de privation n'exalte pas outre mesure leur goût naturel pour la chair humaine et ne les pousse pas à une nouvelle guerre ayant pour seul but d'abominables festins; car nous aurions dû dire plus tôt que l'anthropophagie est loin d'être éteinte en Nouvelle-Calédonie, et que seulement elle commence à se cacher depuis que nous avons de plus fréquentes relations avec le pays. Qu'on ajoute donc à l'influence d'une alimentation aussi insuffisante, même aux époques d'abondance, le manque total de vêtements, sous un climat qui cesse d'être chaud pendant trois mois de l'année, puis l'habitude de vivre dans les lieux les plus humides, puis, enfin, l'état d'esclavage absolu dans lequel sont maintenues les femmes dès qu'elles ont dépassé l'âge de puberté et qu'elles sont devenues la propriété de maîtres qui les accablent de travaux pénibles, et leur laissent à peine en retour de quoi se nourrir, et l'on comprendra pourquoi, dans chaque tribu, il existe un aussi grand nombre d'enfants et de jeunes gens rachitiques, scrofuleux et même tuberculeux.

MENSTRUATION, GROSSESSE, ACCOUCHEMENT, AVORTEMENT. — Les femmes, à l'époque de leurs règles, sont tenues de se séquestrer et de vivre à part pendant tout le temps que dure l'écoulement, dans une grande case affectée, dans chaque village, à cet usage spécial

Dans le cas de *dysménorrhée*, elles ont recours à l'habileté reconnue de

de la muqueuse forment de larges cavités anfractueuses dont les parois se dépriment elles-mêmes sur une foule de points en cavités secondaires, qu'importent ces modifications de détail? La disposition générale reste évidemment la même.

2° GLANDES DES AMYGDALES. — La plupart des anatomistes n'ont vu dans les amygdales qu'une réunion de grandes cellules dans chacune desquelles viendraient s'ouvrir un nombre indéterminé de follicules. Mais la structure de ces glandes est beaucoup plus compliquée; ce ne sont pas de simples follicules, en effet, qui versent le produit de leur sécrétion dans les cavités ou cellules amygdaliennes; ce sont des glandes acineuses.

Ces glandes sont situées dans l'épaisseur de la muqueuse qui tapisse les parois de ces cavités. Elles sont si multipliées qu'elles forment sur toutes les parois une couche continue. On peut les observer sans les avoir préalablement soumises à l'influence d'aucun réactif; mais leur étude devient en général plus facile lorsqu'elles ont macéré vingt-quatre ou quarante-huit heures dans l'acide acétique. Les acini qui les constituent sont arrondis, serrés les uns contre les autres et revêtus à leur face interne ou concave d'un épithélium nucléaire. Leur conduit excréteur est extrêmement court, mince, pâle et transparent, en sorte qu'il disparaît en général sur le fond un peu sombre de la préparation; ce n'est jamais qu'avec beaucoup de peine qu'on parvient à constater sa présence. L'orifice par lequel chaque conduit s'ouvre sur la paroi qui lui correspond ne peut être vu ni à l'œil nu ni à l'aide d'une loupe.

Le liquide sécrété par les amygdales diffère très-notablement de celui qui provient des glandes linguales et des glandes du voile du palais. Nous avons vu que ce dernier est un mucus extrêmement visqueux. Celui des amygdales l'est à peine. Il serait bien à désirer que l'analyse chimique nous donnât sur sa nature et ses usages des notions plus satisfaisantes que celles que nous possédons. On le trouve presque constamment mêlé à des grumeaux d'apparence et de consistance caséeuses. C'est dans les cavités les plus profondes et les plus anfractueuses que séjournent ordinairement ces noyaux caséiformes pris quelquefois pour des débris de matière tuberculeuse. Ils sont constants et toujours multiples, même dans les amygdales en apparence les plus saines. Ne pourrait-on pas les considérer comme autant de corps étrangers? Et ces corps étrangers seraient-ils dans quelques cas au moins la cause de ces amygdalites répétées qu'on observe chez certains malades?

En résumant les principaux traits de la description qui précède, je me trouve conduit à formuler les trois propositions suivantes :

1° Toutes les glandes situées sur la partie inférieure et sur les parties latérales de l'isthme du gosier présentent une structure identique: toutes sont des glandes en grappe;

2° Ces glandes ont pour caractère commun et distinctif d'être munies d'un réservoir, très-petit pour les glandes linguales, très-grand et multiple pour les amygdales;

3° Ce réservoir, qui a été considéré jusqu'à présent comme la propriété exclusive des glandes les plus volumineuses ou les plus importantes de l'économie, peut appartenir aussi à des glandes d'un très-petit volume et d'une importance secondaire, avec cette différence toutefois qu'il est situé en dehors de leur partie périphérique dans les unes, et au centre dans les autres.

THÉRAPEUTIQUE THERMALE.

DE L'EMPLOI DES EAUX MINÉRALES, PLUS PARTICULIÈREMENT DE CELLES DE VICHY, DANS LE TRAITEMENT DE LA GOUTTE; par le docteur CONSTANTIN JAMES.

(Suite et fin. — Voir les numéros 11 et 12.)

GOUTTE ARTICULAIRE ATONIQUE. — Cette variété de goutte, qu'on désigne quelquefois sous le nom de *goutte molle*, n'est souvent, ainsi que nous venons de le voir, que la transformation ou mieux la dégénérescence de la goutte primitivement tonique. On la reconnaîtra aux caractères suivants :

Les accès ont perdu leur vivacité, et l'affection, longtemps indécise avant de s'arrêter sur une articulation, en touche en passant plusieurs. Au lieu de cette constriction âcre et profonde qu'accompagnaient des symptômes inflammatoires, les malades ressentent simplement une pesanteur incommode; le pied est engourdi, lourd à porter et ne peut soutenir le corps; les douleurs sont lancinantes, mais sans continuité; l'œdème envahit presque tout le membre. Les choses durent ainsi des semaines, des mois même, sans paroxysmes; puis le mieux est lent à venir ou se manifeste brusquement. Abandonnés aux seuls efforts de la nature, ces goutteux deviennent d'habitude hydropiques. Leur constitution détériorée par l'abus des alcalins rappelle assez exactement l'état atonique tout particulier où se trouvent les habitants des pays marécageux à la suite de fièvres prolongées.

Cette description de la goutte atonique, que j'emprunte à M. Trousseau, est le tableau un peu sombre sans doute, mais parfois aussi beaucoup trop fidèle d'un grand nombre de goutteux qui ont abusé de Vichy. Qu'on ne soit pas surpris d'un semblable résultat. C'est ce que nous observons tous les jours dans nos expériences (1) de laboratoire, quand, à l'exemple de Magendie, nous injectons dans les veines d'un animal une solution de bicarbonate de soude. Le sang rendu trop peu coagulable devient inapte à circuler; une partie de ses éléments s'extravase dans le tissu cellulaire, dans les cavités séreuses et jusque dans la profondeur des parenchymes, absolument comme chez les goutteux dont nous traçons l'histoire.

Ces goutteux, chez lesquels la médication alcaline a transformé la goutte tonique en goutte atonique, échangent ainsi un état douloureux sans doute, mais exempt de dangers immédiats, contre un état moins pénible en apparence, mais qui les place sous le coup des accidents les plus meurtriers. En effet, la goutte articulaire, tant qu'elle reste tonique, n'est point sujette à se déplacer, et par suite ses atteintes, quelque cruelles qu'elles soient, ne compromettent pas la vie des ma-

(1) Consulter, pour les détails de ces expériences, les Leçons professées au collége de France par Magendie, que j'ai rédigées et publiées.

vieilles matrones, qui calment leurs coliques par un certain degré de pression exercée sur la région hypogastrique, en accompagnant toutefois cette manœuvre de quelques paroles mystérieuses et sacramentelles.

Enceintes, elles ne changent en rien leur genre de vie, si ce n'est qu'elles obtiennent parfois de leurs époux, ou plutôt de leurs maîtres, d'être un peu ménagées sous le rapport du travail; et quand vient le moment de la parturition, elles n'accouchent pas seules, comme le font beaucoup de négresses sur la côte d'Afrique, mais savent très-bien se faire assister d'autres femmes réputées habiles dans l'art.

Enfin, pour achever de faire connaître tout ce qu'il nous a été possible de voir ou de recueillir sur une population si incomplétement étudiée jusqu'à ce jour, nous ajouterons que les manœuvres propres à déterminer l'*avortement* (drogues abortives, introduction d'instruments piquants, etc.) ne sont pas plus ignorées là que chez les nations les plus civilisées. Les Calédoniennes ont souvent recours, au contraire, à ces moyens coupables, et d'autant plus facilement qu'elles ne trouvent sans doute rien que de très-naturel à se débarrasser d'une chose qui les gêne pour le moment et doit les faire souffrir plus tard, sans compensation aucune; car elles vivent dans un état de dégradation et de misère trop absolu pour que la venue d'un enfant soit pour elles la source de quelques jouissances morales.

Dr PÉNARD,
chirurgien principal de la marine.

— Par décret du 17 mars, MM. de Comeiras et Poupeau, chirurgiens de 1re classe de la marine, ont été nommés chirurgiens principaux.

— On nous assure que cent bourses exclusivement affectées à des élèves en médecine militaire vont être créées à la Faculté de Strasbourg.

— Outre les distinctions dont M. P. Dubois et M. Conneau ont été l'objet à l'occasion de l'accouchement de l'impératrice, on dit que l'*honorarium* a été ainsi réglé : à M. P. Dubois, 30,000 fr.; à M. Conneau, 8,000 fr.; à chacun des médecins présents à l'accouchement, 6,000 fr.

— Le concours pour une place de chef de clinique médicale à la Faculté de Montpellier s'est terminé par la nomination de M. Battle.

— M. Villermé, membre de l'Académie de médecine et de l'Académie des sciences morales, a été nommé officier de la Légion d'honneur.

— La correspondance d'Orient de LA PRESSE nous annonce que le corps médical de l'armée de Crimée a payé un nouveau tribut à l'épidémie de typhus, par la mort de M. le docteur Bouqueról.

— Le docteur J.-J. Cazenave (de Bordeaux) vient d'être nommé, à l'unanimité, membre correspondant de l'Académie royale de médecine et de chirurgie de Madrid.

lades. Prend-elle, au contraire, la forme atonique, elle devient vague, insidieuse, a une singulière tendance à se porter vers les organes intérieurs, et, dans une de ses brusques métastases, elle peut, en un instant, foudroyer les goutteux. C'est en parlant de ceux-ci que Guy-Patin disait avec tant de justesse : « Quand ils ont la goutte, ils sont à plaindre; quand ils ne l'ont pas, ils sont à craindre. »

La goutte, à certains égards, n'est pas sans quelque analogie avec les fièvres éruptives. Si, par exemple, dans une scarlatine ou dans une rougeole, vous empêchez l'éruption de suivre régulièrement ses périodes, vous substituez à une maladie, d'habitude assez légère, un état des plus graves; de même pour la goutte. Si au lieu de tempérer simplement ses attaques, vous les arrêtez imprudemment dans leur développement, vous avez retenu au sein de l'économie un élément morbide qui, ne pouvant plus être éliminé en dehors, tournera ses ravages contre des organes que, sans cela, il eût respectés.

Ce n'est pas seulement l'abus des eaux alcalines qui pourra transformer ainsi la goutte. Certains médicaments jouissent également de ce fâcheux privilége. Le colchique, par exemple, qui forme la base des recettes antigoutteuses les plus vantées (*eau médicinale de Husson*, *spécifique de Reynold*, *teinture de Want*, *pilules de Lartigue*, *sirop de Boubée*, etc.), le colchique procure quelquefois un soulagement réel ; mais pour peu que les malades en abusent, il énerve le système nerveux et empêche l'attaque de goutte d'aboutir. Or nous venons de voir quelles en sont les dangereuses conséquences.

Signaler les causes qui favorisent le développement de la goutte atonique, c'est indiquer en même temps le traitement qui convient le mieux contre cette affection. Ainsi il est de toute évidence qu'il faudra recourir à des moyens stimulants, afin de restituer à l'individu, suivant l'expression de Sydenham, une *puissance réactive* qu'il n'avait plus en lui-même pour l'évolution régulière de la goutte. Sous ce rapport, Tœplitz doit être placé hors ligne. Les sources muriatiques froides de Niederbronn, Kissingen, Hombourg, Kreutznach, Soden et Nauheim, devront également occuper le premier rang. On leur préférera d'autres fois les sources muriatiques thermales, qui, en raison même de cette thermalité, ont une action plus puissante, telles sont surtout Bourbonne, Bourbon-l'Archambault, Balaruc, la Mothe et Wiesbaden. Enfin certains goutteux se trouveront mieux de l'emploi des eaux sulfureuses de Saint-Honoré, de Castéra-Verduzan ou des deux Aix ; disons cependant que les eaux de cette dernière classe ne doivent être prescrites qu'avec une extrême circonspection, la plupart d'entre elles ayant pour résultat à peu près constant d'exaspérer la goutte sans profit bien notable pour les goutteux.

Quelle que soit la source sur laquelle vous arrêtiez votre choix, vous devrez aider son action par une alimentation fortifiante et par le concours d'un vieux vin de bonne qualité. L'hygiène ici doit occuper autant de place que la thérapeutique.

Que les goutteux ne soient pas découragés si, sous l'influence de ces moyens, ils sont pris d'une de ces violentes attaques de goutte articulaire dont ils avaient tout fait pour s'affranchir ; ils devront, au contraire, s'en féliciter, car c'est la transition à peu près inévitable pour que la goutte récupère et conserve son caractère tonique.

Bien entendu qu'il faudra modérer ou même suspendre cette médication perturbatrice, dès l'instant où la maladie se sera modifiée, mais ce moment se fait quelquefois beaucoup attendre, surtout si la goutte n'est devenue atonique que par un long abus des hyposthénisants. C'est ainsi, qu'on me pardonne ce rapprochement physiologique, que, quand un animal a été longtemps soumis à un régime par trop débilitant, on a beau lui donner ensuite les aliments les plus substantiels, il continue de rester faible et même de dépérir, bien que ses digestions se fassent parfaitement, comme si, dans ce cas, la vitalité elle-même avait déjà subi de profondes atteintes.

Il est une variété de goutte atonique dont je n'ai point encore parlé ; c'est celle qui débute d'emblée avec ces caractères et qui les conserve sans avoir préalablement passé par aucune des périodes de la goutte tonique. La bénignité de ses accès en fait une affection très-peu grave, rarement sujette à répercuter, à la condition, toutefois, qu'elle ne sera pas tourmentée par des traitements inopportuns. Si l'on juge convenable de recourir aux eaux minérales, on donnera la préférence à des eaux tout à la fois toniques et sédatives telles que Plombières, Luxeuil, Néris, Baden-Baden ou Bagnères-de-Bigorre. Vichy devra être évité à tous égards, mais surtout si, comme cela arrive fréquemment, la goutte se complique de gravelle blanche, c'est-à-dire de gravelle formée de phosphate de chaux ou de phosphate ammoniaco-magnésien, les eaux de Vichy ne pouvant, en pareil cas, que rendre plus alcalines encore des urines qui déposent précisément déjà par excès d'alcalinité.

Enfin, je n'ai rien dit non plus de la goutte atonique qui, chez les vieillards, succède à la goutte tonique par la diminution graduelle des forces de l'économie. Cette transformation est beaucoup plus un bénéfice qu'un inconvénient de l'âge, car la goutte n'offre plus alors aucun des dangers que nous avons précédemment signalés, et souvent elle est le prélude d'une disparition complète de la maladie. Il faut, dans ce cas, savoir temporiser. Les seules eaux dont je conseille l'usage, moins à titre de traitement spécifique qu'à titre de traitement général, sont les eaux gazeuses et ferrugineuses, spécialement Campagne, Spa, Schwalbach, Pyrmont, Franzensbad, Bruckenau et Orezza.

2° GOUTTE VISCÉRALE.

La goutte viscérale, c'est-à-dire celle qui s'attaque à quelque organe intérieur, est cette variété que Cullen a si bien décrite sous le nom de goutte *mal placée*. C'est une des affections les plus difficiles à diagnostiquer, surtout quand l'individu n'a offert encore aucun précédent goutteux ; presque toujours on la confond avec une névralgie ou une névrose.

Ainsi vous êtes consulté par des malades qui, sans cause appréciable, sont pris par intervalle de douleurs excessivement vives vers l'estomac, l'intestin ou la vessie, douleurs qui s'accompagnent parfois d'un ballonnement pouvant aller jusqu'à la tympanite. Chez d'autres, ce sont des palpitations effrayantes, avec un sentiment d'extrême anxiété vers le cœur, et une singulière intermittence dans le pouls. D'autres se plaignent d'étouffements et de dyspnée (1) : vous diriez de véritables asthmatiques. Enfin, certains malades accusent dans la tête des douleurs vagues, lancinantes, se portant d'un point à un autre et se fixant par moments à l'intérieur de l'oreille ou de l'orbite; c'est ce qu'ils appellent leurs *fausses migraines;* il n'est pas rare que ces douleurs se reproduisent d'une manière périodique. De semblables états, s'ils font le désespoir des malades, font également celui des médecins par l'impuissance des remèdes : émissions sanguines, préparations opiacées, antispasmodiques, tout échoue. Les choses peuvent ainsi se prolonger des années, avec des alternatives de disparition et de retour, puis tout à coup, au fort d'une crise, une articulation vient à se prendre. La maladie est jugée ; c'était la goutte.

Je rappellerai à ce sujet l'observation que Morgagni fit sur lui-même. Atteint d'une ophthalmie intense et des plus opiniâtres, il n'en guérit que par une première attaque de goutte.

Lorsqu'une attaque a précédemment donné l'éveil, il n'est pas impossible de mettre d'emblée le doigt sur la nature du mal ; dans le cas contraire, il faut souvent plutôt deviner que reconnaître. C'est dans ces circonstances douteuses qu'il importe de s'enquérir avant tout des antécédents de famille, la goutte, on le sait, étant une affection essentiellement héréditaire.

Je suppose la maladie sinon reconnue, du moins soupçonnée ; pour pouvoir la combattre efficacement, il faut la déplacer en appelant la goutte vers son siége naturel que nous savons être les articulations. Or pour amener ce résultat, je ne connais aucune eau minérale supérieure aux sources de Loëche, de Schinznach, de Wildbad et de Gastein. Les deux premières par la poussée qu'elles provoquent vers la peau, déterminent dans les humeurs une sorte de mouvement centrifuge qui chasse au dehors l'élément goutteux; les deux autres, si elles ne produisent pas de *raptus* critique matériellement appréciable, agissent sur la vitalité, et dégagent avec le même succès les viscères aux dépens des articulations. Il en résulte une attaque de goutte articulaire très-douloureuse. Vous verrez alors les malades accuser les eaux, se plaignant qu'elles ne sont pas bonnes pour la goutte; volontiers, mais par contre, elles sont bonnes pour les goutteux, ceux-ci se trouvant, au prix de quelques souffrances, débarrassés d'un état des plus pénibles qui avait ses inquiétudes et même ses dangers.

La plupart des sources minérales que nous avons dit convenir dans le traitement de la goutte atonique, peuvent également être utilisées pour le traitement de la goutte viscérale. Si surtout ce sont les entrailles qui sont entreprises, Kissingen opérera de véritables miracles.

Parmi les accidents qui caractérisent la goutte viscérale, nous n'avons nullement prétendu comprendre ceux qui se déclarent quelquefois spontanément chez les goutteux pendant une attaque de goutte articulaire, et qu'on désigne sous le nom de *goutte remontée*. Bien que ces accidents semblent se rattacher à la répercussion du principe goutteux sur quelque organe intérieur, on comprend que les eaux miné-

(1) C'est à la suite d'une hydropisie de poitrine produite par la goutte que périt le grand Frédéric, au rapport de Selle et de Zimmermann, ses médecins.

rales n'aient rien à faire ici, d'autant plus qu'il n'y a pas une minute à perdre pour recourir aux moyens les plus énergiques. C'est par conséquent une question de thérapeutique dont je n'ai point à m'occuper maintenant, comme étant tout à fait en dehors du cadre que je me suis tracé.

3° GOUTTE RHUMATISMALE.

La goutte n'est pas toujours facile à distinguer du rhumatisme : ce sont pourtant deux affections d'une nature bien différente. En effet, la première s'attaque surtout aux tempéraments pléthoriques, est rare chez les femmes et chez les jeunes gens, se transmet par voie d'hérédité, éclate d'habitude inopinément, même la nuit, sans qu'il y ait eu refroidissement préalable, et est l'apanage presque exclusif de la classe oisive et opulente (1). La seconde, au contraire, s'adresse à tous les sujets, sans distinction de tempérament, de sexe et d'âge, ne paraît pas être héréditaire, est presque toujours déterminée par un arrêt brusque de la transpiration, et s'adresse plus particulièrement à la classe ouvrière et pauvre. Ajoutons que la goutte affecte de préférence les petites articulations, le rhumatisme les grandes, et que si la coexistence de la gravelle est la règle chez les goutteux, elle est l'exception chez les rhumatisants. Cependant, je le répète, malgré ces caractères différentiels, il est des cas où le doute est permis et la confusion possible ; c'est pour les cas de cette espèce qu'on a réservé la désignation de goutte rhumatismale.

La nature hybride de cette affection laisse un grand choix parmi les eaux qui pourront être avantageusement conseillées pour la combattre. Ce seront les mêmes que pour le rhumatisme. Or il est impossible d'entrer dans des indications particulières, toutes les eaux minérales pouvant être utiles contre le rhumatisme à cause de la variété et de la multiplicité de ses formes, et chaque forme réclamant à son tour l'emploi de sources différentes. Disons seulement d'après quels principes on devra se diriger.

Il faut avant tout, chez ces goutteux, imprimer à la peau un surcroît d'activité et d'énergie, afin de la prémunir contre les injures atmosphériques et d'empêcher ainsi le mal de récidiver par les mêmes causes. Sous ce rapport, Vichy et Carlsbad, ainsi que beaucoup d'autres eaux thermales, telles que Plombières, Bourbon-Lancy, le mont Dore, Saint-Gervais, Wiesbaden et les sources d'Ischia pourront rendre d'importants services. L'eau minérale ne sera prise à l'intérieur qu'à titre de médication adjuvante, et encore évitera-t-on de la faire boire à dose laxative, dans la crainte que l'accroissement de la sécrétion intestinale n'amoindrisse la transpiration cutanée, et ne nuise de la sorte au mouvement fluxionnaire qui s'opère vers la peau. Si vous croyez devoir préférer des eaux sulfureuses, choisissez parmi celles dont le soufre a le moins de fixité : Aix-la-Chapelle, Schinznach, Aix en Savoie, sont, pour ce motif, mieux appropriées que nos sources des Pyrénées, mieux surtout que Baréges et Luchon.

Il est des malades chez lesquels la goutte rhumatismale s'accompagne d'une très-vive excitabilité. Pour peu qu'ils emploient des eaux richement minéralisées, ils sont pris de malaise, d'agitation, d'insomnie ; les douleurs articulaires s'exaspèrent ; des crampes et des élancements se font sentir sur le trajet des principaux cordons nerveux ; souvent même la fièvre s'allume au point qu'ils sont obligés de suspendre tout traitement. Cette forme de goutte (*goutte nerveuse* de certains auteurs) réclame l'emploi des sources dont l'expérience a constaté les vertus sédatives d'emblée, savoir : Ussat, Bains, Saint-Sauveur, Moligt, Bade (Suisse), Schlangenbad, Ems, Pfeffers et Lucques J'ai quelquefois aussi conseillé avec succès, en pareil cas, les bains de petit-lait, spécialement ceux d'Ischl.

4° CACHEXIE GOUTTEUSE.

Nous avons dit qu'un des priviléges les plus fâcheux de la goutte est que chacune de ses attaques laisse après elle des traces de son passage. Ainsi les articulations se couvrent de dépôts crétacés ; ces dépôts augmentent à chaque nouvelle attaque par la superposition de nouvelles couches ; bientôt les extrémités osseuses se déforment, leurs mouvements deviennent roides, difficiles, puis impossibles ; les doigts paraissent raccourcis et la jonction des phalanges se courbe en saillies anguleuses. Et ce ne sont pas seulement les articulations où a sévi la goutte qui offrent de semblables concrétions : vous retrouvez les mêmes produits morbides disséminés dans l'universalité des tissus. Gardez-vous de confondre la gêne et l'empâtement qui en résultent avec la véritable pléthore. Chez ces goutteux les membres s'œdématient et s'alourdissent, le ventre devient proéminent, la respiration pénible, parce que d'innombrables stratifications intérieures ont ôté aux rouages de l'économie leur élasticité et leur ressort. La goutte n'est donc plus seulement ici à l'état de diathèse ; elle est passée à l'état beaucoup plus grave de cachexie.

Quel plus navrant coup d'œil que celui de ces pauvres perclus, réduits à se faire voiturer dans des fauteuils à roulettes, ou se traînant péniblement, le dos courbé, les jambes écartées, les pieds tuméfiés, pouvant à peine appuyer sur un bâton leurs mains endolories ! J'avoue n'avoir jamais compris comment, en face d'un semblable spectacle, on peut sérieusement agiter la question de savoir si l'on doit guérir la goutte. On devrait bien plutôt se demander d'abord si *l'on peut* la guérir. Enfin, en supposant, ce qui est loin d'être prouvé, que la goutte soit un préservatif contre les autres maladies, quelle maladie n'est pas préférable à celle-là, et, par suite, combien ne gagnerait-on pas au change !

C'est dans ces cas extrêmes, alors que la constitution est profondément détériorée et la médecine tout à fait impuissante, même à soulager, que les eaux minérales offrent une dernière et précieuse ressource. Aucune eau, sous ce rapport, n'est comparable à celle de Carlsbad.

Carlsbad, par ses propriétés éminemment dépuratives, modifie tout à la fois la nutrition, les sécrétions et la vitalité. Son action, pour peu qu'elle soit dirigée avec mesure et avec art, pénètre insensiblement l'organisme jusque dans la trame la plus intime des tissus, de manière à dissocier les engorgements fibrineux de la goutte et même à en résoudre les dépôts calcaires. C'est ainsi que vous verrez quelquefois le mouvement reparaître dans des articulations plus ou moins ankylosées par des tophus.

L'examen des changements anatomiques qui s'opèrent, sous l'influence des eaux de Carlsbad, dans les fractures récemment consolidées, me paraît rendre assez bien compte des effets que ces eaux produisent dans la cachexie goutteuse. On sait que le cal provisoire n'a pas, comme le cal définitif, une texture osseuse, mais qu'il consiste en une espèce de virole formée par la réunion d'éléments tout à fait divers ; or les eaux de Carlsbad désagrégent ces éléments et favorisent la résorption des sucs qui leurs servaient de ciment, de telle manière que le point fracturé ne tarde pas à se ramollir. Eh bien ! tel paraît être également le mécanisme de l'action de ces eaux sur certains engorgements morbides et même sur certaines productions accidentelles de la goutte. Elles font peu à peu disparaître les matériaux épanchés et peuvent ainsi ramener les tissus à leur organisation à peu près normale.

Comme les eaux de Carlsbad ne produisent de semblables effets qu'en éprouvant très-fortement la constitution des goutteux, la plupart de ceux-ci vont, en les quittant, suivre une cure complémentaire aux eaux franchement stimulantes de Franzensbad ou de Tœplitz.

Ce que nous venons d'établir touchant l'utilité de Carlsbad dans le traitement de la cachexie goutteuse, est également applicable aux eaux de Marienbad. La seule différence un peu notable qui existe entre ces deux eaux, c'est que les premières, à cause de leur température très-élevée, sont beaucoup plus excitantes que les secondes ; par contre, celles-ci, qui contiennent près du double de principes salins, purgent davantage. Aussi est-ce à Marienbad qu'on devra donner la préférence quand les malades sont facilement excitables, que le sang a de la tendance à se porter au cerveau, et que, par suite, il convient d'opérer et d'entretenir une révulsion un peu active vers l'intestin.

Il y a d'autres sources encore que l'on peut prescrire avec avantage dans cette période extrême de la goutte ; ce sont surtout : Contréxeville, Vittel, Puzzichello, Soden, Hombourg et Kissingen. Mais réservez-les pour les cas les moins graves, et ne vous flattez pas surtout d'y observer les mêmes miracles qu'à Carlsbad.

Si je ne nomme pas ici Vichy, c'est que l'utilité des eaux alcalines pour la fonte et la disparition des tophus ne me paraît nullement démontrée par l'observation. M. Petit lui-même ne leur accordait à cet égard qu'une confiance très-limitée. Je dirai de plus que, si l'on prenait pour guide la théorie chimique, il semblerait que Vichy devrait plutôt favoriser l'accroissement des tophus, puisque ceux-ci sont surtout formés d'urate de soude, et que c'est précisément ce même sel qui résulte de la combinaison de l'acide urique des goutteux avec la soude des eaux alcalines : vous ajouteriez par conséquent de nouveaux matériaux à ceux qui se trouvent déjà en excès. Mais une raison plus péremptoire encore pour faire récuser Vichy, c'est que les tophus ne sont qu'un accident de la maladie, et que ce qu'il faut avant tout chez

(1) Sydenham se consolait de la goutte en songeant que « c'est la maladie des gens d'esprit et des grands seigneurs. » Il y avait peut-être là plus de résignation forcée que de philosophie d'amour-propre.

ces goutteux, c'est de remonter par une médication puissante et longtemps continuée, les forces de l'organisme : or nous savons que les eaux de Vichy deviennent assez promptement hyposthénisantes.

Je ne donnerai pas plus de développements à ces études, car mon but n'a point été d'écrire un traité complet de la goutte, mais seulement de poser quelques indications pratiques relatives aux eaux minérales les mieux appropriées au traitement de cette affection. Si l'axiome *natura morborum ostendit curatio* (1) est fondé, avouons que cette nature nous est ici complétement inconnue. Aussi ai-je dû annoncer simplement des résultats et être en même temps très-sobre d'explications, les hypothèses ne servant qu'à voiler l'ignorance et même à détourner les esprits de la recherche de la vérité, en faisant croire faussement qu'elle est déjà trouvée.

Deux faits principaux ressortent de mon travail; je pourrais presque dire le résumant.

L'un est relatif aux eaux de Vichy. Nous avons vu que ces eaux pourront être un remède tout-puissant ou nuisible, suivant la forme de goutte contre laquelle elles seront administrées, suivant aussi que, dans leur emploi, on aura su s'arrêter à certaines limites de temps et de doses, ou bien, au contraire, qu'on les aura franchies. Qu'on n'oublie pas que Vichy est une arme difficile à manier, même entre des mains habiles et expérimentées.

Le second fait s'applique aux transformations que les diverses eaux minérales font quelquefois subir à l'élément goutteux, et par suite à la nécessité où l'on est de modifier, en la variant, la médication thermale. Ainsi, de ce qu'un malade se sera bien trouvé d'une source, on n'en conclura pas, nécessairement, que cette source devra lui être utile encore, la goutte ayant pu changer de caractère. C'est au point qu'on serait presque tenté d'établir que, par cela seul qu'une eau minérale a réussi deux ou trois années de suite à un goutteux, il devra momentanément y renoncer, quitte à y revenir de nouveau quelque temps après.

Qu'il me suffise d'avoir tout spécialement appelé l'attention la plus sérieuse sur ces deux faits; là est, en grande partie, la clef du traitement de la goutte par les eaux minérales. Mon travail, je le sais, eût gagné beaucoup à ce que d'autres faits que j'ai effleurés à peine eussent été élucidés plus à fond; malheureusement les matériaux m'ont manqué ou bien ils ne reposaient point sur des bases assez solides pour que je pusse utilement m'en servir.

Une dernière réflexion, et elle m'est personnelle. Quelque réservé que j'aie apportée dans mes appréciations et mes jugements, il m'arrivera probablement ce qui arrive à toute personne qui veut rester impartiale au milieu d'opinions contradictoires : ses éloges paraissent insuffisants et ses critiques exagérées. J'ai prévu tout cela et cependant j'ai passé outre. C'est qu'en effet il s'agit ici d'une des questions les plus controversées et les plus ardues de la thérapeutique, d'une question qui n'a point encore été nettement abordée dans son ensemble, ou plutôt qu'on n'a envisagée que de son beau côté, vantant les succès, taisant les revers, d'une question enfin qui, bien qu'elle intéresse la vie d'une nombreuse classe de malades, est, chaque jour encore, l'occasion des plus déplorables erreurs. Dès lors, n'était-ce pas pour moi plus qu'une convenance, n'était-ce pas un devoir d'apporter à l'œuvre commune le tribut de mes recherches et de mes convictions?

(1) *La guérison d'une maladie en dénote la nature.*

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

I. ARCHIVES BELGES DE MÉDECINE MILITAIRE.

Les numéros des mois d'avril à août 1855 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *De l'emploi de l'acétate de plomb dans quelques lésions chirurgicales*; par M. Decondé. 2° *Des secours à porter aux blessés sur les champs de bataille*; par M. Merchie. 3° *De la difficulté que présente quelquefois le diagnostic des hernies chez les conscrits*; par M. Ch. Déchange. 4° *Quelques mots sur la résection de la tête de l'humérus*; par M. Binard. 5° *Moyen de prévenir les cicatrices difformes que la variole laisse à sa suite*; par M. Francœur, médecin de bataillon. (Ce moyen consiste dans l'application de la teinture d'iode sur les pustules de la face.) 6° *Note sur l'action que l'iode exerce sur le camphre*; par M. Billhot, pharmacien. 7° *Considérations sur les maladies du premier semestre de* 1855, par M. Gouzée. 8° *Rapport médical sur les deux épidémies de choléra qui ont sévi à bord des navires à émigrants*, Clotilde et Peter-Hallrich, *en septembre et octobre* 1854; par M. Célarcel, chirurgien aide-major. 9° *Encore un mot sur l'emploi de l'électricité dans le traitement des fièvres intermittentes, d'après la méthode de M. Derossi*; par M. Kums. 10° *Extraits des rapports semestriels des hôpitaux et infirmiers militaires, année* 1854. (Ces extraits ne sont en général que de simples énoncés des maladies que les chirurgiens militaires ont eu l'occasion de voir, et se bornent à quelques mots sur leur traitement; aussi n'avons-nous pu en citer ici aucune observation un peu détaillée.)

QUELQUES MOTS SUR LA RESECTION DE LA TÊTE DE L'HUMÉRUS; par M. F. BINARD, médecin de régiment à Gand.

La question des résections osseuses est maintenant, on peut le dire, tout à fait à l'ordre du jour. Nous avons déjà eu l'occasion de rappeler les faits nombreux qui tendraient à réhabiliter ces opérations : la question est loin d'être encore résolue, mais dans l'état des choses, nous pensons qu'il est utile de faire connaître les procédés qui ont pour but de simplifier l'opération en la rendant peut-être moins grave. La méthode opératoire dont parle M. le docteur Binard est celle du professeur Langenbeck. Voici comment il la décrit : « L'incision de la peau commence au bord interne de l'acromion, juste au devant de la jonction de cet os avec la clavicule, et descend dans la direction des fibres du deltoïde et du tendon du biceps, à 3 ou 4 pouces environ. On cherche à pénétrer par de légères incisions entre les faisceaux musculaires du deltoïde sans les diviser, pour arriver ainsi sur la tête de l'humérus, recouverte d'une forte capsule fibreuse. On ouvre alors la coulisse bicipitale dans toute sa longueur, de dedans en dehors, jusqu'à l'articulation scapulo-humérale, de manière à mettre à découvert le tendon du biceps. Ensuite l'opérateur fait exécuter par l'aide qui est chargé de soutenir le membre un mouvement de rotation de l'humérus en dehors, afin d'amener le petit tubercule au centre de la plaie des téguments. La capsule articulaire est saisie en dedans, éloignée du tendon du biceps, et divisée, ainsi que l'expansion fibreuse du sous-scapulaire jusque sur les os, au moyen d'un couteau en forme de scie. Un crochet mousse sert à déplacer le tendon du biceps de sa coulisse et à la porter en dedans. On imprime alors à l'humérus un mouvement de rotation en dedans, pour amener la grosse tubérosité au centre de la plaie, et pour diviser l'expansion fibreuse que les muscles sus et sous-épineux et petit-rond envoient à la capsule articulaire, qui est ouverte en même temps. Pour dégager entièrement la tête de l'humérus, l'opérateur introduit alors l'indicateur gauche dans l'articulation, reconnaît la capsule qui est dans un état de tension, et il la divise à l'aide du bistouri boutonné à resection de Langenbeck, le tranchant étant tourné contre l'os. La tête est alors dégagée des téguments jusqu'au point où elle doit être sciée, et la resection en est opérée. Il n'y a pas d'écoulement de sang considérable dans cette opération, car aucun vaisseau important n'est divisé. »

Ce procédé opératoire, dont l'incision longitudinale est, du reste, empruntée à Larrey, se distingue de tous ceux qui ont été publiés jusqu'ici : 1° par la facilité et la promptitude qu'il présente dans son exécution; 2° en ce que ne lésant ni le deltoïde ni le tendon du biceps, il laisse à ces muscles leur usage ultérieur; 3° enfin parce qu'il n'attaque aucune partie importante.

II. JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACOLOGIE.

Les numéros du mois d'avril au mois de septembre 1855 renferment les mémoires originaux suivants : 1° *De la chlorose et des maladies chlorotiques*; par M. Putégnat, (Suite.) 2° *De la douleur, des moyens qu'on peut lui opposer, et spécialement des moyens dits anesthésiques; quels sont les avantages et les dangers qui peuvent résulter de leur emploi? comment pourrait-on prévenir ces dangers?* par M. Gimelle. (Suite.) 3° *De la nature des sensations dans le sommeil, de leur perception et de leur perversion dans les rêves*; par M. Parigot. 4° *Mémoire sur la surdité nerveuse*; par M. Triquet. (Suite.) 5° *Considérations sur les amputations (clinique chirurgicale de M. Uytterhoeven)*; par M. Van Holsbeek, élève interne. 6° *Nouveaux instruments de chirurgie : instrument extracteur de corps étrangers dans la vessie*; par M. Sonpart. 7° *Quinze ans d'expérience sur l'emploi des mercuriaux comme agents spéciaux dans beaucoup d'affections irritatives et surtout dans les métropéritonites graves des femmes en couches*; par M. Janssens. 8° *Considérations historiques sur l'emploi de la taille médiane en Ita-*

lie, depuis Vacca jusqu'à nos jours; par le même. 9° *De la classification des différents genres de folies et du moyen de les reconnaître par les médecins et les jurisconsultes;* par M. Parigot. 10° *Note sur un nouveau procédé de taille bilatérale proposé par M. Uytterhoeven.* (Ce perfectionnement, qui est une espèce de combinaison de la taille et de la litbotritie, étant encore à l'état d'étude et n'ayant pas été appliqué sur le vivant, il nous devient difficile de juger avec certitude de la valeur ; nous attendrons donc d'autres communications.) 11° *La fièvre typhoïde à l'hôpital Pourtalès pendant l'année* 1853; par M. Cornaz. 12° *Encore quelques mots sur l'emploi des mercuriaux comme agents spéciaux contre certaines affections;* par M. Delhaye. 13° *Note sur un nouvel appareil à extension permanente de M. Uytterhoeven;* par M. Van Holsbeek. 14° *Pierres antiophthalmiques de M. Vallez (de Bruxelles).* 15° *Du coucher des enfants à la mamelle ou du cœrehamac enfantin et de son application à la médecine;* par M. Henriette. 16° *Métrorrhagie intermittente; insuffisance des moyens hémostatiques ordinaires; sulfate de quinine; guérison;* par M. Martin. 17° *Des affections, des penchants, des sentiments et des passions;* par M. Parigot. 18° *Encore un mot sur les moyens de porter immédiatement secours aux blessés sur le champ de bataille;* par M. Uytterhoeven. 19° *Observation d'une fracture composée de la jambe traitée par le bandage bivalve plâtré;* par M. Mathysen.

MÉMOIRE SUR LA SURDITÉ NERVEUSE; par le docteur TRIQUET.

Les maladies de l'oreille ont été le sujet de travaux importants qui ont eu pour résultat de mieux déterminer les causes qui amenaient la surdité, d'en faciliter le diagnostic, enfin, de faire substituer une thérapeutique plus rationnelle. Cependant, malgré les recherches et les observations de Itard et Deleau en France, de Kramer en Allemagne, il est encore des points obscurs dans la pathologie des organes de l'audition, et, par exemple, on peut se demander qu'est-ce que la surdité nerveuse? Existe-t-il une surdité nerveuse? Comment la reconnaître et quel traitement faut-il lui opposer? Tel est le problème assez difficile à résoudre que s'est posé M. Triquet; et qu'il a tenté d'élucider dans un mémoire bien conçu et de longue haleine, dont nous allons essayer de donner une idée.

En comparant les diverses observations citées par les auteurs avec celles qu'il a eu lui-même l'occasion de recueillir, et se fondant sur les résultats que lui a fournis l'anatomie pathologique, M. Triquet formule en ces termes son opinion : « La surdité nerveuse, c'est-à-dire » sans lésion apparente notable, ne me paraît être qu'un symptôme » ou plutôt un résultat unique d'altérations multiples; que, dans ces » cas, il y ait atonie ou surexcitation nerveuse, éréthisme ou torpeur » du nerf acoustique, ce sont là tout simplement deux états d'une » même maladie, à des degrés différents, à une période plus ou moins » avancée de la même affection. »

D'après cela, il rejette la division primitivement adoptée par Kramer en surdité, avec éréthisme et surdité torpide. Pour lui il faut, dans l'état actuel de la science, distinguer : 1° une surdité nerveuse symptomatique; 2° une surdité nerveuse essentielle. A cette dernière, il rattache seulement trois espèces de surdités, qu'il appelle : *a*, surdité hystérique; *b*, par le sulfate de quinine, la belladone, etc.; et *c*, surdité due à la paralysie essentielle du nerf acoustique. La surdité nerveuse symptomatique comprend quinze variétés ou espèces qu'il nomme : 1° par commotion; 2° par congestion, apoplexie; 3° par convulsion; 4° sympathique, vermineuse, dyspepsique; 5° par compression; 6° par fièvre typhoïde; 7° par fièvre intermittente; 8° par le froid et les influences (angines); 9° rhumatismale; 10° syphilitique; 11° par inflammation chronique de la muqueuse de la caisse; 12° par luxation de l'étrier; 13° par absence du liquide de Cotugno; 14° par perversion de ce liquide; 15° par inflammation des membranes labyrinthiques.

Il nous semble que cette classification comporte un peu de confusion; c'est-à-dire, par exemple, que la surdité occasionnée par la présence des vers dans les intestins ne peut se placer à côté de celles qui ont pour cause des inflammations de la muqueuse tympanique ou qui sont la suite d'une apoplexie, etc. D'un autre côté, n'est-ce pas embrouiller la question et porter le doute dans les esprits que d'appliquer l'épithète nerveuse à des surdités évidemment produites par des altérations où l'inflammation, où la compression, etc., jouent un rôle essentiel? Ainsi, M. Triquet paraît s'étonner que la statistique révèle plus de surdités nerveuses chez les hommes que chez la femme : « La » théorie, dit-il, semblerait porter à admettre une opinion différente; » car les maladies nerveuses proprement dites sont plus fréquentes » chez les femmes. »

La théorie sera d'accord avec le principe, lorsque l'on ne confondra plus sous une même appellation des faits essentiellement différents au fond.

Il est très-important, dans tous les cas, de bien reconnaître à quelle lésion organique est due la surdité, afin d'établir un traitement rationnel. Mais le diagnostic, sous ce point de vue, est encore d'une difficulté extrême : notons seulement, d'après l'auteur du mémoire, que « la » lésion la plus fréquente que l'on rencontre chez les sourds, c'est l'é» paississement de la muqueuse qui tapisse la caisse du tympan. » C'est, du reste, l'opinion qu'avait déjà professée en Angleterre M. Toynbee (1849).

Quant au traitement, M. Triquet fait voir qu'il doit varier suivant la cause qui a produit la surdité. Nous n'avons pas à insister à ce sujet, mais nous dirons en terminant que, parmi les moyens extérieurs, l'auteur s'est surtout beaucoup loué d'injections potassiques dans l'oreille moyenne. (Une partie de solution concentrée de potasse, étendue de 20 à 30 fois son volume d'eau : on en instille 15 à 20 gouttes à la fois.)

NOTE SUR UN NOUVEL APPAREIL A EXTENSION PERMANENTE DE M. UYTTERHOEVEN (avec figures); par M. VAN HOLSBECK, élève interne.

Cet appareil a été appliquée avec un plein succès dans deux cas de fracture oblique du col du fémur. Il est construit dans le même principe que celui de Boyer, c'est-à-dire que l'extension se fait au moyen d'une vis de rappel, et la contre-extension par deux montants matelassés, dont l'un appuie sur le pubis. Il se compose, en outre, d'une grande planchette qui s'étend du bassin au delà du talon, et portant à sa face supérieure deux rails sur lesquels glisse avec des roulettes une seconde planchette de la longueur seulement de la caisse, qu'elle est destinée à supporter.

Le membre fracturé, préalablement entouré d'un bandage plâtré ou amidonné qui s'étend jusqu'à cinq travers de doigt au-dessus du genou, donne attache en ce point aux liens extenseurs, qui vont se fixer à la vis de rappel; le membre est ensuite assujetti à la planchette roulante par quelques rubans de fil.

M. Uytterhoeven pense que les quatre roulettes qui glissent sur les rails donnent une grande supériorité à son appareil, parce qu'elles rendent l'extension plus facile en exigeant le déploiement d'une force bien moindre que les autres appareils.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 17 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. BINET.

— M. REYBARD envoie de Lyon un travail intitulé : MÉMOIRE SUR LES TUMEURS ET LES FISTULES LACRYMALES; NOUVEAUX PROCÉDÉS DE TRAITEMENT.

L'auteur, qui destine ce mémoire au concours pour les prix de médecine et de chirurgie, y a joint, conformément à une condition imposée aux concurrents, une analyse raisonnée de son travail, et deux instruments qu'il désigne sous le nom de *emporte-pièce à vrille* et *emporte-pièce lenticulaire*. (Réservé pour la future commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— M. DURIAU présente, pour le concours à deux des prix de la fondation Montyon (prix de médecine et de chirurgie; prix de physiologie expérimentale), deux opuscules imprimés, ayant pour titres, l'un : DE L'ABSTINENCE DANS LES MALADIES, l'autre : RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'ABSORPTION ET L'EXHALATION PAR LE TÉGUMENT EXTERNE, SUR LA TEMPÉRATURE ANIMALE, LA CIRCULATION ET LA RESPIRATION. Ce dernier est accompagné d'un résumé analytique en double exemplaire. L'auteur annonce l'envoi prochain d'un résumé semblable pour le premier opuscule. (Réservé pour les futures commissions.)

— M. GUYON, récemment nommé correspondant de la section de médecine et de chirurgie, adresse ses remerciments à l'Académie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 25 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

Le ministre de l'instruction publique et des cultes transmet à l'Académie une ampliation de l'arrêté en date du 15 mars, par lequel il a approuvé les

modifications et additions que l'Académie de médecine, dans sa séance du 29 janvier dernier, a proposé d'apporter à son règlement.

Voici le texte de cet arrêté :

ARTICLE PREMIER. — Les art. 1, 2, 3, 4, 5, 44, 51 et 89 de l'ancien règlement de l'Académie de médecine sont rédigés ainsi qu'il suit :

« Article 1er. Les membres titulaires sont au nombre de 100, distribués en 11 sections, ainsi qu'il suit :

1re section :	Anatomie et physiologie	10
2e —	Pathologie médicale	13
3e —	Pathologie chirurgicale	10
4e —	Thérapeutique et histoire naturelle médicale	10
5e —	Médecine opératoire	7
6e —	Anatomie pathologique	7
7e —	Accouchements	7
8e —	Hygiène publique, médecine légale et police médicale	10
9e —	Médecine vétérinaire	6
10e —	Physique et chimie médicales	10
11e —	Pharmacie	10
		100

» Art. 2. Les associés libres peuvent être au nombre de 10.

» Art. 3. Les associés *nationaux* (dénomination substituée à celle de *régnicoles*) pourront être portés au nombre de 20. Les associés étrangers pourront être également au nombre de 20.

» Art. 4. Le nombre des correspondants nationaux est fixé à 100; celui des correspondants étrangers à 50.

» Art. 5. Les correspondants nationaux et étrangers sont distribués en 4 divisions, ainsi qu'il suit :

1re division.	Anatomie et physiologie. Pathologie médicale. Thérapeutique et histoire naturelle médicale. Anatomie pathologique. Hygiène publique et médecine légale.		
		Correspondants nationaux	50
		— étrangers	25
2e division.	Pathologie chirurgicale. Médecine opératoire. Accouchements.		
		Correspondants nationaux	24
		— étrangers	12
3e division.	Médecine vétérinaire.		
		Correspondants nationaux	6
		— étrangers	3
4e division.	Physique et chimie médicales. Pharmacie.		
		Correspondants nationaux	20
		— étrangers	10
			150

» Art. 44. Nul ne pourra obtenir le titre de membre titulaire de l'Académie : 1° s'il n'est docteur en médecine ou en chirurgie, ou reçu dans une école spéciale de pharmacie ou de médecine vétérinaire ; 2° s'il n'en a pas fait la demande expresse.

» Art. 51. L'élection des membres titulaires se fait au scrutin individuel; celle des associés correspondants se fait également au scrutin individuel et sur listes multiples, comme il est dit à l'art. 49. Pour les uns et les autres il faut la majorité absolue des membres présents.

» Art. 89. Jusqu'à ce que les classes de correspondants nationaux et étrangers soient rentrées dans les limites fixées par l'art. 4 du présent règlement, il ne sera fait qu'une nomination sur trois extinctions.

» ARTICLE. 2. — Les chiffres des autres articles du règlement seront changés en raison de ces additions. »

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL fait observer, après avoir donné lecture de cet arrêté, qu'il ne sera pas difficile à l'avenir de classer les membres correspondants dans les quatre divisions établies par les nouveaux articles du règlement. Mais la tâche du bureau, actuellement chargé de la répartition des correspondants dans ces quatre sections, n'est pas sans difficulté. Il a fallu écrire, à cet effet, à tous les membres correspondants de l'Académie ; quarante-deux seulement ont répondu jusqu'ici. Il faudra attendre que le plus grand nombre ait répondu pour les répartir dans telle ou telle division d'après leurs travaux et leurs aptitudes.

— La correspondance non officielle comprend :

Un mémoire sur l'ergot de seigle comme anti-abortif dans les premiers mois de la grossesse, par le docteur Joulin. (Commissaire : M. Danyau.)

M. le docteur J. DENAMIEL (de Rivesaltes) adresse pour le concours du prix d'Argenteuil de 1856 :

1° Un mémoire sur le diagnostic des calculs urinaires par le toucher seul et combiné à l'action des instruments ;

2° Un mémoire sur le traitement des calculs urinaires par le toucher combiné avec l'action des instruments, dans lequel se trouve exposée une nouvelle méthode opératoire qu'il appelle la *lithothlibie* ;

3° Une nouvelle observation d'un calcul vésical guéri en une seule séance par la lithothlibie, suivie de considérations à l'appui de cette méthode opératoire. (Concours d'Argenteuil.)

— M. LE PRÉSIDENT annonce que M. Haime (de Tours) et M. Négrier (d'Angers), membres correspondants de l'Académie, assistent à la séance.

M. le président fait aussi part à l'Académie de la mort de M. Gerdy, membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale, et de celle de M. Lasserre, membre correspondant d'Agen.

Une députation de l'Académie a assisté aux obsèques de M. Gerdy.

— M. TARDIEU donne lecture d'un mémoire sur le charlatanisme médical considéré dans ses rapports avec la jurisprudence. Ce mémoire a pour titre : DE LA QUALIFICATION D'ESCROQUERIE APPLIQUÉE AU CHARLATANISME MÉDICAL. (Commissaires : MM. Gnérard, Chevallier et Robinet.)

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES OPHTHALMIES PAR L'OCCLUSION DES PAUPIÈRES.

M. H. LARREY cède son tour de parole à M. Bonnafont.

M. BONNAFONT : A propos d'une discussion récente et sérieuse, dont les voûtes de cette enceinte garderont longtemps le souvenir, M. le professeur Bouillaud disait qu'*il était dans les destinées de l'Académie d'agrandir toutes les discussions*, paroles vraies qui peignent en deux mots la noble mission de cette Société savante, et le but que s'est proposé son fondateur en l'instituant. L'Académie, en effet, est un véritable tribunal scientifique, où toutes les questions qui lui arrivent sont soumises à une discussion d'autant plus sérieuse, qu'elles touchent à un point de doctrine plus délicat ou à un point de pratique plus important. Mais, par cela même qu'elle est constituée en un jury intelligent et impartial qui condamne ou qui approuve, il y a intérêt à ce que tous les sujets en litige, et dont l'application dans la pratique a une certaine importance, lui soient soumis avant que les praticiens sachent à quoi s'en tenir sur la confiance qu'il convient de leur accorder. Envisagé au point de vue de ce principe de philosophie médicale pratique, je n'ai qu'à me féliciter de la lecture que je suis venu faire de mon mémoire, puisque le sujet qu'il traite est connu depuis longtemps, mais employé tantôt d'une manière, puis d'une autre; passant dans la pratique comme un de ces météores aperçu par quelques-uns, mais oublié par le plus grand nombre, l'occlusion des yeux, enfin, dans le traitement des ophthalmies, recevra de cette discussion une réglementation sage et prudente; car, ayant réussi entre les mains d'un grand nombre de praticiens, dont plusieurs jouissent d'une honorable célébrité, je ne pense pas que ce procédé soit condamné d'une manière absolue, et surtout sans l'admission de circonstances atténuantes. Ce sont ces circonstances que je viens défendre aujourd'hui, en réponse à l'argumentation si pressante et si absolument négative de M. le professeur Velpeau.

Mais, avant d'entrer dans la question, j'éprouve un grand embarras, et l'Académie comprendra sans peine que ce n'est pas chose ordinaire que d'avoir un adversaire comme M. Velpeau, le maréchal de France de la chirurgie. Certes, si je n'eusse envisagé que cette différence de condition, j'eusse bien vite décliné mon rôle en déposant les armes; mais un noble et respectable sentiment qui naît et qui se confirme dans le cœur du plus humble praticien comme dans celui du plus savant, m'engage à venir encore dans cette tribune: c'est celui d'une conviction basée sur des faits consciencieusement recueillis, et que le discours de M. Velpeau n'a nullement affaiblis. Le savant professeur de la Charité nous a dit qu'il y avait plus de mérite à regarder son ennemi en face qu'à fermer les yeux à son approche. Eh bien! si je ne fais pas profiter mes malades de ce principe un peu plus helliqueux que médical, je demande à mon respectable adversaire la permission d'user modestement, dans cette discussion, des conseils qu'il donne à ses ophthalmiques.

Si M. Velpeau n'était devenu un chirurgien illustre, il eût pu être un superbe général du génie, et surtout de génie; personne, mieux que lui, n'eût fait le siége d'une place ni établi avec plus d'habileté ses moyens de destruction; que pouvait, en effet, mon mémoire en face d'arguments lancés d'une batterie si formidable, rien, si ce n'est que de mériter le *qu'il mourût* de Corneille. Toutefois, voyons si, en rapprochant les lambeaux auxquels mon travail a été réduit, il ne sera pas possible d'y trouver quelques moyens de défense contre une argumentation si pressante. Et d'abord, en parcourant mon mémoire et en lisant le discours de M. Velpeau, je trouve que la distance qui nous sépare n'est pas aussi grande qu'il le dit au commencement, car, après avoir condamné de la manière la plus absolue le mode d'occlusion, l'honorable professeur ajoute que ce moyen peut être appliqué très-avantageusement dans les conjonctivites, les chémosis, les lésions traumatiques de l'œil, les abcès, les dépôts plastiques de la cornée, les kératites, etc.; mais je ne l'ai employé que dans des cas pareils, sauf une fois seulement, dans un cas de conjonctivite blennorrhagique, deux cas de kératite ulcéreuse, un cas d'ophthalmie purulente et un cas d'iritis. Étonné d'un résultat aussi avantageux contre des affections que tous les ophthalmologistes considèrent comme assez graves, voici comment je m'exprime dans mon mémoire : « Bien que l'occlusion eût réussi dans des cas pareils, les faits ne sont pas encore assez nombreux pour conclure; de nouvelles expériences sont indispensables afin d'accorder à ce mode de traitement l'efficacité que je ne fais que signaler aujourd'hui. » Je regrette que M. Velpeau n'ait pas lu ou ne se soit pas rappelé ces paroles qui m'eussent très-probablement évité le reproche si direct qu'il m'a adressé.

Passant ensuite à la classification des ophthalmies et au diagnostic différentiel de chaque lésion des tissus qui composent l'œil, M. Velpeau me reproche d'avoir établi une grande confusion, et, à ce propos, il se demande si les malades des hôpitaux militaires diffèrent de ceux des hôpitaux civils. Je ne le pense pas, ni M. Velpeau non plus; mais j'aurai l'honneur de répondre que le peu de chirurgie que je sais, je l'ai appris sous des maîtres militaires, dont l'un des plus illustres figure très-honorablement dans cette enceinte, et que, si je n'ai pas adopté à cet égard les idées du célèbre professeur de la Faculté, c'est que les circonstances m'ont, malheureusement pour moi, tenu toujours éloigné de son enseignement, et que j'ai dû conserver ainsi les errements de mes anciens maîtres. Toutefois, je ne pense pas que mes connaissances en ophthalmologie, si faibles qu'elles soient, aient pu me faire confondre, comme M. Velpeau l'insinue adroitement, une conjonctivite oculaire avec une blépharite, pas plus qu'une kératite avec un chémosis, ni avec un iritis. Je pense que M. Velpeau m'accordera assez de sagacité pour discerner des affections qu'un élève de deuxième année ne confondrait pas. M. Velpeau ajoute que je parle de conjonctivite ulcéreuse, et qu'il n'y a jamais d'ulcération sur la conjonctive; je croyais le savoir, et c'est pour cela que nulle part, dans mon mémoire, je ne fais mention de cette désignation. Je prierai donc M. Velpeau de me dire dans quelle partie de mon travail il a trouvé la source de ce reproche, qui ne manque pas d'une certaine gravité pratique.

M. Velpeau, dans la désignation des maladies qui ont servi de base à mon mémoire, dit que tantôt je penche pour la doctrine étiologique, et tantôt pour la doctrine anatomique. J'avouerai franchement que, sous ce rapport, je n'ai pas des idées bien arrêtées, et que je suis ici une méthode très-éclectique; ainsi, une ophthalmie étant donnée, quel qu'en soit le siége, je cherche, avant d'arrêter aucune espèce de traitement, à m'enquérir de la cause qui a pu la produire, et je m'estime très-heureux lorsque je peux arriver à la constatation de ce principe, à cause de la facilité que cela me donne pour établir la base d'une thérapeutique rationnelle. Ainsi, une kératite, une conjonctivite, une iritis, se lient-elles avec une constitution scrofuleuse ou une infection syphilitique, je ne manque pas, comme M. Velpeau l'indique aussi, après avoir précisé la lésion anatomique du tissu, d'y ajouter l'adjectif servant à désigner la cause ou le vice auquel peut être due la maladie; mais il est évident que lorsque la maladie ne peut être attribuée à aucune de ces affections générales, elles doit cooserver simplement la dénomination anatomique purement locale, et il me semble que M. Velpeau, si j'ai bien compris le sens de son discours, n'agit pas autrement, bien qu'il se montre partisan presque exclusif de la doctrine anatomique, qu'il pousse ici bien loin, puisqu'il ne veut pas que l'on confonde l'inflammation de la conjonctive palpébrale avec celle des follicules de Meïbomius, distinction très-subtile, parce que la plupart du temps ces deux inflammations marchent l'une avec l'autre. A cette occasion, je demanderai à M. Velpeau la permission de lui adresser une légère observation: il me semble que, partisan exclusif dans cette discussion de la doctrine anatomique, puisqu'il veut que toutes les maladies de l'organe de la vue reçoivent une dénomination différente, suivant la nature du tissu où elle a son siége, abstraction faite de la cause qui l'a produite, il n'a pas été aussi sévère pour cette doctrine lors de la discussion si remarquable qui a eu lieu sur la curabilité du cancer; alors, en effet, si ma mémoire ne me fait pas défaut, il me semble qu'un des grands reproches qu'il a adressés aux micrographes, c'est de vouloir trop expliquer la nature de l'affection par la lésion anatomique des tissus, et de ne pas attacher plus d'importance à la cause générale, c'est-à-dire à la constitution des individus; en un mot, pendant toute cette grande discussion, M. Velpeau a démontré qu'il appartenait beaucoup plus à la doctrine étiologique qu'à la doctrine anatomique, ce qui est le contraire dans ce débat. Je ne me suis permis de rappeler ce fait que pour démontrer combien, en médecine ou en chirurgie, il était difficile d'adopter des idées exclusives dans une classification quelconque, et que, lorsqu'un praticien d'une expérience aussi consommée et aussi vaste, et d'un jugement aussi exercé que celui de M. Velpeau, faisait quelquefois défaut à cette règle, il était bien permis à un praticien modeste d'y faillir.

M. Velpeau est très-étonné que des hommes atteints d'ophthalmies intenses, comme par exemple de conjonctivite avec ou sans chémosis, de kératite aiguë, avec ulcération récente de la cornée, aient présenté une fièvre et une céphalalgie intense. Ici, je demande la permission à M. Velpeau de lui adresser la même remarque qu'il me faisait lui-même tout à l'heure, c'est que, si les malades civils atteints de ces affections au même degré ne présentent aucun symptôme de réaction, c'est qu'ils sont bien différents de ceux que nous recevons dans nos hôpitaux militaires. Cela tiendrait-il à l'âge des individus, et à leur constitution généralement robuste?

Mais si M. Velpeau niait l'existence de symptômes de réaction dans quelques cas de maladies des yeux, il serait en contradiction avec la plupart des praticiens, comme le prouve le passage suivant:

« Mais l'ophthalmie aiguë ne se présente pas toujours sous une forme aussi » bénigne et avec aussi peu de violence, elle est quelquefois beaucoup plus » forte et caractérisée par des symptômes identiques à la vérité, mais bien » plus intenses et portés à un bien plus haut degré. D'abord il y a chaleur » brûlante, impossibilité de soutenir la lumière, même la plus faible, douleur » plus exaspérée encore par l'action du moindre rayon lumineux, le malade » est tourmenté par une insomnie opiniâtre et quelquefois en proie au délire, » il ressent une violente douleur de tête qu'il rapporte surtout à la nuque, il » a la figure animée, une fièvre ardente, le pouls fort, dur et fréquent, la chaleur est augmentée par tout le corps. » (Jourdan, DICTIONNAIRE DES SCIENCES MÉDICALES, vol. XXVII, p. 423).

C'est probablement contre ces ophthalmies qu'on recommande tant la saignée, suivant ainsi le précepte d'Hippocrate qui dit: *Ophthalmiam solvit venæ sectio.*

Parmi les observations que j'ai citées, deux malades ont présenté des symptômes de réaction qui semblaient exiger impérieusement les déplétions sanguines, et ce ne fut pas sans une grande hésitation, comme je le dis dans la première observation, que je me décidai à clore simplement l'œil et à borner le traitement à ce seul moyen. Le malade a guéri, et même assez vite, sans présenter aucun incident. Maintenant, la guérison est-elle due à l'occlusion de l'œil ou au hasard? Si c'est à ce dernier, comme M. Velpeau semblerait l'insinuer, il faut convenir qu'il m'a très-heureusement servi, puisque depuis trois ans il m'aurait été constamment fidèle.

Une circonstance curieuse pour cette discussion, c'est que si j'ai employé l'occlusion d'une manière aussi générale que je l'ai fait, c'est M. Velpeau qui en est la cause principale. Ainsi, après avoir retiré le premier bénéfice de ce mode de traitement, j'ai voulu savoir ce que les auteurs en pensaient, sachant d'ailleurs qu'il avait déjà été employé.

Tous les ophthalmologistes gardant à peu près le silence à ce sujet, je rencontrai M. Velpeau seul, lequel, dans son article du DICTIONNAIRE DE MÉDECINE EN 30 VOLUMES, dit d'une manière positive que l'occlusion de l'œil est un des moyens les plus efficaces contre les chémosis, et que c'est là un moyen qui mérite d'être étudié et généralisé. La confiance illimitée que j'ai pour tout ce qui sort du laboratoire scientifique de M. Velpeau m'encouragea tellement, que je ne craignis pas d'employer ce moyen et de l'appliquer à un plus grand nombre de variétés d'ophtalmies; ce sont les résultats obtenus qui ont fourni les matériaux de mon mémoire.

M. Velpeau, afin de prouver le danger qu'il y a de clore un œil lorsqu'il est malade, conteste l'action nuisible de l'air et de la lumière, et va même jusqu'à contester l'utilité de maintenir dans l'obscurité les individus affectés de maladies des yeux. C'est là une doctrine que, pour la première fois, j'ai entendu professer; et il faut certainement une parole aussi grave, aussi expérimentée et aussi imposante que celle de M. Velpeau, pour proclamer un tel principe. Que l'on ait exagéré l'efficacité de l'obscurité dans le traitement des maladies des yeux, cela est possible; mais, jusqu'à preuve contraire, j'aimerais mieux laisser mon malade s'ennuyer quelques jours de plus dans une atmosphère peu éclairée, que de le plonger dans une lumière dont le contact entretient des douleurs atroces chaque fois qu'elle plonge immédiatement dans l'œil. Dans nos hôpitaux, messieurs, nous agissons autrement, et c'est là encore une différence qu'il est bon de signaler.

Ainsi nos maîtres nous ont appris qu'il fallait séparer les malades atteints de maladies d'yeux, les placer dans une salle spéciale, dans laquelle on puisse à volonté intercepter ou diminuer l'action de la lumière, et nous nous estimons très-heureux, nous chirurgiens militaires, de trouver, dans les établissements nosocomiaux, une pièce où les malades puissent être mis dans ces heureuses conditions. C'est pour obéir à ce principe d'hygiène oculaire que mon estimable camarade M. Larrey, dont M. Velpeau ne contestera ni le savoir ni la haute prudence, fit établir au Gros-Caillou, comme il l'a fait depuis au Val-de-Grâce, une salle réunissant les conditions énoncées ci-dessus. Et c'est après avoir constaté les bons effets de cette sage précaution, pendant que j'étais au Gros-Caillou, que j'ai imité cette pratique à l'hôpital du Roule.

M. Velpeau veut, au contraire, que ces ophthalmiques restent, non-seulement dans un endroit éclairé, mais il exige encore qu'ils fassent des efforts pour subir le contact de la lumière; je ne sais pas si M. Velpeau a jamais été atteint d'inflammation de l'œil et s'il a subi les angoisses que font éprouver le double contact de l'air et de la lumière sur l'organe de la vue.

J'ai eu le malheur d'avoir eu deux ophthalmies (conjonctivites) pendant que j'étais en Afrique, et je ne connais rien d'insupportable et de si atrocement pénible qu'un rayon lumineux quand il arrivait immédiatement sur mon œil. Dieu garde M. Velpeau d'une maladie pareille, comme de toute autre; mais si jamais le célèbre professeur venait à éprouver une affection de ce genre, et qu'il voulût se faire traiter à la façon de Prométhée, non pas en plaçant ses yeux en face du soleil, mais seulement d'une lumière un peu vive, je crains bien que tont confrère, voire même M. Malgaigne, auquel M. Velpeau a donné une grande preuve de confiance, puisqu'il a eu recours à lui-même pour faire de l'esprit, je crains, dis-je, que M. Malgaigne, tout en obéissant au désir impérieux du malade, ne lui dise très-spirituellement et surtout très-sérieusement, non pas, pauvres aveugles, comme ceux à qui j'ai fermé les yeux et qui ont guéri, mais bien, pauvre monsieur Velpeau, tournez vite le dos à votre ennemi, si vous ne voulez être atteint de cécité; et, pour la première fois de sa vie peut-être, le célèbre professeur aurait été forcé de cacher à son ennemi ce qu'il veut que ses malades lui présentent quand même.

En réponse à la réprobation que M. Velpeau jette sur l'occlusion des yeux, je suis heureux de pouvoir m'étayer de l'opinion d'un des praticiens, une des gloires de la chirurgie, messieurs, et auquel M. Velpeau ne refusera pas, j'espère, le degré de confiance qu'il inspire dans tout ce qu'il dit. Voici comment M. Bégin s'est exprimé à propos de ce mode de traitement:

« J'ai employé, il y a déjà bien longtemps, à l'hôpital du Val-de-Grâce et à Strasbourg, le rapprochement permanent des paupières dans le traitement des ophthalmies. Appliquant à l'œil ce principe général que le repos des organes est une des conditions principales de la guérison de leur inflammation, je me proposais de soustraire l'œil à ses stimulants habituels, c'est-à-dire à la triple action de l'air, de la lumière et du mouvement des paupières contre sa surface. L'œil ouvert me semblait pouvoir être comparé à une plaie béante, qu'il s'agirait de réunir par première intention. En conséquence de cette idée, je faisais, d'une part, relever, autant que possible, les téguments de la joue et de la pommette, et, de l'autre, abaisser fortement le sourcil. Les paupières

se trouvant ainsi relâchées, appliquées l'une contre l'autre, et dans l'impossibilité presque absolue de se mouvoir, je fixais les parties dans cette situation au moyen d'une bande de diachylum gommé, longue de 2 à 3 mètres, de la largeur d'un travers de doigt, appliquée en forme de monocle. Ce bandage était maintenu en place pendant un temps variable de huit, douze et même quinze jours.

» Ce mode de pansement n'a pas constitué à lui seul le traitement des ophthalmies, à l'occasion desquelles je l'ai employé; je lui ai constamment associé, au contraire, les moyens curatifs, tels que saignées locales, régime approprié, dérivatifs cutanés ou intestinaux, médications spécifiques, etc., que la maladie semblait indiquer. Il n'a été pour moi qu'une sorte de topique plus favorable que les collyres, les pommades, les cautérisations, et autres applications locales variées qui se partagent les prédilections des oculistes. Je l'ai souvent employé, avec des avantages très-marqués, dans les cas si opiniâtres et si souvent rebelles de kératite simple ou ulcérée, d'iritis, et surtout contre les ophthalmies scrofuleuses des enfants, qui s'accompagnent d'une photophobie excessive et insupportable. »

On voit, par ce simple énoncé, que M. Bégin est grand partisan de l'occlusion des yeux, non-seulement dans l'inflammation superficielle de cet organe, mais bien plus encore dans les altérations qui atteignent les parties profondes de l'œil. Contrairement à M. Velpeau, qui repousse d'une manière complète l'occlusion dans ces derniers cas, M. Bégin assure que l'efficacité de ce traitement se manifeste alors d'une manière plus évidente.

M. Furnari, dont je regrette de n'avoir pas connu les travaux sur l'occlusion des paupières, s'est montré aussi très-grand partisan, puisqu'il la considère comme un des moyens les plus efficaces, soit seule ou associée à d'autres médications; ainsi, afin d'être court, nous allons seulement relever les chiffres des principales affections des yeux, où M. Furnari a employé avec succès ce mode de traitement: 16 ulcérations simples et primitives de la cornée, 10 ulcérations entretenues par les vaisseaux de la conjonctive, 5 ulcérations chroniques entretenues par des granulations, 6 photophobies opiniâtres, 12 blépharites granuleuses sans ulcération cornéenne, 2 staphylômes commençants de la cornée, 2 staphylômes de l'iris, consécutives à la cataracte par extraction, 4 ectropions commençants, 4 névralgies sur-orbitaires.—Total, 61 résultats heureux produits par l'occlusion simple des paupières.

On voit que M. Furnari m'avait considérablement dépassé, ce dont je me félicite dans l'intérêt de la médication que je défends; à cette nomenclature, qui comprend déjà une assez grande variété des maladies de l'œil, si nous y ajoutons celles indiquées par M. Bonvier, comme devant subir une transformation salutaire sous l'influence de l'occlusion, telle que l'ophthalmie purulente des enfants, avec ou sans photophobie scrofuleuse, je serai bien excusable de proclamer devant l'Académie l'occlusion des paupières comme un des moyens les plus efficaces contre le plus grand nombre d'ophthalmies.

M. Velpeau, afin de réfuter l'efficacité de l'occlusion artificielle des paupières, nous a dit que les enfants les fermaient naturellement quand ils avaient les yeux malades, et qu'ils n'en guérissaient pas pour cela plus vite. M. Bonvier a répondu à cette objection beaucoup mieux que j'aurais pu le faire; il dit, il dit, et avec raison, je crois, que dans l'occlusion naturelle, l'œil continue à se mouvoir, et le clignotement des paupières n'est nullement arrêté; deux conditions au milieu desquelles il y a toujours un certain frottement entre les deux surfaces palpébrale et oculaire, qui ne peut qu'entretenir et nullement diminuer l'irritation de ces parties. Si donc, l'occlusion naturelle, a dit M. Bonvier, ne paraît pas influer favorablement sur la marche de la maladie, il ne faut pas en conclure contre l'occlusion produite par l'art, qui agit tout différemment, qui tend à immobiliser l'œil et à faire cesser le spasme, et toute espèce de mouvement des paupières.

M. Velpeau m'a aussi adressé le reproche de vouloir employer l'occlusion des yeux contre toutes les ophthalmies: il me semblait que la réponse que j'avais eu l'honneur d'adresser à M. Larrey, au sujet de la même observation, m'aurait évité, dans le cours de cette discussion, de répondre à une pareille accusation. Je suis donc obligé de rappeler succinctement ce que j'ai dit dans mon mémoire ainsi que dans ma réponse au médecin en chef du Val-de-Grâce. Ainsi, j'ai dit de la manière la plus formelle, et je le répète encore pour qu'il n'y ait aucun doute dans l'opinion que j'ai déjà exprimée à cet égard, que je n'avais pas eu l'occasion d'employer ce mode de traitement contre les ophthalmies strumeuses, granuleuses ou purulentes, ni contre celles qui régnent épidémiquement dans les armées; mais que les bons résultats que j'avais retirés dans les cas où j'en avais fait usage faisaient espérer qu'elles pourraient, soit seules, soit associées à d'autres moyens curatifs appropriés, rendre des services à cette branche de la thérapeutique.

Il est évident que, par cette dernière phrase, j'ai voulu entendre, et toute l'Académie l'aura ainsi compris, excepté M. Velpeau peut-être, que, dans les ophthalmies dues à une cause spécifique, telles que la syphilis, la blennorrhagie, les scrofules, etc., il fallait, de toute nécessité, combattre la cause première du mal par des moyens spéciaux, tout en mettant l'œil dans les meilleures conditions pour favoriser sa guérison. Il me semble qu'aucun doute ne peut exister sur le degré d'importance que j'attache à l'occlusion et sur la restriction que je fais de son application.

Du reste, en soumettant ce mode de traitement à l'Académie, j'ai eu soin de dire et de répéter que je ne l'avais encore employé ni dans un assez grand nombre cas, ni dans une variété suffisante des affections de l'œil, pour pouvoir en préconiser l'usage d'une manière générale; je voulais seulement, en signalant les bons résultats que j'en avais obtenus, appeler l'attention des praticiens sur un sujet qui me semblait avoir une certaine importance pratique, les engager eux-mêmes à l'expérimenter, afin d'en apprécier la valeur et le mérite. Tel a été le seul but que je me proposais, et il est présumable que, malgré le dissentiment qui existe dans cette discussion, quelques praticiens, voulant connaître son degré d'efficacité, viendront plus tard en proclamer les résultats négatifs ou affirmatifs dans cette enceinte.

Déjà un des membres les plus distingués de cette assemblée, dans un discours fort remarquable que vous avez entendu dans la dernière séance, mon estimable confrère, M. Bonvier, est venu vous faire connaître les résultats qu'il avait obtenus de ce mode de traitement. Je n'ai pas besoin de faire l'éloge de cet académicien, vous connaissez tous la sagacité qu'il apporte dans ses investigations, ainsi que la sévérité des jugements qu'il déduit de ses expériences; je remercie M. Bonvier du concours si éclairé et si éminemment pratique qu'il est venu m'apporter dans cette discussion, dont je suis d'autant plus heureux, qu'il a parfaitement compris le sens de mon mémoire et que, seul, il lui a donné une juste interprétation. Il a compris, en effet, que l'occlusion des paupières, ayant réussi dans quelques cas d'ophthalmies, elle pourrait peut-être être employée efficacement dans un plus grand nombre et que, pour arriver à établir un jugement sévère sur ce mode de thérapeutique, je faisais appel aux praticiens qui s'occupent plus spécialement du traitement des maladies d'yeux.

M. Velpeau trouve qu'il y a du doute dans le diagnostic des ophthalmies qui ont été soumises au traitement par l'occlusion des yeux. Je vais rappeler la dénomination que j'ai donnée à chacune d'elles, et l'Académie jugera si la confusion est telle.

Ainsi, 1re observation :		Kératite intense avec ulcération de la cornée.
2e	—	Chémosis très-prononcé avec inflammation de toute la conjonctive.
3e	—	Iritis.
4e	—	Kérato-conjonctivite très-intense.
5e	—	Id. Id.
6e	—	Conjonctivite aiguë.
7e	—	Id. blennorrhagique.
8e	—	Id. simple.
9e	—	Id. Id.
10e	—	Kératite ulcérense.
11e	—	Conjonctivite aiguë.
12e	—	Conjonctivite avec chémosis.
13e	—	Conjonctivite.
14e	—	Ophthalmie purulente.
15e	—	Kératite superficielle et légère.
16e	—	Conjonctivite suppurée.
17e	—	Chémosis.
18e	—	Ophthalmie franche.

Telles sont les dénominations dont je me suis servi, et je ne pense pas m'être trop écarté de celles indiquées par la plupart des auteurs.

Une seule peut-être mérite les reproches de M. Velpeau, c'est l'observation 18e, désignée par le nom d'ophthalmie franche, dénomination employée par le médecin-major du régiment et copiée sur le cahier par mon interne dans l'intervalle de la visite. Il s'agissait d'une inflammation générale et aiguë de toute la surface de l'œil, c'est-à-dire de toute la conjonctive oculaire et palpébrale. C'était tout simplement une conjonctivite générale à l'état très-aigu.

Passant au chiffre sur la durée du traitement, M. Velpeau trouve que ses malades ont guéri plus vite que ceux que j'ai traités par l'occlusion; en effet, en supputant mes chiffres, M. Velpeau trouve une moyenne de 17 au lieu de 13, tandis que ses malades ne présentent qu'une moyenne de 13 jours d'hôpital; il y a, en effet, dans mes chiffres, une erreur que je dois reconnaître, puisque la moyenne du traitement, au lieu de n'être que de 13 jours, comme je l'ai dit, irait jusqu'à 15 et non jusqu'à 17, chiffre trouvé par M. Velpeau; mais je dois faire observer que, sur mes 18 malades, il y en a un, le nommé Lacroix, lequel, entré à l'hôpital le 29 avril, n'en est sorti que le 27 juin; que ce long séjour a été motivé, non pas par la conjonctivite suppurée, dont il était guéri depuis longtemps, mais bien par une ganglionite cervicale légère dont il voulait être débarrassé avant de rejoindre son régiment; il y aurait là bien des jours à ôter du traitement de sa conjonctivite; mais c'est là une question secondaire à laquelle il faut attacher peu d'importance, puisque si on ôte ce seul malade exceptionnel, la moyenne des 17 restants sera de 12 jours.

A ce propos, je demande la permission à l'Académie de lui citer deux faits tout récents propres à corroborer mon opinion:

Une dame de 50 et quelques années souffrait, depuis trois ou quatre jours, d'une conjonctivite oculaire très-aiguë; obligée, pour des affaires importantes, de quitter Paris, elle ne savait comment concilier les exigences du voyage avec celles du traitement; les douleurs n'étaient pas très-vives, mais le contact de la lumière était insupportable. Je lui proposai de clore son œil et qu'elle pourrait ainsi, sans aucun inconvénient, entreprendre son voyage; elle hésita beaucoup; mais, forcée par la nécessité, elle se rendit à mon avis; son œil fermé, elle partit, et, quelque temps après, j'appris qu'elle avait laissé l'appareil pendant deux jours sans le retirer, que son œil allait mieux, et qu'au bout de sept ou huit jours, il était complétement guéri.

Le deuxième fait est plus concluant:

Un coutelier du voisinage de l'hôpital du Roule reçut, en repassant des ra-

soirs, un éclat de pierre qui, lancé avec force par la meule, vint toucher l'œil gauche, sillonna de bas en haut la cornée et y fit une plaie longitudinale qui avait bien 5 ou 6 millimètres d'étendue. On lui avait ordonné force collyres émollients, narcotiques, sans que cela eût apporté le moindre soulagement aux douleurs atroces qu'il éprouvait et qui l'empêchaient de se livrer à aucun travail; dans cet état, il vint me trouver, en me priant de lui indiquer un moyen quelconque de soulagement; l'œil était très-rouge, larmoyant, la photophobie telle, qu'il tenait constamment les deux yeux fermés pour éviter le plus léger contact de la lumière; je lui appliquai immédiatement mon mode d'occlusion, et je le renvoyai, en l'engageant à laisser l'œil fermé et à me venir voir dans trois ou quatre jours, ou plus tôt si les douleurs l'exigeaient; et le lendemain du pansement, les douleurs ayant cessé, il se livra au travail avec l'autre œil sans les provoquer; bref, au bout de sept ou huit jours l'ulcération de la cornée avait à peu près disparu, et l'œil avait pu reprendre ses fonctions, le malade n'ayant pas discontinué de travailler durant tout ce temps.

M. Velpeau, à propos de l'occlusion des yeux, soulève un point de doctrine fort important, dont la solution exigerait un espace qu'il est impossible de lui accorder dans cette discussion, je veux parler de l'influence du contact de l'air sur les plaies dont l'action nuisible a été singulièrement exagérée, suivant M. Velpeau, par la plupart des praticiens. En général, je dois avouer que je n'appartiens pas à cette dernière école, et tous les jours, dans mon service, je démontre le peu de crainte que j'ai à cet égard pour les blessés qui me sont confiés. Toutefois, bien des praticiens d'un mérite incontestable, ont adopté et reconnu l'efficacité de certains procédés opératoires, dans l'unique but de soustraire les parties opérées au contact de l'air, tels que les sections sous-cutanées, etc. Mais peut-on, comme le fait M. Velpeau, comparer l'action de l'air et de la lumière sur la plaie d'un membre, par exemple, avec celle que ce double agent exerce sur un œil malade? Je ne le pense pas, et cela parce qu'il existe dans l'organe de la vision, de plus que sur toutes les parties du corps, une sensibilité fonctionnelle spéciale, dont la susceptibilité est toujours exagérée dans l'inflammation de l'œil. Si donc, dans ce cas, l'action de l'air est nuisible, c'est bien moins en agissant sur les tissus enflammés ou ulcérés qu'en provoquant le fonctionnement de l'organe, alors que sa sensibilité exaltée n'en supporte que très-péniblement le contact. De sorte que l'occlusion, comme l'a dit M. Bégin, agit autant et plus peut-être, en condamnant l'œil à un repos absolu, qu'en soustrayant cet organe au double courant de l'air et de la lumière.

M. Velpeau a terminé son argumentation en disant qu'il craignait beaucoup que l'occlusion des yeux ne subisse le même sort que l'emploi du collodion contre les orchites. Quel que soit le sentiment qui ait pu déterminer M. Velpeau à rappeler ce débat académique, je le remercie sincèrement de me fournir l'occasion de lui dire que mon opinion sur l'efficacité du collodion n'a nullement changé, que je l'emploie toujours avec le même succès, et que certains praticiens ne dédaignent pas d'en faire usage avec des résultats non douteux.

Il y a pourtant cette différence entre l'ancien débat et celui-ci, c'est que, dans le premier, j'étais seul pour soutenir la lutte, tandis que maintenant je compte, tant dans cette enceinte qu'au dehors, de hauts et puissants alliés, dont le concours contribuera, je l'espère, à me faire faire un honorable traité d'alliance avec mon si redoutable adversaire.

Telles sont les observations que j'avais à faire au discours de M. Velpeau; j'ose espérer que, malgré le dissentiment qui a existé entre nous dans ce débat, sa bienveillance pour moi ne s'en sera point altérée, pas plus que ma vénération et mon respect pour un praticien aussi éminent et pour un professeur qui est et sera l'orgueil de la France, comme il fait et fera toujours l'admiration de l'étranger.

M. H. Larrey : Après avoir entendu le discours de M. Bonnafont, je pense que l'Académie se trouvera suffisamment édifiée sur la question en litige. Il serait superflu de prolonger la discussion, car il est peu probable qu'elle puisse exercer quelque influence sur les opinions personnelles qui se sont produites à cette tribune. Je renonce à la parole et je demande la clôture de la discussion.

M. Velpeau : J'appuie la proposition de M. Larrey; je partage complétement ses idées sur l'inutilité d'une plus longue prolongation de cette discussion. Tout ce que vient de dire M. Bonnafont ne saurait rien changer à mes convictions; je persiste dans les opinions que j'ai développées précédemment. Depuis quelques semaines, je suis revenu à la pratique de l'occlusion, et j'ai fait dans mon service, à l'hôpital de la Charité, de nombreux essais. Les résultats que j'ai obtenus cette fois ne diffèrent en rien de ceux que m'avaient donnés mes premières tentatives. Ainsi j'ai constaté que ce moyen était assez bon dans la conjonctivite simple, et je pense aujourd'hui comme alors que c'est à la compression qu'il faut rapporter, dans ce cas, l'efficacité de ce mode de traitement. L'occlusion ne guérit pas plus promptement que les autres méthodes. Pour que M. Bonnafont puisse s'en convaincre, il devrait expérimenter simultanément les deux méthodes sur deux catégories de malades dans les mêmes conditions. Les praticiens qui voudront tenter à ce sujet des expériences prononceront entre ma manière de voir et celle qu'a défendue M. Bonnafont. Je demande la clôture de la discussion.

M. le Président : Personne ne demandant plus la parole sur le traitement des ophthalmies par l'occlusion, la discussion est close.

Il est quatre heures vingt minutes, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de la section de physique et de chimie médicales sur le classement des candidats à la place vacante dans cette section.

BIBLIOGRAPHIE.

Statistique et traitement du typhus et de la fièvre typhoïde; observations recueillies à l'hôpital Séraphin de Stockholm de 1840 à 1851, par Magnus Huss. — Paris 1855.

Le docteur Magnus Huss, professeur de clinique médicale, membre de l'Académie des sciences de Stockholm, lauréat de l'Institut de France, est trop avantageusement connu par ses travaux antérieurs pour que l'ouvrage qu'il vient de faire paraître ne soit pas recherché des médecins qui s'occupent aujourd'hui de la pathologie et du traitement du typhus. C'est pourquoi nous tenons à donner à nos lecteurs une appréciation aussi complète que possible de son travail.

La partie *statistique* de ce livre comprend les données relatives à la distribution de la maladie année par année et mois par mois pendant les douze années de 1840 à 1851; les observations météorologiques; le classement des observations par sexe et par âges; la proportion de la mortalité par années, par mois, par sexe, par âges; la durée de la maladie; la symptomatologie et l'anatomie pathologique. La seconde partie du livre, relative au *traitement*, est plus développée que la précédente; c'est la partie véritablement importante de l'ouvrage. L'auteur y montre une connaissance approfondie de l'art difficile des recherches et appréciations thérapeutiques. On reconnaît le clinicien dans cette division des traitements suivant les stades, des prodromes d'irritation, de dépression; le praticien le révèle dans des indications relatives à chacune des méthodes thérapeutiques et à chacun des médicaments. Par exemple, s'agit-il de l'*acide phosphorique* dont on se sert rarement en France et en Angleterre dans le traitement du typhus, mais qui est très-souvent employé dans ces affections en Allemagne et en Suède, l'auteur exprime en ces termes les conditions et les effets de son administration :

« Dans le premier stade du typhus, qu'il apparaisse comme abdominal ou comme pétéchial, ou sous quelque forme intermédiaire de celles-ci, l'*acide phosphorique* est indiqué. Les symptômes gastriques n'en contre-indiquent pas l'emploi. Que la langue soit chargée ou nette, qu'elle soit rouge viande ou cornée, ou qu'elle ait son aspect normal, que l'abdomen et l'épigastre soient tendus ou non, douloureux au toucher ou non, qu'il y ait diarrhée ou constipation, dans toutes ces circonstances l'acide phosphorique convient. Parmi les symptômes des organes de la respiration, il n'est pas contre-indiqué par le catarrhe ordinaire aussi longtemps que celui-ci a son siége dans les grosses bronches. La congestion du cerveau et le délire furieux contre-indiquent aussi peu l'emploi de cet acide que l'état de pleine intelligence, de somnolence ou de stupeur. On voit ainsi quelle étendue d'action peut avoir l'acide phosphorique. Il est bien entendu que ce n'est pas l'emploi de cet acide qui seul, quand il est employé seul, a été la cause de l'issue heureuse. Je le considère comme ayant contribué à rendre la marche de la maladie plus bénigne qu'elle n'aurait été d'ailleurs sans son emploi.

» L'acide phosphorique se donne dilué sous la dénomination de *solutio acidi phosphorici*. Dans cette solution, il entre 25 pour 100 de l'acide phosphorique, qu'on appelle ordinairement *acidum phosphoricum glaciale*. La solution citée s'emploie à la dose de 10 à 15 gouttes de deux en deux heures, d'après la formule suivante :

Solution d'acide phosphorique.	10 grammes.
Décoction de guimauve.	160 —
Sirop simple ou de guimauve.	120 —

Une cuillerée à bouche à prendre de deux en deux heures.

Sur l'emploi de l'*acide sulfurique*, voici encore les remarques de l'auteur : « L'emploi de cet acide dans le premier stade rend quelquefois la langue sèche et âpre, l'épigastre tendu; souvent alors les intestins se remplissent de gaz, la respiration devient accélérée, avec sentiment d'oppression sur la poitrine, souvent aussi le pouls devient rapide. L'acide sulfurique n'est donc indiqué dans cette période de la maladie que dans des cas spéciaux : *quand il y a diarrhée sanguinolente, quand l'urine est mélangée de sang, quand il y a saignement de la matrice, quand il y a des épistaxis fréquentes et abondantes, lorsque les pétéchies sont ecchymotiques, quand il y a des sueurs abondantes et visqueuses.* L'acide sulfurique dilué, employé par la pharmacopée suédoise, contient 11 pour 100 d'acide distillé. On le donne à la dose de 15 à 20 gouttes d'heure en heure ou de deux en deux heures sous la formule suivante :

Acide sulfurique dilné.	10 à 15 grammes.
Décoction de guimauve. . . .	160 —
Sirop de guimauve. . . . . . . }	ãã 60 —
Mucilage de gomme arabique. . }	

Une cuillerée à bouche à prendre dans de la soupe au gruau d'avoine.

Nous passons à l'emploi d'un autre moyen thérapeutique usité dans les fièvres typhiques, les *compresses d'eau froide*. Leur application sur l'abdomen est indiquée dans tous les cas de typhus abdominal. Elles diminuent la tension, le gargouillement et la sensibilité de l'abdomen. Elles préviennent la disposition au météorisme et diminuent la diarrhée. L'auteur emploie aussi ces compresses en applications sur la poitrine dans le catarrhe capillaire et dans la pneumonie qui compliquent souvent les fièvres typhiques.

« En règle, dit-il, elles produisent un effet bienfaisant, même si les symptômes ont apparu d'une manière tellement violente, qu'on ait considéré comme préalablement nécessaire une émission sanguine locale. Les sinapismes et les fomentations de térébenthine peuvent aussi être employés précédemment aux compresses d'eau froide. Dans le cas où les compresses, ainsi placées sur la poitrine, peuvent être supportées, elles doivent être changées de deux à trois fois en vingt-quatre heures. Les *douches et affusions d'eau froide* n'ont pas donné de résultat satisfaisant. Au contraire, des frictions à l'eau froide sur les cuisses et sur les jambes, répétées plusieurs fois chaque jour, procuraient du soulagement dans les congestions à la tête et dans le délire qui en est la conséquence. »

M. Magnus Huss a aussi employé les *laxatifs*. Il n'en a trouvé l'emploi indiqué que dans les trois ou quatre premiers jours du stade d'irritation, quand il y a délire plus ou moins violent et turgescence de la face. Alors le laxatif faisait diminuer souvent assez vite les symptômes cérébraux, et le malade devenait plus calme. Quand la langue est d'un rouge vif, qu'il y ait ou non tendance à la sécheresse, il administre l'huile de ricin à pleine dose ou par cuillerées à café toutes les deux heures jusqu'à ce que l'effet s'ensuive. Quand la langue est chargée d'une épaisse couche de matière d'un gris jaunâtre, quand l'haleine est infecte et l'abdomen tendu, et quand le sujet est d'une constitution robuste, il donne le calomel à la dose de 6 décigrammes, et il le fait suivre, s'il n'opère pas, d'une dose d'huile de ricin.

Les *émissions sanguines* générales sont rejetées tout à fait. L'auteur en a fait l'essai dans des cas de délire violent, dans les cas de bronchite capillaire et de congestion pulmonaire. Il a trouvé qu'après la saignée les forces du malade s'affaissaient subitement, les phénomènes cérébraux augmentaient, les symptômes pulmonaires, un moment diminués, se reproduisaient bientôt sous une forme plus grave.

« Les émissions sanguines locales sont plus souvent indiquées et plus souvent profitables. Elles sont indiquées dans la congestion à la tête, quand le visage est rouge, gonflé, que le blanc de l'œil est injecté et que le malade a ou bien un délire violent, ou bien est dans l'assoupissement. Quand il y a catarrhe bronchique capillaire avec sibilances et respiration embarassée, si on applique quatre à six ventouses sur le devant de la poitrine, la respiration devient plus libre. Quand il y a tension bien prononcée de la région iléo-cœcale, avec sensibilité fort vive, l'application de deux à quatre ventouses ou de huit à douze sangsues fait disparaître la tension et la douleur. »

Ces extraits suffiront à démontrer le soin que l'auteur a apporté dans toutes les questions relatives au traitement des fièvres typhiques. Les idées qui ont dirigé la pratique et la méthode d'observation qu'il a suivie méritaient d'être connues. Il importe beaucoup de savoir quels sont les traitements employés pour les mêmes maladies dans les différents pays. La même médication présente-t-elle partout des avantages et des inconvénients semblables ? Les maladies se comportent-elles partout d'une manière analogue en face des différents moyens thérapeutiques ? La lecture du livre de notre savant confrère de Stockholm, nous montre qu'en Suède les médications employées dans la fièvre typhoïde et le typhus produisent des résultats généraux presque identiques à ceux que nous observons à Paris et à ceux que nous avons observés dans différentes localités, à Marseille, en Corse, à Metz, en Orient. Il y a là une démonstration bien évidente de l'universalité des faits sur lesquels repose le traitement des maladies. Cela n'a rien de neuf, mais cela a besoin d'être répété, afin qu'on ne l'oublie pas, et qu'il soit bien établi que les cliniciens ne changent pas de sujet d'observation en changeant de pays.

Nous ne ferons que peu d'objections au travail de M. Magnus Huss ; cet écrivain a confondu dans sa statistique le typhus et la fièvre typhoïde. Il s'ensuit que les tableaux de la marche et de la symptomatologie présentent un résultat complexe. Il est vrai de dire que l'auteur ne croit pas à la distinction possible des deux espèces morbides. Il pense qu'il y a là des espèces d'affections identiques, ou du moins ayant entre elles des liens étroits d'affinité. Selon lui, sous l'influence du climat, de la manière de vivre et des habitudes, « la même affection peut se modifier à l'infini, et prendre dans telle localité un caractère où prédominent les symptômes de tel organe, tandis que dans une autre localité ce sera tel autre organe qui présentera des symptômes prédominants. » Nous sommes d'avis complétement différent à ce sujet. Il est bien évident que dans des localités où le typhus et la fièvre typhoïde règnent simultanément, il devient difficile de reconnaître les deux maladies à toutes leurs périodes, non-seulement parce qu'elles offrent quelques symptômes semblables, mais encore parce qu'elles peuvent se compliquer l'une l'autre. Dans des cas semblables, la difficulté du diagnostic n'implique pas nécessairement l'analogie des deux affections. Nous l'avons déjà dit, les fièvres typhoïdes ou typhiques peuvent indiquer sous un masque à peu près semblable des intoxications ou des diathèses tout à fait différentes. Nous ajouterons aujourd'hui que le mélange des symptômes des deux affections chez le même sujet, dans les localités où les deux influences sont endémiques, loin de nous indiquer absolument une analogie de nature, est pour nous une preuve de la différence fondamentale des actes morbides et des influences primitives, poisons morbides ou autres causes, qui leur donnent naissance.

THOLOZAN.

VARIÉTÉS.

— ÉTAT SANITAIRE DE L'ARMÉE ANGLAISE. — On lit dans le DAILY NEWS : « Le dernier rapport de l'inspecteur général des hôpitaux de la Crimée est un document très-remarquable. Du 16 au 23 février, il n'y a pas eu de cas de mort par maladie interne dans toute l'armée et seulement 2 morts par accidents. Pendant les trois semaines du 2 au 23, il y a eu seulement 12 décès dans l'armée, et la proportion des malades était seulement de 4 1/2 pour 100. Ces faits parlent très-hautement en faveur des médecins des régiments dont l'habileté et le zèle infatigable ne seront pas, il faut l'espérer, oubliés. Ils prouvent en même temps que les autres services de l'armée s'exécutent avec une parfaite régularité. Il est vrai que nos soldats ne sont plus exposés à un service accablant dans les tranchées. Mais le fait seul de passer la saison la plus rigoureuse de l'année dans un camp est en lui-même une rigoureuse épreuve pour les forces physiques et la santé des soldats. Il faut faire remarquer en outre qu'une partie de l'armée est composée de ces mêmes hommes dont la santé a le plus souffert dans les tranchées et que l'autre partie se compose de recrues prédisposées aux maladies par le changement d'habitudes et de climat. Sans vouloir diminuer en autre façon le mérite de nos médecins militaires, on peut dire que malgré tout leur soin et toute leur vigilance, l'armée ne serait pas aujourd'hui dans un si remarquable état de santé si elle ne s'était pas trouvée d'autre part dans d'excellentes conditions. On sait que les fournitures de toute sorte pour l'armée sont aujourd'hui établies sur le meilleur pied. Une correspondance digne de la plus grande confiance affirme qu'aujourd'hui nos soldats sont mieux logés que les Sardes et les Français, que les troupes anglaises sont bien mieux situées que les autres, que la nourriture des troupes anglaises est très-copieuse et presque aussi bonne qu'on pourrait le désirer. Cette même correspondance établit que le ration journalière se compose d'une grande variété d'aliments qui sont des pommes de terre, l'un des meilleurs antiscorbutiques, ou des oignons, de la viande fraîche, du pain, à des époques rapprochées et de temps en temps l'usage du jus de citron. »

— La galerie de l'Académie de médecine vient de s'enrichir d'une statue en pied de Larrey et du buste de C.-A. Baudelocque. Ces deux objets d'art sont en marbre. Les collections de l'Académie deviennent si nombreuses, que la place fera bientôt défaut.

— M. FLOURENS, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, commencera, mercredi 2 avril, à quatre heures, au collége de France, son cours sur l'histoire des sciences naturelles au XVIII[e] et au XIX[e] siècle.

— MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. M. le professeur C. DUMÉRIL suppléé, en cas d'absence, par M. le docteur AUG. DUMÉRIL, professeur agrégé à la Faculté de médecine, commencera son cours de zoologie le mercredi 2 avril 1856, à onze heures et demie, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

L'histoire naturelle des reptiles et des poissons sera le sujet du cours de cette année. Le professeur exposera d'abord leur distribution en familles naturelles, ainsi que les applications pratiques de cette partie de la zoologie. Il fera connaître ensuite l'organisation et les fonctions des animaux qui composent ces deux classes.

— M. Cl. Bernard, membre de l'Institut, reprendra son cours au Collége de France, le mercredi 2 avril, à une heure.

— MM. les professeurs particuliers sont prévenus que la distribution des amphithéâtres de l'École pratique, pour les cours d'été, aura lieu le 31 mars, à midi précis, dans une des salles de la Faculté.

Le Rédacteur en chef, JULES GUERIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

DES GLOBULES INCOLORES DU SANG, DE LEUR VALEUR PHYSIOLOGIQUE ET PATHOLOGIQUE (LEUKOCYTHÆMIE) DU SANG BLANC (LEUKÆMIE).

Pour aborder, d'une manière profitable à la science et utile à l'humanité, l'examen critique de la question si complexe de la leukæmie, soulevée en France, d'abord au sein de la *Société de biologie*, agitée, tout récemment encore, à l'*Académie de médecine* et dans la *Société médicale des hôpitaux de Paris*, nous croyons devoir entrer dans quelques considérations anatomo-physiologiques sur la composition du sang, et élucider, au préalable, des points importants complétement omis ou imparfaitement traités dans les discussions purement pathologiques de nos sociétés savantes. Les lecteurs de la Gazette Médicale, praticiens ou théoriciens, nous suivront avec intérêt dans cette voie utile, mais peu frayée malheureusement.

C'est par l'analyse chimique, qualitative et quantitative, qu'on cherche à déterminer la proportion des principaux éléments du sang : la fibrine, l'albumine, l'eau, les globules, les sels, etc...; et, pour cela, on a imaginé une foule de méthodes et de procédés qui ne servent à prouver qu'une chose, c'est que la bonne méthode reste encore à trouver. Ne peut-on pas se demander, en effet, jusqu'à quel point les analyses de sang fournissent des données comparatives, quand on sait qu'elles sont faites indistinctement avec du sang puisé dans les régions diverses et chez des individus dont les conditions physiologiques sont le plus dissemblables? Les erreurs de la sorte ne se rapportant qu'à la fibrine, à l'albumine ou à l'eau, ont bien moins d'importance que celles qui dépendent de la détermination des éléments dont les proportions sont infiniment moindres, tels les globules, les sels, les gaz, etc.

Devant nous occuper des corpuscules tenus en suspension dans la masse liquide du sang, nous ne pouvons passer sous silence les tentatives qu'on a faites dans ces dernières années pour remplacer les procédés chimiques employés pour la détermination des globules, par des procédés qui ne les détruisent pas et qui ne les altèrent même pas.

Le moyen très-simple, mais peu récréatif, qu'imagina le professeur Vierordt (1) il y a quelques années, consiste à étendre le sang d'une certaine proportion de mucilage de gomme, à en porter une lamelle sur un micromètre, qui offre un champ d'un millimètre, et qu'on place sur le porte-objet d'un microscope, afin de compter les globules contenus dans l'espace indiqué. Par cette méthode, qui n'est pas sans présenter des chances d'erreur, puisque l'habile professeur a trouvé lui-même, pour 1 millimètre cube du sang d'un même individu, tantôt 4100000; tantôt, à un mois de distance, 5500000, et une autre fois 4700000 globules; par cette méthode, disons-nous, on peut cependant arriver à une exactitude approximative, peu différente de la vérité, surtout par suite du perfectionnement apporté dans la disposition du micromètre, par le docteur Welcker, médecin adjoint à la clinique de Giessen (1). Il a d'abord remarqué qu'en étendant le sang dans des solutions variées, comme substance et comme quantité, le résultat était toujours sensiblement le même; il a également abrégé la durée de chaque expérience, il les a rendues plus praticables en divisant la surface du micromètre en une foule de petites surfaces rectangulaires égales et déterminées. Aussi trouvons-nous dans ses résultats plus d'uniformité. Ainsi, chez le même individu, le nombre des globules contenus dans 1 millimètre cube, ne varie, dans sept expériences faites à des intervalles de temps inégaux, que de 4646435 à 4675450. Ce médecin rappelle d'ailleurs qu'il peut y avoir des différences non-seulement d'un millier de globules, mais même de 100000 chez le même individu.

Les préparations délicates, qui sont indispensables pour les recherches microscopiques et qui doivent être conduites avec habileté et une grande patience, permettent au docteur Welcker de distinguer et de compter aussi bien les globules incolores que les rouges; tandis que le professeur Vierordt ne s'applique, dans ses expériences, qu'à déterminer la proportion de la dernière espèce de globules.

Ces physiologistes admettent pour un millim. cube de sang, à la température de 14° R., les nombres de globules rouges suivants :

	minim.	maxim.	moyenne.
Chez l'homme. . .	4500000	5500000	5000000
Chez la femme. . .	4000000	5000000	4500000

En préparant les dilutions du sang avec 4, 6 et 800 fois son volume d'eau, le docteur Welcker s'aperçut bientôt qu'il était inutile de placer des étiquettes sur ses tubes; que la coloration des mélanges suffisait pour distinguer les différents degrés de saturation. De là l'idée de former des mélanges titrés avec des proportions déterminées de sang, lesquelles serviraient de termes de comparaison pour des recherches ultérieures, elles constitueraient une véritable échelle, d'après laquelle on mesurerait la richesse du sang en globules colorés; elles représenteraient un instrument semblable à l'ozonomètre de Schœnbein, au galactomètre de Donné et à l'uromètre du professeur Vogel. Cette nouvelle méthode est employée à la clinique de Giessen pour déterminer la proportion des globules rouges du sang conjointement avec la méthode numérique, de telle sorte que l'une sert de moyen de contrôle à l'autre. Attendons, pour les faire connaître dans tous leurs détails, que l'expérience et le temps nous aient bien convaincu de leur exactitude, de leur utilité et de la facilité de les mettre en pratique.

La dernière ne pourra, d'ailleurs convenir que pour l'appréciation quantitative des globules rouges; mais cette opération n'est pas moins nécessaire toutes les fois qu'il s'agit d'établir la proportion des globules incolores du sang.

Ce n'est qu'à l'aide de méthodes précises et d'expériences sérieuses, quelques longues et quelques pénibles qu'elles soient, que nos connaissances médicales pourront s'élever, un jour, à la hauteur des sciences exactes, et, pour cela, il ne suffit pas que ses adeptes se proclament physiologistes, anatomistes ou vitalistes, naturalistes ou posi-

(1) Archiv. f. physiolog. Heilk., 1852.

(1) Ueber Blutkoerpzaehlg. in Archiv. f. Wissensch. Heilk., I Bd., p. 161, 1853.

FEUILLETON.

POSITION DES MÉDECINS MILITAIRES DANS L'ARMÉE ANGLAISE.

Grades, solde, fonctionnement, recrutement, vices de l'organisation actuelle.

Parmi les différentes branches de l'exercice professionnel, il n'y en a point qui présentent, comme la médecine militaire, une absorption aussi complète de notre spécialité scientifique au profit de telle ou telle corporation ou institution. La médecine d'armée diffère déjà de la médecine civile par les conditions au milieu desquelles elle opère, par les maladies particulières qu'elle rencontre; elle en diffère encore plus par les rapports nouveaux et insolites qui naissent du contact des médecins avec la hiérarchie, les règlements et l'administration militaires. Il y a là, d'une part, une question de spécialité de connaissances, d'autre part, une question d'organisation du corps médical dans l'armée et pour l'armée. Quoi qu'on ait dit et écrit sur ces deux sujets, on ne les a pas peut-être encore nettement définis, et le fait est qu'à l'heure actuelle, plus que jamais le corps médical revendique un enseignement particulier, des droits et des attributions que l'armée ne semble point encore disposée à lui concéder.

Y a-t-il dans les demandes de nos confrères et camarades trop d'exigences, des prétentions trop élevées ou incompatibles avec le fonctionnement régulier de l'armée? Nous ne craignons pas de dire que non. Ces vœux si longtemps formés, ces espérances si souvent déçues n'ont rien d'exorbitant, ni d'exagéré; ils sont modestes comme l'est et est destinée à le rester toujours la position des médecins militaires..... Nous aurons garde de formuler d'une manière plus précise une question qui serait difficilement traitée ou discutée dans ces pages; nos lecteurs sont du reste au courant de ces débats; nous voudrions seulement indiquer les conditions dans lesquelles se trouve actuellement la médecine militaire en Angleterre, les préséances, la solde et les allocations dont elle est l'objet, les vices du fonctionnement actuel, les difficultés du recrutement. Aujourd'hui les armées européennes sont presque toutes commandées et administrées d'après un mécanisme analogue; les quelques différences qui existent sous ce rapport tendent à disparaître de plus en plus; la guerre qu'on vient de terminer, en mettant en parallèle des systèmes d'organisation militaire différents, a fait ressortir les défauts des uns et les avantages des autres. Il n'y a pas de service de l'armée, quelque bien organisé qu'il soit, qui n'ait à gagner à ces rapprochements. À ce point de vue, montrer ici l'état actuel du service de santé dans l'armée anglaise, c'est donc fournir l'un des éléments de cette comparaison qui intéresse à plus d'un titre la médecine et l'armée.

Nous commencerons par les *grades*. Ce sont les échelons du pouvoir mili-

tivistes; ils devraient surtout se garder de pécher, comme nous le voyons en ce moment, contre la saine logique, en se lançant dans des discussions interminables avec des faits aussi mal observés et si peu entourés de garanties que le sont la plupart de ceux sur lesquels on cherche à baser une maladie pour laquelle beaucoup est encore indécis, même le nom, puisqu'elle s'appelle tantôt *leukæmie*, tantôt *leukocythæmie*. Quelle valeur peut-on attacher à ces observations dans lesquelles on se contente de dire que le sang est blanc comme du lait? Si on ne veut pas laisser entendre qu'il a les qualités du lait, il faut au moins faire voir en quoi il diffère et comment il s'éloigne de la composition normale du sang. La rigueur d'une science n'accepte pas davantage ces expressions vagues *plus* ou *moins*, *beaucoup* ou *peu*, que nous trouvons dans les autres observations où il s'agissait non moins de déterminer la proportion exacte des globules blancs qu'd'établir leurs rapports avec les globules rouges.

Nous regrettons de ne pouvoir entrer, quant à présent, dans des considérations plus longues sur toutes les questions relatives à l'analyse du sang; c'est un sujet qui vaut bien la peine qu'on le traite à part, avec les détails qu'il comporte; nous nous proposons de l'aborder dans une autre occasion, bornant notre travail actuel à l'étude physiologique et pathologique des globules incolores du sang.

I. — HISTORIQUE.

Les ouvrages de physiologie apprécient avec soin les fonctions de la partie fluide et de la partie corpusculaire ou solide de la masse du sang; les pathologistes étudient séparément les désordres qui découlent de l'un et de l'autre ordre d'éléments; mais ce n'est que dans les temps modernes, depuis la découverte des instruments grossissants, que des corpuscules ont été décrits et admis dans le sang vivant; ce n'est que depuis le perfectionnement de ces instruments qu'on y a pu reconnaître plusieurs ordres de globules autres que les colorés, soit à l'état physiologique, soit dans diverses conditions pathologiques. Le premier travail que, nous connaissions du moins, sur la détermination précise des globules incolores du sang normal, est bien antérieur à l'époque indiquée par le professeur Bérard (1); il remonte à l'année 1835, et il est dû à l'un des savants les plus laborieux et les plus estimés de l'Allemagne, au docteur *Hermann Nasse* (2).

Les recherches microscopiques entreprises par Nasse se rapportent à la détermination des éléments du sang et, d'une manière plus particulière, aux phénomènes que présente ce liquide au moment de sa coagulation. L'auteur s'applique d'abord à étudier les rapports que les corpuscules du sang offrent pendant ce phénomène; et, comme il a reconnu que les changements s'opèrent sous un voile impénétrable tant que le sang n'est pas étendu par un liquide, quelque mince que soit la couche qu'on veuille examiner, il choisit, pour faire sa dilution, du sérum frais ou de la lymphe, et, par comparaison, également de l'eau sucrée. Le sérum obtenu par la coagulation sans battage est d'abord étudié au microscope; cet instrument y fait découvrir un certain nombre de corpuscules parfaitement incolores et isolés dans le liquide; ces globules paraissent d'une grosseur plus uniforme et d'une quantité moindre dans le sérum d'un sang dont le caillot n'a pas été recouvert de couenne; leur nombre est plus considérable dans le sérum extrait du sang d'un malade atteint d'inflammation, ou de celui d'une femme enceinte. Nasse ajoute cependant que les globules incolores sont infiniment moins nombreux que les globules rouges. Il mélange au sérum une faible proportion de sang, puis il examine une goutte du mélange au microscope. Presque aussitôt il retrouve des corpuscules semblables qu'il voit s'agglomérer et former des taches distinctes au milieu de la goutte. Cette agglutination lui paraît dépendre d'une substance intermédiaire, à peine transparente et tirant légèrement sur le rouge. Les amas de corpuscules se précipitent, sans doute à cause des globules rouges qu'ils contiennent, car le liquide intermédiaire contient de pareils corpuscules incolores isolés qui n'ont pas cette tendance à gagner le fond. Il parle même d'une troisième espèce de corpuscules qui sont également incolores, transparents, sphéroïdes, non agglutinants, et en même temps moins pesants que les globules rouges; il les a trouvés dans la lymphe et dans le plasma.

Nasse remarque déjà que les globules incolores ont une tache plus transparente au centre, beaucoup plus grande que celle des globules rouges; que ceux-ci se logent dans les couches inférieures, d'autant plus qu'ils sont plus chargés en couleur, et que la tache centrale est plus petite, tandis que les globules incolores occupent des couches supérieures, et c'est principalement sous la couenne fibreuse qu'il faut les chercher en grande abondance.

Les recherches de Nasse ont été répétées, contrôlées et admises par Remak, Henle, E. H. Weber, et Rokitansky; tandis que le docteur Emmert (1), prétend avoir remarqué des globules incolores plus lourds que les globules rouges et dépourvus de cette tendance à s'agglutiner; ce qui, disons-le tout aussitôt, est une erreur aux yeux de tous ceux qui ont étudié ces corpuscules.

Suivant l'opinion du professeur Virchow, ces globules incolores ont été confondus avec des globules de pus par Froriep, par Cluge, et, plus tard, par Allen Thomson, pendant l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi à Edinburgh en 1843, et par lui-même dans ses premières observations.

Nous avons été bien surpris d'apprendre qu'ils ont été vus en France déjà en 1836, par M. Donné (2), qui ne les a pas confondus avec des globules de pus, mais qui cependant ne les considère pas encore alors comme étant de véritables globules; il les prend pour des enveloppes des globules sanguins. Sa description laisse même beaucoup à désirer; ce sont, dit-il, « des globules plus gros que les autres, *frangés sur les bords, sans noyau central, composés de lignes irrégulièrement entrecoupées*, offrant très-analogues à ceux du pus, quoique moins opaques. J'ai trouvé, ajoute-t-il, des globules de cette espèce un bon nombre de fois, sur du sang provenant d'individus très-sains et bien portants, auxquels on ordonnait une saignée de-précaution; le

(1) COURS DE PHYSIOLOGIE, 1851, t. III, p. 20.
(2) UNTERSUCH. ZUR PHYSIOLG. UND PATHOLOGIC., Bonn, 1835.

(1) BEITRAEGE Z. PATHOL. U. THERAPIC, 1842.
(2) CARACTÈRES DISTINCTIFS DU PUS; MOYENS DE RECONNAITRE CE LIQUIDE DANS LE SANG, etc., *in* ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, IIe s., t. XI, 1836.

taire; ils assurent à ceux qui en jouissent un rang déterminé dans l'armée, leur action de puissance, leurs droits à l'avancement. La *hiérarchie* est l'échelonnement des grades ou du commandement, c'est la répartition graduée de l'autorité à travers les différents grades qui sont comme les chaînons et les ressorts de tous les services de l'armée; elle fixe la mesure de l'obéissance, elle est l'âme et la base de toute discipline; elle produit l'émulation, la stabilité de position, la sécurité de tous ceux qui se vouent à la carrière des armes. Les grades du service de santé de l'armée anglaise sont au nombre de six depuis le décret du 1er octobre 1840; ils partagent la hiérarchie en six degrés, depuis celui d'*aide chirurgien* jusqu'à celui de *directeur général*; ils correspondent aux positions militaires suivantes :

Aide-chirurgien (lieutenant);
Chirurgien de régiment et chirurgien d'état-major de deuxième classe (capitaine);
Chirurgien d'état-major de première classe (chef de bataillon);
Sous-inspecteur général (lieutenant-colonel);
Inspecteur général (colonel);
Directeur général (général de brigade).

Des appointements particuliers fixent la solde de chaque grade d'après le tarif suivant :

SOLDE DANS L'ARMÉE ANGLAISE D'APRÈS LE DÉCRET DU 14 OCTOBRE 1840.

Grades.	Après 25 ans de service.	Entre 20 ans et 25 ans de service.	Entre 10 ans et 20 ans de service.	Avant 10 ans de service.
Aide-chirurgien	12 f. 50 c.	12 f. 50 c.	12 f. 50 c.	9 f. par jour.
Chirurgien de régiment et chirurgien d'état-major de 2e classe	27 f. 60 c.	23 f.	19 f.	18 f.
Chirurgien d'état-major de 1re classe	30	28	23	»
Sous-inspect. général des hôpitaux	43	40	36	»
Inspecteur général des hôpitaux	50	46	44	»

Le directeur général reçoit un traitement particulier de 30,000 fr. par an.

En France, la solde de présence est fixée sur pied de paix et sur pied de guerre, comme il suit :

Aides-majors de 2e classe	5 f. 14 c. par jour.
— de 1re classe	6 f. 25 c.
Majors de 2e classe	7 f. 77 c.
— de 1re classe	9 f. 80 c.
Principaux de 2e classe	12 f. 50 c.
— de 1re classe	13 f. 88 c.
Inspecteurs	24 f. 44 c.

sang d'une femme grosse de cinq mois et jouissant d'une très-bonne santé, m'en a particulièrement offert un exemple remarquable (1). »

M. Mandl (2) a décrit également des corpuscules incolores en 1837, sous le nom de globules fibrineux; ce micrographe les considérait comme résultant de la coagulation de la fibrine du sang *post mortem*. Mais M. Donné (3) nous a laissé une bonne description de ces globules en 1845.

A cette époque remonte le travail le plus considérable, après les recherches de Nasse, sur l'existence des globules incolores du sang; nous voulons parler de celui du professeur Virchow (4), alors prosecteur à l'hôpital de la Charité de Berlin. Non-seulement le jeune professeur reconnait l'exactitude des résultats auxquels Nasse était arrivé, mais il pense que la plupart des faits annoncés, comme pouvant entrer dans la pyæmie, appartenaient réellement à l'état du sang caractérisé par la prédominence des globules incolores. C'est ainsi qu'il y range le fait qu'il a observé en mars 1845 (les dates ici ont besoin d'être précisées); ceux de David Craigie et de Hughes Bennett (5), qui sont du mois d'octobre de la même année; celui de John Fuller (6), qui a examiné à trois époques différentes le sang du malade qui fait le sujet de son observation, et qui y a constamment trouvé, outre les globules rouges, une *proportion très-considérables de corpuscules incolores, granulés*, qu'il qualifie d'anormaux.

Une fois que les globules incolores du sang furent signalés et connus, il restait encore à déterminer leurs rapports avec les autres éléments du sang, à étudier leur rôle dans le fluide nourricier. Ce sont là des lacunes que n'ont comblées ni les recherches microscopiques de M. Ch. Robin (7), ni celles de M. Davaine (8), qui en a fait l'objet d'une communication à la Société de biologie; mais que les travaux du docteur Beck (9) ont, du moins, tenté de resserer dans des limites plus étroites, et que ceux plus récents, plus complets et plus importants de Moleschott (10) semblent devoir faire disparaître. Ce savant physiologiste a institué des expériences pour suivre dans la série animale le développement des corpuscules du sang; s'il ne résout pas toutes les questions qui se rapportent aux fonctions du foie et de la rate, il les éclaire du moins d'une clarté nouvelle, grâce à son génie d'observation et à son infatigable activité, comme la suite va nous le montrer.

§ II. — NATURE PHYSIQUE ET CHIMIQUE DES GLOBULES INCOLORES DU SANG.

Après avoir démontré, à l'aide de l'histoire des faits, l'existence de corpuscules incolores dans la masse du sang normal, notre premier soin doit tendre à bien faire connaître ces éléments sous les rapports de couleur, de forme, de volume, de structure intime, etc., à les comparer avec les autres éléments solides et à les en distinguer.

Ce qui a frappé tout d'abord le docteur Nasse lorsqu'il a découvert ces globules, c'est leur manque de coloration et leur transparence; ils ne sont pas blancs comme le feraient supposer un grand nombre de médecins, qui confondent blancheur avec transparence; Virchow insiste même sur les nuances variables que prennent ces globules, suivant le milieu dans lequel on les examine; ce physiologiste rappelle combien ce milieu exerce son influence en même temps sur leur forme et leur volume.

L'état sphérique des corpuscules incolores les distingue facilement des globules rouges; mais dans un milieu dense ils perdent, suivant l'observation du professeur Virchow, une certaine proportion d'eau et la membrane enveloppante de la cellule s'applique sur son contenu; de sorte que la surface, qui était lisse et égale, devient sinueuse et inégale. Ainsi les causes qui amènent ces différences de volume nous permettent d'expliquer comment il se fait que Nasse représente ces globules incolores, tantôt comme étant plus petits, tantôt comme étant plus grands que les globules rouges. Pour toutes ces particularités, le savant professeur de Würzburg croit que les globules incolores sont assez difficile à distinguer des globules du pus qui, cependant, dit-il, sont en général plus gros, parce qu'ils sont dans un milieu moins dense.

Le caractère le plus distinctif des corpuscules incolores est leur tendance à s'agglutiner et à adhérer aux parties solides, comme Nasse nous l'a appris le premier; c'est probablement la substance intermédiaire et intime, signalée déjà par ce savant physiologiste, qui simule ces prolongements que M. Davaine (1) et M. Robin (2) font sortir du globule quand celui-ci arrive au contact d'une partie solide ou d'un autre globule. Nasse et les physiologistes qui ont étudié après lui les éléments du sang parlent des agglomérations que forment ces cellules entre elles et les globules rouges, d'une manière si compacte, si intime, qu'il est très-difficile d'y reconnaître le globule élémentaire. Pour éviter cet inconvénient et rendre l'examen microscopique facile et possible même, il faut étendre le sang dans un liquide inoffensif pour les corpuscules, comme nous l'avons indiqué plus haut.

A un grossissement suffisant, on peut quelquefois distinguer des granulations dans le globule incolore, mais on les voit mieux dans les cellules vieilles et quand leur contenu est réduit à un certain degré de concentration; alors aussi la membrane cellulaire est plus transparente et permet de reconnaître la tache centrale que Nasse croyait commun à tous les globules incolores.

En les traitant par l'eau ou l'acide acétique, on rend les granulations plus évidentes; elles sont en nombre variable, généralement plus nombreuses et lisses dans les jeunes cellules, se réunissent en un noyau unique dans les plus vieilles, dont un grand nombre même en sont complétement privés; mais, dans ces cas, le professeur Virchow trouve

(1) *Loc. cit.*, p. 459.
(2) *In* GAZETTE MÉDICALE, n° 40, 1837.
(3) COURS DE MICROSCOPIE, in-8°, 1845.
(4) WEISSES BLUT U. MILZTUM., *in* PR. VER ZEIT., n°s 34, 36, 1846, et n°s 3 et 4, 1847.
(5) EDINB. JOURN., octobre 1845.
(6) THE LANCET, July, 1846.
(7) Thèse pour le doctorat ès sciences, 1847.
(8) GAZETTE MÉDICALE, 1850.
(9) UNTERSUCH. U. STUDIEN *in* GEBIETE V. ANAT. PHYSIOL. CHIR. Karlsruhe, 1852.
(10) UEBER DIE ENTWICK D. BLUTKP. *in* M'S ARCHIV. 1853, et UEBER DIE BEZIEH. DER LEBER ZU D. FARBG BLUTKP, *in* WIEN. MED. WOHSCHR, 1853.

(1) GAZETTE MÉDICALE, 1850, p. 884.
(2) MULLER'S ARCHIV., 1846.

Dans la marine royale anglaise, les grades sont au nombre de cinq; l'assimilation est ainsi fixée d'une manière nominale :

Inspecteur médical des hôpitaux et des flottes (lieutenant-colonel);
Inspecteur adjoint (chef de bataillon);
Chirurgien (capitaine);
Aide-chirurgien (lieutenant).

Le directeur général du service médical de la flotte n'a pas d'assimilation, même nominale.

La solde est fixée d'après le tarif suivant :

Dans les hôpitaux à terre : inspecteur des hôpitaux, 41 fr. par jour, et 52 fr. après cinq ans de service; inspecteur adjoint, 34 fr.; chirurgien d'état-major, 25 fr.

A bord des vaisseaux et en mer, la solde est un peu diminuée à cause des allocations en nature pour les inspecteurs adjoints et les chirurgiens-majors.

Les appointements des médecins anglais, comparés à ceux de notre armée, pourraient paraître considérables. Il faut remarquer qu'on ne doit les juger que d'une manière relative, en les comparant à ceux des grades analogues dans l'armée anglaise. Or voici les réflexions que la BRITISH AND FOREIGN MED.-CHIR. REVIEW (1855, p. 416) fait à ce sujet :

« La solde allouée au chirurgien d'état-major de 1re classe lui permet à peine de vivre d'une manière convenable à son rang. Quant aux allocations de fourrages et autres, elles ne sont pas équivalentes à celles des autres officiers d'état-major. »

On a dit que les honneurs, les grades et les rémunérations pécuniaires ne devaient point être recherchés par une profession comme la nôtre, dont la plus haute récompense est dans la conscience du bien qu'elle accomplit. Si cet argument méritait qu'on s'y arrêtât, on en démontrerait facilement la fausseté. Tant que les rangs, les titres et les autres distinctions honorifiques seront considérés comme les signes du vrai mérite, il ne peut être honteux pour personne d'être classé parmi les méritants. Il en est dans l'armée anglaise des préséances et rémunérations honorifiques comme des allocations pécuniaires, elles restent pour les médecins fort au-dessous de ce qu'elles sont pour les autres branches du service. Dans la première distribution des décorations de *l'ordre du Bain* aux officiers de santé, c'est seulement la croix de seconde classe que l'on a accordée au directeur général et à un médecin de l'armée de l'Inde. « Il ne serait pourtant pas difficile de trouver dans la liste des grand'croix, dit la Revue que nous citions tout à l'heure, des hommes dont les services ne sauraient être comparés à ceux de sir James Mac Grégor, des officiers généraux qui ont perdu les bagages de leurs armées, gagné des victoires douteuses, et échoué dans toutes les entreprises qui leur ont été confiées. » « Dans la dernière campagne des Birmaus un officier d'état-major qui n'avait pas vu le feu avant cette époque fut fait compagnon de l'ordre du Bain et le chef du service médical ne reçut aucune récompense honorifique. »

On peut reprocher à l'organisation de presque toutes les armées européennes, et à celle de l'armée anglaise surtout, l'infériorité de position faite aux médecins, ce qui nuit à la portée et à la valeur de leurs services. Il serait

les granulations remplacées par des molécules de graisse, ce qui lui fait dire de nouveau qu'il est très-difficile de distinguer dans le sang les globules incolores des globules du pus, et que probablement un grand nombre d'observateurs ont en sous les yeux de ces corpuscules incolores, qu'ils ont pris pour du pus. Nous avons déjà signalé cette analogie découverte par M. Donné. Du reste, cette confusion est tellement facile pour les plus habiles micrographes même, que le professeur Vogel se demande si la *pyæmie* se caractérise bien par la présence du pus et si les phénomènes qu'on y rapporte ne pourraient aussi bien s'expliquer par l'accumulation de globules incolores. Sans avoir la prétention de trancher une question si délicate, nous rappellerons seulement que M. Lebert, que Beck surtout et d'autres ont injecté des globules de pus dans le sang, et qu'ils n'y ont jamais retrouvé ni pus, ni foyer pyœmique.

Les globules incolores nagent dans un sérum limpide, ce qui permettrait déjà de les distinguer des globules de graisse qui donnent au sérum une teinte louche et blanchâtre que l'addition d'une certaine quantité d'éther fait disparaître aisément, tandis que les premiers persistent dans le mélange.

Pour les distinguer des globules du chyle, le docteur Bœcker (1) a recours à l'acide chlorhydrique, qui attaque ceux-ci, mais qui n'a pas d'influence sur les corpuscules incolores du sang. Du reste, Nasse a déjà prouvé que les globules du chyle se forment de fibrine et de graisse, qu'ils sont également incolores, sphériques et transparents d'abord, mais qu'il s'y montre bientôt un noyau; enfin, suivant Arnold et Nasse, ils prennent une teinte rouge quand ils se trouvent mélangés avec de la lymphe splénique. C'est ainsi qu'ils s'acheminent vers leur état parfait de globules rouges du sang, comme la physiologie moderne semble le démontrer.

Tous les physiologistes admettent d'ailleurs que les corpuscules incolores du chyle et de la lymphe naissent dans les vaisseaux chylifères et lymphatiques même; que ce sont des cellules plus ou moins imparfaites, sphériques et transparentes, ne paraissant être primitivement que des modifications protéiques avec de la graisse, changeant constamment de forme, de volume et même de coloration, suivant la densité du milieu dans lequel ils nagent; tous ces caractères et l'apparition d'un noyau unique les rapprochent bien évidemment de la nature des globules rouges du sang.

Il est à peine besoin de rappeler que le sang peut renfermer encore une autre espèce de corpuscules incolores, puisque l'examen microscopique les fait connaître facilement sous leur nature fibrineuse et qu'il les montre à l'état de granulations de fibrine provenant de la métamorphose des éléments protéiques du sang. C'est sans doute à une altération semblable qu'avait affaire M. Mandl quand il a rencontré ses globules fibrineux.

Donc, d'après ce qui précède, nous croyons pouvoir affirmer l'existence dans le sang normal de globules incolores bien distincts des globules rouges, des corpuscules du chyle, de la lymphe et de la graisse, ainsi que des granulations fibrineuses qui altèrent quelquefois la composition du fluide nourricier. Il nous reste encore, dans ces considérations préliminaires, à rechercher leur origine, leur évolution et les métamorphoses qu'ils subissent au sein de l'organisme animal.

D[r] B. Schnepf.

(La suite au prochain numéro.)

(1) Arch. f. physiol. Heilk., 1851.

MÉDECINE MILITAIRE.

NOTICE SUR LES MALADIES TYPHOÏDES DES HÔPITAUX D'ORIENT EN 1855.

(Suite et fin. — Voir le n[os] 43 et 44 de l'année 1855 et n[os] 6 et 7 de cette année.)

Avant d'attaquer le point intéressant de l'anatomie pathologique comparée des deux espèces, je dois donner au moins un aperçu de nos typhus légers.

III. — Typhus légers.

Si j'avais besoin de me justifier d'une dénomination de cette nature, je ferais appel aux paroles de Pringle décrivant le typhus grave, adynamique, de l'armée anglaise : « Dans quelques cas où la maladie existait à un faible degré, et qui passaient inaperçus dans les hôpitaux encombrés, les seuls signes diagnostics étaient la blancheur de la langue, le manque d'appétit, la grande faiblesse. » Nous avons des signes plus précis de typhus légers.

Première forme. Point de prodromes, légers vestiges, un peu de céphalalgie, rougeur des pommettes, ou pâleur, parole vive, loquacité, tendance au délire, langue sèche, unie, comme vernie, pouls fréquent, peu résistant, quelquefois peu régulier, chaleur fébrile moyenne, respiration presque normale, ventre indolent, point de diarrhée, tracasserie loquace la nuit.

Le lendemain, un peu de détente, mais non franche, peu ou point de sueur, seulement le pouls est bien moins fréquent et plus faible; intelligence nette, parole ordinaire, langue moins sèche ou humide. Le soir, reprise des phénomènes morbides, et quelquefois commencement de stupeur.

Le troisième jour, amélioration décidée; parfois elle se maintient; mais ordinairement la fièvre monte un peu vers le soir, la langue a de nouveau une tendance à se sécher. C'est vers ce moment que des urines copieuses paraissent fréquemment; elles sont critiques. Taches rosées sur l'abdomen, assez larges, mais peu marquées et promptes à pâlir, une fois sur trois environ.

Du quatrième au septième jour, la langue s'humecte, la convalescence se dessine, la maladie tourne court, tout marche vite et bien.

Les traitements laxatif et tonique exercent une influence décisive sur cette forme, qui, abandonnée à elle-même, prend assez souvent de la gravité. Elle se complique ordinairement d'un léger catarrhe bronchique, qui lui survit, et motive l'emploi du vésicatoire et du kermès. Je ne m'arrête pas à prouver que l'intoxication typhique fait *le fond* de cette affection, d'où sa place marquée parmi les *typhus*, et non parmi les *états typhiques*, les fièvres ou embarras gastriques, etc.

Deuxième forme. (Ictérode.) Ajoutez à la forme qui précède, l'ictère,

---

facile de démontrer pourtant que les officiers du service de santé en Angleterre sont dignes de figurer parmi les corps savaots de l'armée, à côté des officiers du génie. Les jeunes gens qui se destineot à la médecine reçoivent jusqu'à l'âge de 16 ans généralement l'éducation donnée à tous ceux qui se destinent aux professions libérales. Ensuite pendant cinq ans ils étudient l'anatomie, la physiologie, la chimie, la botanique, l'histoire naturelle, la chirurgie, la médecine, l'obstétriqoe, la médecine légale. Ils joignent à cela les études cliniques dans les grands hôpitaux. L'officier du génie reçoit une éducation préliminaire aussi bonoe, mais ses études spéciales ne peuvent être comparées à celles du médecio, par leur étendue, leur variété, leur importance. L'art de construire les routes, d'élever des ponts; celui de l'attaque et de la défense des places, le lever des plans, etc., ne réclament pas plus de force intellectuelle, ni d'étendue d'esprit, ni d'application que celui de la médecine : « *Nullâ re homines propius ad Deos accedunt quam salutem hominibus dando.* »

Robert Jackson, inspecteur général des hôpitaux, a laissé sur la *formation*, la *discipline* et l'*économie* des armées (1), des principes qui sont aussi estimés que ceux qu'on trouve exposés dans les écrits des plus graods capitaines. Il dit à ce sujet « que les *grades* accordés aux médecins ne nuisent point à ceux des officiers combattants. Les *grades* n'ont pas de valeur intrinsèque par eux-mêmes pour les hommes de science; mais l'opinion que l'armée attache aux grades en impose au soldat et vient en aide à l'autorité médicale et aux services que reodeot les médecins. Le soldat qui voit les choses superficiellemeot, qui les estime et les juge par leur apparence seulement, estime moins la scieoce que l'autorité du grade avec lequel elle s'exerce. C'est pourquoi on aura à regretter si le médecin reste dans une position hiérarchique inférieure que l'intervention médicale ne perde beaucoup de son efficacité à l'armée. » « Ce sujet, ajoute Jackson, touche aux intérêts les plus importaots de l'armée et devrait fixer l'attention des hauts pouvoirs de l'État qui voudraient remanier d'une manière équitable les difféfeots services de l'armée. Ceux qui occupeot de grandes positioos officielles, et particulièrement les hommes d'épée, sont très-disposés à déprécier les hommes de science. Le service médical, entre autres, a été abaissé systématiquement dans ces dernières années, ou du moins on l'a mis dans l'impossibilité de s'élever à une positioo égale à son importance. Mais qu'il en soit comme on le voudra, l'histoire de nos plus brillantes campagnes ne permettra pas aux généraux les plus célèbres de dire qu'il ne faut rien faire pour le corps médical, surtout quand ce corps libre dans son action a pu rendre tous les services auxquels il est apte. »

» Sans diminuer aucunement leur subordination dans toutes les parties du service de l'armée, les médecins militaires doivent avoir la gestion de leur service particulier en dehors de toute immixtion étrangère. Ils doivent avoir sous leurs ordres des aides, des pharmaciens, des pourvoyeurs, des infirmiers, etc. Les ambulances, le matériel des hôpitaux et les fournitures de toutes sortes qu'il comporte doivent être sous leur contrôle et leur

(1) A view of the formation, discipline, and economy of armies. Londres, 1845. In-8°.

et parfois quelques vomissements erratiques de début, la même rémission fausse du matin, mais plus prononcée, la constipation antécédente fréquemment, l'absence du catarrhe bronchique très-souvent, et vous aurez la forme légère *ictérode*. Rien au foie, l'ictère est purement sécrétoire; rien vers la rate. Cette forme marche plus lentement que la précédente; elle atteint un, deux et quelquefois trois septénaires. Dans ce cas, j'y ai observé quelques *sudamina*. L'absence de prodrome, la brusquerie de l'invasion, l'aspect de la rémission, l'état de la rate, l'inefficacité du sulfate de quinine, défendent de la confondre avec la rémittente ictérode à forme typhique, dont il sera question. (Traitement par le sulfate de magnésie répété et par les toniques.)

Troisième forme, que j'oserais presque appeler *hésitante*. Voici ce que j'en écrivais dans un rapport officiel, daté de Rami-Tchifllck au mois de mars. « Puisque j'en suis aux cas légers, je note, en passant, que certains offrent, après deux ou trois jours, une décroissance considérable des phénomènes morbides, puis le mouvement ascensionnel reprend pour disparaître encore, et ainsi de suite, jusqu'à deux, trois et même quatre fois, et jusqu'à guérison ou complication suivie de mort. » L'irrégularité des phases d'amélioration et des moments de reprise, la durée de deux jours et plus de certaines rémissions, leur inconstance, et, du reste, l'analogie des phénomènes d'ensemble avec ceux de la première forme décrite, aussi bien que la résistance de la maladie aux sels de quinine, classent cette forme parmi les typhus. J'y ai remarqué la diarrhée critique ou un peu d'ictère, critique, je crois, lui aussi. — Les purgatifs légers et les toniques réussissent à merveille, sauf complication; le sulfate de quinine n'est utile que si la forme est mixte, ce qui arrive encore assez souvent.

Je m'arrête à ces trois types, qui sont les plus nets; nous sommes ici au milieu des nuances, nous côtoyons les *états typhiques*. Je remarque, avant de terminer, que les mots de *céphalique*, *pectoral*, *ictérode*, etc., dont je me suis servi, ne désignent, en définitive, que des prédominances de symptômes. Je ferai ressortir aux *états typhiques* (3e partie), ce que les ictérodes d'Orient ont de particulier, par opposition aux fièvres bilieuses, en général, et à la *rémittente* bilieuse sarcone (épidémie de Naples), qui ressemblent tant à nos formes *mixtes* ictériques.

Anatomie pathologique. — Je résume en peu de mots, pour m'en faire un point de départ et un titre de comparaison, le résultat de mes recherches sur l'anatomie pathologique des fièvres typhoïdes du midi, et particulièrement de celles d'Orient. J'ai prouvé par des faits : *qu'en général, dans les pays chauds, la lésion des plaques ne va guère au delà de l'ordre réticulé*. J'ai dit que j'entendais par lésion de l'*ordre réticulé*, les lésions *rudimentaires* de M. Forget, savoir : les plaques *pointillées et réticulées*, et la *psorentérie*, que j'oppose aux plaques *gaufrées, molles, fongueuses, gangréneuses*. Toutefois, j'ai fait mes réserves, avec M. Cazalas, sur la véritable signification de la psorentérie. Ceci posé, poussant plus loin l'analyse, j'ai établi : 1° qu'on rencontrait, dans les *cinq dixièmes* des cas, l'hypertrophie de la tunique muqueuse, de plaques de Peyer, ou l'hypertrophie de la plaque, avec piqueté noir de barbe fraîche ; mais cela sur un plan plus large que dans la variole, la scarlatine, la phthisie pulmonaire, l'érysipèle, où l'on peut avoir ces lésions ; 2° que dans *trois autres dixièmes* on rencontre l'hypertrophie de quelques plaques, et l'hypertrophie avec commencement de ramollissement, d'un plus grand nombre, c'est-à-dire le début du ramollissement rouge de la muqueuse des plaques ; 3° que les désordres graves, la plaque gaufrée, l'ulcération, les surfaces fongueuses, la gangrène, se montraient enfin dans les *deux derniers dixièmes*. J'ai aussi indiqué que l'altération des ganglions mésentériques m'a paru, en tout état, suivre la loi de l'altération des plaques. Nous allons voir maintenant, en attaquant de suite, comme ci-dessus, le point capital de l'anatomie pathologique du typhus, comment ils se comportent. Je les juge en bloc, sauf à formuler ailleurs, s'il y a lieu, des distinctions.

Qu'on me permette de rappeler que, parmi les signes distinctifs du typhus, j'ai noté l'absence très-ordinaire de la diarrhée. Ce fait, que certains, peut-être, me contesteront : 1° parce qu'il est facile de confondre des fièvres typhoïdes ou des états mixtes avec le typhus; 2° parce qu'on appelle souvent diarrhée de simples *accidents*, des selles involontaires ; ce fait, dis-je, trouve-t-il son explication dans les résultats de l'anatomie pathologique? On en jugera. Je me contente de le constater, de même que j'ai noté, sans explication, comme un des caractères différentiels du typhus, la non-nécessité, dans la plupart des cas, de vider la vessie avec la sonde. En tout état, le dissentiment qui peut exister entre d'autres observateurs et moi-même, sur la question de la diarrhée et sur d'autres questions, fait comprendre combien il importe que le diagnostic d'une espèce soit porté avec précaution, avant que l'on ne complète son histoire par l'ouverture du cadavre.

Ce n'est pas assez de dire : je vous présente l'anatomie pathologique du typhus; il faut encore et d'abord prouver qu'il s'agit réellement d'un typhus, preuve qui, on l'a vu, n'est pas facile à faire. Aussi bien ne présenterai-je qu'un nombre assez restreint d'autopsies, m'étant fait une loi d'éloigner les cas mixtes et douteux. C'est sur 20 autopsies que j'établirai mes quelques points d'anatomie pathologique.

Pour déblayer le terrain, je reviens une dernière fois sur la *psorentérie*, d'autant que quelques-uns, en Orient, paraissent disposés à la considérer comme une lésion plus particulière au typhus qu'à toute autre affection. Qu'elle se présente en plaques ou en semis, en petits mamelons isolés, piqués ou non d'un point noir au centre, etc., je maintiens qu'elle n'a aucune signification pathognomonique, qu'elle ne caractérise pas plus le typhus que la typhoïde, qu'on la rencontre presque partout, que nous en avons reconnu les traces sur des hommes morts d'accidents (Cazalas); que si elle caractérise quelque chose, enfin, c'est le passage de l'infection cholérique. J'ajoute maintenant, pour préciser, que sur 20 cadavres d'hommes morts de typhus, j'ai vu dix fois la psorentérie en plaques très-peu marquées, d'un dessin imparfait, sans altération visible de la muqueuse ou du corps des grains, trois fois l'absence de la psorentérie, trois fois cette lésion en plaques mêlées de semis, avec piqueté noir et commencement discernable du ramollissement de la muqueuse circonvoisine, et quatre fois la même manifestation morbide, avec ramollissement plus prononcé, poussé, dans deux circonstances, jusqu'à l'ulcération centrale du petit mamelon. Mais cette dernière lésion tenait, j'ai hâte de le dire, à un fait *très-général*, dont je vais de suite m'occuper.

Ce fait, très-général, le plus remarquable peut-être de notre typhus,

---

direction. Leur rang dans la hiérarchie militaire doit être distinct, défini et positif; ils doivent avoir un nombre, suffisant et proportionné à celui des autres armes, d'officiers généraux et supérieurs. Ils doivent jouir des prérogatives et honneurs militaires à l'égal des autres services (1).

» Ils doivent marcher de pair avec les autres armes pour les pensions et allocations diverses; leur avancement doit être réglé de manière à donner aux hommes capables et énergiques un avancement rapide, et une retraite convenable, après un certain temps de service, pour ceux qui veulent se retirer de l'armée et qui sont impropres à un service actif. »

Les extraits que je viens de reproduire, d'après la Revue de Londres, font bien voir que le service médical de l'armée anglaise, loin de fonctionner d'une manière régulière et sur des bases convenables, est géné dans son action et dans son unité par la faiblesse des liens hiérarchiques propres du corps, par l'absence de direction dans le commandement, et par l'éparpillement de l'autorité dans les mains des colonels, des généraux et de l'administration. La guerre d'Orient a fait voir clairement les vices de l'organisation du service de santé de l'armée anglaise, et elle aura démontré une fois de plus la nécessité d'organiser un personnel dévoué et capable sur des bases telles qu'il assure le service des établissements hospitaliers et des ambulances, qu'il ne manque pas de pharmaciens, de pourvoyeurs pour l'approvisionnement des hôpitaux, et que la subordination des autorités médicales aux commandants militaires soit définie et limitée convenablement.

Cette subordination est la pierre d'achoppement dans toutes les organisations du service de santé. En France, les médecins de la flotte jouissent seuls d'une position indépendante, c'est-à-dire qu'ils fonctionnent à côté des autres services de la marine, ne relevant que de leurs chefs directs. Dans l'armée, les choses se passent autrement et d'après un mécanisme bien plus complexe et tout à fait anormal. Tout reste encore à faire chez nous comme en Angleterre pour fixer les limites de l'action médicale. Portera-t-elle, comme on le veut en Angleterre, sur le matériel des hôpitaux et des ambulances, et sur leur administration, ou bien sera-t-elle restreinte au cercle des devoirs purement médicaux? Telle est la question délicate que l'on soulève nécessairement en voulant étudier le fonctionnement du service de santé aux armées.

Il nous reste à dire un mot du recrutement et de l'enseignement de la médecine militaire en Angleterre.

La chirurgie d'armée a été pendant cinquante ans l'objet d'un cours fondé par le gouvernement à l'Université d'Edimbourg, en faveur de Thompson d'abord et de sir G. Ballingall ensuite. Après avoir lutté, depuis 1840, contre la fondation de chaires spéciales de chirurgie militaire à Londres et à Dublin, le ministère a enfin créé, au début de cette guerre, une dotation particulière pour l'enseignement militaire dans les métropoles de l'Angleterre et de l'Ir-

(1) Les mêmes vœux sont exprimés dans des temps et des positions différentes, par Percy, Larrey, Desgenettes. On sait qu'après la bataille d'Eylau, Percy présenta à l'empereur un mémoire tendant à organiser les officiers de santé sur le même pied que les officiers du génie. Le projet ne fut pas adopté, dit l'histoire, parce qu'il était incomplet.

au point de vue de la nécropsie, c'est le ramollissement, soit à peine indiqué, soit fortement marqué, de portions considérables, et même assez souvent de presque toute la muqueuse de l'intestin, surtout de celle de l'iléon. Ce ramollissement, j'en conviens, affecte plus particulièrement le bord libre; il a certes, sur ce bord libre, son expression la plus grave, mais il ne m'y paraît pas se lier, se rattacher directement à la lésion des plaques. Il est assez uniforme, par régions d'intestin, selon une certaine échelle de gravité, qui a, je le répète, son *maximum* sur l'iléon. C'est lui qui certainement, observé dans ses formes graves, a donné lieu aux termes de plaques livides, brunâtres, violettes, noirâtres, gangréneuses, ulcéreuses, dont se servent les auteurs du commencement de ce siècle La lésion avancée des plaques (*plaques molles*) est assez frappante pour ne pas être désignée aussi souvent sous des noms aussi vagues par d'excellents esprits. Quant à moi, j'ai parfaitement constaté, dans deux cas remarquables, l'ulcération gangréneuse de la muqueuse intestinale, portant aussi bien sur les parties voisines des plaques que sur les plaques elles-mêmes, ne s'asservissant nullement, en un mot, à leur dessin. Je me suis rendu compte alors des expressions de nos auteurs et de l'erreur de M. Gaultier de Claubry, lorsqu'il affirme qu'ils ont désigné constamment ainsi, d'une manière vague, les désordres de la typhoïde, mieux décrits depuis par nos contemporains. Il est de fait qu'ils ont mal connu ces désordres; mais il est de fait aussi qu'ils ont souvent voulu désigner autre chose, savoir la lésion typhique dont je viens de parler. J'ai dit que cette lésion est fréquemment à peine indiquée. Fréquemment, en effet, la muqueuse intestinale, à première vue, paraît être dans son état normal; mais si vous l'attaquez, en y regardant de près, avec la pince fine et le scalpel, vous reconnaissez immédiatement un défaut de cohésion, de consistance et une adhérence moins forte que de coutume aux tissus sous-jacents. D'autres fois, l'aspect seul de la muqueuse invite à croire au ramollissement, que l'on trouve, en effet, plus avancé que dans le cas qui précède, surtout sur certaines portions de l'intestin, mais sans ulcérations. Et enfin, dans un petit nombre de cas graves, on aperçoit, sur divers points de l'intestin, des parties ulcéreuses, gangréneuses, des granulations à sommet ulcéré, des plaques ulcérées, mais au même titre que toute autre partie, le tout ne faisant que renchérir, qu'on me passe le terme, sur un ramollissement plus ou moins général, plus ou moins profond de la muqueuse. Parlons à part des plaques elliptiques, des follicules de Brunner et des ganglions mésentériques.

Sur 20 cas, j'ai constaté *trois fois* l'absence complète de la lésion des plaques; *dix fois* le commencement, *à peine indiqué*, de leur hypertrophie; *trois fois* l'hypertrophie un peu plus avancée avec piqueté noir psorentérique; *quatre fois* l'hypertrophie avec ramollissement rouge. Mais il faut mettre à part deux de ces derniers cas, qui, sur plusieurs points de la muqueuse, présentaient des désordres plus profonds que le ramollissement rouge, des ulcérations gangréneuses affectant les plaques, comme leurs alentours, et le sommet de plusieurs granulations. La muqueuse de l'estomac, cette fois, n'était point intacte; j'y ai constaté le ramollissement au second degré vers le grand grand cul-de-sac. Dans cette seule circonstance, j'ai observé un gonflement peu considérable des ganglions du mésentère. Je n'ai noté qu'une fois un commencement d'altération des follicules du *duodenum*, dits follicules de Brunner. Quant à la lésion des follicules isolés, c'est purement et simplement la psorentérie, soit *spécifique*, soit *accidentelle*. Je l'appelle accidentelle lorsqu'elle ne présente que des grains rares, dont le développement se rattache alors plutôt à l'action d'une cause locale et accidentelle qu'à celle d'une cause générale et spéciale.

Quoi qu'il en soit, ce qui paraissait être la règle pour la fièvre typhoïde, savoir, l'*ordre réticulé*, en tant que lésion, devient ici l'exception, et ce qui paraissait être l'exception pour les typhoïdes, savoir, *la plaque molle*, devient à peu près l'*absence*. Je dis l'absence, car même dans mes deux cas graves, ce n'était certes pas de la véritable plaque molle qu'il s'agissait, de cette plaque typhoïde classique, avec sa saillie, ses bords, et le *déterminé* de son dessin.

Je n'ai trouvé que deux fois sur vingt la rate hypertrophiée d'un quart et à demi ramollie.

Deux fois aussi, j'ai vu le foie excéder quelque peu ses limites; il était toujours le séjour d'une stase sanguine, mais sans altération apparente de tissu : la maladie marche sans doute trop vite. Fidèle à l'esprit d'une notice, je m'abstiens de tout détail superflu, relativement à mon but qui est de différencier deux espèces, d'autant que mon intention est de reprendre ailleurs, avec plus d'espace, cette belle question.

J'ai dit déjà que le sang m'avait paru toujours très-diffluent, et comme dissous; je n'y ai jamais remarqué de caillots fibrineux; mais je les ai très-bien vus dans les typhoïdes Quant au reste, je ne veux même pas l'effleurer; j'ai besoin de regarder encore après cinq mois de recherches; si je redoute quelque part les improvisations, c'est sur ce terrain. Je crois bien que les lésions du typhus n'ont rien de pathognomonique, de constant, de déterminé, mais je n'en suis pas certain. Or, dans cette situation, ce que j'ai de mieux à faire, c'est de m'abstenir, afin d'éviter le double écueil de l'erreur possible et de la banalité certaine.

IV. — ÉTATS TYPHIQUES.

J'appelle *états typhoïdes* ou *typhiques*, selon le règne épidémique du moment, des maladies dans lesquelles l'élément typhoïde ou typhique n'est qu'un accident, un épiphénomène. Supposez la présence de fièvres de marais de différents types, parmi lesquels le type rémittent, et supposez aussi qu'elles viennent à être placées dans un milieu où commencent à exister les conditions du typhus; qu'arrivera-t-il? Que la maladie principale, que la fièvre à quinquina subira l'influence et portera le cachet de l'élément typhique. Elle le portera, dis-je, plus ou moins, et pourra même être modifiée dans sa propre essence, de telle façon qu'une rémittente, qu'il eût été facile de guérir en temps ordinaire, se manifestera avec des caractères de perniciosité insolites, inattendus, de perniciosité d'emprunt, dépendante d'un accident.

L'accident, en effet, c'est-à-dire le résultat des causes débilitantes qui donnent lieu au règne du typhus, ne peut-il pas faire qu'une dose de toxique de marais capable de produire ordinairement 5, produise 20? Ne peut-il pas, en d'autres termes, livrant un organisme affaibli sans défense au miasme paludéen, conférer à ce miasme une malignité accidentelle, et produire une perniciosité d'emprunt? Dans ce cas, des fièvres qui n'auraient été que de simples intermittentes de-

---

lande. Quel que soit le mérite des hommes spéciaux qui ont été appelés à remplir ces places, on ne peut douter que cet enseignement ne soit insuffisant, puisqu'il ne compte qu'un seul professeur, chargé à la fois de l'hygiène, de la médecine et de la chirurgie.

Du reste, ces cours ne sont pas obligatoires; les personnes qui veulent entrer dans le service de santé de l'armée doivent être pourvues du diplôme du collége royal des chirurgiens d'Angleterre, d'Ecosse et d'Irlande, ou de la Faculté de médecine et de chirurgie de Glascow, ou de tout autre corps savant ayant droit de diplômer. En outre, ils doivent justifier d'avoir suivi pendant un an un cours d'anatomie descriptive et chirurgicale, six mois le cours d'anatomie générale et de physiologie, un an le cours de chimie, trois mois celui de botanique, trois mois celui de matière médicale et de pharmacie, six mois celui d'obstétrique, de maladies des femmes et des enfants.

Les candidats ne doivent pas dépasser 25 ans d'âge, ils doivent avoir au moins 21 ans révolus, ils doivent être célibataires. On choisit de préférence les étudiants qui ont suivi un cours d'études régulières dans les Universités, qui ont les titres de bachelier ou de maîtres ès arts (A. B. ou A. M.), et le diplôme de docteur en médecine (M. D.). Une éducation libérale est de rigueur, ainsi qu'une connaissance complète des langues grecque et latine. Les personnes qui auraient pris leurs diplômes dans des Universités étrangères peuvent être admises à concourir pour ces emplois. En outre de toutes ces justifications préalables, les candidats subissent un examen devant un jury composé d'officiers de santé de l'armée. Le service médical de la marine se recrute d'une manière à peu près semblable.

Le recrutement ainsi opéré est à peine suffisant, même en temps de paix; en temps de guerre, on a été obligé de recourir à des appels d'auxiliaires, de requis, de médecins civils fonctionnant dans des hôpitaux militaires, en dehors des lois de la subordination de l'armée (1). C'est là une dernière difficulté de l'organisation de la médecine dans l'armée, le *recrutement*. Quand les candidats aux emplois abondent, on peut les choisir, faire un triage et ne laisser entrer dans les cadres de l'armée que des hommes éprouvés et choisis. Que si, au contraire, comme cela se présente souvent, le nombre des emplois vacants est supérieur à celui des candidats, on fait entrer forcément dans le corps médical des éléments d'une valeur douteuse, et cela au grand désavantage de l'armée elle-même.

THOLOZAN.

(1) Les documents officiels (MONTHLY AND QUARTERLY ARMY LISTS) montrent que le personnel médical de l'expédition d'Orient se composait, au début de la campagne, de 373 médecins ; à savoir, 2 inspecteurs généraux, 6 sous-inspecteurs, 18 chirurgiens d'état-major de première classe, 29 chirurgiens d'état-major de 2e classe, 110 chirurgiens adjoints d'état-major. Le reste du personnel était réparti dans les corps de troupe de la manière suivante : 1 chirurgien et 1 aide pour chaque régiment de cavalerie, 1 chirurgien et 3 aides pour chaque régiment d'infanterie, 1 chirurgien et 16 aides pour l'artillerie. Après les six premiers mois de la campagne, le personnel était devenu tout à fait insuffisant. On appela à grands frais dans les hôpitaux des médecins requis, au nombre de plus de 150.

viennent accidentellement des rémittentes, puis des pernicieuses à caractère grave. Cela ressort, pour moi, de faits nombreux. Ces faits que je vais d'abord présenter, et qui font partie de nos états typhiques, ont été le prélude d'une épidémie de typhus et de typhoïdes. Mais le typhus une fois développé dans les salles n'absorba point, n'effaça point les états typhiques, tant s'en faut. Il les effaça si peu, que ces états, légers ou graves, comptent pour 60 sur 100 dans le total des maladies typhoïdes. Plusieurs médecins ont nié ces états typhiques, et les ont appelés *typhus ;* de là des différences de statistique et des discords considérables. Je fus questionné, je m'en souviens, à une certaine époque, par un homme très-éminent de notre corps, sur la présence de cas assez nombreux de *rémittentes* et de *pernicieuses*, que je signalais en plein hiver! Je répondis dans le sens qu'on vient de lire; c'était une théorie; j'eus, je crois, l'avantage de faire admettre mes idées. Les faits, bien interprétés, me paraissent leur donner satisfaction : qu'on en juge de suite.

Les fièvres intermittentes régnaient dans nos salles au mois de janvier, parce que les premiers froids agissant à titre de cause occasionnelle faisaient éclater la fièvre chez des hommes qui l'avaient eue pendant l'été, soit à Varna, soit en Crimée, soit en Afrique. Mes cahiers, ceux de mes collègues et amis les médecins, chefs des grands hôpitaux du plateau, constatent ce fait d'une manière irréfragable. C'est dans ce moment que l'encombrement vint donner lieu aux maladies de mauvais caractère. Parmi ces maladies, *mali moris*, les premières en date sont précisément les états que je vais décrire sous le nom de fièvres rémittentes à forme typhique.

Premier type (*fièvre rémittente à forme typhique*). Je la distingue immédiatement du typhus par quelques traits. Dans cette fièvre, il y a des prodromes : une invasion moins brusque, un état de gonflement assez marqué de la rate, une rémission moins fausse, point d'éruption très-généralement, une durée variable, illégale, pour ainsi dire; des récidives, un pouls plus ferme, plus haut, plus régulier, plus développé que dans le typhus; de la diarrhée ou de la constipation, indifféremment; une mortalité de 1 sur 10 seulement. Ce ne sont pas là des typhus; ce ne sont pas non plus, comme on va le voir, des fièvres rémittentes ordinaires : je décris.

Deux, trois ou quatre jours de lassitude, d'inappétence, de lourdeur de tête, de sommeil agité, avec embarras gastrique plus ou moins; puis un léger frisson survient et la fièvre se déclare. Si ce frisson est accompagné, quelquefois précédé de quelques vertiges et de vomissements nerveux, la fièvre se développe assez vivement, moins cependant que dans une rémittente marématique ordinaire; la langue se sèche, il y a un peu de délire de nuit. Le ventre reste indolent; cependant il n'est pas très-rare d'observer, tout d'abord, un peu de sensibilité splénique à la pression; la diarrhée, si elle se montre, n'est qu'accidentelle. Urines rouges et épaisses généralement. Après six, sept ou huit heures, la fièvre diminue; après 24, le matin presque toujours, on remarque une détente incomplète, mais bien mieux dessinée, cependant, que celle du typhus à forme rémittente. C'est ainsi, par exemple, que de très-sèche, que de presque râpeuse quelquefois, la langue devient humide, que le pouls offre une rémission réglée, régulière, aux lieu et place de cette rémission à rhythme mal réglé de la fausse détente des typhus; que la sueur est plus heureuse, plus critique; qu'enfin l'urine devient, dans certains cas, assez abondante pour marquer au moins la tendance à une crise. Cette scène se répète un, deux, trois, quatre, cinq jours et plus; puis, si le traitement est bien dirigé, elle cesse très-rapidement, et la convalescence est prompte; mais les récidives sont à redouter. Si le traitement a été timide, ou enfin si, malgré sa vigueur, il est resté impuissant, le cachet typhique se prononce, domine; l'état typhique devient promptement la chose principale, la *fièvre rémittente à forme typhique* se transforme, devient *un typhus*. C'est ainsi qu'une unité morbide peut en quelque sorte changer d'essence, et qu'elle devrait, le cas échéant, changer de place dans le cadre nosologique. Il y a là un écueil redoutable pour la statistique et la classification. Mais, dès son début, la maladie que je viens de décrire revêt quelquefois des caractères de *perniciosité*, surtout de perniciosité céphalique. On n'en saurait douter, puisque le sulfate de quinine à haute dose a fait, dans de pareilles circonstances, cesser les états les plus graves, puisque, même sans cet agent, la rémission prompte et très-marquée des symptômes redoutables d'une fièvre céphalique dénonce certainement la nature marématique, pernicieuse du fond de l'affection.

J'ai parlé du traitement; c'est un *criterium* souverain, dans l'espèce. Vu l'état de cachexie de la plupart des sujets, leur délabrement, leur faiblesse profonde, force a été de soutenir l'agent spécifique, le sulfate de quinine par des toniques énergiques, surtout par le quinquina. Après quelques jours de leur action combinée, une forte dose de sulfate, mettait si rapidement fin à la scène morbide, qu'il n'y avait nullement à douter de l'essence de la maladie. J'ai vu ce fait se reproduire tant de fois, et si clairement, que je tiens *le mixte* en question pour *une fièvre marématique*, compliquée d'un fâcheux épiphénomène, d'un épiphénomène tel, qu'il a pu quelquefois devenir le phénomène principal et annoncer le changement de l'essence morbide, ou mieux, le remplacement d'un élément par un autre élément, dans l'ordre d'importance. La *fièvre rémittente à forme typhique* est donc une réalité, une maladie complexe, dangereuse à plus d'un titre; dangereuse par la perniciosité accidentelle, ou d'emprunt, qu'on y rencontre parfois; dangereuse par sa transformation possible en un vrai typhus; dangereuse par ses suites, par les *chronicités* de toute sorte, qu'on ne passe le terme, dont elle est l'origine. Cette fièvre, pendant les deux premiers mois de l'épidémie typhoïde, a formé le plus gros chiffre de notre statistique. Cependant, vu le nombre des formes légères et la rigueur du spécifique, les résultats ont été, relativement, des plus heureux.

J'ai remarqué, dans la fièvre rémittente à forme typhique, toute espèce de complications : il serait peu opportun de m'y arrêter. Mais ce qui n'est point complication, ce qui fait partie de la maladie elle-même, c'est la tuméfaction de la rate. La percussion appliquée à de grands nombres, m'a donné, en moyenne, une augmentation d'un quart du volume de la rate, observée peu après le début. Aussi, lorsque la maladie tournait mal, passait à l'état de fièvre continue, devenait un typhus, ai-je trouvé, à l'autopsie, la rate des fièvres typhoïdes, ce qui ne m'arrivait pas dans les typhus primitifs. L'exanthème rouge fait défaut; on observe les *sudamina* discrets dans les cas qui se prolongent; mais alors la maladie a changé de nature.

Deuxième type (*fièvre rémittente ictérode à forme typhique*). Voilà la vraie forme orientale, que l'on confond plus facilement que la précédente avec le typhus. Elle ressemble à celle que je viens de décrire, sauf l'ictère (nouvel épiphénomène), sauf une rémission moins marquée et la présence, dans certains cas, de quelques taches rosées. Aussi bien, plus souvent que la précédente, elle se transforme en typhus.

On dirait ici que l'élément typhique dispute à l'élément marématique le droit de classer la maladie. Cependant les prodromes, l'efficacité du spécifique, la guérison brusque, le peu de mortalité, ne peuvent laisser subsister aucun doute. Un émétique ou deux, le sulfate de quinine à haute dose, et le quinquina, m'ont procuré des résultats aussi prompts que merveilleux, même dans les cas pernicieux. Ils sont redoutables, cependant, et assez fréquents; ils se manifestent, eux aussi, sous la forme céphalique, avec délire suraigu. La rate, comme ci-dessus, s'est toujours montrée volumineuse, le foie intact, malgré l'ictère. J'ai observé, dans cette maladie, tantôt la constipation, tantôt la diarrhée, et très-souvent un léger catarrhe bronchique, avec toux nerveuse fatigante. Les formes légères ont été nombreuses. Je ne puis rien dire du cadavre, n'ayant fait qu'un très-petit nombre d'autopsies sur cette nature de fièvre. La fièvre rémittente à forme typhique a surtout, en effet, régné au mois de mars à Rami-Tchiflick, dans un moment où nous n'avions pas encore de salle de dissection. C'est à l'hôpital de l'École, en juin, que j'ai pu ouvrir quelques corps d'hommes ayant succombé à des états typhiques, qui alors cédaient le pas aux typhoïdes et aux typhus. J'ai constaté la *psorentérie* presque toujours, mais point de plaques elliptiques, point d'altération des follicules du duodénum, ni des ganglions mésentériques. Je parle surtout d'individus morts d'accès pernicieux, car, quant à ceux chez lesquels la fièvre continue venait à succéder à la rémittente typhique primitive, ils présentaient les désordres du typhus, surtout le ramollissement, par régions, de la muqueuse intestinale.

États typhiques variés. — Presque toutes nos maladies ont subi, pendant un temps plus ou moins long, l'épiphénomène en question. C'est ainsi que nous avons observé *l'anémie à forme typhique*, entre autres états remarquables. Un homme anémique, bouffi, infiltré, à peau d'un blanc de cire, à lèvres blêmes, sans diarrhée, je le suppose, commençant même à reprendre ses forces quelque peu, est atteint de vertiges légers, d'un peu de mal de tête, d'inappétence, de fièvre avec chaleur médiocre, pouls très-fréquent, mal réglé, sécheresse de la langue, exacerbation du tout le soir, et fausse rémission le matin..... C'est une *anémie* sur laquelle l'élément typhique vient agir. En effet, après deux, trois, quatre jours, les phénomènes semblent disposés à disparaître, la maladie se réduit presque à son état primitif, et reste ainsi stationnaire deux et jusqu'à trois jours; mais le caractère de mauvais aloi n'est qu'assoupi, il fait une apparition nouvelle, sans atteindre à une haute gravité, puis il recule de nouveau devant le traitement, se représente encore, jusqu'à ce que des épanchements

séreux, soit sous les membranes du cerveau, soit dans les mailles du tissu pulmonaire, soit dans les grandes cavités, terminent la scène. Quelquefois elle finit brusquement avec des symptômes de compression cérébrale : c'est une apoplexie séreuse. Mais le plus ordinairement le malade traîne; on espère deux, trois et quatre fois; le traitement tonique et excitant, par le vin, le quina, le café, le fer, retarde la mort; mais la diarrhée survient très-généralement et tranche la question. Ce n'est pas de *typhus* qu'il s'agit à coup sûr, car chaque reprise est en quelque sorte une récidive; c'est d'une *anémie* livrée à l'influence de l'élément qui produit le typhus, c'est en un mot *d'une forme typhique*. Si *l'essence* typhus n'offre pas de récidive, *l'accident* typhique ou typhoïde est loin d'être dans le même cas. Bien qu'il y ait de la rémission dans ces états, le sulfate de quinine ne prévaut nullement contre eux : l'anémie séreuse ou *séro-scorbutique* est le fond. Quelques médecins ont parlé de récidives du typhus en Orient; je crois qu'ils ont confondu *le typhus*, une espèce, avec *l'état typhique*, un accident.

L'embarras gastrique primitif, le catarrhe bronchique, le scorbut, l'hypostase scorbutique du poumon, la dyssenterie simple ou scorbutique, et autres maladies, ont subi l'influence du dangereux élément dont je viens de m'occuper. Je ne puis que m'abstenir, à cet égard, d'une étude de détail. L'impression qui m'est restée de l'ensemble, c'est que, sur des faits pareils, sur des *mixtes* de cette espèce, un observateur d'élite, rassemblant un certain nombre d'individualités morbides bien analysées, pourrait faire, au point de vue de l'humorisme sage, la contre-partie des *phlegmasies chroniques*. Sur ce résultat important, il ne bâtirait point de toute pièce une théorie, mais il donnerait force et vigueur, et beaucoup de jour à l'étude des *éléments morbides*, à leur idée large, *compréhensive* (je me sers du mot au sens de Leibnitz), qui appartient plus encore à l'avenir qu'au passé.

Je m'abstiens de parler des traitements, dont j'ai pourtant formulé quelques points. Je dirai seulement que tout traitement reste incertain, pour ne pas dire impuissant, sans un auxiliaire par excellence que j'appelle la *tactique d'hôpital*. Le médecin guérisseur est celui qui sait vouloir cette tactique. Elle consiste, c'est chose vulgaire à dire, en propreté des salles, libéral changement de linge, lits souvent faits, fenêtres ouvertes à propos, plus que moins, espacement des lits, mutations fréquentes surtout, afin de ne pas occuper les coins, de ne pas placer les cas de mauvais caractère les uns à côté des autres, et ainsi de suite. Elle consiste en désinfection attentive des lieux, des baquets, des pavés ou planchers des salles, au moyen des agents usités. Que l'on entre dans un hôpital quelconque (excepté peut-être l'hôpital anglais de Scutari), et l'on verra que ces indications banales sont, en définitive, beaucoup plus difficiles à obtenir qu'un traitement savant et habilement manié, qu'elles sont en même temps plus fécondes que le traitement proprement dit. La science fait du traitement, l'affection seule, soutenue par une volonté persévérante, fait de la médecine, c'est-à-dire de la thérapeutique et de l'hygiène, et guérit.

THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR LA NATURE DE QUELQUES PARALYSIES ET SUR LE TRAITEMENT OPÉRATOIRE QUI LEUR CONVIENT; par JAMES BRAID (1).

Je désire soumettre à votre appréciation quelques remarques sur la nature et le traitement de certaines formes de paralysies; je n'occuperai point le temps précieux d'une pareille réunion à vous parler de la nature et du traitement des cas ordinaires de paralysies résultant d'attaques récentes d'apoplexie du cerveau ou de la moelle épinière, suite de congestion, d'épanchement ou de compression du cerveau ou de la moelle épinière ou de lésions organiques de ces organes, d'autant plus que ces sujets ont été habilement traités dans des monographies séparées, et dans les traités systématiques de médecine parfaitement connus, sans aucun doute, par la plupart d'entre vous.

En conséquence, mes remarques se borneront aux cas chroniques de longue durée, qui ont pu être précédés d'une lésion de structure, d'épanchement, de congestion ou de compression, mais dont l'état morbide a été soulagé ou guéri par le traitement et les efforts bienfaisants de la nature avec le cours du temps, sans qu'une amélioration correspondante ait eu lieu dans les mouvements volontaires, et que l'on peut par conséquent considérer comme étant le résultat d'un affaiblissement du pouvoir fonctionnel, indépendamment d'une lésion organique appréciable. Il existe aussi une autre variété de paralysies résultant d'attaques soudaines de spasmes toniques persistants de certains muscles, avec perte entière de puissance des autres, qui fréquemment se manifestent spontanément, sans aucune cause organique correspondante, et qui survient principalement chez les individus qui ont une diathèse hystérique, chez lesquels existe un excès de mobilité du système nerveux que je désignerai sous le nom de *paralysie hystérique*.

Déjà, dans l'année 1841, je fis paraître un mémoire dans l'EDINBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL, intitulé OBSERVATIONS SUR LE STRABISME, LE PIED-BOT, ETC., dans lequel je traitai ce sujet et où je citai des cas que j'avais guéris suivant les vues que j'y indiquais. Je disais : « C'est un fait curieux qu'une contraction rigide et permanente d'un ou deux muscles peut être suffisante pour épuiser toute la puissance nerveuse et musculaire de la jambe ou du bras, de sorte qu'il y aura perte de chaleur, de sensibilité et d'énergie musculaire de tous les membres, et le tout peut être rétabli rapidement, en divisant simplement les tendons des muscles contractés, de sorte qu'il serait facile de faire croire à un peuple superstitieux qu'un miracle a été opéré. Quiconque a traité des cas de pied-bot a dû observer l'augmentation de température qui suit l'opération; mais, en outre, dans les cas de contraction de la main, des doigts et du bras, de quelques contractions du biceps, des longs fléchisseurs de la main et des doigts, etc., la division de leurs tendons, a été, dans beaucoup de cas, suivie des résultats les plus surprenants. Non-seulement les mains et les doigts ont repris leur liberté de mouvement, mais le bras entier en a reçu une telle augmentation d'énergie, que des patients âgés de plus de 30 ans, qui avaient été privés de la faculté de lever les bras, depuis cinq ou six ans ou plus, ont, dans l'espace de deux ou trois minutes, été capables de les élever jusqu'à la tête. Dans un cas, un patient âgé de plus de 70 ans, qui était paralysé du côté droit et qui était muet depuis trois ou quatre ans, put, huit ou dix minutes après l'opération, lever le bras très-librement, et le matin suivant, il parla pour la première fois depuis son attaque de paralysie. Pour conserver cet avantage, aussitôt que la plaie faite à la peau est fermée et qu'il s'est épanché de la lymphe pour réunir les extrémités des tendons divisés, il est nécessaire de faire l'extension, de manière à assurer la formation d'une nouvelle portion de tendon dans le point de séparation; autrement, lorsque la réunion sera effectuée, la contraction peut se manifester de nouveau, et avec elle l'état de faiblesse originelle du membre. »

La seule raison physiologique que je puis donner, quant à la cause du rétablissement du mouvement et de la sensibilité après ces opérations, est celle-ci : je pense qu'une certaine quantité d'influx nerveux est élaborée pour chaque membre, afin de subvenir à toutes ses fonctions, et que la quantité nécessaire pour maintenir ces muscles dans cet état de tension morbide, produit l'énervation de tous les autres, avec perte de temps et allanguissement de la circulation, l'opération, en diminuant cette consommation trop grande, qui se fait dans un seul sens, lui permet de s'écouler et de se répandre plus généralement; par là le pouvoir musculaire est rétabli, la circulation du sang se fait plus librement, ce qui produit par suite une augmentation de chaleur dans tout le membre. L'opération est fréquemment aussi suivie d'une augmentation de vigueur du corps entier. Cela eut lieu d'une manière remarquable chez un enfant que j'opérai du pied-bot, suite de contraction, en 1840. Il était âgé de 10 ans, paralysé de la jambe, de sorte qu'il n'avait jamais pu s'appuyer sur elle ou s'en servir pour marcher, et était si faible de corps généralement, qu'il avait un aspect pitoyable, s'appuyant difficilement sur ses béquilles et incapable de soutenir sa tête droite.

Trois semaines après l'opération, il put marcher sur le plancher, à l'aide d'une personne qui le soutenait par les mains. Peu de temps après, il marchait déjà avec des béquilles, en faisant supporter la plus grande partie de son poids sur la jambe et élevant la tête facilement. Bientôt il put mettre entièrement de côté ses béquilles et marcher avec une petite canne.

Il me serait facile de citer d'autres cas dans lesquels des bras faibles et atrophiés presque depuis la naissance ont ainsi récupéré la faculté du mouvement et ont augmenté de volume. Mais de crainte d'abuser de votre temps et de votre patience, je citerai seulement un cas que

(1) Extrait du journal de médecine de Londres, ASSOCIATION MEDICAL JOURNAL, n° de septembre 1855.

Ce mémoire avait été écrit pour la réunion annuelle de l'Association provinciale à York; mais n'ayant pu être lu faute de temps, il a été publié par décision de l'assemblée.

j'ai eu à soigner dernièrement; c'est un exemple intéressant qui éclairera ce sujet.

Obs. I. — Le 3 mars 1854, je fus consulté pour un enfant de 3 ans et 9 mois. Son père était fort et bien portant; sa mère était restée délicate depuis son deuxième accouchement. Elle avait quatre fils et quatre filles. Les quatre fils, dont le plus jeune était celui pour lequel on me consultait, étaient nés au septième mois.

Mon petit malade avait un cerveau bien développé et paraissait très-intelligent pour son âge. Cependant il n'avait jamais pu faire mouvoir ses jambes, ses bras ou ses doigts. Il n'avait jamais été capable de passer ses bras autour du cou de sa nourrice pour l'aider à le porter, ni de prendre quelque chose entre tes doigts et le pouce. Lorsqu'il essayait de saisir quelque chose, il fermait simplement tous les doigts à la fois, et ne pouvait lâcher ce qu'il avait pris que de la même manière.

Quant aux extrémités inférieures, par suite de la contraction tonique des muscles iliaque interne et psoas, les cuisses étaient constamment fléchies et rigides sur le tronc, et à cause de l'état semblable des adducteurs des deux cuisses, les genoux étaient retenus fortement en contact. En outre, par la contraction tonique des muscles fléchisseurs des deux jambes, celles-ci étaient fortement fléchies sur les cuisses, et par suite de la contraction tonique des gastrocnémiens des deux jambes, les talons étaient tirés en haut, et les doigts et les pieds tenus dans l'extension, suivant la forme d'un pied-bot équin.

L'enfant offrait ainsi un aspect aussi pitoyable qu'on peut imaginer, étant entièrement privé de l'usage des deux extrémités supérieures et inférieures.

Plusieurs praticiens avaient été consultés, mais ils n'avaient pu lui procurer le plus faible soulagement. A la fin un médecin qui m'était personnellement inconnu engagea les parents à me l'amener, sachant que je m'étais beaucoup occupé du traitement des difformités.

Par un procédé que je vais décrire, je pus mettre en jeu les muscles antagonistes et réduire ainsi l'activité morbide de ceux qui retenaient les membres dans cet état de contraction rigide permanente, de sorte que, dans l'espace de dix minutes environ, je parvins, avec très-peu d'efforts, à étendre et à séparer ses jambes à un degré auquel il n'avait jamais pu atteindre auparavant, malgré tous les efforts possibles.

Ce même procédé fut répété avec des résultats également satisfaisants les deux jours suivants. Cependant il me sembla que le mode le plus prompt était de diviser en même temps les tendons d'Achille dans les deux jambes, au moyen de la section sous-cutanée et puis de greffer une portion de substance nouvelle entre les extrémités divisées des tendons, ainsi que cela se pratique lorsqu'on traite les cas ordinaires de pied-bot équin.

Par ces moyens, non-seulement je m'attendais à rétablir promptement les pieds dans leur position normale, mais à produire une amélioration sensible dans plusieurs autres muscles contractés, par suite des lois de sympathies et des mouvements consensuels qui jouent un rôle si important dans la puissance nerveuse et l'activité musculaire.

Les parents consentirent facilement à cette proposition. En conséquence, j'opérai les deux jambes le 8 mars 1854.

Les petites ouvertures faites à la peau avec la lame étroite du ténotome, ayant été bouchées avec l'emplâtre adhésif, j'appliquai des attelles et un bandage, de manière à maintenir les pieds dans la mauvaise position qu'ils avaient auparavant et à comprimer les muscles gastrocnémiens, afin de prévenir la séparation des extrémités des divers tendons et faciliter l'épanchement de la lymphe qui devait les réunir.

Au bout de deux jours, les attelles et le bandage furent levés et réappliqués, de manière à obtenir une légère extension et une plus grande effusion de lymphe pour augmenter le moyen de réunion.

Cette extension fut augmentée à chaque pansement, de sorte que, au bout de quinze jours, il y avait un épanchement de lymphe suffisant entre les extrémités divisées de chaque tendon d'Achille, pour permettre aux pieds de prendre leur position naturelle, et suffisamment forte pour me permettre d'enlever les attelles et le bandage. Je donnai au patient une paire de bottes lacées. Il put alors se tenir droit sur ses pieds, qui reposaient à plat sur le plancher et supporter une partie considérable du poids de son corps par ses seuls efforts musculaires.

J'avais aussi appliqué des attelles en gutta-percha à la partie postérieure des jambes et des cuisses, soutenues par des bandages, de manière à l'aider à surmonter la contraction des fléchisseurs des jambes. Elles restèrent constamment appliquées, nuit et jour, pendant un mois, puis pendant la nuit seulement, pendant dix semaines, après lesquelles elles furent entièrement supprimées. Toutefois, à chaque pansement, j'agis de manière à exciter les muscles affectés de faiblesse morbide et à diminuer la rigidité morbide des autres. J'engageai aussi le patient à faire tous ses efforts pour marcher durant mes visites.

Le résultat fut qu'une augmentation considérable de puissance fut obtenue à la fin d'avril, et le 2 mai je l'envoyai à la campagne pour y jouir de l'air et prendre de l'exercice. Il y resta jusqu'au mois d'août, avec une amélioration marquée.

Un fait remarquable lié à ce cas, sur lequel je vous prie de fixer votre attention spéciale, et qui vient corroborer ce que j'ai fait remarquer en commençant ce mémoire, c'est que, dans l'espace de vingt-six heures environ, après la section des tendons d'Achille, le patient avait acquis la faculté complète de mouvoir ses bras, ses mains et ses doigts pour la première fois de sa vie, et la partie la plus intéressante de cette observation, est que le contact de sa volonté est resté parfait depuis. Cela prouve clairement l'influence consensuelle et sympathique remarquable d'une partie du système musculaire et nerveux sur les autres. Pensant qu'il serait intéressant pour mes confrères de voir le patient dont je viens de parler, j'avais prié sa mère de l'amener à Manchester, à la réunion de l'année dernière, afin que les membres eussent l'occasion de voir à la fois la mère et l'enfant, et de faire toutes les observations et les questions que chacun pouvait désirer; mais comme je n'eus pas le temps de lire mon mémoire dans cette réunion, l'enfant ne fut pas présenté; toutefois le professeur Simpson (d'Édimbourg), et M. Adams, de l'hôpital orthopédique de Londres, m'accompagnèrent et le virent dans mon cabinet de consultation.

Dans le cours de mes investigations et de ma pratique (pour citer de nouveau le mémoire inséré dans Edinburgh medical and surgical Journal), j'ai trouvé qu'il existait une autre variété de *talipes* qui se présente très-fréquemment; elle ne provient pas d'une contraction anormale, mais de la paralysie ou relâchement extraordinaire de certaines classes de muscles. Dans ce cas, l'opération de Stromeyer est inapplicable. En conséquence, je cherchai le moyen de guérir ces cas, et une idée très-heureuse me survint et qui m'a permis, non-seulement de les traiter avec succès, mais encore d'autres affections de nature paralytique. L'idée fut celle-ci : puisque des cas de contraction étaient soulagés et guéris par la division et l'allongement des tendons, les muscles relâchés et paralysés ne pourraient-ils pas être guéris par la division et l'allongement des tendons, les muscles relâchés et paralysés ne pourraient-ils pas être guéris par le moyen opposé, à savoir, en retranchant une portion des tendons de ces muscles, réunissant les extrémités divisées et en assurant la réunion dans cet état? L'idée que ce moyen modifierait au moins favorablement l'état d'atonie des muscles, et qu'il pourrait les stimuler et renouveler leur vitalité et leur contractilité avait tellement impressionné mon esprit que je résolus de l'essayer, ce que je fis le 30 juin 1840, aidé par M. Rhind, chirurgien d'Édimbourg, mon fils, et mon élève M. Pacey.

Obs. II. — Le patient, âgé de 6 ans, avait été abandonné deux ans auparavant comme étant sujet à une paralysie irrémédiable, après avoir été soumis aux traitements les mieux approuvés par des praticiens recommandables.

La jambe était complétement privée de la faculté de se mouvoir, pendante sur les côtés de la béquille, sans atteindre le sol, beaucoup plus froide qu'à l'état normal, le pied affecté d'un léger degré de varus, de sorte que lorsqu'il appuyait sur le sol, il restait sur son bord externe, le talon légèrement élevé et les doigts tournés en dedans.

J'excisai 3/16 de pouce du péronnier *tertius*; je pansai et j'appliquai un bandage de manière à maintenir les extrémités divisées en contact.

Au bout d'une semaine il pouvait marcher sur le plancher en le tenant par la main, et le dixième jour, en présence du docteur Badsley et autres, il allait et venait dans ma maison sans assistance quelconque, circonstance qui surprit agréablement tous ceux qui étaient présents.

Au bout de vingt jours, il prit une botte, et une semaine après il marchait complétement sans béquille, ce qu'il a toujours fait depuis.

Obs. III. — Le 5 juillet 1840, chez une patiente âgée de 10 ans, j'excisai un quart de pouce du tendon du tibial postérieur et du long fléchisseur du gros orteil, pour un cas de valgus, suite de paralysie de ces muscles.

Comme dans le cas précédent, la jambe, qui avait toujours été froide auparavant, devint chaude après l'opération.

Tout alla bien, et au bout de trois semaines elle prit une botte et marcha tout à fait droit.

Obs. IV. — Le 6 juillet 1840, j'opérai madame ***, âgée de 50 ans, qui, durant toute sa vie, avait été affectée de varus, principalement par relâchement du long et court péronier. La jambe aussi était restée froide.

J'excisai 3/8 de pouce de ces tendons, les pansai et appliquai un bandage de manière à maintenir les extrémités divisées.

Tout alla bien; au bout de trois jours elle put mouvoir les doigts pour la première fois de sa vie.

Au bout de trois semaines, elle prit une botte lacée ayant un support d'acier, au moyen de laquelle elle put marcher beaucoup plus facilement qu'elle ne l'avait jamais fait.

Obs. V. — G., âgé de 6 ans et demi, était affecté de talipes valgus depuis un an, suite de paralysie absolue des gastrocnémiens et autres muscles de la partie postérieure de la jambe. Il n'y avait pas seulement incapacité totale d'étendre le pied, mais encore un relâchement tel de tons les muscles extenseurs, de manière que le pied pouvait être porté en haut jusqu'à ce que son dos restât sur le tibia.

Le 4 septembre 1840, j'excisai 3/8 de pouce du tendon d'Achille, je bouchai la plaie et appliquai un bandage, de manière à tenir en contact les extrémités divisées.

Le dixième jour, la plaie était presque fermée et le tendon si solidement uni qu'il résistait à toute tentative faite pour porter le pied en haut, excepté à un faible degré au delà d'un angle droit avec la jambe ; pendant ce temps il avait aussi acquis la faculté de fléchir et étendre le pied librement, ce qui indiquait qu'on avait complétement triomphé de l'état paralytique des muscles extenseurs.

Trois semaines après l'opération, le patient tomba et se lésa la jambe, ce qui occasionna l'inflammation et la suppuration autour de la cicatrice nouvellement formée.

La guérison en fut retardée; malgré cela, trois mois après l'opération, ce patient put marcher facilement, fléchir et étendre le pied librement, et fut capable de maintenir le pied et la jambe, dans leur propre position relative.

Avant l'opération, toute tentative de marche était impossible et maladroite, la jambe étant ballotée et jetée en avant, les doigts très-tournés en dehors, et la malléole interne s'approchant du sol.

Obs. VI. — B., âgé de 12 ans et demi, était dans le même état que le cas précédent depuis un an environ.

En octobre 1840, j'excisai 5/8 de pouce du tendon d'Achille, je pansai et appliquai un bandage comme d'habitude.

Le sixième jour, la plaie était presque complétement fermée, et il pouvait fléchir et étendre le pied librement, ce qui indiquait la réunion du tendon d'Achille ainsi que le rétablissement du mouvement musculaire dans les muscles paralysés.

Au bout de deux mois, il mit une botte avec laquelle il marchait facilement.

Maintenant il peut marcher presque aussi facilement que s'il n'eût jamais en d'affection.

Obs. VII. — M., âgé de 10 ans, ne pouvait presque pas se servir de la jambe droite, par suite de paralysie survenue dans l'enfance; non-seulement la jambe était privée de mouvement, mais encore elle était froide et amaigrie, à peu près de moitié plus petite en volume. Le genou était fléchi à angle de 45 degrés, le pied était tourné en dehors et pouvait facilement s'appuyer en outre contre le tibia, ce qui indiquait l'absence de tonicité des gastrocnémiens et du tissu postérieur.

J'incisai 3/8 de pouce du tendon d'Achille et autant environ du tibial postérieur, je pansai et appliquai un bandage comme de coutume.

Tout alla bien. Il fut pourvu d'une botte à forte semelle, pour compenser le raccourcissement de la jambe; il put marcher sans béquilles, n'ayant besoin que de l'aide d'une canne.

Cette jambe a augmenté beaucoup de volume et est beaucoup plus chaude qu'avant l'opération. L'enfant est beaucoup plus fort.

Obs. VIII. — Mademoiselle***, âgée de 14 ans, était affectée de talipes valgo-calcanéen du pied gauche depuis douze ans, par suite de paralysie des gastrocnémiens, avec contraction du tibial *anticus*, de l'extenseur propre du gros orteil et du long extenseur des doigts.

Le 25 septembre 1840, j'excisai un demi-pouce complet du tendon d'Achille, et divisai les tendons du tibial *anticus* de l'extenseur propre du gros orteil et du long extenseur des doigts de pied. Les plaies furent fermées avec l'emplâtre adhésif; des attelles et un bandage approprié furent appliqués, de manière à rapprocher les extrémités du tendon d'Achille, ainsi que celles des autres tendons divisés.

Tout alla bien, et le sixième jour elle pouvait fléchir et étendre le pied, signe de la réunion du tendon divisé et du rétablissement de l'irritabilité et de la contractilité des muscles respectifs.

Obs. IX. — W. B., âgé de 7 ans, était affecté de talipes valgo-calcanéens depuis l'enfance, que l'on supposait provenir d'une atteinte de paralysie survenue à l'âge de 6 mois. Les gastrocnémiens étaient privés de tout mouvement, de sorte que le pied pouvait être porté en haut jusqu'à toucher presque le tibia. Lorsqu'il marchait, le pied était très-tourné en dehors, et la malléole interne touchait presque le sol.

Le 26 février 1841, j'excisai 3/16 de pouce du tendon d'Achille, je pansai et appliquai un bandage selon le mode ordinaire dans de tels cas.

Tout alla bien, et au bout de six jours, il pouvait fléchir et étendre l'articulation et les doigts de pied.

A dater de cette époque, il guérit si rapidement, que, dix-huit jours après l'opération, il pouvait marcher facilement sans aucun appareil.

Je pourrais facilement multiplier les cas de nature semblable pour d'autres tendons, mais je m'abstiens.

La conséquence générale qu'on peut tirer de ces cas et de beaucoup d'autres est celle-ci : au bout de six jours les extrémités des tendons dont on a excisé une portion et qui ont été rapprochés et maintenus en contact de la manière décrite, étaient suffisamment et assez solidement réunis pour maintenir le membre dans la position désirée et pour rétablir la contractilité musculaire ou augmenter la force des muscles qui étaient faibles ou qui avaient été paralysés depuis plusieurs années.

Il s'est écoulé plus de quinze ans depuis que j'ai pratiqué cette opération, et je suis persuadé qu'elle répond à tous ou presque à tous les cas semblables à ceux dont j'ai parlé, pourvu que l'opération soit convenablement faite. Toutefois il faut beaucoup de soin et d'attention pour exécuter ces opérations avec le degré d'exactitude qu'elles exigent, parce que, si on excise trop peu, on ne produira pas le degré d'excitation tonique et de contractilité requise pour assurer une énergie suffisante, tandis que si la portion excisée est trop grande, elle peut produire la contraction rigide et permanente des muscles correspondants avec l'innervation des autres, ce qui exige un mode entièrement opposé de traitement.

J'ajoutais de plus : Le traitement de ces différentes variétés de de pied-bot dirigea mon attention vers des procédés efficaces pour la guérison des paralysies locales où une classe de muscles était en contraction rigide constante, et aussi vers une autre variété où il n'y avait pas de tension même des muscles, mais un relâchement morbide d'un ou de plusieurs muscles. Je trouvai une troisième variété dans laquelle il existait un relâchement morbide de tout le membre, soit une jambe ou un bras, avec altération de sa substance. Ce fut pour moi une recherche intéressante que celle de savoir si on pourrait trouver une autre méthode pour traiter ces cas; je suis vraiment heureux de pouvoir dire que j'ai réussi pareillement à guérir cette variété par un mode de traitement entièrement nouveau. Je m'occupe d'études actives sur ce sujet. En attendant cependant je donnerai quelques-uns des résultats que j'ai obtenus, et dont ont été témoins des praticiens de hauts talents qui ont examiné les patients dans quelques cas avant que je les eusse vus moi-même, et sur ces malades encore, dix minutes après mon opération, j'ai réussi et dans des circonstances où les traitements les mieux approuvés par la science moderne, y compris l'électricité et le galvanisme, avaient été essayés sans succès.

Je réussis également bien chez les enfants, les adolescents et les adultes, qu'ils soient du sexe masculin ou du sexe féminin.

J'avais longtemps entretenu l'idée, qui est celle admise par la généralité des physiologistes, que les fonctions des nerfs dépendent d'un fluide subtil circulant dans leur substance; j observai qu'en frictionnant les ganglions et en exerçant de douces frictions le long de la direction des nerfs qui se rendent aux parties paralysées, à partir du centre jusqu'aux extrémités prépiphériques, on pouvait faire parvenir une plus grande quantité d'influx nerveux à ces parties et augmenter ainsi leur énergie. Toutefois je pensai, vu la proximité des artères, que les mêmes moyens mécaniques enverraient, indépendamment de l'augmentation de l'influx nerveux, une plus grande quantité de sang, le long des artères, et tendraient ainsi à réveiller l'activité musculaire endormie. Ces vues théoriques étant admises, j'eus bientôt occasion d'en faire l'expérience. Les résultats dépassèrent de beaucoup mon attente, ainsi que le court récit des cas suivants le prouve. La grande sympathie qui existe entre les muscles et les tendons avec lesquels ils sont unis m'engagea à employer les mêmes moyens le long de leur direction, spécialement sur l'insertion des muscles les plus faibles. Toute substance dure unie répond à l'indication, telle qu'une fiole de médecine forte et bien faite.

Indubitablement ce mode de traitement diffère de celui dont se vante le mesmérisme ou magnétisme animal. Que ma théorie soit vraie ou fausse, il n'y a pas d'erreur dans les résultats satisfaisants de la pratique, et dont ont été témoins beaucoup de personnes parmi lesquelles se trouvaient des hommes de science ainsi que des médecins.

Obs. X. — Une jeune fille de 12 ans, paralysée depuis sept ans. Depuis cinq ans, ce cas était abandonné comme étant sans espoir. Le bras droit était privé complétement de mouvement, et la jambe était si incertaine dans ses mouvements que la marche était très-mal assurée. Dix minutes après avoir employé le moyen que j'ai indiqué, elle marchait beaucoup mieux, pouvait mouvoir les doigts et élever, fléchir et étendre son bras. Au bout de trois jours, je fis une deuxième application, et dix minutes après elle pouvait marcher presque sans broncher. Le bras était tellement amélioré qu'à dater de cette époque elle put s'en servir pour se nourrir. Après quelques autres applications elle fut complétement rétablie et continue depuis dans cet état parfait.

Obs. XI. — Madame ...., mère d'une nombreuse famille, avait été paralysée du bras et de la main droite depuis treize mois. Dix minutes après mon application, elle put saisir avec sûreté les objets avec la main, et mouvoir le bras librement. Lorsqu'elle s'en retourna chez elle le même jour, sa famille fut surprise en la voyant étendre le bras et presser la main de chacun des membres. Quelques applications de plus la rétablirent complétement.

Obs. XII. — Une personne était depuis treize mois privée complétement de l'usage de sa main et de son bras droit. En dix minutes d'application, elle put mouvoir ses droits, porter son bras sur l'épaule opposée et le diriger à peu près dans tous les sens. Le jour suivant, elle était encore plus maîtresse

de ses mouvements; le troisième jour, le pouvoir avait encore augmenté, et le quatrième jour, l'amélioration était telle qu'elle fit une demi-journée de travail comme laboureur; le cinquième jour, elle travailla toute la journée, et depuis lors elle s'est maintenue dans cet état.

Obs. XIII. — Une demoiselle, âgée de 21 ans, avait eu une paralysie à l'âge de 11 ans, qui l'avait laissée avec le bras droit atrophié et réduit à la moitié du volume de l'autre; il était froid et sans le moindre pouvoir de mouvement. Le même jour où je la vis, elle avait fait venir un autre chirurgien, qui lui avait dit qu'elle devait se contenter de rester telle qu'elle était toute sa vie, considérant son affection comme entièrement incurable. Dix minutes après mon application, elle pouvait mouvoir ses doigts, porter son bras autour du corps et sur l'épaule opposée.

Je pourrais citer beaucoup d'autres cas où des patients étaient incapables de mouvoir un doigt, et qui, au bout de dix minutes ou moins, ont récupéré le pouvoir de la main et du bras, au point de pouvoir saisir une chaise pesante et de l'élever entièrement au-dessus du sol.

Obs. XIV. — Un monsieur, qui avait une paralysie du côté gauche de la face depuis six ans, et ne pouvait fermer les paupières de cet œil, récupéra cette faculté en cinq minutes, et, dans le même espace de temps, le nez et la bouche, qui étaient tirés du côté opposé revinrent presque dans leur situation normale.

Obs. XV. — J'ajouterai encore deux cas. Le premier, chez un jeune homme dont l'état avait fixé l'attention de plusieurs des membres les plus distingués de notre profession en Écosse et en Angleterre. Il était laboureur à Édimbourg; il subit le traitement de deux des praticiens les plus éminents de cette apparition de la ville, à la première affection, le tout sans pouvoir regagner la faculté de se servir de son bras.

Il entra ensuite à l'hôpital de Glascow pendant plusieurs mois; mais il n'en retira aucun avantage. Il se fit ensuite colporteur pour pouvoir vivre, et entra dans trois hôpitaux des plus célèbres de la province en Angleterre; plus tard il se présenta dans trois hôpitaux de Londres: il fut renvoyé partout comme incurable, après être resté plusieurs mois dans chacun. Depuis environ cinq ans et demi il était sujet à cette affection. Lorsqu'il s'adressa à moi en octobre 1840, son état était le suivant: il existait une atrophie complète du deltoïde, du biceps et du triceps, tous les muscles qui rattachent le scapulum au thorax du côté droit étaient aussi considérablement atrophiés.

En somme, de l'épaule au coude on ne voyait rien que les ligaments qui recouvraient l'os, et il ne pouvait pas le moins du monde mouvoir l'épaule ou fléchir le coude. Les muscles, à partir du coude en descendant, étaient bien développés, et il pouvait mouvoir les doigts et le poignet librement. Dix ou douze minutes après avoir fait mon application, il put fléchir le coude, lever le bras et le porter à peu près dans toutes les directions. Je le fis exercer pendant quelque temps, et il fut très-satisfait de se sentir le pouvoir de le faire. Je répétai les mêmes moyens plusieurs fois, et au bout de dix jours il avait obtenu l'usage complet de son bras. Il y avait une tendance à la même affection dans l'autre extrémité, qui guérit de la même manière.

Obs. XVI. — En 1841, je fus consulté par madame P., âgée de 42 ans; elle avait eu une attaque de paralysie quatre ans auparavant, qui l'avait privée de l'usage de la parole depuis cette époque: la jambe et le bras droit étaient paralysés. Le mouvement de la jambe s'était un peu rétabli, de sorte qu'elle pouvait faire quelques mouvements dans sa chambre en s'aidant de tout ce qu'elle pouvait saisir avec la main gauche. C'était avec grand'peine qu'elle se rendait dans la maison de campagne qui l'avoisinait en s'appuyant le long du mur. Dix minutes après les premières manipulations que je lui fis, son état fut tellement amélioré qu'elle rentra chez elle en se servant de son pied, à une distance de plus de trois milles, et elle continua à marcher étonnamment bien depuis. L'état du bras fut aussi grandement amélioré, de sorte qu'elle pouvait le lever et le fléchir librement, ainsi que fléchir et étendre les doigts, tandis qu'elle ne le pouvait aucunement auparavant. Elle récupéra aussi l'usage de la parole, de sorte qu'elle put parler passablement le jour suivant.

Ce cas est particulièrement intéressant par le fait que je ne vis la patiente qu'une seule fois et que je n'entendis plus parler d'elle, si ce n'est trois mois après, un jour que j'allai visiter une jeune dame dans le voisinage.

Ordinairement, la paralysie qui provient d'une lésion organique du cerveau ou de la moelle épinière, résistera à ce moyen comme à toute autre intervention humaine. Mais je pense en avoir dit assez pour prouver qu'on peut faire beaucoup plus dans certaines variétés de paralysies qu'on n'a cru possible jusqu'à ce jour. Cela devrait nous encourager à faire des recherches plus actives concernant le traitement de ces affections et d'autres qu'on a regardées comme incurables jusqu'à présent.

(*La fin au prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR UN CAS DE PARALYSIE DES MEMBRES SUPÉRIEURS SEULS; CONSERVATION DE LA SENSIBILITÉ; INDURATION DE LA MOELLE ÉPINIÈRE; RAMOLLISSEMENT DANS L'ESPACE COMPRIS ENTRE LES TROISIÈME ET SIXIÈME VERTÈBRES DORSALES; observation lue à la Société de biologie, par M. le docteur A. LABOULBÈNE, secrétaire de la Société.

Les diverses affections morbides du système nerveux présentent souvent dans leurs manifestations des caractères dont la signification est difficile à préciser. Les affections de la moelle épinière sont aussi ardues sous ce rapport que celle des centres nerveux encéphaliques, et parmi elles l'induration de la moelle est une des plus susceptibles de controverses.

J'ai observé l'année dernière, dans le service de M. Rayer à la Charité, un cas extrêmement remarquable de maladie de la moelle épinière qui semblait au premier abord se réduire symptomatiquement à une paralysie du mouvement des membres supérieurs seuls avec conservation de leur sensibilité. Après une amélioration marquée, le malade est venu mourir à l'hôpital, et l'autopsie a montré une induration médullaire générale avec un ramollissement siégeant seulement dans l'espace compris entre la troisième et la sixième vertèbre dorsales. Cette observation me paraissant très-intéressante, j'avais commencé des recherches pour connaître les faits analogues qui peuvent exister dans la science; mais je ne suis arrivé encore, à ce sujet, à aucun résultat satisfaisant. J'ai trouvé dans divers ouvrages des observations d'induration de la moelle épinière, mais dont la symptomatologie offre une grande dissemblance; de plus, dans les divers cas de ramollissement de la moelle rachidienne, j'en ai peu trouvé siégeant à l'endroit que j'ai signalé, mais ils ne coïncident pas le plus souvent avec une induration. Je me bornerai donc à exposer les détails de l'observation, que je ferai suivre de quelques réflexions générales.

Les ouvrages et mémoires d'Ollivier, d'Abercrombie, de MM. Andral, Gendrin, Prus, Gerdy, Hutin, Alhers de Bonn, la thèse de J.-T. Mueller (DE INDURATIONE MEDULLÆ SPINALIS), les travaux de Romberg, les mémoires d'anatomie pathologique de M. Louis, celui de M. Maillot sur les fièvres intermittentes, etc., etc., m'ont offert une mine précieuse. Je recueille aussi les faits très-extraordinaires de MM. Maisonneuve et Rullier, cités par M. Longet, car ils se rapportent, quoique d'une manière éloignée, à l'observation actuelle, ainsi que je l'établirai brièvement en essayant de préciser les conséquences physiologiques qu'elle présente.

Obs. — Le nommé Casse (Étienne), âgé de 44 ans, menuisier, né à Olette (Pyrénées-Orientales), demeurant à Paris, rue de Londres, n° 10, marié, est entré le 15 mars 1854 dans le service de M. Rayer à la Charité, salle Saint-Michel, n° 29. Il sort de l'hôpital le 16 juin, et il y rentre le 16 octobre. Mort le 2 novembre.

Cet homme, d'une constitution robuste, brun, est d'une taille élevée; sa force musculaire est habituellement très-grande. D'après les renseignements qu'il fournit avec beaucoup de netteté et de précision, ses parents ont toujours eu une bonne santé. Son père est mort hydropique à 64 ans; sa mère s'est « éteinte de vieillesse » à 68 ans. Il a eu deux sœurs qui sont en parfaite santé. Il n'y a aucune hérédité probable de la maladie actuelle. L'enfance du malade s'est passée très-naturellement, sans maladies graves. Il a été vacciné et il a eu plusieurs fièvres éruptives, la rougeole entre autres. Jamais il n'a eu d'adénites sous-maxillaires ni d'abcès d'aucune sorte.

Il est venu à Paris en 1840; il s'y est marié à l'âge de 42 ans; il a eu une petite fille qui a toujours été bien portante; il a toujours habité dans des appartements offrant de bonnes conditions de salubrité, secs et bien aérés. Il a toujours eu une bonne nourriture.

En 1843, après des excès de travail répétés et des veilles prolongées souvent jusqu'après le milieu de la nuit, il a perdu l'appétit. Sa force musculaire, très-grande à cette époque, restait toujours la même et ne faiblissait pas d'abord. Cependant, après la répétition des veilles, il ressentit un peu de fatigue; les forces diminuèrent. Il a éprouvé peu après « des maux de reins, les urines étaient quelquefois difficilement rendues, les aliments lui pesaient sur l'estomac pendant cinq ou six heures après le repas, et souvent il les vomissait sans pouvoir les digérer. »

Vers la même époque il a été à l'Hôtel-Dieu, où il fut sondé, et voici pour quel motif. Il fut invité à aller passer quelques jours à Chelles, où se trouvaient des compatriotes qui l'engageaient à venir auprès d'eux se reposer et se guérir. Il s'y rendit; mais il y fut pris après quelques jours « d'une crise nerveuse très-forte, pendant laquelle il y eut rétention complète d'urine. » Il fut ramené à Paris, conduit à l'Hôtel-Dieu, où ayant été sondé et apprenant qu'il n'avait aucun corps étranger dans la vessie, remis d'ailleurs presque subitement, il sortit le lendemain de son entrée.

Depuis lors, travaillant toujours de son état de menuisier, il a eu, à diverses reprises, quelques douleurs dans la région lombaire, des crampes dans les jambes; le sommeil est devenu plus léger, moins prolongé; il ne dormait guère plus de deux ou trois heures consécutives par nuit. Il était souvent réveillé par des fourmillements sous la plante des pieds. Ses bras étaient tout à fait libres et dans leur état normal.

En 1849, il a été obligé d'entrer à la maison de santé du faubourg Saint-Denis pour s'y faire traiter d'une affection probablement cérébrale, caractérisée par « des douleurs de tête, des migraines, un affaiblissement de la mémoire. La vue était très-bonne, ainsi que les autres sens, odorat, ouïe, goût, toucher. Ses jambes étaient encore douloureuses; il avait par moment des crampes et une douleur au bas du dos entourant le corps (douleur en ceinture). En outre, il se rappelle très-bien qu'il a plusieurs fois eu de la difficulté à rendre ses urines, et qu'il a aussi été tourmenté par une constipation opiniâtre. En rappelant ses souvenirs le malade assure qu'il a eu, cinq ou six ans auparavant (vers 1843 ou 1844), des douleurs de tête avec affaiblissement de la mémoire.

Le traitement fait à la maison de santé consistait en tisanes et en purgatifs. Il ne fut fait aucune médication énergique. Il sortit bien amélioré, et sa mémoire était peu de temps après tout aussi nette que dans ses meilleurs jours.

Interrogé à plusieurs reprises pour savoir s'il aurait eu la syphilis, Casse affirme de la manière la plus formelle qu'il n'a jamais eu de gonorrhée ni de chancre, ni de bubon. Il ne présente aucune cicatrice sur les parties génitales, ni aux aines, ni aucune tache suspecte.

En 1851, pendant les mois d'août et de septembre, il a ressenti un peu d'affaiblissement dans la main droite. Le bras droit perdit sa force; il ne pouvait plus s'en servir pour clouer, on pour se livrer à ses occupations habituelles. Il a été obligé d'acheter un marteau plus petit et moins lourd. La mémoire s'est à peu près perdue; il ne se rappelait plus les mesures qu'il venait de prendre quelques instants auparavant. Cet état a duré pendant six mois; la mémoire est revenue lentement. Pendant tout l'hiver de 1851-52, le bras droit est demeuré faible; mais dans le courant de l'été la force est revenue d'une manière à peu près complète sur d'autres parties du corps.

En 1853, en octobre, la main droite s'est affaiblie de nouveau, ainsi que la mémoire. La douleur lombaire et les troubles intestinaux avaient disparu. Au mois de décembre, il a cru remarquer « que plus la température devenait froide et plus la main et le poignet devenaient faibles. » Au moment du froid le plus rigoureux, il « a eu froid sur les deux bras; il lui semblait que la moelle avait froid et était gelée. » Pendant dix jours environ, la force musculaire diminua beaucoup, et le 1er janvier 1854 il n'avait plus aucune force.

Depuis le 1er janvier il fut obligé de s'aliter. La paralysie des bras devint alors très-évidente; il a eu quelques étourdissements; mais l'intelligence et la mémoire étaient bien nettes. Les bras ne pouvaient plus se remuer volontairement; ils étaient le siége de fourmillements et de crampes. Les jambes exécutaient encore des mouvements volontaires. Il resta au lit pendant six semaines à peu près « roide comme une statue, » surtout quant aux bras. Puis il y eut un amendement notable des symptômes de la paralysie; il a pu se lever et marcher; les douleurs ont cessé complétement, même dans les deux bras; mais il ne pouvait absolument leur imprimer le moindre mouvement.

Pendant ce temps il avait eu de la difficulté à avaler (dysphagie); plus tard il a eu « une *fringale*, des envies continuelles de manger. » Il pouvait très-bien descendre et monter cinq étages; mais ses bras ne bougeaient plus. Il est tombé plusieurs fois, et il s'est fait une plaie sur le sourcil gauche dans une de ses chutes.

On lui a appliqué à deux reprises différentes deux cautères dans le bas de la région dorsale du rachis. Il avait cru ressentir un peu d'amélioration; mais comme elle ne s'est point accrue, il se décide à entrer à la Charité le 15 mars.

État actuel. — 16 mars 1854. Le malade se présente dans l'état général précédemment indiqué. En outre, on remarque au premier abord que les deux membres supérieurs sont atrophiés et pendent le long du tronc. Lorsqu'on les soulève, ils retombent par leur propre poids sans opposer la moindre résistance. Tous les muscles de l'épaule sont notablement atrophiés. Les muscles thoraciques ne paraissent pas avoir diminué de volume, non plus que ceux des membres inférieurs.

Il existe une petite plaie sur le haut du sourcil gauche. Les douleurs rénales et celles très-marquées autrefois dans les membres sont tout à fait calmées. Les urines examinées avec soin sont d'un jaune clair, acides et ne renferment ni albumine ni sucre.

M. C. Bonnefin, invité à soumettre les muscles malades à un courant électrique d'induction, nous fait remarquer les phénomènes suivants :

Les deux deltoïdes ne présentent plus qu'une mince couche musculaire, se contractant à peine sous l'influence de l'électricité; volontairement ils ne peuvent donner au bras qu'un léger mouvement d'abduction.

Les muscles du bras, mous, flasques, d'un petit volume, ne se dessinent pas avec le relief qu'ils forment habituellement. Ils sont contractiles des deux côtés.

Les muscles de l'avant-bras, atrophiés surtout dans leur partie postérieure et externe, ne se contractent pas, dans ces deux dernières régions, sous l'influence du courant électrique le plus fort que puisse supporter le malade.

Les muscles de la partie antérieure se contractent, lorsque les deux excitateurs sont appliqués sur les muscles de la région postérieure de l'avant-bras. Ce sont les *fléchisseurs* des doigts et non les extenseurs, les fléchisseurs recevant ainsi l'excitation à travers les couches postérieures.

A la main les interosseux sont généralement atrophiés, surtout le premier interosseux dorsal. Les éminences thénar et hypothénar sont aplaties.

Les deux mains sont pendantes comme celles des malades atteints de paralysie saturnine. Le poignet ne peut être redressé de manière à ce que la main soit dans la direction de l'avant-bras.

Les doigts sont dans une demi-flexion habituelle, mais sans contracture. Ils ne peuvent s'étendre complétement. La flexion est possible, mais elle a lieu sans beaucoup de force.

Les mains peuvent être portées à la bouche; l'extension de l'avant-bras est incomplète.

Les mouvements volontaires des membres inférieurs y étaient très-faciles et puissants. Il n'y a eu aucun endroit du corps ni abolition, ni diminution notable de la sensibilité.

Le diagnostic porté est : *affection de la moelle épinière*, sans qu'on ose préciser la nature ni le siége exact du mal. Les voies digestives étant en bon état, le malade reçoit trois portions d'aliments, et il est traité par l'application du galvanisme; celle-ci est commencée le 16 mars, et continuée tous les jours pendant environ dix minutes, puis pendant un quart d'heure.

Quelque temps après son entrée, le malade a pris deux bains sulfureux par semaine.

20 mars. Le séjour de l'hôpital plaît au malade. Les muscles du bras paraissent déjà mieux se contracter sous l'influence de l'électricité, les deux biceps surtout. On ne voit pas encore de contractions dans les muscles postérieurs de l'avant-bras.

30 mars. Le malade a pu porter avec l'une ou l'autre main une chaise à distance d'environ 20 mètres, ce qui lui aurait été impossible il y a quelque jours. Il ne peut pas encore manger seul.

Membre supérieur droit. Tous les muscles de l'épaule et du bras se contractent sous l'influence de l'électricité; toutefois les contractions du deltoïde sont très-faibles. A l'avant-bras le rond pronateur, le grand et le petit palmaire, le cubital antérieur et les fléchisseurs des doigts sont contractiles. A la partie externe et postérieure, il n'y a que le long abducteur du pouce qui se contracte. A la main, les muscles de l'éminence thénar se contractent un peu.

Le *membre supérieur gauche* présente les mêmes altérations, avec cette seule différence que les muscles de la partie antérieure de l'avant-bras sont un peu moins contractiles.

6 avril. Le long supinateur des deux côtés se contracte sous l'influence de l'électricité. On prescrit des frictions sèches sur les bras et l'épine dorsale avec de la flanelle.

10 avril. A *droite*, le cubital postérieur se contracte. A *gauche*, on voit aussi quelques contractions fibrillaires du cubital postérieur et de l'extenseur superficiel des doigts, mais qui sont insuffisantes pour déterminer un mouvement d'extension dans le poignet ou les doigts.

14 avril. Contractions un peu plus fortes des mêmes muscles. Il faut y joindre à gauche celle de l'extenseur propre de l'index qui détermine un léger mouvement dans ce doigt. A droite, l'extenseur des doigts ne se contracte pas encore.

15 avril. Ce dernier muscle commence à avoir quelques contractions. Le malade ne peut pas encore manger seul; les mains ne peuvent encore se soutenir dans la direction de l'avant-bras; elles retombent par leur propre poids lorsqu'on les soulève. La droite peut avec peine être portée à la tête, mais non la gauche.

24 avril. Les radiaux externes gauches commencent à avoir quelques contractions. La main droite peut être portée à la tête; la main gauche ne peut pas être élevée plus haut que le menton.

1er mai. Les extenseurs des doigts se contractent mieux à gauche; mais il n'y a encore de mouvement que dans l'index de ce côté; la main peut se tenir dans la direction de l'avant-bras; elle peut être portée à la bouche. A droite, les extenseurs des doigts se contractent encore très-faiblement; la main reste pendante et ne peut se tenir droite comme la gauche; elle peut toujours être portée à la tête.

Les fléchisseurs se contractent également bien des deux côtés. En ce moment on voit qu'à droite ce sont les muscles de l'épaule et du bras qui ont le plus gagné, tandis qu'à gauche ce sont ceux de la partie postérieure et externe de l'avant-bras.

7 mai. Le malade prend à partir d'aujourd'hui : un gramme d'iodure de potassium en solution et continue les bains sulfureux deux fois par semaine.

12 mai. Depuis quelques jours il a pu s'aider de ses mains pour sortir du bain; cette nuit il a pu lui-même prendre le vase renfermant la tisane et boire seul. Un phénomène assez remarquable s'est manifesté du côté des deux mains qui sont très-œdématiées. L'œdème augmente pendant qu'il est levé et devient considérable (1).

13 mai. Le malade n'a pas quitté le lit depuis hier; les mains sont encore enflées. Les urines très-claires, acides, se troublent très-légèrement par la chaleur et par l'acide azotique.

14 mai. La main droite est presque entièrement désenflée, mais non pas la gauche.

(1) J'ai déjà noté que le malade a commencé à prendre de l'iodure de potassium le dimanche 7 mai. C'est depuis cette époque qu'a paru le gonflement des mains. Il a cessé d'en prendre le 12, le gonflement avait presque entièrement disparu le 14 au matin. Est-ce là une simple coïncidence?

Le malade se trouvant à peu près dans l'état déjà décrit le 12 mai et n'ayant aucune trace d'œdème sort le 16 juin.

16 octobre 1854. Il rentre au n° 31 de la salle Saint-Michel.

Depuis sa sortie il a pris des bains sulfureux à Olette (Pyrénées-Orientales), du 4 août au 26 septembre, sans éprouver d'amélioration bien sensible.

Il nous apprend que depuis dix jours il a des douleurs et des fourmillements le long de la colonne vertébrale. Il n'y a pas d'endroit plus sensible que les autres à la pression des apophyses épineuses des vertèbres.

L'électrisation est recommencée le 17 et continuée jusqu'au 26 octobre par M. C. Bonnefin. Le malade marche bien dans les salles jusqu'à la fin du mois d'octobre.

29 octobre. Le malade est considérablement affaibli. Il éprouve de la faiblesse dans les membres inférieurs. A peine peut-il se tenir debout. Les membres supérieurs sont tout à fait immobiles, mais la sensibilité est très-nettement conservée. Tristesse profonde. Perte de l'appétit. Douleurs le long du rachis. Coliques qui le tourmentent beaucoup. (Rhubarbe, 60 centigr.) La respiration est fréquente et paraît gênée. Le malade est ausculté avec soin, et on ne trouve par la percussion et l'auscultation aucune lésion pulmonaire. Le pouls est plein, mou, à 112. L'auscultation du cœur ne révèle aucun état anormal de cet organe. (Ventouses sur la région précordiale.)

Le 2 novembre au soir, après une journée d'angoisses, la respiration s'embarrasse de plus en plus, et le malade succombe le 3 novembre, à trois heures du matin. Il avait pu marcher en se faisant aider le 1er novembre dans la soirée.

Autopsie le 4 novembre, à sept heures trois quarts du matin. Temps frais. —Rigidité cadavérique bien marquée. Aucune trace de putréfaction.

Cavités crânienne et rachidienne. — Le crâne et le rachis sont ouverts avec précaution; on constate que les os ne présentent aucune saillie anormale; les vaisseaux des diverses membranes cérébro-rachidiennes paraissent à l'état normal. Il n'existe aucune plaque, ni aucune tumeur dans l'épaisseur de leurs parois; mais en promenant le doigt sur toute la longueur de la moelle, on sent au niveau des premières vertèbres dorsales un peu plus de mollesse que dans le reste de son étendue. La dure-mère étant incisée, le cerveau et la moelle sont découverts et on remarque que le cerveau n'offre aucun aspect anormal. Il n'existe à l'extérieur aucune vascularisation augmentée, aucun changement de coloration. Il est soumis à des coupes transversales minces, et on ne parvient à découvrir aucune lésion appréciable de sa substance. Il est toutefois résistant et ferme et peu injecté de sang. Le liquide céphalo-rachidien était limpide et ne s'est pas montré en très-grande abondance.

Les membranes rachidiennes sont fendues, et on remarque au niveau de l'espace compris entre la troisième et la sixième vertèbre dorsale la consistance très-peu marquée de la substance nerveuse médullaire. En cet endroit la vascularisation est notablement augmentée. La moelle épinière est examinée ensuite avec le plus grand soin.

Au moyen de coupes diverses transversales et longitudinales, de la dissection sous l'eau et de l'examen microscopique, on constate que le tissu de la moelle est très-manifestement induré depuis la moelle allongée jusqu'au niveau de la troisième dorsale, et depuis la sixième dorsale jusqu'à la queue de cheval. Cette induration est comparée à l'état normal de la moelle d'un autre cadavre enlevée dans ce but et provenant d'un malade ayant succombé à une maladie aiguë.

Il est difficile de préciser si la moelle était indurée et hypertrophiée tout à la fois; cependant nous devons noter que l'axe nerveux rachidien a paru un peu plus gros que celui provenant du malade déjà signalé et servant pour la comparaison. Dans le cas où l'hypertrophie serait réelle, elle était peu marquée.

Le tissu propre de la moelle était lisse, luisant à la coupe, rappelant l'aspect de la porcelaine, peu vasculaire, dur, difficile à écraser. La substance grise était elle-même un peu plus ferme que celle de la moelle à laquelle on la comparait.

Sa coloration n'était ni plus rosée ni plus pâle que d'habitude.

Les racines antérieures et postérieures se détachaient, suivant l'état normal de la portion indurée. Elles ne paraissaient avoir subi aucune altération.

Dans l'espace compris entre la 3e et la 6e vertèbre dorsale, le tissu nerveux médullaire était ramolli, pultacé, ressemblant à une bouillie blanchâtre, un peu rosée, un peu piquetée en quelques points. Sous l'eau, on remarque une sorte de détritus filamenteux, et la majeure partie se détache et forme une émulsion grossière. La substance blanche présente ce genre d'altération, la substance grise paraît, au contraire, avoir conservé sa consistance normale, car, dans l'eau, quand la substance blanche s'est dispersée en partie, on la voit encore cohérente à peu près au même degré que dans le reste de la moelle, au moins dans l'espace de la 7e à la 8e dorsale, mis à nu pour terme de comparaison.

Examinées au microscope sur des parcelles de tissu prises avant l'immersion dans l'eau, la substance blanche indurée et ramollie et la substance grise de différentes portions de la moelle ont donné les résultats qui suivent :

Substance blanche indurée. — Elle a montré à l'examen microscopique les éléments suivants :

1° Une grande quantité de matière amorphe, ayant la forme de granulations grisâtres, les plus petites étaient agitées d'un vif mouvement brownien;

2° Des tubes nerveux à double contour (1re variété, Ch. Robin), ayant peu de varicosités et réunis les uns contre les autres au moyen de la substance amorphe. Leur contenu paraît visqueux, homogène;

3° Des vaisseaux capillaires peu nombreux, ayant quelques granulations grisâtres sur leurs parois.

Substance blanche ramollie. — Elle offre les éléments précédents, mais la matière amorphe y est beaucoup plus abondante dans le champ du microscope, ainsi que les vaisseaux capillaires, et il existe des corps granuleux de l'inflammation parmi les tubes nerveux rares et altérés.

1° Matière amorphe et gouttelettes d'aspect huileux formant des traînées diffluentes, provenant peut-être des tubes nerveux altérés?

2° Tubes nerveux rares, altérés, ayant tous des varicosités; la plupart renferment une substance ayant l'aspect huileux. Le contenu n'offre plus un aspect homogène, il y existe des granulations;

3° Les capillaires sont ici plus nombreux dans le champ du microscope qu'avec la substance blanche indurée. En outre, ils offrent de nombreuses granulations jaunâtres, graisseuses sur leurs parois, où elles sont réunies en petites masses, rarement isolées;

4° Enfin, une assez notable quantité de corps granuleux de l'inflammation, d'un diamètre de 0,02 à 0,035 de millimètre. Leur forme est crénelée, arrondie, et dans quelques-uns la masse amorphe réunissant les granules est bien distincte. Les granulations qui les composent deviennent libres par le contact de l'acide acétique qui dissout la matière amorphe unissante.

Substance grise. — Dans les divers points de la moelle, la substance grise recueillie sur des coupes transversales, s'est montrée à peu près identiquement composée des mêmes éléments :

1° Une grande quantité de matière amorphe;

2° Des myélocystes ou éléments normaux de la moelle sous forme de cellules et de noyaux libres. Ces derniers sont de beaucoup plus abondants, ils sont sphériques, d'un diamètre de 0,005 environ, les cellules ont de 0,010 à 0,015 de millimètre. Ces noyaux sont finement granuleux, sans nucléoles bien nets. L'acide acétique les altère peu et leurs bords sont nets, foncés. Les cellules ont un rebord pâle;

3° Des tubes nerveux plus nets, moins variqueux que dans la substance blanche pultacée.

4° Des vaisseaux capillaires nombreux, paraissant normaux.

J'ai trouvé sur les portions de substance grise des cornes quelques corps granuleux de l'inflammation (dans le voisinage de la substance blanche ramollie), mais ils manquaient au centre même de la moelle.

Les racines des nerfs ne paraissent pas avoir subi d'altération, du moins je n'en ai point trouvé d'autres que des varicosités des tubes. J'ai disséqué avec soin les nerfs des membres supérieurs, et je n'ai pas trouvé leur grosseur moindre à l'œil nu, ni aucune altération microscopique appréciable.

Les muscles des bras atrophiés ne renferment pas de graisse à l'œil nu et un fragment soumis à l'analyse microscopique ne montre pas nettement des gouttelettes adipeuses dans le périmysium.

Cavité thoracique. — Les poumons ne sont point emphysémateux. Ils sont partout très-crépitants, aérés; seulement en arrière on trouve de la congestion sanguine hypostatique.

Pas de liquide dans les plèvres. Quelques adhérences qui paraissent anciennes vers la partie moyenne du poumon gauche.

Cœur revenu sur lui-même à cavités un peu diminuées de volume.

Valvules saines, pas d'adhérences du péricarde.

Cavité abdominale. — Foie, rate, pancréas et tube digestif paraissant à l'état normal. Reins un peu petits mais ne présentant rien de particulier, non plus que les urétères et la vessie.

Réflexions. — Je vais résumer brièvement les principaux symptômes offerts par le malade :

Troubles dans l'appareil digestif et faiblesse musculaire apparaissant, en 1843, chez un homme vigoureux d'une très-bonne santé habituelle. Pas de fièvre, céphalalgie, douleurs lombaires vagues, difficulté passagère dans l'émission des urines sans aucun obstacle apparent. Plus tard, réapparition des douleurs lombaires, crampes dans les jambes, insomnie; les membres supérieurs sont libres de douleurs et pleins de force.

En 1849, la mémoire se perd, troubles cérébraux, crampes dans les jambes, douleur thoracique en ceinture; constipation, excrétion difficile des urines, puis tous ces phénomènes disparaissent, la santé semble tout à fait revenue.

En 1851, affaiblissement graduel du membre supérieur droit, mémoire tout à fait perdue.

En 1852, la mémoire est très-fidèle, la force musculaire est revenue dans les bras, mais en octobre 1853, la main droite et le bras droit sont faibles et la mémoire devient infidèle.

Au commencement de janvier 1854, le malade prend le lit et il y reste « roide comme une statue » sans éprouver de vives douleurs, mais ne pouvant remuer ni les bras, ni les jambes, ayant de la dysphagie, bientôt suivie d'un appétit vorace et d'une amélioration très-grande. Les mouvements reparaissent dans les membres inférieurs, les membres supérieurs seuls sont paralysés mais sensibles, comme tout le reste du corps

Le malade examiné le 16 mars 1854 a les membres supérieurs paralysés, pendant le long du tronc, la mémoire est très-nette et se conserve telle jusqu'à la fin. Sous l'influence du galvanisme quelques mouvements reparaissent dans les bras. Les douleurs lombaires et celles des membres n'ont pas lieu, il sort dans un état bien marqué d'amélioration. Il rentre quatre mois plus

tard avec des douleurs le long du rachis. Le 29 octobre il se sent très-affaibli, puis la respiration s'embarrasse et il succombe rapidement.

A l'autopsie on trouve la moelle indurée et un ramollissement siégeant au niveau de l'espace situé entre les 3e et 6e vertèbres dorsales.

Il y a dans cette observation deux ordres de questions. Les plus importantes sont celles qui se rapportent à la pathologie, les secondes, qu'il faut recueillir à titre de renseignements précieux, sont les questions physiologiques.

I. — Questions pathologiques.

Il y a d'abord : 1° à se demander si l'hypertrophie est ici primitive, c'est-à-dire, si elle résulte d'un travail propre d'induration ou bien ; 2° si l'induration n'est que le résultat d'un ramollissement antérieur, que son mode particulier d'évolution, ressource naturelle de guérison. Je dois dire que je ne puis que me poser ces questions sans les résoudre. Les matériaux me manquent à cet effet. Cependant, je serais porté à croire, d'après la symptomatologie et les recherches déjà faites, qu'il a pu y avoir un ramollissement léger de la moelle épinière, suivi d'induration, plutôt ce me semble qu'une induration médullaire d'emblée.

On peut remarquer l'absence de convulsions, d'exaltation de la sensibilité chez Casse, de même la persistance de la faculté tactile. Il aurait pu prendre de petits objets, s'il avait eu la force de les tenir entre les doigts.

L'existence d'un ramollissement siégeant au niveau de l'espace situé entre les 3e et 6e vertèbres dorsales m'avait semblé inexplicable pour comprendre la paralysie des membres supérieurs seuls. On aurait bien mieux pu s'en rendre compte par un ramollissement de la région cervicale. Je suis porté à croire aujourd'hui, d'après les recherches tant pathologiques que physiologiques auxquelles je me suis livré, que le ramollissement (accompagné de peu de phénomènes inflammatoires) a déterminé la mort en occasionnant la géne de la respiration. Quant à la paralysie des membres supérieurs seuls, elle doit tenir à l'induration cervicale de la moelle épinière, mais en pareil cas comment est-il possible qu'avec une induration semblable dans la région dorsale inférieure et la région lombaire, cette paralysie autrefois existante se soit dissipée? Je signale le fait sans le comprendre.

II. — Questions physiologiques.

L'observation de Casse aura un grand intérêt pour les physiologistes. On sait que tout récemment notre infatigable collègue, M. le docteur Brown-Séquard, a démontré que les cordons postérieurs de la moelle ne transmettent pas la sensibilité comme on le croyait généralement depuis Ch. Bell. M. Brown-Séquard, en coupant sur un animal les cordons postérieurs de la moelle dorsale, a trouvé que le membre inférieur dont la sensibilité devrait être perdue est beaucoup plus sensible que le membre antérieur. Dans les cas de section traumatique des cordons postérieurs seuls chez l'homme, il paraît aussi que les membres inférieurs ont une exaltation de sensibilité. Enfin, en coupant toute la moelle, moins la substance grise centrale, M. Brown-Séquard a trouvé la sensibilité conservée, tandis qu'elle est perdue quand la substance grise est détruite. Il en a conclu que la substance grise est la partie de la moelle épinière au moyen de laquelle la sensibilité se transmet au cerveau.

Dans l'observation actuelle la substance blanche était diffluente, comme je l'ai dit, la substance grise était conservée, or la sensibilité était intacte.

J'ai noté dans mon observation la sensibilité en général, mais je puis assurer à la Société qu'il s'agit réellement des diverses espèces de sensibilité sur lesquelles les observateurs modernes, entre autres MM. Gerdy et Beau, ont appelé l'attention d'une manière particulière. J'ai toujours soin, en examinant la sensibilité sur un malade, de piquer, de pincer la peau, de produire avec les barbes d'une plume ou la pulpe des doigts la sensation du chatouillement, d'appliquer un corps froid sur l'épiderme et, dans les cas douteux, d'essayer le courant galvanique pour obtenir la douleur musculaire. Je puis donc affirmer que Casse avait la sensibilité intacte et je dois dire que la sensibilité paraît s'être conservée chez lui dans les membres inférieurs pendant les derniers moments, au moyen de la substance centrale grise de la moelle épinière, puisque le reste de la moelle était en bouillie.

Quant aux mouvements des membres inférieurs qui ont eu lieu jusqu'à la fin, ils sont plus difficiles à expliquer. J'ai cependant, dans la substance blanche ramollie, trouvé en avant et en arrière de la substance grise centrale des tubes nerveux. Ne peut-on pas admettre, jusqu'à démonstration du contraire, qu'ils suffisent pour servir à transmettre le mouvement?

Une dernière question, la plus importante de toutes, se présente en dernier lieu. Casse aurait-il pu guérir et par quel moyen? Je crois que cette observation prouve non la guérison complète, mais la possibilité d'une amélioration marquée. Il est probable que sans le ramollissement ultime dorsal, Casse aurait vécu encore longtemps, vu le bon état des voies digestives et des autres appareils organiques. Peut-être même les membres supérieurs qui n'offraient pas de lésion autre qu'une diminution des fibres musculaires, auraient pu retrouver leurs mouvements, puisque la substance de la moelle épinière au niveau du renflement cervical n'offrait pas d'autre altération que celle du renflement lombaire.

Les cautères appliqués sur les lombes avant l'arrivée à l'hôpital n'avaient pas agi d'une manière bien efficace, et le traitement qui a été employé a produit une amélioration. Ce n'est point à dire qu'il soit utile toujours, mais n'aurait-il pas des chances de succès, alors que l'induration de la moelle épinière aurait déterminé l'atrophie simple des muscles? On agirait ainsi en nourrissant le muscle par l'excitation de ses fibres, par des contractions répétées au moyen du galvanisme.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

(Suite.)

III. PRESSE MÉDICALE BELGE.

Les numéros d'avril à septembre 1855 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Du traitement des affections blennorrhagiques*; par le professeur Thiry. 2° *De l'action anthelmintique du sulfate de quinine*; par M. Prosper Devaux. 3° *Quelques considérations sur la nature et sur le traitement dit préventif de la syphilis constitutionnelle*; par M. Jaussens. 4° *Du cyanhydrate de morphine et de ses usages thérapeutiques*; par M. Vanden Corput. (L'auteur propose ce nouveau sel comme agent calmant par excellence dans les cas, du reste, où l'on emploie les opiacés. La dose est depuis 5 milligrammes jusqu'à 1 et même 3 centigrammes, en augmentant peu à peu. 5° *Tumeur érectile occupant toute l'épaisseur de la joue gauche; destruction au moyen de la cautérisation électrique pratiquée entre la peau et la muqueuse; guérison*; par MM. Bribosia et Higuet. 6° *Chancres phagédéniques, phymosis, phlegmon gangréneux consécutif; guérison*; observation recueillie à la clinique de M. Thiry, par M. Manouvrier, élève interne. 7° *Les erreurs de diagnostic au point de vue de la syphilis*; leçon clinique de M. Thiry, recueillie par M. Jaussens. 8° *Calcul vésical volumineux; tentative infructueuse de lithotritie, taille bilatérale; arthrite purulente, néphrite purulente chronique, mort, autopsie*; observation recueillie dans la clinique de M. Uytterhoeven, par M. Van Holsbeek, élève interne. 9° *Plaie par instrument piquant et tranchant, plaies pénétrantes de l'abdomen, plaie de la vessie, péritonite; guérison*; observation recueillie par le même. 10° *Épanchement pleurétique considérable, accidents asphyxiques; thoracentèse; amélioration*; par M. Boens. 11° *Du caustique de Trunfreid contre le cancer*; par M. de Nuemer. (Ce caustique n'est autre chose que du phosphore très-divisé appliqué sur le cancer et enflammé sur place. Les malades sont soumis au régime dit ombelliféré, c'est-à-dire qu'ils ne mangent et ne prennent pour médicament que des plantes de la famille des ombellifères.) 12° *Commotion cérébrale; fracture présumée de la base du crâne; guérison*; observation recueillie dans la clinique de M. Uytterhoeven, par M. Van Holsbeek, élève interne. 13° *Cancer mélanique occupant le tissu cellulaire graisseux post-oculaire de l'orbite droit; extirpation; guérison*; par M. Uytterhoeven. 14° *Considérations à propos des expériences de M. Brown-Séquard*; par M. Geens. 15° *Observations relatives au mémoire de M. Van den Corput sur le cyanhydrate de morphine*; par M. J. Bailly. (M. Bailly n'a jamais pu découvrir la moindre trace d'acide cyanhydrique dans ce prétendu sel; c'était tout simplement de la morphine pure.) 16° *Du chancre phagédénique; du danger de confondre l'engorgement dur qui survient à la suite des cautérisations avec l'induration syphilitique; incompatibilité entre cette dernière et l'existence d'un chancre à l'état de progrès*; par M. Manouvrier. (L'auteur admet, avec le professeur Thiry, le principe suivant : Toujours, quand l'induration (syphilitique) survient, le chancre disparaît.)

17° *Quelques faits recueillis à la clinique de M. Uytterhoeven*; par M. Van Holsbeek, élève interne.

TUMEUR ÉRECTILE OCCUPANT TOUTE L'ÉPAISSEUR DE LA JOUE GAUCHE; DESTRUCTION AU MOYEN DE LA CAUTÉRISATION ÉLECTRIQUE, PRATIQUÉE ENTRE LA PEAU ET LA MUQUEUSE; GUÉRISON; par MM. BRIBOSIA fils et HIGUET (de Namur).

La tumeur, du volume d'un petit œuf de poule, occupait toute l'épaisseur de la joue gauche d'un enfant âgé de huit mois; elle ne présentait aucun battement, disparaissait en totalité par la pression, de manière à laisser à la joue une épaisseur moindre que celle de l'état normal. Du reste, elle augmente par les cris et les efforts de l'enfant. La peau et la muqueuse buccale étaient saines. On avait donc sous les yeux une tumeur érectile sous-cutanée et veineuse de A. Bérard. Voulant épargner à l'enfant une mutilation de la face, la mettre s'il était possible à l'abri de toute difformité, et la compression ne pouvant convenablement être employée, MM. Bribosia et Higuet pensèrent à l'emploi de l'électricité, toutes les autres méthodes opératoires présentant dans cette circonstance les inconvénients signalés à des degrés divers.

L'appareil se composait de dix éléments de Bunsen de 15 centim. de hauteur et de 8 centim. de diamètre. — Le cautère était formé par un fil de platine de 1 millim. de diamètre et de 20 centim. de longueur, replié sur lui-même, et dont les deux extrémités libres étaient soudées aux deux conducteurs de la pile. L'enfant fut chloroformisé, le circuit voltaïque fut fermé et le fil de platine devint incandescent. Il fut alors enfoncé dans la tumeur entre la peau et la muqueuse et promené dans tous les sens. Au bout d'un demi-quart d'heure l'opération était terminée. La couleur bleuâtre de la peau avait disparu. Le pansement consista en l'application de quelques compresses d'eau froide. Les suites furent heureuses. L'ouverture pratiquée à la peau fournit pendant quinze jours une sanie légèrement purulente et quelques filaments grisâtres de tissu cellulaire mortifié. Aujourd'hui la joue gauche offre une tuméfaction à peine perceptible.

Cette cure prompte obtenue ici par l'électricité suffit-elle pour faire admettre, avec MM. Bribosia et Higuet, que ce procédé opératoire est de tous le plus inoffensif, et devait donner lieu *dans tous les cas* à des guérisons exemptes de mutilations ou de traces de cicatrices bien évidentes? Notre enthousiasme n'ira pas jusque-là. Nous nous rappellerons que l'électricité employée déjà pour la guérison de tumeurs anévrismales, a non-seulement coagulé le sang contenu dans ses poches, mais cautérisé le trajet qu'elle parcourt, assez profondément pour amener à sa suite des suppurations et des désordres graves. Or, nous craignons bien qu'il n'en soit ainsi pour les tumeurs érectiles, et que les succès ne soient balancés par des revers. En somme, nous approuvons ce moyen de cautérisation, mais nous pensons qu'il n'est pas plus exempt, dans ce cas, d'inconvénients, ou plutôt qu'il présentera parfois les mêmes inconvénients que les autres agents destructeurs. Le feu électrique n'a pas de priviléges à revendiquer sous ce point de vue.

CALCUL VÉSICAL VOLUMINEUX; TENTATIVES INFRUCTUEUSES DE LITHOTRITIE; TAILLE BILATÉRALE; ARTHRITE PURULENTE CHRONIQUE; MORT; AUTOPSIE (clinique de M. Uytterhoeven); observation recueillie par M. VAN-HOLSBEEK, élève interne.

OBS. — Un homme âgé de 42 ans rend parfois des graviers, et depuis neuf ans accuse dans la vessie des douleurs qui caractérisent la présence d'un calcul. A son entrée à l'hôpital il est sondé et le diagnostic d'un volumineux calcul est confirmé. On tenta d'abord la cure par la lithotritie; mais après deux essais infructeux, on l'abandonna pour avoir recours à la taille bilatérale. L'opération fut pratiquée le 19 février 1855; mais lorsque l'opérateur voulut charger le calcul, il s'aperçut qu'il était situé très-bas derrière le col de la vessie, et tous les efforts pour l'entraver demeurèrent sans résultat. La fin de l'opération fut renvoyée au lendemain, à cause de la faiblesse du malade. Ce jour-là la plaie fut agrandie, mais on ne fut pas plus heureux dans l'extraction; enfin après avoir laissé encore reposer le malade dix jours, on essaya de nouveau de saisir le calcul après avoir préalablement incisé davantage encore la plaie. Après des tentatives longues et réitérées, M. Uytterhoeven parvint enfin à amener un calcul volumineux (les diamètres du calcul sont omis, ce qu'il eût été intéressant cependant de connaître). Le malade perdit beaucoup de sang.

Le lendemain, 4 mars, il allait assez bien. Le 5, il se déclara un peu d'affaissement, et le 6 des douleurs très-vives occupèrent le genou droit. Ces douleurs accompagnées de gonflements de l'articulation persistèrent. Les jours suivants, l'affaissement fit des progrès continuels et le malade s'éteignit le 16 mars.

L'autopsie révéla les principaux désordres suivants :

1° *Rein droit.* — Quelques foyers purulents disséminés çà et là dans la substance corticale; calices et bassinet confondus en une vaste poche purulente;

2° *Rein gauche.* — Deux fois plus volumineux que le droit, et plus ramolli, foyers purulents nombreux dans ses deux substances;

3° *Vessie.* — Ses parois sont notablement épaissies, et sa muqueuse est tapissée, surtout près du col, de pseudo-membranes blanchâtres. Immédiatement derrière le lobe gauche de la prostate existait une cavité de la capacité d'une noix, et dans laquelle paraissait avoir été logée la pierre pendant l'opération. Le tissu cellulaire rétro-apoévrotique du bassin était légèrement ecchymosé.

Ces particularités anatomiques nous expliquent pourquoi l'extraction du calcul fut si laborieuse. Placée dans cette espèce de niche où il était difficile de l'atteindre, la pierre ne pouvait être saisie que dans une petite portion de sa circonférence, et alors on conçoit qu'elle devait glisser entre les mors des tenettes pendant les efforts de traction. Ces réflexions que fait M. Uytterhoeven nous paraissent justes, mais nous devons ajouter que nous ne concevons point pourquoi cet opérateur a si vite abandonné la lithotritie dans cette circonstance, laquelle, dans l'état de faiblesse où paraissait être ce malade, n'eût pas offert les mêmes dangers que l'opération de la taille répétée jusqu'à trois fois à quelques jours d'intervalle, et dont la gravité s'est encore accrue des efforts tentés avec les tenettes pour aller à la recherche du calcul. A défaut de mesures exactes qui sont omises dans l'observation, nous pourrons cependant juger que le volume du calcul ne dépassait pas celui d'une petite noix. Or, de pareilles dimensions ne semblent pas justifier ces agrandissements successifs de la plaie, qui ont fini par amener une néphrite purulente et une inflammation assez vive de la vessie, qui ont certainement fait succomber aussi rapidement ce malade.

IV. ANNALES D'OCULISTIQUE.

Les numéros du mois d'avril au mois de septembre 1855 contiennent les mémoires originaux suivants : 1° *Recherches et observations sur les tubes cornéens*; par M. A. Quadri. 2° *Quelques considérations sur la nature de l'ophthalmie dite militaire, par rapport à son apparition dans l'armée danoise depuis* 1851; par le professeur Chrétien Bendz. 3° *Strabisme volontaire et alternatif de chacun des deux yeux, nécessaire pour l'accommodation de la vue; observation*; par M. Stœber (de Strasbourg). 4° *Leçons sur les parties intéressées dans les opérations qu'on pratique sur l'œil; observations sur la structure de l'humeur vitrée*; par M. William Bowmann, chirurgien à l'hôpital ophthalmique de Moofields, à Londres (suite et fin). 5° *Plaies de l'orbite; leçon clinique faite à l'hôpital Sainte-Marie de Londres*; par M. W. Cooper. 6° *Histoire des affections morbides de l'œil et de ses annexes, provoquées et entretenues par le séjour ou les atteintes d'animaux vivants*; par M. Carron du Villards. 7° *Quelques notes extraites d'une leçon sur la rétine et ses états morbides*; par M. Guépin (de Nantes). 8° *Enquête sur les professions nuisibles à la vue* (traduit du JOURNAL OF THE SOCIETY OF ARTS, de Londres). 9° *Quelques mots sur la pratique ophthalmologique des chirurgiens de Londres*; par M. Warlomont. 10° *De l'opération du staphilome partiel de la cornée*; par M. A. Quadri. 11° *Cataracte traumatique guérie par l'application de la belladone*; par M. Alex. Quadri. 12° *État de l'œil dans les affections morbides d'autres organes*; par M. Ruette. (L'auteur a réuni dans cet article les diverses apparences que peuvent revêtir les différentes parties de l'œil et même les paupières, soit comme annonçant qu'une maladie va se déclarer, soit comme l'accompagnant actuellement; il n'offre rien de bien neuf, et n'est pas susceptible d'analyse à cause de sa forme presque aphoristique.) 13° *Clinique ophthalmologique d'Erlangen*; par M. Oscar Heyfelder. 14° *Note sur quelques points de la structure du cristallin et de sa capsule à l'état normal et à l'état pathologique*; par M. Testelin. 15° *Description d'une lancette à canule pour diviser le rétrécissement du canal lacrymal près de son embouchure dans le sac*; par M. W. Bowmann. 16° *De la lumière artificielle*; par M. White Cooper (traduit de l'anglais). 17° *Des changements de couleur de l'iris, indépendants de l'inflammation de cet organe*; par M. Robert Taylor (traduit de l'anglais par M. Testelin).

QUELQUES MOTS SUR LA PRATIQUE OPTHALMOLOGIQUE DES CHIRURGIENS DE LONDRES; par M. WARLOMONT.

Nous avons trouvé dans cette note quelques points de détails pratiques qui diffèrent de ceux que l'on recommande généralement sur le continent, et qui nous ont paru assez intéressants pour en donner ici une courte analyse. Ces faits se rapportent surtout à l'opération de la cataracte.

Les chirurgiens anglais se sont arrêtés pour celle-ci à deux procé-

dés qu'ils emploient presque à l'exclusion des autres, à savoir : le broiement avec déchirure de la capsule, en pénétrant avec une aiguille à travers la cornée, ou bien l'extraction. Le premier s'adresse spécialement aux cataractes congénitales, ou à celles qui sont molles chez les jeunes gens ; la seconde aux cataractes des adultes, des vieillards, et en général à celles qui sont dures.

Pour l'extraction de la cataracte, les chirurgiens anglais veulent que l'opéré soit dans de bonnes conditions de santé. S'il est vieux, malingre, affaibli par les privations, ils le soumettent à un régime réparateur ; sans cela la plaie de la cornée reste béante, ou bien le lambeau peut tomber en suppuration et en gangrène. Ils n'opèrent, du reste, presque jamais qu'un œil à la fois.

A l'hôpital de Moofields, on a complétement délaissé les préparations de belladone pour dilater la pupille.

Cette dilatation n'a point les avantages qu'on s'était plu à lui reconnaître ; car il arrive toujours un instant où elle cesse pour être remplacée par un état subit de contraction : c'est celui où l'humeur aqueuse s'écoule ; et, dans ce cas, il arrive souvent que ce mouvement vif de rétraction amène l'iris sous le couteau de l'opérateur. Quant à l'incision de la capsule, elle n'est point facilitée par l'élargissement pupillaire, puisque cette ouverture se resserre dès que l'on a incisé la cornée. L'immense majorité des extractions se fait par lambeau supérieur, procédé qui donne une bien plus grande facilité d'exécution aux chirurgiens anglais qui opèrent en se plaçant derrière le malade, qui est couché horizontalement sur un lit assez dur.

La capsule est ensuite incisée au moyen d'un petit crochet à pointe très-aiguë ; et si l'on s'aperçoit que l'humeur vitrée soit devenue diffluente, au lieu de faire sortir le cristallin par la pression oculaire, on va le harponner avec un petit crochet.

Une chose qui nous a frappé dans cette note, c'est la conduite que suivent les Anglais après l'opération de la cataracte. Ils disent avoir reconnu que bien souvent il est plus indiqué de relever les forces du malade que de les abattre ; aussi, depuis Tyrrel, s'abstiennent-ils aujourd'hui de toute espèce d'évacuation sanguine, même dans les cas d'inflammations simples : il y a là sans doute une exagération dans cette réaction contre la saignée, et tout excès doit être évité soigneusement dans les deux méthodes ; mais avant d'adopter, dans toute sa rigueur, celle de nos voisins d'outre-Manche, les chirurgiens français feront bien d'attendre des faits plus complets et une expérience plus prolongée.

V. ANNALES ET BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Les livraisons du mois d'avril au mois de septembre 1855 renferment les mémoires originaux suivants : 1° *Quelques observations de fièvre grave larvée, suivies d'un mot sur la classification des fièvres périodiques* ; par M. Coppée. 2° *Du dynamisme en médecine* ; par M. Stacquez. 3° *Constipation opiniâtre, guérie par des applications continues d'eau froide* ; par M. de Smet. 4° *De la conduite à tenir par l'accoucheur dans les cas d'adhérence morbide du placenta, et des signes auxquels on peut reconnaître cette adhérence pendant la gestation* ; par M. Van Leynseele. 5° *Exposé des principaux cas de chirurgie observés après la bataille de Waterloo dans les hôpitaux de Bruxelles* ; par M. Kluyskens. 6° *Observation de croup ; guérison* ; par M. de Windt. 7° *Observation d'une arête de poisson dans le scrotum* ; par M. Burggraeve. 8° *Observation de gangrène sèche ou sénile* ; par le même. (Cette gangrène, pour l'auteur, se rattache presque toujours à une artérite et réclame les antiphlogistiques. L'observation abrégée qu'il rapporte vient à l'appui de cette opinion, qui était celle de Dupuytren.) 9° *Aliénation mentale sympathique. De la présence des vers intestinaux (ascarides, lombricoïdes)* ; par M. Vermeulen.

CONSTIPATION OPINIATRE GUÉRIE PAR DES APPLICATIONS CONTINUES D'EAU FROIDE ; par M. DE SMET.

OBS. — Un homme âgé de 45 ans, assez bien portant, du reste, était constipé depuis quatre jours, et se plaignait en même temps de douleurs exacerbantes, qui, de la région iliaque, s'irradiaient à tout l'abdomen.

La pression les augmente : langue humide, nette, excepté vers la base, où elle est converte d'un enduit jaunâtre ; pas de vomissements. (Prescription : huile de ricin, 2 onces à l'intérieur ; cataplasmes émollients.)

Pas de selles, douleurs plus fortes.

Le lendemain, 23 septembre, on fait prendre calomel, demi-gros en deux prises, lavement purgatif.

Le 24, pas de résultat ; météorisme et douleurs encore plus vives. (Continuation des purgatifs.)

Le 26, exacerbation notable des symptômes ; douleurs intolérables, ballonnement du ventre, éructation ; pouls petit, faible. (Onguent mercuriel en frictions sur l'abdomen ; le soir, lavement purgatif ; calomel, un gros en deux paquets à prendre en six heures d'intervalle ; extrait de belladone, 3 grains en deux pilules à prendre en même temps.)

Le 27, état comateux, subdélirium ; pas de selles. (Continuation des mêmes moyens.)

Le 28, ballonnement extraordinaire, respiration anxieuse, vomituritions incessantes de matières bilieuses, jaunâtres, à odeur stercorale ; pouls très-petit et très-rapide ; face grippée. Tout fait présumer une mort prochaine : alors M. Smet a recours à l'emploi continu et sans cesse renouvelé de compresses trempées dans l'eau froide.

Dès les premières applications le malade a des éructations abondantes ; la respiration devient plus libre ; enfin, après cinq heures d'application d'eau froide, le malade rend des matières, suivies d'une quantité considérable de gaz, et bientôt de plusieurs selles abondantes. Deux jours de repos et un régime convenable ne tardent pas à rendre la santé à ce malade.

Ce n'est pas la première fois, sans doute, que l'on a eu recours avec succès à l'emploi de l'eau froide pour combattre les symptômes effrayants de l'iléus ; cependant il nous a semblé utile de mettre sous les yeux du lecteur, avec quelques détails, une observation qui parle on ne peut plus éloquemment en faveur de ce moyen.

OBSERVATION D'UNE ARÊTE DE POISSON DANS LE SCROTUM ; par M. BURGGRAEVE.

OBS. — Un homme se présente à l'hôpital avec un engorgement qui s'est terminé par la gangrène de toute la partie médiane du scrotum, depuis le périnée jusqu'au pénis. Les matières ichoreuses s'étaient déjà infiltrées au loin : pouls petit, face hippocratique. Le malade ne sait assigner aucune cause à cette grave maladie.

M. Burggraeve se hâte de pratiquer des incisions et de nombreuses mouchetures, afin de borner la gangrène, et de donner issue aux liquides et aux gaz ichoreux.

En sondant les clapiers avec les doigts, il reconnut la présence d'un corps aigu effilé, dont il fit l'extraction. C'était une arête de plie, poisson qu'on se mange beaucoup parmi le peuple.

Comment cette arête est-elle venue se fixer dans ces parties ?

M. Burggraeve (se reposant, il est vrai sur la véracité du malade, qui nie avoir introduit aucune espèce de corps étranger dans ses organes génitaux), pense qu'elle avait été avalée par mégarde, et qu'après avoir cheminé dans l'un des tubes digestifs, elle avait perforé le sphincter anal pour déboucher dans le tissu cellulaire du périnée, et de là dans les bourses. Ce serait là, si le fait était bien avéré, un exemple curieux à ajouter à ceux que la science possède sur les cheminements inoffensifs, à travers nos organes intérieurs, de corps pointus, tels que d'aiguilles, etc.

(La fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 24 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. BINET.

M. A. BRETON adresse une description d'une *pile, toujours humide, destinée aux usages médicaux* sur laquelle il avait, dans une précédente séance, sollicité le jugement de l'Académie.

Cette pile, dit M. Breton, est composée, pour l'un des pôles, d'un mélange de poudres de cuivre rouge, avec des poudres neutres de bois, destinées à diviser les parties métalliques ; ces poudres sont mélangées ensemble dans une dissolution saturée de chlorure de calcium qui en fait une mixture toujours humide, le chlorure de calcium ayant la propriété d'absorber toujours l'humidité de l'air. La préparation du deuxième mélange qui forme l'autre pôle de la pile, est identiquement la même, sauf que la poudre de cuivre est remplacée par une poudre de zinc. Ces deux préparations, mises dans un vase, et séparées entre elles par une cloison poreuse, établissent une pile à effet constant qui garde toujours la même intensité d'action, vu son état d'humidité constante et le nombre indéfini de ses éléments.

(Renvoi à l'examen des commissaires nommés pour la pile de mademoiselle Bebrens : MM. Becquerel et Pouillet.)

M. GOUBAUX, professeur à l'École impériale vétérinaire d'Alfort, et M. FOLLIN, professeur agrégé à l'École de médecine de Paris, adressent, pour le concours Montyon, prix de médecine et de chirurgie, un travail qui leur est commun et qui a pour titre : DE LA CRYPTORCHIDIE CHEZ L'HOMME ET LES PRINCIPAUX ANIMAUX DOMESTIQUES.

(Réservé pour la future commission des prix de médecine et de chirurgie.)

Deux autres mémoires destinés au même concours sont adressés :

L'un par M. Rochat : ESSAI SUR LA MÉDECINE PRÉVENTIVE ;

L'autre par M. WANNER. Ce dernier mémoire est intitulé : DU DEGRÉ CON-

STANT DE LA CHALEUR ANIMALE CONSIDÉRÉE DANS L'HOMME COMME LOI DE LA SANTÉ ; DES EFFETS MORBIDES PRODUITS PAR LES VARIATIONS DE CETTE CHALEUR ET LES APPLICATIONS A EN DÉDUIRE POUR LA THÉRAPEUTIQUE.

COMITÉ SECRET.

La section de médecine et de chirurgie déclare, par l'organe de son doyen, M. SERRES, qu'elle maintient la liste qu'elle a présentée dans la séance précédente, ainsi que les *ex æquo* qui s'y trouvaient.

Voici cette liste :

MÉDECINE.

En premier rang, *ex æquo*, MM. Cruveilhier, Longet.
En deuxième rang, *ex æquo*, MM. Poiseuille, Piorry.

CHIRURGIE.

En premier rang, *ex æquo*, MM. Jobert (de Lamballe), Jules Guérin.
Au deuxième rang, *ex æquo*, MM. Baudens, Laugier, Malgaigne.

La majorité de la section recommande à l'Académie la liste de médecine.

Les titres de ces candidats sont discutés. L'élection aura lieu dans la prochaine séance.

SÉANCE DU 31 MARS.

L'Académie des sciences procède à l'élection d'un membre dans la section de médecine et de chirurgie. Voici le résultat du scrutin :

Au premier tour, sur 57 votants, majorité 29 :

M. Jobert (de Lamballe) a obtenu	23	voix.
M. Louget	18	—
M. Cruveilhier	13	—
M. Poiseuille	1	—
M. Baudens	1	—
M. Laugier	1	—

Aucun membre n'ayant réuni la majorité, l'Académie procède à un second tour. Le nombre des votants est le même.

M. Jobert (de Lamballe) obtient	28	voix.
M. Longet	23	—
M. Cruveilhier	6	—

On procède à un scrutin de ballottage entre MM. Jobert et Longet. Le nombre de votants est toujours le même.

M. Jobert obtient	29	voix.
M. Longet	28	—

M. Jobert ayant réuni la majorité est proclamé membre de l'Académie, sauf l'approbation de l'empereur.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 1er AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

1° Un rapport de M. le docteur Lemoine sur une épidémie de rougeole qui a régné dans l'arrondissement de Château-Chinon, en 1854-1855.

2° Le compte rendu des épidémies qui ont régné dans les départements de l'Oise et de la Nièvre en 1855.

3° Un rapport de M. le docteur Martin Duclos sur les épidémies de l'arrondissement de Villefranche (Haute-Garonne) en 1855.

4° Une série de rapports des médecins cantonaux sur les épidémies des départements de la Moselle et des Basses Alpes. (Commission des épidémies.)

5° Demande en autorisation d'exploitation de deux sources minérales sises à Usson (Ariége). (Commission des eaux minérales.)

— La correspondance non officielle comprend :

1° Deux notes, l'une sur la vaccine, l'autre sur la vaccine, la variole, la varioloïde et la varicelle, par M. le docteur Zandyck.

2° Une note sur l'emploi du feu dans les fumeurs blanches et sur l'utilité des anesthésiques dans cette opération, par M. le docteur Pons (de Bez, près le Vigan). (Commissaire : M. Malgaigne.)

3° Une lettre de M. le docteur Barrallier (de Toulon) sur l'emploi de l'essence de valériane dans le traitement du typhus. (Commission nommée.)

4° Un mémoire de M. le docteur Claude intitulé : ÉTUDES SUR LA COLOQUINTE. (Commissaires : MM. Soubeiran et Jolly.)

ÉLECTIONS.

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de chimie et de physique médicales. Les candidats sont présentés par la section dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Wurtz.
En deuxième ligne, *ex æquo* MM. Figuier et Regnauld.
En troisième ligne, *ex æquo* MM. Grassi et Langlois.
En quatrième ligne, M. Robiquet.

71 membres ont signé la feuille de présence ; majorité absolue, 36.

Au premier tour de scrutin, les suffrages se répartissent ainsi :

M. Wurtz	33	suffrages.
M. Regnauld	15	—
M. Figuier	9	—
M. Robiquet	7	—
M. Langlois	5	—
M. Mialhe	1	—
M. Grassi	1	—

Aucun candidat n'ayant réuni la majorité absolue, il est procédé à un second tour de scrutin.

Suffrages émis, 69 ; majorité absolue, 35.

M. Wurtz obtient	50	suffrages.
M. Regnauld	13	—
M. Langlois	3	—
M. Grassi	1	—
M. Robiquet	1	—
M. Langlois	1	—

M. Wurtz est en conséquence proclamé membre titulaire de l'Académie.

DE LA FORMATION DU SUCRE DANS L'INTESTIN ET DE SON ABSORPTION PAR LES CHYLIFÈRES.

M. COLIN, chef de service d'anatomie et de physiologie à l'École d'Alfort, lit un mémoire sur la formation du sucre dans l'intestin et de son absorption par les chylifères.

L'organisme des animaux possède incontestablement la faculté de former des principes immédiats. Je vais essayer, en ce qui concerne le sucre, de déterminer le point ou l'un des points de l'organisme où il est susceptible de prendre naissance. J'espère prouver, premièrement, qu'il se forme du sucre dans l'intestin aux dépens des matières animales qui en sont dépourvues, et deuxièmement qu'une partie de ce sucre est absorbé par les vaisseaux chylifères.

Il est un premier fait méconnu jusqu'ici, c'est la présence du sucre dans le chyle des herbivores laissés à leur régime habituel ; c'est ce dont il est facile de s'assurer si l'on opère sur le chyle obtenu en insérant un tube d'argent à l'extrémité antérieure du canal thoracique : sur un bœuf ou une vache de moyenne taille et par une seule des branches du canal thoracique, on peut recueillir en vingt-quatre heures jusqu'à 50 kilogr. de chyle. Ce fait se reproduit chez les omnivores et chez les carnassiers soumis à un régime mixte. Il prouve, contrairement aux idées reçues, que les vaisseaux chylifères jouissent de la faculté d'absorber les matières sucrées quelle que soit l'organisation et le mode d'action de l'appareil digestif.

Peut-il en être ainsi chez les animaux exclusivement nourris de chair, qui ne reçoivent par l'alimentation ni sucre, ni principes isomériques au sucre ? c'est ce qu'il s'agit d'examiner.

Ayant obtenu sur les chiens vivants des quantités assez grandes de chyle (130 à 140 grammes par heure), j'y ai constaté la présence du sucre, au moyen du liquide cupro-potassique et par la fermentation. Celle-ci, il est vrai, s'y est établie avec lenteur, particularité qui peut s'expliquer parce que l'ébullition nécessaire pour concentrer le chyle permet au sucre, de s'altérer en partie au contact des alcalis de ce liquide, et que la forte proportion de sel contenu dans le résidu peut mettre obstacle à la fermentation. D'où vient ce sucre du chyle ? Les partisans de la glucogénie hépatique diront peut-être : ce sucre provient du foie. Mais s'il est vrai que le canal thoracique reçoit avec le chyle une partie de la lymphe du corps, et qu'une fraction de cette lymphe, provenant du foie, contient du sucre, il ne faut pas oublier non plus que cette fraction est minime, et en reproduisant expérimentalement un liquide chargé d'une quantité aussi imperceptible de sucre, on ne constate aucune action de la part de la solution cupro-potassique.

Puisque le liquide du canal thoracique est mêlé à la lymphe puisée dans le foie, il faut de toute nécessité recueillir du chyle absolument pur, condition très-difficile à réaliser surtout chez les carnassiers. Voici par quelle série de combinaisons expérimentales je suis arrivé à ce but.

Premièrement, on lie rapidement les vaisseaux à l'origine du mésentère chez des chiens en pleine digestion tués par la section du bulbe rachidien ; au bout de quelques moments, on pique les grosses branches chylifères gonflées au-dessous de la ligature.

Deuxièmement, on lit sur le chien en pleine digestion la veine porte avec les vaisseaux biliaires et les lymphatiques qui sortent du foie ; on ouvre le thorax ; on pique le canal thoracique en avant de la citerne ; on comprime celle-ci pour en expulser le contenu, puis on lie le canal en arrière de l'ouverture, afin qu'ils se remplissent de chyle dont l'absorption continue encore pendant un certain temps. En enlevant la ligature, on obtient le nouveau liquide, qui ne contient plus une proportion sensible de lymphe hépatique.

Troisièmement, et mieux encore, on établit une fistule au canal thoracique sur un chien vivant pendant que la digestion est active, puis on lie en masse la veine porte avec les conduits biliaires et les lymphatiques.

Pour avoir une quantité plus grande de liquide que l'on puisse soumettre à la fermentation, j'ai institué une autre série d'expériences. Chez les her-

hivores existent des dispositions remarquables des vaisseaux chylifères qui, jointes au volume des animaux, permettent de recueillir une grande quantité de chyle pur. Seulement pour utiliser ces dispositions, il faut changer le régime de ces herbivores et les rendre carnassiers pendant un assez long temps. Suit une série d'expériences dans lesquelles M. Colin est parvenu à nourrir exclusivement de chair des solipèdes et des ruminants.

Chez un taureau nourri de chair cuite, je pratiquai une fistule gastrique, afin de pouvoir le nourrir par là, lorsque l'animal est venu à se dégoûter de cet aliment. Vingt-deux jours après celui où l'animal fut soumis au régime exclusif de la chair, j'établis au canal thoracique une fistule dans laquelle fut fixé un tube d'argent. Le chyle fut recueilli pendant dix heures; il était blanc, laiteux, opaque, absolument semblable à celui des carnassiers. Constamment il détermina une réduction très-abondante de la liqueur cupro-potassique. Une partie de ce liquide évaporé fut soumise à la fermentation avec la levûre de bière; le produit de la fermentation dégagea, par la distillation, une légère odeur alcoolique.

J'examinai ensuite le chyle pris dans le mésentère; à cet effet, je fis une seconde fistule au canal chylifère qui suit le trajet de la grande veine mésaraïque et reçoit les vaisseaux lactés de l'intestin grêle et du gros intestin; le chyle fut recueilli pendant deux heures et demie : même réaction qu'avec celui du canal thoracique.

Le sang de la veine porte liée sur l'animal vivant, et recueilli au-dessous de cette ligature, et, après la mort, le sang des veines sushépatiques, le liquide céphalo-rachidien, la sérosité du péricarde et des plèvres, tous ces liquides réduisirent le réactif cupro-potassique.

M. Colin conclut de ces expériences :

1° Qu'il y a du sucre dans le chyle,

2° Que ce sucre se produit dans l'intestin;

3° Qu'il s'y forme aux dépens des matières animales fournies par l'alimentation;

Enfin, qu'il y est épuisé, sinon en totalité, du moins en partie, par les vaisseaux chylifères, d'où il passe dans le canal thoracique pour être versé dans la circulation générale.

Dans un autre travail, M. Colin se propose de chercher à déterminer l'origine du sucre que contiennent divers organes sécréteurs ou divers fluides sécrétés, comme le sucre du lait, celui du foie, du liquide céphalo-rachidien, de la sérosité des membranes séreuses. (Commissaires : MM. Longet, Henry, Bouley.)

— M. Chatin, au nom de la commission des onze, donne lecture d'un rapport sur les vacances à déclarer au sein de l'Académie.

La commission propose à l'Académie de déclarer :

1° Qu'il y a lieu de remplir immédiatement deux vacances;

2° Que les deux vacances déclarées seront attribuées, l'une à la section d'anatomie pathologique, l'autre à la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées sans discussion.

KYSTE DE L'OVAIRE; NOUVEAU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE.

M. Barth : Je viens entretenir l'Académie d'un de ces kystes de l'ovaire qui s'agrandissent incessamment jusqu'à envahir la presque totalité de la cavité abdominale.

On a ponctionné, incisé ces kystes; on y a injecté des solutions iodées avec des chances diverses de succès et de revers. Il m'a semblé qu'il pouvait y avoir des modifications utiles à introduire dans le traitement de ces kystes, et je viens exposer un nouveau procédé opératoire que j'ai employé avec succès.

Il s'agit d'une femme de 37 ans, entrée dans mon service, à l'hôpital Beaujon, pour une varioloïde, et qui portait un kyste des plus considérables. Le volume de ce kyste avait rapidement augmenté depuis quelque temps, et le refoulement en haut du diaphragme avait déterminé un certain degré de dyspnée.

Quel parti prendre? Abandonner la malade à la nature; vider le kyste par des ponctions successives; le ponctionner et injecter de l'iode dans sa cavité? La malade eût succombé aux progrès du mal livré à lui-même; en injectant de l'iode dans un kyste mobile, on pouvait craindre : ou bien un empoisonnement iodique à cause de la quantité considérable de teinture iodée qu'il eût fallu injecter, ou bien encore que l'injection ne vînt à se répandre dans la cavité péritonéale, par suite du retrait de la tumeur. La ponction simple eût été probablement insuffisante et il eût fallu d'ailleurs la renouveler un grand nombre de fois.

Il me vint à la pensée de ponctionner le kyste sur la ligne médiane de l'abdomen, à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne, la vessie ayant été vidée préalablement par le cathétérisme. Ramenant alors en avant la gaîne de l'instrument, j'introduisis de nouveau un trocart courbe sur le plat dont l'extrémité perfora une seconde fois la double paroi du kyste et de l'abdomen, mais cette fois de dedans en dehors. Un tube de caoutchouc très-flexible, muni de deux yeux à sa partie moyenne, fut conduit à travers la gaîne au moyen d'un fil métallique, de sorte que les deux extrémités de ce tube, pendantes au dehors, pussent offrir au liquide un moyen d'écoulement incessant et facile.

Pendant l'opération et dans les quelques heures qui suivirent, il s'écoula plus d'un seau de liquide foncé, épais et visqueux, analogue à de la mélasse. Il se développa consécutivement à l'opération une péritonite locale de faible intensité; il n'y eut pas même de vomissements.

Dès le troisième jour, les accidents avaient disparu.

Une compression très-douce fut exercée sur l'abdomen pour faciliter la formation des adhérences entre la paroi du kyste et la paroi abdominale. Cette compression fut plus tard graduellement augmentée. Le kyste diminua rapidement de volume.

L'opération avait été pratiquée le 10; le 18, je fis, par le bout supérieur du tube, une injection d'eau tiède. Il s'écoula par le bout inférieur un liquide blanc-verdâtre épais.

Le 28, je pratiquai pour la première fois une injection iodée. Une petite quantité seulement de cette injection pénétra dans la cavité du kyste, qui parut n'avoir plus qu'une très-petite capacité.

Le 31, je fis une seconde injection iodée; la quantité du liquide que put admettre le kyste fut moins considérable encore que la première fois.

Aujourd'hui, la malade est tout près de la guérison. La cavité du kyste est réduite à la capacité d'un quart à un tiers de verre. Il s'écoule encore, par les extrémités du tube qui a été maintenu, un liquide en partie albumineux, en partie épais, visqueux; c'est une masse albumineuse à laquelle du pus est intimement combiné.

La méthode que j'ai mise en pratique permet de maintenir le kyste appliqué contre la paroi abdominale, où il reste à la disposition de l'opérateur. Elle laisse au contenu du kyste une issue continuelle, ce qui favorise le retrait de la tumeur. Elle permet enfin de faire dans la cavité du kyste des injections irritantes, qu'on peut répéter aussi souvent qu'on le juge convenable, sans qu'on ait à craindre un épanchement de l'injection dans le péritoine.

M. Ségalas pense qu'il y aurait avantage à transformer en siphon le tube en caoutchouc dont se sert M. Barth; il suffirait pour cela d'abaisser l'extrémité inférieure de ce tube. Dans les cas de rétention d'urine, il a remarqué que cette disposition donnée aux sondes urétrales facilitait singulièrement l'évacuation de la vessie.

M. Depaul est frappé de la modification proposée par M. Barth aux opérations des kystes de l'ovaire. Il ne comprend pas cependant la crainte qu'a éprouvée son honorable confrère de faire une injection iodée dans une poche très-considérable, ce qui l'a conduit à vider la poche avant de pratiquer une injection. Il est persuadé que si la tumeur diminue de volume, la cavité n'en reste pas moins en réalité aussi considérable qu'auparavant, de sorte qu'une nouvelle injection peut lui faire recouvrer ses premières dimensions.

M. Barth considère la rétraction des parois du kyste comme un fait anatomiquement démontré. Il y a quelques années, il a donné des soins à une femme atteinte à la fois d'un kyste ovarique énorme et d'une ascite. Plusieurs médecins avaient pensé, en raison même du volume excessif de la tumeur, qu'il n'y avait là qu'une ascite simple et point de kyste. Appelé auprès de la malade, M. Barth pratiqua trois ponctions successives dans la tumeur ovarique et put en constater le décroissement graduel. Cette femme ayant succombé à une affection squirrheuse de la glande thyroïde, on put s'assurer par l'autopsie que le kyste était réduit au volume d'une tête d'enfant. Chez la malade dont je viens de communiquer l'observation, la rétraction de la tumeur me paraît démontrée par ce fait qu'aujourd'hui on ne peut y injecter un demi-verre de liquide, tandis qu'il y a quelques semaines elle pouvait en admettre une quantité considérable.

M. Depaul maintient son opinion; il n'a pas prétendu que les kystes à parois épaisses ne pouvaient se rétracter, mais il est convaincu que les kystes à parois minces, dont les parois se sont affaissées par la ponction, peuvent se laisser de nouveau distendre par une injection poussée avec une certaine force. Mais M. Barth a injecté dans la tumeur une solution iodée qui a déterminé un travail adhésif.

M. Barth ne croit pas que cette explication soit admise, puisqu'avant l'emploi des injections iodées, le kyste avait éprouvé déjà une diminution considérable.

M. Gimelle est d'avis, avec M. Depaul, que les parois des kystes ovariques ne sont pas rétractiles. Il a vu récemment un kyste de ce genre, opéré par M. Jobert, par ponction et injection d'une très-petite quantité de teinture d'iode. Il y eut quelques légers accidents de péritonite locale; la tumeur disparut avec rapidité; aujourd'hui, huit mois après cette opération, il est impossible de retrouver aucune trace du kyste.

M. Moreau observe que le fait que vient de citer M. Gimelle n'est pas défavorable à l'opinion de M. Barth. Les kystes ovariques ne se rétractent pas assurément à la manière de la vessie et de l'utérus; mais ils se rétractent cependant insensiblement en vertu de la contractilité de tissu signalée par Bichat. Il approuve beaucoup, pour sa part, M. Barth d'avoir attendu que le kyste se fût rétracté, pour injecter dans la tumeur une moindre quantité de liquide. D'ailleurs, la méthode des injections irritantes ne lui semble pas devoir être appliquée indistinctement à tous les kystes de l'ovaire. Il en est qui guérissent après une ou deux ponctions, et d'autres même qui guérissent spontanément.

Enfin, parmi ceux qui réclament l'intervention du chirurgien, il y a des distinctions à établir, suivant que le liquide est albumineux ou gélatiniforme, ou bien que ce liquide est visqueux et rougeâtre, mélangé d'une certaine quantité de sang. Dans le premier cas, on peut avoir recours aux injections avec des chances de succès; il faut se montrer beaucoup plus réservé dans le second.

M. Gimelle reste convaincu que chez la malade de M. Jobert, la disparition complète du kyste ne peut s'expliquer par le fait de la rétraction; s'il en était ainsi, on retrouverait une tumeur plus petite, mais encore apprécia-

ble. L'adhésion des parois du kyste, déterminée par le liquide irritant, lui paraît seule pouvoir expliquer la disparition du kyste.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE JANVIER 1855; par M. le docteur A. PORCHAT, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

1° OBSERVATION D'ALTÉRATION CIREUSE DE TOUS LES GANGLIONS LYMPHATIQUES; par M. FÉLIX GUYON, interne des hôpitaux. — EXAMEN MICROSCOPIQUE; par M. CH. ROBIN.

OBS. — Le nommé Borde, âgé de 43 ans, terrassier, est entré le 6 décembre 1855 à la clinique chirurgicale de la Charité, salle Sainte-Vierge, n° 36.

Assez bien constitué, assez fort pour exercer une profession pénible, ce malade aurait présenté dans son enfance les symptômes de la constitution scrofuleuse, ganglions tuméfiés, abcès froids, etc. Depuis vingt ans environ, il porte de petites tumeurs au cou, aux aisselles et aux aines. Ces tumeurs n'ont commencé à faire des progrès que depuis dix-huit mois environ. Il y a huit mois, abcès de la région sous-maxillaire gauche qui s'est ouvert spontanément et a suppuré pendant longtemps.

A l'entrée du malade à la Charité, on constate de la rougeur dans la région sushyoïdienne gauche; on sent encore une induration des tissus sous-jacents. Les régions sous-hyoïdienne et parotidienne paraissent tuméfiées par place, irrégulièrement bosselées. Le toucher donne la sensation de tumeurs mobiles fuyant sous le doigt, d'une dureté assez considérable. Nulle part on ne sent de fluctuation. Dans les aisselles, dans le pli de l'aine, tumeurs dures, multiples, offrant les mêmes caractères que celles du cou. On sent aussi à droite et à gauche des ganglions hypertrophiés durs; les ganglions iliaques sont également tuméfiés; dans la fosse iliaque gauche, on sent une tumeur dure, résistante, immobile, parallèle à l'arcade de Fallope, au-dessus de laquelle elle est immédiatement située. (Onctions mercurielles.)

9 décembre. La région sous-maxillaire gauche devient chaude, tendue, douloureuse. Deux ou trois jours après, on sent de la fluctuation, et M. Velpeau pratique une incision par laquelle s'écoule un pus rougeâtre, concret, sanguinolent. Le stylet introduit ne fait rien découvrir de nouveau et n'arrive pas sur l'os. Deux jours après, l'écoulement de pus a cessé; l'ouverture se cicatrise.

Le 25 décembre, il survient un érysipèle dont le point de départ est à l'angle interne de l'œil droit; sa marche est lente et il envahit successivement la moitié droite de la face et du cou.

Le 31, il est arrivé à la période de desquammation. Les tumeurs ganglionnaires sont toujours dans le même état.

2 janvier. Etat général mauvais. Le malade est faible, languissant, sans appétit; langue blanche; dévoiement; altération des traits, amaigrissement, teinte terreuse de la peau; pouls petit accéléré. Les ganglions lymphatiques sont tous plus ou moins tuméfiés, et notamment dans la région sous-hyoïdienne à gauche; de même les ganglions viscéraux sus-claviculaires et axillaires du même côté sont tous développés, mais ne forment pas tumeur comme ceux de la région sous-hyoïdienne. Dans ce lieu, se voient trois ou quatre tumeurs inégales, du volume d'un œuf, indolores, bosselées, roulant sous la peau, appartenant évidemment aux ganglions de cette région; mais sur la nature desquelles il est difficile de se prononcer. La supposition de la nature cancéreuse ou tuberculeuse de ces tumeurs avait été complétement écartée par M. Velpeau. Dans l'aisselle droite, paquet ganglionnaire du volume du poing; dans le pli de l'aine, des deux côtés. Les ganglions sont généralement engorgés, mais peu volumineux. Dans la fosse iliaque gauche existe la tumeur plus haut décrite.

Les jours suivants, l'état général devient de plus en plus grave; la diarrhée persiste et résiste à toute médication; le ventre est développé, météorisé, sensible à la pression.

Le 8, on constate un épanchement pleurétique abondant en arrière et à droite; langue sèche recouverte d'un enduit brunâtre, pouls à 140, ventre ballonné, douloureux; dévoiement abondant. (Large vésicatoire en arrière et à droite.)

Le 10, la diarrhée continue, ventre plus ballonné et plus douloureux, délire, dyspnée, pouls à 140, petit, faible. Mort dans la journée du 11.

AUTOPSIE.—Intestins météorisés, agglutinés dans quelques points par des fausses membranes jaunes et molles; un peu de sérosité dans le petit bassin. Plaques pseudomembraneuses recouvrant une grande partie de la surface convexe du foie. Les ganglions mésentériques sont généralement développés et présentent presque tous le volume d'un gros haricot.

Double épanchement pleurétique, non purulent, très-abondant à droite. Quelques fausses membranes molles, en arrière et en bas, sur la plèvre viscérale du poumon gauche. Tissu pulmonaire engoué; pas de traces de tubercules. Autour de la racine des bronches et dans la bifurcation de la trachée en particulier, existent de nombreux ganglions dont les plus volumineux sont gros comme des amandes; mais ne compriment pas sensiblement le conduit aérien. Incisés, ils présentent la teinte noire ordinaire des ganglions bronchiques.

La rate est un peu développée; son tissu un peu ferme a quelque chose de plus lisse sur la coupe que dans l'état normal; mais elle n'offre cependant pas l'aspect particulier que nous ont montré les ganglions: ceux-ci, partagés en deux parties égales ou incisés en divers sens, nous ont tous présenté un aspect tout particulier. Aspect homogène, d'un tissu compacte, d'une couleur uniformément jaunâtre, avec une légère nuance rosée, lisse et un peu brillante sur la coupe; se laissant facilement entamer par le grattage, et se réduisant en une pulpe, molle tenace, rappelant beaucoup la cire par la consistance, l'aspect, la couleur; on aurait dit, en effet, des ganglions en cire. Cet aspect, nous l'avons retrouvé dans tous les ganglions tuméfiés, même dans ceux du mésentère. Nous devons mentionner encore un nombre des ganglions tuméfiés, les lombaires. Nous n'avons rien trouvé de particulier sur le trajet du canal thoracique, et nous n'avons pas cherché à isoler ce dernier.

EXAMEN MICROSCOPIQUE fait par M. CH. ROBIN.—Un fait également frappant, était la demi-transparence du tissu qui, sons certaines incidences de la lumière, au lieu de la teinte gris jaunâtre indiquée plus haut, prenait l'aspect de la gélatine non desséchée, sauf toutefois la consistance qui était plus grande. Les coupes minces du tissu étaient d'une transparence remarquable. Examinés au microscope, elles présentaient dans tous les ganglions qui ont été examinés une trame de fibres de tissu cellulaire, extrêmement lâche, à fibres rares et écartées, trame presque réduite à rien comparativement à celle offerte par les ganglions lymphatiques normaux; çà et là se voyaient soit des épithéliums nucléaires sphériques des ganglions lymphatiques, tantôt isolés et épars, tantôt réunis en amas plus volumineux; ces divers éléments, accompagnés de quelques capillaires sanguins, ne formaient certainement pas le dixième de la masse du produit morbide; tout le reste du tissu était constitué par des corpuscules que nous allons décrire, remplissant les vastes intervalles laissés par les fibres précédentes, ou mieux ces corpuscules ou concrétions développés dans le tissu sain avaient par leur multiplication considérable écarté et déterminé l'atrophie des éléments normaux ganglionnaires au point de n'en laisser que les traces indiquées plus haut. Les corpuscules dont il s'agit se présentaient sous forme de masses polyédriques le plus souvent, quelquefois ovoïdes, quelquefois encore de formes variées à contours sinueux. Ces masses ou concrétions avaient un diamètre variant de 1 à 0,08 centièmes de millimètre environ; ils étaient remarquables par leur transparence, leur teinte complétement incolore ou légèrement bleuâtre, leur pouvoir réfringent assez fort, ce qui faisait toujours paraître leurs contours assez foncés.

L'aspect le plus remarquable de ces concrétions était dû à leur mode d'entassement, de juxtaposition et de compression réciproque, aspect difficile à figurer et dont une description ne saurait donner une idée exacte; çà et là entre ces concrétions se trouvaient les épithéliums nucléaires des ganglions lymphatiques, soit isolés, soit réunis en plus ou moins grand nombre. Ces corps examinés en particulier étaient complétement dépourvus de granulations moléculaires dans leur intérieur; quelques-uns pourtant avaient pu paraître en contenir, mais il était facile de reconnaître que cet aspect était dû à quelques rugosités de leur surface. Ces corps étaient insolubles dans l'eau, l'alcool et l'éther, l'acide acétique et la potasse, et surtout cette dernière, les rendaient transparents et les gonflaient beaucoup. Ces concrétions étaient tout à fait semblables à celles déjà décrites dans un cas analogue d'altérations des ganglions bronchiques, par MM. Duplay et Robin, dans les COMPTES RENDUS DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE, 1853, p. 70. Ce sont aussi ces mêmes concrétions que l'on rencontre dans l'altération dite cireuse de la rate; c'est également à cause de leur mode de développement analogue dans la rate, dans les ganglions lymphatiques, dans la thyroïde, que MM. Littré et Robin ont indiqué cette altération d'aspect cireux comme étant non point seulement spéciale à la rate, mais comme se rencontrant dans toutes les glandes sans conduit excréteur.

La présente observation offre ce fait particulier que l'altération portait sur tous les ganglions lymphatiques, tandis que les autres glandes à vésicules closes ou vasculaires sanguines étaient saines; l'examen attentif de la rate n'a en effet montré aucune trace d'altération de son tissu.

2° GLOBULES ÉPIDERMIQUES DANS LE THYMUS; par M. VERNEUIL.

La présence de globules épidermiques dans les cas d'hypertrophie glandulaire n'est pas difficile à comprendre; quand les tumeurs hypertrophiques sont au voisinage de la peau ou d'une membrane recouverte d'épithélium. On peut croire, ce qu'il est probable en effet, que la présence de cette disposition est un effet de la propagation de la maladie; aussi n'ai-je point été surpris de retrouver ces globules en très-grande quantité et dans les glandes sudoripares et dans les glandes sébacées au voisinage de cancroïdes épidermiques qui ont infiltré le derme et sont en voie d'ulcération et de propagation; mais l'existence de ces mêmes globes m'a paru plus singulière au centre d'une glande profonde sans communication quelconque avec la peau ou la muqueuse: je veux parler du thymus. Mes observations à cet égard remontent à plusieurs années; mais s'est seulement l'occasion qui m'engage à les faire connaître aujourd'hui; car je ne pense pas que cette particularité ait été encore signalée.

Si l'on prend des fragments de la glande en question et qu'on les soumette à l'examen microscopique, on trouve, outre l'épithélium nucléaire très-abondant et quelques cellules à noyaux, des corps arrondis, à contours nets, perdus

dans l'épaisseur même de la glande; formés par un, deux ou une plus grande quantité de cellules ou de corpuscules, infiltrés de granulations, réunis ensemble et entourés par un nombre plus ou moins grand de couches concentriques; en un mot quand on a vu une seule fois ces groupes de cellules, soit dans des épithéliums, soit dans les points où ils existent normalement, comme par exemple sous le prépuce des nouveau-nés du sexe masculin, on ne peut garder le moindre doute sur leur nature.

Ces globes sont situés dans l'intérieur même des acini vésiculiformes ou tubuleux du thymus, tantôt au centre, tantôt plus ou moins près de la paroi, tantôt ils sont rares, isolés, épars au milieu d'un champ d'épithélium nucléaire, tantôt ils sont confluents, rassemblés en amas très-étendus, au nombre de 12, 15 et même plus, sans interposition d'aucun épithélium normal de la glande et se touchent tous les uns les autres.

Si l'on n'était pas prévenu de la provenance de la préparation, on n'hésiterait pas à affirmer qu'on a sous les yeux une parcelle provenant d'un épithélioma. Je dois dire cependant que ces globules sont en général plus petits, formés d'éléments moins volumineux que ceux qu'on rencontre, par exemple, dans les cancroïdes épidermiques, et qu'ils rappellent plutôt ceux qu'on observe dans les épithéliums des membranes séreuses.

Quelle est la signification de ces globes épidermiques dans le thymus? Sont-ils normaux et ne semblent-ils que de la tendance que les cellules pavimenteuses ont à se grouper quand elles séjournent longtemps, quelque part après la desquamation? C'est là l'opinion de mon savant ami M. Robin. Indiquent-ils, au contraire, un état pathologique? Je suis porté à adopter la première hypothèse. J'ai examiné à ce point de vue 13 thymus, 11 provenant de fœtus à terme, 1 d'un fœtus de 6 mois de vie intra-utérine, l'autre d'un enfant d'un an. J'ai constamment retrouvé le même élément. Il m'a paru toutefois varier en quantité suivant les sujets; il était plus abondant chez le fœtus à terme que dans les deux autres cas.

M. Robin a fait de nombreuses recherches sur le thymus des fœtus et des embryons jusqu'à l'âge de 7 mois de développement; il n'a point aperçu cette disposition, ce qui tendrait à prouver qu'elle ne se manifeste qu'au voisinage de la naissance.

De nouvelles observations sont nécessaires; je les ferai en même temps que j'étudierai le mode d'atrophie des éléments anatomiques du thymus, cette glande offrant des conditions favorables toutes spéciales pour résoudre le problème de l'atrophie.

Il ressortira, dans tous les cas, de cette communication quelque enseignement:

1° Si l'existence des globes épidermiques dans le thymus est constante, il sera curieux de constater, comme normale, la présence d'une disposition anatomique qu'on regarde ordinairement comme accidentelle, fortuite ou pathologique.

2° Si, au contraire, ces mêmes globes sont exceptionnels, il y aura lieu d'admettre une espèce d'épithélioma ou d'hétérotopie épidermique dans le thymus et d'en rechercher les lois les conditions d'apparition.

II. — Physiologie.

Expériences sur les sections des nerfs et les altérations qui en résultent; par M. Waller.

M. Waller présente quelques observations sur sa méthode d'investigation du système nerveux au moyen des altérations des fibres nerveuses, et sur l'accord de ses résultats, obtenus sur les animaux, avec ceux qui ont été observés par M. Cruveilhier dans la paralysie musculaire progressive.

Les observations de M. Waller se trouvent mentionnées dans les comptes rendus de l'Académie des sciences de l'année 1852 (vol. XXXV, p. 304). Le point fondamental de ces expériences se trouve dans les altérations dans la structure des fibres nerveuses de la partie périphérique d'un nerf qui a été divisé. *Au moyen de ces altérations, il a vu* que les fibres d'un nerf pouvaient être reconnues partout dans les tissus comme si elles avaient été *toutes injectées par une matière colorante* jusqu'à leurs extrémités.

En même temps que ces altérations se produisaient dans la partie périphérique ou coupée, toutes les fibres de la partie centrale restaient saines.

Au moyen du premier fait, on peut facilement résoudre différentes questions qui intéressent l'anatomie et qui sont insolubles par les moyens employés jusqu'à ce jour par les anatomistes. Par exemple, en divisant le nerf lingual, on reconnaît les fibres terminales dans les papilles de la partie correspondante de la langue dans les deux tiers antérieurs. La division du nerf spinal en l'arrachant à la manière de M. Bernard, permet de reconnaître les fibres qui en proviennent, soit dans le tronc, soit dans les branches du nerf pneumogastrique. Cette manière d'injecter à volonté toutes les fibres, ou seulement une partie des fibres élémentaires d'un nerf, trouve des applications très-nombreuses et extrêmement variées dans l'anatomie pour l'étude des anastomoses, des plexus, etc.

Par suite de la condition normale de la partie opposée ou centrale du nerf, il est facile de contrôler les observations sur la partie périphérique, et de reconnaître le trajet du nerf, et s'il y a échange de fibres de deux parties centrales différentes, comme cela a lieu dans le nerf facial. Si, au lieu de diviser le tronc d'un nerf spinal après le mélange des fibres motrices et sensitives, on divise les racines de ce nerf, on obtient des résultats qui permettent de comprendre l'influence exercée par les cellules nerveuses sur les fibres de ces nerfs.

Cette expérience nous donne les résultats suivants:

Après la division de la racine postérieure ou sensitive: 1° la partie centrale de cette racine qui est adhérente à la moelle épinière se désorganise de la même manière et avec la même vitesse que la partie périphérique d'un nerf coupé à la même époque sur le même animal; 2° s'il reste une partie de la racine postérieure encore adhérente au ganglion, les fibres de cette partie restent saines, ainsi que les cellules et les fibres nerveuses du ganglion; 3° les fibres sensitives de la partie périphérique et qui sont adhérentes au ganglion restent à l'état sain.

En variant l'expérience de différentes manières, M. Waller en vient à penser que le ganglion spinal exerce une influence bipolaire sur les fibres sensitives, influence par suite de laquelle ces fibres nerveuses gardent leur structure normale, qui se perd au contraire exactement de la même manière dans toute la partie qui est séparée de ce ganglion, soit qu'elle tienne à la moelle épinière, soit qu'elle se distribue dans la peau.

M. Waller énonce ce résultat de l'expérience, en disant que les ganglions spinaux sont des centres nutritifs ou *trophiques* bipolaires. Il fait remarquer l'accord de ces résultats de l'expérimentation avec la découverte de MM. Ch. Robin et Wagner, sur la structure bipolaire des cellules nerveuses qui composent un ganglion spinal.

En divisant de la même manière la racine antérieure ou motrice, il voit que la partie périphérique se désorganise avant et après sa réunion avec les fibres sensitives, et que la partie centrale de la racine qui tient à la moelle épinière reste saine.

D'après ces expériences, M. Waller a conclu que la moelle épinière exerce la même influence nutritive sur les fibres motrices que les ganglions spinaux sur les fibres sensitives. Des expériences sur la moelle épinière lui ont démontré que l'origine réelle ou le centre nutritif de ces fibres à la partie inférieure de la moelle se trouve très-voisin de leurs points de sortie ou de leur insertion à la moelle épinière et très-probablement dans les cellules nerveuses des cornes antérieures. Ses expériences sur la moelle épinière lui ont démontré que, tandis que les fibres motrices se désorganisaient par suite de la lésion de leurs centres nutritifs dans la moelle, les fibres sensitives restaient à l'état normal. Dans une observation insérée dans les comptes rendus de l'Académie (1852, vol. XXXV, p. 304), après la section complète de la moelle épinière sur une grenouille, cinq mois après il a trouvé que la partie inférieure de la moelle était ramollie et diffluente. En examinant l'état des racines, on voyait que, tandis que les racines motrices étaient désorganisées, les racines antérieures étaient toutes à l'état normal. Résultat facile à expliquer par la différence de siége des centres nutritifs de ces fibres. Le siége du centre nutritif des fibres motrices étant dans la moelle épinière, la destruction ci-dessus mentionnée entraînait nécessairement la désorganisation de toutes les fibres motrices, tandis que pour les fibres sensitives, leurs centres nutritifs étant dans les ganglions spinaux, celles-ci sont restées saines et ont échappé aux causes de destruction siégeant dans la moelle épinière. D'après ces observations, il conclut en outre que, dans les maladies de la moelle épinière, on doit fréquemment trouver la même différence dans l'état des racines. Les antérieures doivent se désorganiser isolément lorsque des lésions sont localisées dans la moelle épinière, et ne s'étendent pas aux ganglions spinaux.

BIBLIOGRAPHIE.

L'Officine, ou répertoire général de pharmacie pratique; par M. Dorvault. — 4e édition.

La pharmacie, par ses rapports avec les sciences physiques et naturelles, embrasse un ensemble de connaissances tellement vaste, que l'on comprend facilement qu'un fait particulier fasse défaut à celui qui l'exerce, au moment du besoin; en effet, le pharmacien peut être consulté sur des questions très-variées: c'est un médicament nouveau que le médecin désire employer; c'est une analyse dont il attend le résultat pour baser son traitement: c'est un point d'hygiène que l'administration de la localité tient à connaître; c'est une question de médecine légale sur la solution de laquelle le magistrat doit punir un coupable ou acquitter un innocent. Le pharmacien doit être toujours en mesure de répondre à toutes ces questions; mais l'oubli vient vite quand on ne pratique pas. Mettre le pharmacien à l'abri de cet oubli, le lui faire réparer, tel est l'objet de L'Officine, de ce recueil important qu'on ne peut mieux comparer qu'à une bibliothèque dont chaque page est en quelque sorte un volume, et chaque chapitre un ouvrage.

Divisée en quatre parties, L'Officine donne dans la première, intitulée *Dispensaire pharmaceutique*, tout ce qui se rattache aux connaissances générales que doit posséder le pharmacien, comme la densité des corps, les poids et mesures mis en usage, non-seulement en France, mais dans les principaux États, leur importance relative, la récolte et la conservation des drogues simples, l'exécution des formules magistrales, la tenue du livre-copie des ordonnances, et l'art de formuler, article non-seulement utile aux pharmaciens, mais aux médecins à qui L'Officine peut rendre aussi de grands services.

Dans cette partie sont traitées la préparation des médicaments, leur action spéciale, les doses auxquelles ils doivent être employés, les substances incompatibles et celles dont l'emploi simultané pourrait être dangereux. C'est une pharmacopée universelle où le Codex, qui régit la pharmacie française et à la loi duquel tout pharmacien doit se soumettre, tient la première place, où sont inscrites toutes les formules les plus usitées, soit en France, soit dans les principaux pays, les synonymies qui les rattachent, les différences que les diverses pharmacopées leur font subir, tant dans leurs doses que dans leur mode de préparation; où sont notés tous les agents dont la pratique de certains médecins a prouvé l'utilité. Cettre première division comprend des articles intéressants sur les baumes, les gommes, les gommes résines, la préparation générale des extraits. Ces articles sont puisés à des sources certaines et incontestables, et ils sont d'ailleurs dictés à M. Dorvault par sa propre expérience et par sa position de directeur de la pharmacie centrale des pharmaciens, où tous les médicaments sont préparés sous ses ordres. Dans cette nouvelle édition, l'auteur a donné une place importante à tous les agents nouveaux que la thérapeutique a depuis quelques années mis en usage, comme le chloroforme, les composés de manganèse, la glycérine, le kousso, le baschisch, le fer réduit par l'hydrogène, etc.

Tout ce qui a rapport à la matière médicale, à la connaissance des individus particulièrement employés dans l'art de guérir, y est décrit de manière à éviter la moindre erreur. L'auteur indique, pour les plantes, les noms vulgaires seuls usités quelquefois dans certains pays, leurs caractères botaniques et leur composition si l'analyse en a été faite.

Les succédanés y ont aussi leur place, non pas pour que le pharmacien substitue un médicament qu'il a à celui qui est prescrit, mais pour que le médecin puisse, sur son avis, changer une formule dont le malade attend l'exécution. Les plantes médicinales dont l'action est toxique y sont toutes l'objet d'un soin particulier. A chacune d'elles est intercalée, dans le texte, une figure à laquelle on peut reprocher un peu de confusion, mais qui ne peut laisser aucun doute à celui qui les connaît. Il suffirait de lire les articles belladone, ciguë, digitale, seigle ergoté, euphorbe, nicotiane, opium, pour se convaincre de l'intérêt que présente l'histoire de chacun de ces agents. Leurs principes actifs et les moyens de les isoler, la relation qui existe dans leur emploi, soit en poudre, soit en extraits, soit en teintures, l'action spéciale de ces différents modes de préparations, les effets que le médecin doit en attendre, M. Dorvault a tout prévu et tout expliqué; on pourrait peut-être lui reprocher de ne s'être pas assez étendu sur la préparation pratique, le *modus faciendi* de certains médicaments; mais en adressant son livre aux pharmaciens, il comptait sur leur jugement et sur leurs connaissances pratiques pour suppléer à ce qu'il n'indiquait pas.

L'Officine ne traite pas seulement de ce qui est simplement utile à l'exercice actuel de la pharmacie. Les médicaments que l'usage avait consacrés, et qui paraissent aujourd'hui abandonnés, à bon droit peut-être, y sont relatés, et l'on peut suivre les progrès de la science médicale et se faire une idée de l'influence exercée par la chimie sur la médecine et de la thérapeutique.

En effet, c'est à la chimie qu'on doit d'avoir, par des préparations rationnelles, remplacé ces produits dont le nom inspirait le dégoût et dont l'empirisme avait, sans aucune preuve, préconisé l'usage. C'est à la chimie qu'on est redevable de certains médicaments héroïques dont on ne comprendrait probablement la nécessité que s'ils venaient à nous manquer complétement. N'est-ce pas l'analyse chimique qui a isolé la quinine, qui a découvert l'iode et ses précieuses combinaisons, et le chloroforme, qui assure aux chirurgiens le succès de leurs opérations?

Dans la seconde partie, l'auteur traite de la législation pharmaceutique, de la toxicologie et de l'essai des médicaments. Le pharmacien subit souvent l'influence de professions voisines qui, dans un but de cupidité, lui enlèvent le privilége dont il doit seul avoir le bénéfice. Sans nous étendre sur les spoliations coupables, qui généralement, il est vrai, n'ont pas lieu dans les grands centres de populations, mais qui se font au préjudice des pharmaciens des petites localités, nous remercions M. Dorvault d'avoir fait connaître à tous ce qu'ils peuvent réclamer, ce que la loi leur accorde, ce qu'ils ont le droit d'exiger. A côté de ces droits faiblement protégés et souvent méconnus, le pharmacien a des devoirs à remplir qui lui sont dictés par l'autorité, devoirs sacrés, puisque c'est sur leur exécution fidèle que repose la sécurité des malades et des médecins.

Il n'est pas aussi facile qu'on pourrait se l'imaginer que de disposer une officine de manière à rendre tout à la fois et le service commode et les erreurs impossibles. L'autorité exige que tous les médicaments les plus dangereux soient renfermés dans un endroit disposé à cet usage et dont le pharmacien doit seul avoir la clef; elle en donne la liste et L'Officine l'a transcrite. Mais tous les médicaments sont toxiques; mais le pharmacien est nécessairement obligé de confier la préparation des formules magistrales à des élèves. Ce n'est que par une disposition méthodique parfaitement combinée qu'il pourra se donner à lui-même et à tous la sécurité la plus parfaite. L'auteur lui adresse d'excellents conseils, et en pareille matière il est expert. Il faut lire cet article pour se faire une idée exacte de la scrupuleuse minutie qu'il a mise à recueillir les décrets, les lois, les ordonnances concernant l'exercice de la pharmacie, à les interpréter dans les cas de doute, pour voir les rapports qui doivent exister entre les maîtres et les élèves les droits et les devoirs de chacun d'eux à l'égard des autres; pour comprendre les relations qui doivent s'établir entre des hommes dont les uns, mûris par l'expérience, forment les plus jeunes à une vie honorable d'abnégation et de travail.

L'auteur de L'Officine aborde, dans un but uniquement pratique et ayant toujours en vue les positions délicates dans lesquelles le pharmacien peut se trouver, une science née d'hier et qui, sous les auspices de la chimie, a déjà fait des progrès immenses; nous voulons parler de la toxicologie. En effet, à qui s'adresse la justice quand elle veut constater dans un cas de médecine légale la présence d'un poison? C'est au pharmacien. Lui seul possède les instruments nécessaires, les connaissances spéciales qui lui feront atteindre le but qu'elle se propose. Alors pèse sur lui une responsabilité très-grande; il a besoin de procéder avec méthode pour ne pas être induit en erreur, pour ne pas porter un jugement sur lequel on pourrait baser l'acquittement d'un coupable ou la condamnation d'un innocent. Les moyens d'arriver à des résultats exacts sont fournis par la chimie. Il faut donc qu'il puisse embrasser d'un coup d'œil, revoir en un instant toutes les parties d'une science qui lui est indispensable. Ces travaux se présentent quelquefois rarement, mais il en est d'autres qui s'offrent à chaque instant, et pour lesquels le concours de la chimie est indispensable : ce sont les questions d'hygiène publique. En effet, les pharmaciens font partie des conseils d'hygiène et de salubrité que la sagesse du gouvernement a institués non-seulement dans les chefs-lieux de département, mais de canton. Si ces conseils comprennent bien leur mission, ils rendront d'éminents services par un examen scrupuleux des boissons, des substances alimentaires, des habitations, des moyens de ventilation, etc.

Après un aperçu rapide sur les progrès de la toxicologie et quelques considérations sur les effets physiologiques et la localisation des poisons, sur les substances minérales que l'on trouve à l'état normal dans l'économie, et sur la classification des agents toxiques, l'auteur donne la marche à suivre pour découvrir le poison, et pour en certifier la présence. Cette partie, qui pouvait être traitée avec beaucoup de détails, vu l'abondance des matières, a été tout simplement résumée par M. Dorvault; mais malgré sa concision l'auteur a pu rappeler avec clarté au pharmacien les opérations auxquelles il doit se livrer, et il a fait en quelques pages un résumé fidèle et complet de tout ce qui a paru jusqu'à présent en toxicologie. Ainsi il indique les procédés généraux employés dans les recherches médico-légales, les précautions que le pharmacien doit prendre et toutes les réactions indispensables pour acquérir la certitude que l'on doit avoir en pareil cas. Il peut arriver qu'en l'absence du médecin le pharmacien soit appelé pour donner ses soins à un malade soumis à une action vénéneuse; il faut alors agir promptement, le moindre retard aggrave sa position, que le pharmacien ouvre l'Officine et il ne sera pas pris au dépourvu. D'après les signes généraux que lui présentera le malade, la nature du poison sera reconnue, et l'antidote sera par conséquent indiqué.

Par la nature de ses nombreuses occupations, par le manque de certains appareils compliqués, le pharmacien est souvent obligé de prendre dans le commerce des substances qu'il ne peut préparer lui-même, et dont il est cependant responsable devant la loi. Il faut donc qu'il puisse juger si le médicament qu'il reçoit est bien celui qu'il a demandé, s'il contient les principes auxquels il doit son efficacité, s'il n'est pas falsifié. L'auteur de l'Officine a songé à ce point important; aussi donne-t-il le moyen de constater les fraudes de la plupart des médicaments; mais surtout de ceux qui jouissent de propriétés thérapeutiques incontestables, les procédés analytiques pour s'assurer de la qualité de certaines matières premières : tels que l'opium et les quinquinas dont on détermine la valeur par la quantité d'alcaloïdes qu'ils renferment; nous citerons également le chloroforme qui s'altère facilement et que le commerce falsifie si souvent, la cire à laquelle on substitue maintenant la stéarine colorée par du curcuma, la cochenille, le copahu, les eaux distillées, le jalap, la scammonée, que quelquefois l'on fait de toutes pièces en y incorporant jusqu'à 75 pour 100

de fécules, les vins et les vinaigres que l'on fraude si souvent. Tous ces essais ont été non-seulement puisés à des sources certaines, mais répétés tant par l'auteur que par M. Hurault, à qui M. Dorvault a, dans sa troisième édition, donné une place pour le remercier de sa collaboration. Nous regrettons de ne pas voir son nom figurer encore dans la quatrième édition.

Comme on le voit, la toxicologie et l'essai des médicaments sont uniquement fondés sur les connaissances chimiques ; c'est la chimie seule qui a le pouvoir de constater le crime ou la fraude. Nous sommes surpris que l'auteur ait placé la partie de son ouvrage qu'il a intitulée : *Chimie pharmaceutique*, sous le nom d'*appendice*. En effet, la chimie n'est pas l'appendice de la pharmacie, elle en est la mère ; la préparation des médicaments et l'étude des agents thérapeutiques sont liées aux progrès de la première de ces deux sciences. Dans ce chapitre, l'auteur de l'OFFICINE traite des rapports de la chimie avec la pathologie ; on y trouve d'abord des tableaux sur les caractères des métaux, des sels et des réactifs qui font connaître leur genre et leur famille ; un tableau des corps chimiques, leurs symboles, leurs compositions en centièmes, leur densité, leur solubilité dans l'eau, enfin l'analyse et les procédés à employer dans les recherches chimiques. Ces renseignements sont fort utiles.

En effet, le pharmacien peut être appelé à aider les médecins dans le traitement de certaines affections que le diagnostic indique et que prouve l'analyse; le diabète, l'albumine dans les urines, les calculs, les sédiments des urines, etc., ne peuvent être reconnus que par le pharmacien chimiste. La médecine approprie alors sa médication aux indications fournies par les réactifs et souvent le succès vient couronner l'œuvre commune. Le pharmacien est fréquemment consulté sur la composition de certains corps, c'est le dosage d'un minerai dont on veut connaître la nature et la richesse, c'est l'analyse d'une eau qu'on suppose potable, c'est une eau minérale dont on recherche les principes minéralisateurs, c'est l'essai de substances colorantes auxquelles on attribue des propriétés qu'on pourrait utiliser dans l'art de la teinture, ou des tissus de laine, de fil, de coton ou de soie.

M. Dorvault termine son excellent ouvrage par quelques formules employées dans la médecine vétérinaire et par l'exposé de la préparation des médicaments homœopathiques.

Bien que la pharmacie vétérinaire ne soit pas du domaine de la pharmacie ordinaire, les pharmaciens sont quelquefois appelés à préparer les médicaments destinés aux animaux. Quant à la pharmacie homœopathique, on peut affirmer d'une manière générale que les praticiens recommandables ne l'exercent pas, mais on aurait tort de croire que ceux qui la pratiquent en ont seuls le droit. C'est un monopole dont ils voudraient s'emparer, mais dont la propriété ne leur est pas garantie. Viennent ensuite quelques recettes très-utiles à savoir et dont la pratique trouve l'emploi tous les jours, des considérations sur la galvanoplastie, le daguerréotype et la photographie, arts d'agréments qui peuvent distraire le pharmacien et le récréer des ennuis qui accompagnent malheureusement trop souvent sa vie laborieuse.

En résumé, l'OFFICINE de M. Dorvault n'est pas, comme il l'a dit lui-même, seulement une œuvre de patience, c'est une œuvre originale, créée par lui, disposée avec beaucoup d'ordre, de clarté et de talent, et ne renfermant que la partie vraiment substantielle de la science. L'auteur n'est entré dans aucune discussion scientifique ; il a peut-être tranché quelques questions dont la solution n'est pas encore donnée, mais son but était l'utilité pratique. L'ouvrage est disposé de telle façon que l'on peut sans peine trouver directement ce dont on a besoin ; l'ordre alphabétique a été suivi pour faciliter les recherches : la table des matières, qui est une des plus nombreuses que l'on connaisse, contient plus de 25 mille articles. M. Dorvault y a ajouté, en outre, une table des auteurs. Ces détails prouvent combien il a été préoccupé de l'importance d'un travail qu'il a voulu rendre utile à tout le monde.

E. FEGUEUX.

VARIÉTÉS.

— Le docteur J. J. Cazenave (de Bordeaux), vient d'être nommé, à l'unanimité, membre correspondant de l'Académie de médecine et de chirurgie de Madrid.

— M. le docteur Comarmond vient de recevoir de S. M. le roi de Sardaigne la croix des SS. Maurice et Lazare, à l'occasion de son bel ouvrage sur le MUSÉE LAPIDAIRE DE LYON.

— NOUVELLES SANITAIRES DES ARMÉES ALLIÉES EN ORIENT.—On lit dans le MONITEUR :

« Les dernières nouvelles apportées de Constantinople par le *Sinaï* sont du 20 mars. A cette époque, les craintes que l'invasion de la maladie dans notre armée d'Orient avaient fait concevoir commençaient à se dissiper. Le nombre des malades diminuait sensiblement depuis quelques jours. La construction, sur des plateaux qui n'avaient pas encore été occupés par des troupes, de nombreuses baraques bien espacées et parfaitement aérées, avait permis de placer ceux de nos soldats, dont l'état réclamait des soins particuliers, dans les meilleures conditions hygiéniques.

» Des distributions de légumes frais et de conserves de viandes, dont l'armée s'est toujours très-bien trouvée, avaient lieu régulièrement, et tout faisait espérer que le retour de la belle saison achèverait de dissiper les influences fâcheuses auxquelles notre armée s'est trouvée soumise dans ces derniers temps. »

— On lit dans le TIMES :

« Il y a plus de malades dans l'armée sarde que dans l'armée anglaise. En Crimée, cette dernière ne compte guère que 4 malades sur 100; en y comprenant les malades des hôpitaux de Scutari et de Renkioi, la proportion n'est que de 5 pour 100. Les Sardes comptent 10 malades sur 100 hommes. Il est difficile, de prime abord, d'expliquer cette différence, car les hommes sont bien nourris, bien logés, bien vêtus, et les exercices sont bien ordonnés. Deux fois par jour, il y a un nettoyage général du camp, les huttes sont balayées, les effets d'habillement et de literie sont exposés à l'air. Les Piémontais comptent maintenant 18,000 hommes d'effectif. »

— Les correspondances anglaises nous fournissent les renseignements suivants : Les troupes turques à Kertch jouissent d'une situation sanitaire excellente, malgré les travaux considérables auxquels elles ont été occupées pour les fortifications de la ville. En 1855, on a compté seulement de 1 à 2 malades sur 100 hommes : il n'y a plus de choléra. Pendant les trois derniers mois de 1855, il n'y a eu que 92 décès sur le contingent, qui compte une force de 16,000 hommes. Depuis le commencement de 1856, le scorbut s'est montré sur les troupes turques, à cause de l'insuffisance de la fourniture de légumes, de jus de citron, etc.; mais cette maladie n'a produit que des symptômes légers, parce qu'on a pris immédiatement les mesures nécessaires pour la nourriture et l'habillement des hommes. Les troupes anglaises de Kertch n'ont pas de scorbut ; les hôpitaux du contingent sont dans un excellent état.

— Nous empruntons au BULLETIN DE LA MÉDECINE ET DE LA PHARMACIE MILITAIRES du 18 mars la liste suivante des officiers de santé décédés en Crimée ou à Constantinople depuis le commencement de l'année :

« J. Lasserre, médecin aide-major au 97e de ligne, décédé le 13 décembre.

» L. A. Leclerc, médecin aide-major de première classe à l'armée d'Orient, décédé le 3 février.

» Lardy, médecin aide-major de deuxième classe à l'armée d'Orient, décédé le 7 février.

» Volage, médecin principal de deuxième classe à l'armée d'Orient, décédé le 26 février.

» Girard, médecin major de deuxième classe à l'armée d'Orient, décédé le 26 février.

» Sagne, médecin aide-major de deuxième classe à l'armée d'Orient, décédé le 26 février. »

Le BULLETIN ajoute :

« Une lettre officielle nous apprend, sans faire connaître la date des décès celui de MM. Dulac, médecin aide-major de première classe ;

» Cordeau, médecin aide-major de première classe ;

» Dartigaux, médecin aide-major de deuxième classe ;

» Arondel, médecin aide-major de première classe,

» Gerrier, médecin major de première classe ;

» Miltenberger, médecin aide-major de première classe ;

» Ragu, médecin aide-major de deuxième classe.

» Ces officiers de santé appartiennent tous aux hôpitaux de l'armée d'Orient. »

— On lit dans le MONITEUR :

« A l'occasion de la naissance du prince impérial, S. M. l'empereur a daigné accorder, sur les fonds de la liste civile, une somme de 10,000 fr. à la caisse de secours de l'association des médecins du département de la Seine. »

— La Société médicale des hôpitaux de Paris avait proposé un prix de la valeur de 1,000 fr. à décerner à l'auteur du meilleur mémoire sur l'albuminurie. Une commission, composée de MM. Trousseau, Becquerel, Thirial, Henri Roger et Requin (remplacé par M. Legendre), avait été chargée d'examiner trois mémoires qui étaient parvenus au secrétaire général. Le rapport sur ces travaux a été fait dans la dernière séance par M. Becquerel. La Société, tout en reconnaissant le mérite et l'importance des mémoires qui lui avaient été adressés, a jugé qu'ils ne répondaient pas au but qu'elle s'était proposé, et en conséquence elle a décidé qu'il n'y avait pas lieu à décerner le prix. Dans la seconde séance d'avril, une commission sera nommée pour rédiger le programme d'une autre question.

Les mémoires sur l'albuminurie sont à la disposition de leurs auteurs, qui peuvent les faire retirer chez M. H. Roger, secrétaire général, 15, boulevard de la Madeleine.

— M. Henri Roger, agrégé, a été désigné par la Faculté pour faire le cours de pathologie interne (semestre d'été), en remplacement de M. le professeur Duméril. Le cours commencera mardi prochain, 8 avril, à midi, et sera continué les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

— M. Baillarger commencera son cours de clinique sur les maladies mentales le dimanche 13 avril, à neuf heures du matin, à l'hospice de la Salpêtrière, et le continuera les dimanches suivants à la même heure.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

DES GLOBULES INCOLORES DU SANG, DE LEUR VALEUR PHYSIOLOGIQUE ET PATHOLOGIQUE (LEUKOCYTHÆMIE) DU SANG BLANC (LEUKÆMIE).

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

§ III. — ORIGINE ET BUT FINAL DES GLOBULES INCOLORES DU SANG.

Les études sérieuses, difficiles et patientes que les physiologistes de tous les pays, mais principalement de l'Allemagne, ont faites sur l'embryogénie, dans ces dernières années, s'accordent à prouver l'existence des globules incolores du sang jusque dans les premières périodes de la vie embryonnaire, alors que des vaisseaux n'existent pas encore; de la même manière, les recherches antérieures démontrent la présence de ces corpuscules chez l'être parfait, à tous les âges et dans toutes les conditions physiologiques.

Le fœtus des mammifères ne reçoit du sang maternel que la substance organisable, le plasma; nous savons que le liquide nourricier ne renferme de globules qu'à la condition expresse que le nouvel être les forme lui-même. La nature, sous ce rapport, ne le favorise pas plus que l'ovipare, pas plus que le germe de la jeune plante qui trouvent en eux-mêmes les conditions suffisantes de leur organisation primitive. Pour ne parler que de la formation du sang, nous rappellerons l'opinion professée par Baumgartner et Schulz, d'après laquelle l'origine de toute cellule et corpuscule part de la segmentation du vitellus; la vesicule germinative et la tache germinative n'ont pas d'autre origine dans l'embryon du mammifère, d'après le professeur Bischoff (1). Il ne faudrait pas croire cependant que la partie solide du sang soit formée primitivement de scellules et granulations vitellines elles-mêmes; les observations de Reichert (2), tout en prouvant que le sang n'est d'abord formé que de cellules qui nagent dans un liquide, établissent que ces cellules du sang se développent, d'après la loi de Schvann, aux dépens des cellules mères du vitellus; elles sont le résultat de toute une génération nouvelle. Muller, Wagner, Valentin et Bischoff sont d'accord avec Reichert sur ce sujet, et admettent que ces cellules sont plus petites que celles qui résultent de la segmentation du vitellus; qu'elles sont parfaitement rondes, transparentes et incolores; qu'elles contiennent des noyaux et de fines granulations qui disparaissent peu à peu. Reichert dit que plus tard, quand le foie existe et que la veine omphalo-mésentérique s'y distribue, il se fait une nouvelle poussée de cellules de sang qui sont également incolores. Ce sont là deux périodes de formations de cellules auxquelles succèdent les véritables globules colorées, mais seulement quand le poumon est formé. De là, Nasse, fait remarquer, d'après les recherches des autres et les siennes propres, que les cellules du sang naissent incolores comme celles du chyle et de la lymphe, tant chez l'embryon de l'oiseau que chez celui des batraciens et des ophidiens. Remak assure formellement que les vaisseaux de l'embryon du poulet contiennent des cellules incolores et des cellules colorées au moment où le cœur commence à battre. Celles-là sont les plus grosses et d'une transparence parfaite, renfermant un noyau latéral avec une foule de granulations qui disparaissent à mesure que les cellules incolores se transforment en cellules colorées. En traitant ces dernières par une faible dissolution de potasse, Remak a pu constater dans un grand nombre la séparation du noyau en deux autres plus petits, et il a vu ainsi naître de nouvelles cellules colorées. A partir de six jours ce mode de formation cesse quoiqu'il se produise toujours, comme chez l'être parfait, des cellules incolores et ovales qui, d'après la plupart des physiologistes, passent à l'état de globules rouges. Dans nombre d'observations, Nasse a suivi le passage des globules incolores en globules rouges; il a constaté que la cellule ovale perd, par suite de l'exosmose, une certaine proportion de son liquide, qu'elle s'aplatit au centre et devient enfin discoïde.

Ces métamorphoses complexes s'accomplissent bien évidemment dans le fluide sanguin circulant, chacun comprend cela; mais ce qui reste et restera sans doute encore longtemps en question, c'est de savoir si ces changements corpusculaires s'opèrent dans les vaisseaux en vertu d'une force inhérente à la masse du sang, vitale, métabolique ou autre, ou bien si l'impulsion vient d'un organe particulier, tels que le poumon, le foie ou la rate. Tout en passant sous silence les vues théoriques de Schvant, de Walgren et de Tigri sur cette question si délicate, nous croyons devoir insister sur quelques données expérimentales dont nous sommes redevables au docteur Beck, et surtout au savant et laborieux physiologiste Moleschott.

Dans ses recherches sur la structure et les fonctions de la rate, le docteur Beck (1) signale d'abord, dans les veines spléniques, l'accumulation d'une proportion considérable de cellules incolores du sang, organes qu'il regarde comme étant la partie la plus importante des éléments de la rate, et qui, avec les réseaux vasculaires, constituent presque toute la substance pulpeuse de la glande. Il est conduit à penser que le lieu de formation de ces cellules se trouve dans les vaisseaux lymphatiques avec lesquels les corpuscules de Malpighi sont en communication directe. Ces glommérules sont des vésicules à enveloppe fine et amorphe semblables; à la tunique des lymphatiques, elles sont enlacés par les capillaires, mais sans communiquer directement avec eux; une pression légère suffit pour les rompre et laisser échapper une foule de cellules incolores avec leur noyau caractéristique. Les corpuscules de Malpighi, indépendants des artères et des veines, représentent la terminaison en cul-de-sac des vaisseaux lymphatiques, lesquels seuls s'anastomosent avec les veines, comme le démontrent les injections du docteur Beck. C'est ainsi que les veines et les vaisseaux lymphatiques de la rate versent, suivant cet anatomiste, sans cesse des globules incolores dans le torrent de la circulation, où ceux-ci se transforment en globules rouges; mais il a trouvé que leur proportion est surtout plus considérable pendant l'acte de la digestion, comme aussi dans les maladies qui se caractérisent par une déperdi-

(1) ENTWICKG. D. SAEUGTH. U. DES MENSCHEN. Leipzig, 1842.
(2) VAS ENTWICKELUNGSL. IM WIRBLTH. Berlin, 1840.

(1) UNTERSUCH. U. STUDIEN IM GEBIETE. V. ANAT. PHYSIOL. U. CHIR. Karlsruhe, 1852.

FEUILLETON.

QUELQUES REMARQUES SUR L'EFFICACITÉ D'UNE CERTAINE DILUTION DES MÉDICAMENTS.

Le fer, le brôme, l'iode, l'antimoine, le sel, la belladone, la térébenthine (par M. BENJ. BELL, membre de la Société royale de chirurgie d'Edimbourg).

Les observations suivantes ne contiennent rien d'absolument nouveau; il est probable que les faits sur lesquels elles se basent auront été entrevus déjà par plus d'un praticien.

En les publiant aujourd'hui nous avons pour objet de définir d'une manière bien précise les indications thérapeutiques qu'elles soulèvent. Nous voudrions ainsi rechercher jusqu'à quel point on peut ajouter foi à certaines opinions, et appeler à ce sujet les remarques de nos confrères. Pour entrer directement en matière, nous dirons que dans la prescription de certaines substances médicamenteuses, et surtout celles de nature métallique, il est nécessaire d'obtenir une dilution suffisante de la substance active.

Le but à atteindre étant l'introduction de la substance médicinale dans le sang, plus la solution que nous emploierons sera étendue, plus l'assimilation et l'absorption en seront faciles. Les vaisseaux capillaires ne s'emparent jamais que d'une portion très-minime des substances inorganiques qu'on livre à leur absorption. On sait que sur 50 grammes de sang il y a 13 centigrammes d'hématosine, qui contient de 6 à 8 p. 100 de fer. En supposant que la masse du sang d'un adulte pèse 12 kilos 500 grammes, il n'est pas probable, d'après ces données, qu'il y ait plus de 1 gramme 1/2 de fer dans toute la circulation. Dans les cas d'anémie, cette petite quantité de fer est sensiblement diminuée; mais il suffira de faciliter l'absorption de quelques centigrammes de cette substance pour ramener le sang à la composition normale. Il n'est donc pas rationnel, pour ne pas nous servir d'une autre expression, de prescrire de fortes doses de fer et d'en verser des quantités considérables dans l'estomac, quand les besoins de l'économie peuvent être si facilement remplis. Il est évident que la plus grande partie du médicament prescrit dans ces cas est inutile et peut être à un certain degré nuisible. Le raisonnement *à priori* démontre ainsi que le fer doit être donné en très-petite quantité et suffisamment dilué.

La composition des eaux ferrugineuses naturelles les plus actives démontre expérimentalement ce que la théorie indique à ce sujet. On sait que très-peu de sources ferrugineuses contiennent plus d'un centigramme de fer sur 90 grammes d'eau; la plus grande partie de ces eaux contiennent, au contraire, une proportion bien inférieure de la substance métallique. La fameuse source de Pirmont, par exemple, n'a que 2 centigrammes et demi de fer sur 1 litre d'eau; celle de Tunbridge n'a que 2 centigrammes de fer. La source ferrugineuse d'Hartfell, aux environs de Moffat, ne contient pas plus de fer, et il y a peu d'exceptions à ces données, parmi les sources réputées les plus actives.

tion ou diminution des globules rouges (typhus, cachexies). Cette dernière circonstance nous paraît dépendre bien plutôt de ce que ces globules ne peuvent pas arriver à leur état parfait de globules rouges, comme d'ailleurs les expériences physiologiques du docteur Moleschott vont nous le prouver.

Les embryologistes, et particulièrement Reichert, Weber, Koelliker, ont pensé, depuis longtemps déjà, que le développement des globules du sang pourrait bien être dans une certaine relation avec celui du foie, mais les faits ont manqué jusqu'au moment où Moleschott (1) est venu appliquer à l'analyse du sang, la méthode numérique dont nous avons parlé. Il a examiné comparativement le sang des grenouilles auxquelles il avait enlevé le foie; les résultats qu'il publie correspondent à la moyenne de sept observations.

Le sang pris au cœur des grenouilles en santé renferme 1 globule incolore sur 8 globules rouges; tandis que la proportion est comme 1 est à 2,24 pour le sang puisé à la même source chez des grenouilles privées de foie, elle est comme 1 est à 3,13 dans le sang des viscères abdominaux, comme 1 est à 3,82 dans le sang du pancréas, et, chose remarquable, comme 1 est à 0,63 dans le sang de la rate; ce dernier rapport, chez des grenouilles non mutilées, a été trouvé comme 1 est à 1,37. Ainsi, en établissant une moyenne entre ces diverses relations, Moleschott trouve que les grenouilles privées de leur foie renferment dans leur sang deux fois et demie moins de globules rouges par globule incolore. De là il conclut que c'est par l'intervention du foie que les globules incolores se transforment en globules rouges.

Dans une autre série d'expériences, il enlève aux grenouilles la rate, puis il compte les globules incolores et les colorés contenus dans le sang pris au cœur; il obtient la proportion de 1 est à 9,06. Une troisième série, entreprise sur des grenouilles dépouillées du foie et de la rate lui donne pour rapport, entre les globules incolores et les globules colorés, comme 1 est à 2,02.

D'après ces résultats, il lui semblait assez logique d'admettre que la rate produit les globules incolores du sang, et que le foie les transforme en globules colorés. Cette métamorphose s'annonce par la séparation du noyau de la cellule incolore en 2 ou 3 granulations plus petites qui deviennent jaunâtres, puis rouges, et se dissolvent peu à peu de manière que les cellules colorées, dépourvues de noyau, se trouvent formées.

Depuis ce premier travail, destiné principalement à suivre les transformations par lesquelles passent les globules incolores pour arriver à l'état de globules colorés parfaits, Moleschott a voulu savoir les rapports qui existent entre les deux espèces de corpuscules dans le sang puisé dans le cœur, la rate et le foie chez des grenouilles saines, chez d'autres amputées des extrémités inférieures pour les réduire à un état anémique, et enfin chez des grenouilles dépouillées du foie. L'analyse numérique est toujours celle qu'il emploie; les nombres qu'il admet représentent la moyenne de 20 expériences.

Les résultats de la première série d'expériences peuvent se résumer de la manière suivante :

	au cœur.	dans la rate.	dans le foie.			
Les globules incolores sont aux globules rouges comme 1 est à	10	4,8	10,3	chez des	grenouilles	saines.
	8	3,6	7,3	—	—	amputées.
	2,5	1,4	»	—	—	privées de foie.

Si la proportion des globules rouges diminue sensiblement quand les grenouilles se trouvent dans un état anémique, la déperdition est uniforme et peu sensible dans la masse générale du sang, tandis qu'elle est très-considérable quand le foie a été enlevé. Le savant physiologiste allemand a constaté en outre, dans une autre série d'expériences, que la proportion des globules rouges du sang pris dans le cœur et dans le foie, diminue fort peu chez les grenouilles amputées et chez celles qui sont saines, tandis que la différence est plus sensible entre la proportion des mêmes globules examinés dans le sang de la rate et dans celui du cœur. D'ailleurs les rapports entre la quantité des globules rouges du sang de la rate, correspondants à un globule incolore, et celle des mêmes globules du sang du cœur, sont :

Chez les grenouilles	saines,	comme 1 est à 2,3.
—	—	amputées,	comme 1 est à 2,3.
—	—	privées de foie,	comme 1 est à 1,8.

De toutes ses expériences, le docteur Moleschott se voit autorisé à conclure que le foie, non-seulement de l'embryon, mais aussi de l'être parfait, est l'organe qui contribue le plus à la transformation des globules incolores en globules rouges; que le foie, en outre, ayant un sang moins riche en globules rouges que le cœur relativement aux cellules incolores, est également un foyer de production de cette dernière espèce de cellules, ou du moins il est forcé d'admettre qu'il lui en arrive un grand nombre avec le sang de la veine porte.

Ainsi nous avons établi jusqu'ici qu'il existe dans le sang normal une certaine proportion de globules incolores; que ceux-ci naissent dans la rate, ou, pour être plus précis, dans les vaisseaux lymphatiques de cette glande, peut-être aussi dans les chylifères; qu'ils doivent être considérés comme des globules de sang naissants; qu'ils se métamorphosent en globules rouges en traversant le foie et sans doute aussi le poumon; que le sang normal puisé dans la rate contient moitié moins de globules rouges que n'en renferme ce fluide dans le foie, le cœur et le reste du torrent circulatoire; que la proportion des globules incolores peut s'élever tellement dans le sang splénique qu'elle égale et surpasse même la quantité des globules incolores.

La vie ne s'entretenant, dans l'organisme, que par des métamorphoses successives, il s'ensuit que les globules du sang, parvenus à l'état parfait, comme nous venons de le montrer, passent par une série semblable de modifications et disparaissent du torrent circulaire, dans lequel de nouvelles viennent les remplacer; ainsi de suite, tant que l'harmonie n'est pas troublée dans l'économie.

Ce que nous pourrions dire sur cette question n'est pas très-satisfaisant et nous éloignerait trop de notre sujet.

§ IV. — SANG BLANC; LEUKÆMIE.

Dans l'hématologie pathologique la nomenclature ancienne est aussi défectueuse que les descriptions des troubles morbides sont vagues

(1) *In* M'S ARCH., 1853.

Il est une autre classe d'eaux minérales où les principes actifs se rencontrent aussi dans une solution très-étendue : tes sources de Kreuznach contiennent seulement t centigramme et demi de bromure de magnésium et de sodium, et à peine 1 centigramme d'iodures sur 500 grammes d'eau, et leur action dans les engorgements glandulaires et les autres manifestations de la diathèse scrofuleuse est irrécusable.

Depuis ces dernières années ces faits et d'autres analogues nous ont conduit à penser que l'effet utile de certaines substances métalliques en tant qu'agents thérapeutiques, peut être obtenu par des doses comparativement minimes, pourvu que la solution soit suffisamment étendue. Nous nous sommes rarement fié *à priori* à l'efficacité des doses très-minimes; mais, ainsi du moins que l'observation nous l'a indiqué, nous croyons que dans beaucoup de cas on n'augmente pas l'action des médicaments dont nous parlons en augmentant leurs doses. Ainsi, huit ou dix gouttes de *teinture muriatique* de fer dans un grand verre d'eau produiront autant d'effet que vingt ou trente gouttes. La même remarque s'applique a l'iodure et au bromure de potassium, et 5 ou 10 centigrammes de ces substances dans un verre d'eau produiront l'effet de doses plus considérables.

Les mêmes principes nous paraissent applicables à l'antimoine. Nous croyons fermement qu'en diminuant les proportions de ce principe et en augmentant la quantité du véhicule on augmente l'action médicatrice. Beaucoup de praticiens pensent qu'en produisant l'état nauséeux on triomphe plus aisément de l'inflammation du poumon, contre laquelle la médication stibiée est généralement usitée. Nous doutons fort de l'exactitude de cette donnée, et nous inclinons à penser que la guérison peut être aussi bien effectuée dans ces cas sans donner lieu aux vomissements ni aux vomiturilions, de la même façon que le fer ou le mercure peuvent produire tous leurs effets médicateurs sans donner lieu, le premier à la céphalalgie, le second à la salivation. Si nous devons chercher à mettre l'antimoine en contact avec les capillaires du tissu enflammé, ce but sera plutôt atteint en mettant la substance en état d'être immédiatement absorbée. Dans ces conditions, nous avons trouvé qu'il suffisait de prescrire de 20 à 25 milligrammes de tartrate d'antimoine chaque jour.

Quand les médicaments dont nous parlons ne sont pas suffisamment dilués, les sécrétions de l'estomac sont activées, de manière a subvenir à l'insuffisance de la solution et à placer la substance dans des conditions telles qu'elle puisse passer dans le sang. Dans certains cas de débilitation, il est à désirer que les actes sécrétoires de l'estomac ne soient pas augmentés, afin de ne pas diminuer inutilement les forces du malade. Pour obvier à cet inconvénient des médicaments employés à des doses excessives, il faudrait employer une quantité considérable de liquide, ce qui ne serait pas sans inconvénient non plus pour les fonctions digestives.

Un autre avantage de ce dosage modéré des médicaments, c'est qu'il permet de les administrer pendant les repas, point de vue qui n'a pas échappé a l'attention des praticiens. C'est ainsi que le sel mélangé à nos aliments sert à faciliter la digestion et est absorbé en partie sans produire l'action laxative qu'il amène quand on le prend le matin à jeun. Dans le premier cas, il est absorbé graduellement avec les aliments; dans le second cas, étant

et imparfaites; en effet, la pléthore et l'anémie, par exemple, ne peuvent pas se rapporter tantôt à la composition du sang et indiquer qu'il y a prédominance soit dans la proportion des globules rouges ou incolores, soit dans celles de la fibrine, de l'albumine, du plasma ou des parties qui s'y trouvent en dissolution, tantôt à l'augmentation et à la diminution de la masse totale du fluide nourricier, et tantôt seulement à une quantité d'eau plus ou moins considérable. Les mots, dans les sciences, peuvent être pris au hasard avec une signification conventionnelle qui, par cela seul, est précise et invariable; ou bien ils rappellent quelques qualités, quelques rapports de la chose qu'il s'agit de dénommer, et dès lors leurs sens est variable, devient inexact et faux même, à mesure que de nouvelles qualités et de nouveaux rapports se découvrent. C'est ce qui a lieu aujourd'hui, pour la leukæmie ou (leucémie) et la leukocythæmie, deux termes que nous avons vus employés indistinctement, dans les discussions de la Société médicale des hôpitaux de Paris, pour exprimer le même état pathologique; cependant, pour tout pathologiste qui réfléchit, et qui n'est pas complétement étranger à la science de la vie, les modifications physiques, l'altération de la couleur d'un des liquides les plus complexes de l'économie animale ne peuvent pas être confondues avec des désordres qui dépendent de sa composition. Le sang blanc, en effet, emprunte sa coloration à une foule d'agents modificateurs divers faisant partie de ses éléments ou s'y mêlant accidentellement, tandis que l'augmentation de la proportion des globules incolores ne pourrait engendrer, tout au plus, qu'une variété de sang blanc. Le docteur Bennet (1) nous paraît donc avoir raison de s'élever contre la dénomination de leukæmie, donnée par Virchow à cette variété pathologique, et de lui appliquer, quant à présent, le nom de leukocythæmie.

La nature de sang blanc ne tient non-seulement à des causes multiples que nous allons signaler brièvement, mais encore elle est complexe; c'est le sang vivant, circulant qui peut être blanc au sortir de ses vaisseaux, ou bien c'est seulement le sérum, ou le caillot, ou tous les deux après la coagulation, qui présentent cette coloration.

Dans l'état physiologique le sang de la veine porte, et même celui qui a déjà traversé le foie et le poumon, peuvent avoir une coloration grisâtre et blanchâtre, quand on les examine pendant le travail de la digestion, alors que le chyle riche en principe gras y afflue avec une grande abondance. L'observation de ce phénomène est aussi ancienne que la découverte même des chylifères; Haller (2) en la contrôlant le rappelle déjà: «*Ita quatuor, aut quinque a capto cibo horis, lac in carotide vivi canis Lowerus reperit, et similia sunt Th. Schwenke, clar. medici, et Joh. Bohnie et J. G. de Berger experimenta.*» Les physiologistes modernes l'ont trouvée surtout très-prononcée sous forme de stries blanches, dans le sang de très-jeunes mammifères. L'analyse chimique et l'examen microscopique prouvent que ce changement de coloration est lié à l'accumulation momentanée des matières grasses dans le sang.

Cette espèce de leukaémie physiologique ou passagère peut cependant devenir pathologique et plus ou moins durable. Le fait observé par Zaccarelli (3) rentre bien évidemment dans cette dernière catégorie. Une saignée pratiquée sur un ivrogne atteint de pneumonie fournit un sang blanc comme du lait, qui se sépare en deux couches de densité et de consistance différentes; Bertazzi qui l'examine chimiquement, y trouve 10 millièmes de matières grasses. Ces observateurs (auxquels M. le professeur Bérard (1) attribue deux analyses et deux faits différents) ont vu persister la même coloration blanche du sang de six saignées et de plusieurs applications de sangsues; ce n'est qu'après le degorgement des cellules pulmonaires qu'ils ont trouvé le sang d'une septième saignée dans l'état normal. Ils pensent que, chez ce malade, les matières grasses des chylifères versées dans le sang n'ont pu être élaborées par le poumon tant que cet organe était malade, et que ce sont elles qui ont modifié ainsi la coloration du sang pendant toute la durée de la maladie.

(1) MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE, t. III, 1851.
(2) ELÉM. PHYSIOLOG., t. II.
(3) ANNALI UNIV., aprile e maggio, 1835.

L'observation du docteur Sion (2) (de Clichy-la-Garenne) se rapporte à un individu qui a souffert de fièvres intermittentes; l'analyse de son sang blanc et laiteux, faite par M. Lecanu, donne l'énorme proportion de 117 millièmes de matières grasses, tandis qu'il ne parle pas des globules et qu'il ne signale que des traces de matières colorantes! D'ailleurs, ces principes gras ne sont dissous qu'incomplétement dans l'éther.

Il n'est pas extrêmement rare, suivant J. Frank et Jul. Vogel, de constater, dans une proportion moindre, une accumulation pathologique de matières grasses dans le sérum du sang des personnes qui font abus de boissons alcooliques. La coagulation a lieu dans la lipæmie régulièrement; le caillot présente une surface blanchâtre luisante, moins consistante et moins rétractée que celle de la couenne fibreuse, le microscope y décèle les granulations adipeuses bien distinctes des corpuscules incolores du sang et des granulations fibrineuses; l'éther les dissout d'ailleurs. Le sérum est louche, plus ou moins blanchâtre, mais devient clair et limpide quand on le traite par l'éther.

Cette première espèce de sang blanc, qu'on pourrait appeler aussi bien leukæmie, galactæmie ou lipæmie, nous amène à parler d'une modification pathologique des éléments proteiques du sang, de l'albumine et de la fibrine.

Quoiqu'il paraisse certain pour un grand nombre de pathologistes que l'albumine du sang subisse diverses modifications qui augmentent ou diminuent sa proportion (*hyperalbuminose ou hypalbuminose*), ou qui l'altèrent de manière qu'elle se précipite, sous la forme moléculaire, amorphe dans le sérum ou le caillot, les phases par lesquelles cet élément passe, les causes qui y président et le rôle qu'il remplit sont inconnues. Liberkühn, Panum, Bouchardat, Scherer et Mialhe ont signalé cette altération; les professeurs Vogel (3) et Bock (4) ont examiné au microscope ces molécules d'albumine qui donnent au sérum une teinte louche, lactescente et inaltérable par l'éther; leur défaut de transparence, l'absence de noyaux et de granulations ne permettent pas de les confondre davantage avec les globules incolores. C'est également à cette espèce d'altération que M. Caventou (5) rapporte

(1) COURS DE PHYSIOLOGIE, t. III, p. 123.
(2) LANCETTE FRANÇ., 1835.
(3) HANDB. D. PATHOLG. U. THERAPIE, t. 1, p. 410, 1854.
(4) LEHRB. D. PATHOLG. ANATOMIE, t. 1, 1852.
(5) JOURN. DE PHARMACIE, t. XIV.

mis en trop grande proportion, et trop brusquement en contact avec les capillaires, il est rejeté dans la muqueuse, de circonvolution en circonvolution, et agit ainsi comme purgatif. Que si la solution de sel est très-concentrée, elle n'arrivera pas aux intestins, elle sera rejetée par l'estomac et produira ainsi un effet vomitif. Si la solution de chlorure de sodium est, au contraire, plus étendue que dans le premier cas, 1 gramme sur 60 grammes d'eau, nous n'aurons plus une action vomitive ni purgative, mais bien un effet diurétique. Alors le sel, ayant pénétré dans la circulation, est éliminé par les reins.

On peut objecter que tous les médicaments ingérés ne sont pas absorbés, ne passent pas dans le sang, qu'il y en a une grande partie qui traversent le tube digestif sans être modifiés, et qu'en conséquence il est nécessaire d'en administrer toujours une quantité plus considérable que les besoins réels de l'absorption ne le prescrivent. Nous répondrons que cela a lieu bien certainement quand on emploie des dosages élevés; qu'il doit en résulter alors quelquefois des inconvénients; que le même effet ne se répète pas quand le dosage est assez faible et la solution suffisamment étendue. Nous ajouterons que les proportions de telle ou telle substance, suffisantes pour produire une action donnée sur l'économie, sont bien inférieures à celles que l'on prescrit généralement.

Nous avons souvent vu qu'il suffisait d'un huitième de grain d'extrait de belladone ingéré dans l'estomac pour produire chez l'adulte la dilatation de la pupille. D'un autre côté, l'efficacité de la teinture muriatique de fer dans l'érysipèle ou dans la desquammation aiguë des tubes urinifères, consécutive à la scarlatine, est fort bien connue. Voici dans quelles conditions on l'observe: un adulte est atteint d'érysipèle avec chaleur à la peau et pouls fréquent et bondissant; on administre 10 gouttes de teinture toutes les deux heures, et après deux ou trois doses, comme nous l'avons souvent vu, la fièvre cède, la peau s'humecte et perd sa chaleur, le pouls devient lent et mou. Quelques centigrammes de fer au plus ont pénétré dans la circulation et ont amené dans la région enflammée et dans l'économie entière des changements considérables. Un enfant de 10 ans qui vient d'avoir une scarlatine présente de l'œdème aux paupières, la sécheresse de la langue et un pouls très-fébrile. L'urine est foncée en couleur, rare, albumineuse; elle dépose un sédiment fortement coloré. On administra toutes les quatre heures cinq gouttes de teinture de fer dans un verre d'eau; un amendement notable eut lieu très-rapidement, et en deux ou trois jours les symptômes avaient disparu.

Ces faits montrent ndre que l'on doit toujours agir avec la plus grande réserve sur un mécanisme aussi sensible que l'organisme humain, et se garder que, dans certains cas, des actions aussi énergiques que celles dont nous venons de parler ne se produisent pas dans un sens défavorable à la santé par l'administration intempestive de tel ou tel médicament.

L'auteur de ces remarques se défend à bon droit d'ajouter aucune foi à l'action des doses infinitésimales. Il fait observer qu'autre chose est de prescrire 5 centigrammes d'une substance au lieu de 20, et autre chose d'attendre imperturbablement une action quelconque de la millionième ou dix millionième partie d'un grain d'une substance quelconque. L'esprit humain se re-

l'état laiteux du sang qu'il a pu analyser et dans lequel il n'a plus trouvé qu'une matière albuminoïde, distincte de l'albumine ordinaire. L'explication de ce fait est assez embarrassante, cependant Raspail (1) la trouve facile : il fait remarquer qu'une goutte de ce sang, tombée sur le carreau au moment de la saignée, a produit une effervescence; que, par conséquent, le liquide était acide; que cet acide saturant le menstrue alcalin du sang par lequel l'albumine est tenue en dissolution, devient la cause de la précipitation de cette substance protéique sous la forme de molécules blancs. L'acidité du sang, quoique étant un phénomène rare, a été observée par Mareska (2); elle ne pourrait plus être mise en doute, si les faits avancés par Liebig (3) et confirmés par Bence Jones étaient positivement exacts, si les substances amylacées, au lieu d'être chassées de l'organisme sous la forme ultime d'acide carbonique, pouvaient être transformées, par l'influence de causes pathologiques encore indéterminées, en acide lactique, et ainsi séjourner un certain temps dans l'organisme. Dans ces conditions les métamorphoses de l'économie vivante seraient troublées considérablement, et donneraient lieu à des états morbides variés. Signaler ces hypothèses, c'est appeler les recherches ultérieures qui seules permettront de se prononcer.

Le sérum du sang peut aussi perdre sa transparence normale et devenir blanc, lactescent, par suite d'une modification particulière de la fibrine, qui se coagule et constitue des petites granulations que Scherer et Simon (4) ont signalées tout d'abord dans le sang d'une femme enceinte, dans celui des ivrognes et dans celui d'un homme atteint d'albuminurie. D'après ces physiologistes, ces corpuscules fibrineux se reconnaissent, par le microscope, des globules incolores et des corpuscules de graisse par leur solubilité dans les acides acétique et nitrique, des molécules d'albumine amorphe, par leur insolubilité dans l'éther des matières grasses, et nous ajouterons par leur inaltérabilité dans l'ammoniaque des globules du pus. Les corpuscules fibrineux se déposent sur les parois des vaisseaux ou dans le cœur pendant la vie; ils se montrent par suite d'une disposition particulière de la fibrine à se coaguler, ce que le professeur Vogel (5) résume par le mot *inopexie*, composé de ἶς, ἰνός, fibre, et de πῆξις, coagulation.

Tout en confessant notre ignorance sur la cause qui fait coaguler la fibrine après que le sang est sorti de ses vaisseaux; tout en déclarant que nous ne sommes pas plus avancé, quant à la coagulation de cette substance protéique dans le fluide nourricier vivant, nous croyons néanmoins devoir rappeler les opinions émises sur cette question si délicate. Ainsi Millington (6) et Lee (7), pensent que cette coagulation sur le vivant est due à un mélange de pus avec le sang; ce dernier a injecté du pus dans les veines d'un âne, et peu après il y a trouvé des granulations de fibrine coagulée.

Cependant le professeur Vogel dit que la partie séreuse du pus, injectée dans le sang, n'engendre pas l'*inopexie*, pas plus que la présence des globules incolores dans la leucocythæmie, si analogue aux globules du pus; il croit que cette disposition est due à la présence d'un corps étranger quelconque, au ralentissement de la *circulation*, et surtout à une diminution dans la proportion de la soude et des sulfates dans le sang.

Une dernière variété de leukæmie, la plus importante par sa gravité et sa fréquence, c'est celle qui résulte de l'altération du sang par un mélange de pus; c'est à elle qu'on rapportait, jusque dans ces derniers temps, presque toutes ces modifications du sang qui sont caractérisées par une accumulation de matières blanchâtres plus ou moins semblables à du pus. Depuis qu'on sait, nous l'avons rappelé plus haut, que les globules du pus sont *en tout semblables aux corpuscules incolores du sang*, qu'ils sont sensibles aux mêmes réactifs jusqu'à l'ammoniaque, d'après le professeur Bock, si l'on agit sur une certaine proportion de globules incolores; depuis qu'on a reconnu, d'autre part, que les proportions de fibrine diminuent, et que celles des globules incolores augmentent dans la pyæmie, la confusion est devenue plus grande encore, et le domaine nosologique de l'un de ces états s'est étendu aux dépens de l'autre.

Remarquons toutefois, avec le professeur Engel, que dans la pyæmie le sang perd de sa tendance à se coaguler, qu'il ne devient plus rutilant au contact de l'air, que ses éléments solides diminuent, et que sa partie liquide, devenue moins dense, se répand hors des vaisseaux en quantité plus ou moins considérable, suivant les lois de l'exosmose. Les parois des veines, plus que celles des artères, les cavités du cœur, sont tapissées par places d'une matière blanchâtre tirant sur le jaune ou le gris, constituée par un coagulum dans lequel se montrent des globules de pus, le tout formant un foyer purulent qui enflamme et qui altère les parties subjacentes. Le point de départ, la cause première, selon les anatomo-pathologistes Rokitansky, Vogel, Bock, etc., est un obstacle qu'un corps étranger trop volumineux, un caillot fibrineux, un corpuscule d'albumine amorphe, une agglomération de globules incolores ou lymphatiques amène dans les vaisseaux capillaires d'abord, puis dans ceux d'un calibre plus considérable. Le pus n'apparaît que consécutivement à ces phénomènes, comme cela a lieu, d'ailleurs dans tous les autres organes de l'économie; et, parmi les médecins instruits, le professeur Sédillot est peut-être le seul qui soutienne encore la théorie surannée de la résorption purulente, et qui admette que les corpuscules du pus pénètrent dans les vaisseaux capillaires et y forment des foyers purulents. Ne savons-nous pas, par les expériences de Lebert, et par celles plus nombreuses et plus récentes encore de Beck, que les globules du pus, injectés dans les veines d'un animal vivant, ne se retrouvent plus dans le sang? D'ailleurs, par quelles bouches absorbantes passeraient ces corpuscules volumineux?

La pyæmie n'est pas plus une affection particulière et distincte que la suppuration de telle région n'est distincte de celle d'un autre, elle n'est qu'un phénomène *deutéropathique*, se montrant à la suite de maladies, de désordres généraux, *totius substantiæ*, des pyrexies malignes, des diathèses tuberculeuse, cancéreuse, etc., de l'état puerpéral qui, pour le professeur Scanzoni, accumule dans le sang une forte proportion de fibrine très-disposée à la coagulation, soit pour s'organiser, soit pour entrer, au contraire, dans une décomposition que les

(1) Chimie organique, p. 380.
(2) Gazette médicale, 1833, p. 510.
(3) Chemisch. Briefe.
(4) Beitraeg. z. physiolg. u. path. Chemie, B. I. Lief. 2.
(5) Handb. d. Patholog. u. Therapie, t. I, p. 400.
(6) Experim. inquiry into the effects of various animal matters into the blood, Edinburgh Monthly journ., 1851.
(7) Purulent infection of the blood. Medical Times, 1852.

---

fuse à attribuer une influence particulière à des quantités aussi infiniment petites des substances médicinales. En conséquence, ces dosages doivent être relégués dans une catégorie spéciale à l'usage de ceux qui prennent plaisir à croire ce dont tout le monde doute.

On peut se hasarder à faire remarquer encore que certains topiques seraient souvent rendus plus efficaces à l'aide d'une dilution suffisante. Ainsi l'expérience nous a démontré que le moyen le meilleur pour employer l'iode localement à l'extérieur est une solution de 10 centigr. d'iodure de potassium et de 5 centigr. d'iode dans un litre d'eau. On doit employer ce topique chaud, en fomentations sur les parties où l'on veut opérer, en les humectant à l'aide d'une éponge deux ou trois fois par jour pendant cinq ou dix minutes chaque fois. Dans les cas de tumeur glandulaire ou d'exsudation fibrineuse du tissu cellulaire, dans les hypertrophies chroniques du testicule et de l'épididyme, en un mot, dans toutes les affections où l'iode et les onctions mercurielles sont indiqués, ces lotions iodées ont eu souvent une grande efficacité. La douce chaleur du liquide en rend l'application agréable et augmente probablement l'absorption cutanée. La teinture d'iode pure, appliquée directement sur la peau, y suscite une réaction forte et quelquefois des douleurs considérables; elle agit plutôt comme excitant ou vésicant que par une propriété élective et en favorisant l'absorption des matériaux plastiques infiltrés.

On peut en dire autant de l'huile de croton; employée pure sur la peau, elle amène, comme on le sait, une éruption de petites vésicules; associée à une quantité assez considérable d'huile d'olive, et promenée sur une surface étendue comme celle de l'abdomen, elle donne lieu de la manière la moins équivoque à un effet purgatif. Un jeune homme était menacé de périr d'obstruction intestinale; tous les moyens ordinaires avaient été épuisés et des circonstances particulières empêchaient l'usage plus longtemps prolongé de remèdes internes. Un liniment composé d'une partie d'huile de croton et de vingt-quatre parties d'huile d'olive camphrée fut employé en embrocation sur le ventre, l'action péristaltique des intestins se rétablit très-promptement et l'obstruction fut surmontée.

L'essence de térébenthine est une autre substance qu'il y aurait avantage à employer à l'extérieur sous une forme moins concentrée et moins excitante. Nous en avons eu l'idée en voyant les effets puissants obtenus par de petites doses d'essence de térébenthine dans certaines formes d'iritis et d'ophthalmie rhumatismale. Pour produire ces effets curatifs sur des parties si éloignées de l'estomac, il faut que la substance médicamenteuse soit absorbée et modifie le sang en excitant tel ou tel organe sécrétoire. L'efficacité des embrocations térébenthinées dans certaines formes de rhumatismes ou de névralgies chroniques pourrait dépendre en grande partie d'une action analogue; c'est pourquoi il ne serait peut-être pas sans avantage d'employer ce médicament de façon à ne pas exciter la peau, mais bien à en faciliter l'absorption par les téguments qui avoisinent le siége de la douleur (1).

(1) Extrait de l'Edinburgh medical journal; janv. 1856.

pathologistes allemands appellent *croupale*, et qui n'est qu'une phase transitoire à la pyæmie, dans la fièvre puerpérale. Ce sont ces modifications antérieures, survenues dans la masse du sang, qui empêchent de confondre l'accumulation des globules incolores du sang avec la pyæmie de l'état puerpéral ou de la fièvre typhoïde, comme le fait le professeur Virchow, en rapportant dans son travail les faits du professeur Andral (1) et de Bricheteau (2), quoique l'état du sang décrit par ces auteurs ne puisse se rapporter qu'à la pyæmie. Toutes ces modifications rentrent bien dans notre variété de sang blanc; mais ce n'est pas là ce que le professeur Würzburg appelle leukæmie. N'en serait-il pas de même pour un certain nombre d'autres faits que les auteurs rangent bien à tort dans cette espèce pathologique? C'est ce que nous apprécierons dans la suite, à mesure que nous discuterons la valeur des phénomènes auxquels donne lieu l'accumulation des globules incolores dans la masse du sang.

Nous voyons, par ce qui précède, qu'il existe une foule d'états du sang qu'on peut et doit appeler leukæmie, reconnaissant des causes distinctes, ayant une marche différente et appartenant à des désordres variés; que l'expression de sang blanc peut être rapportée non-seulement à des phénomènes pathologiques, mais encore à de simples actes physiologiques, et que sa valeur nosologique n'est que très-secondaire. La suite va prouver qu'elle est trop vague et trop incorrecte pour indiquer un état qui se caractérise par l'accumulation des globules incolores dans le sang.

(*La suite au prochain numéro.*)

PHYSIOLOGIE.

MÉMOIRE SUR LA SÉCRÉTION ET LA COMPOSITION DU LAIT CHEZ LES ENFANTS NOUVEAU-NÉS DES DEUX SEXES (lu à la Société de biologie); par le docteur ADOLPHE GUBLER, agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Beaujon.

Les médecins du dix-huitième siècle savaient parfaitement que les mamelles sécrètent, peu de temps après la naissance, chez les garçons aussi bien que chez les filles, un liquide blanc, plus ou moins opaque et semblable au lait de la mère. De tous les auteurs qui se sont occupés de ce sujet, celui qui me paraît l'avoir le mieux compris et qui s'en est exprimé le plus catégoriquement, c'est Morgagni, dans ses ADVERSARIA ANATOMICA, où nous lisons cette phrase : « Et, chose que nous refusions de croire quand elle nous était autrefois affirmée par les matrones, nous avons pu exprimer par nos propres mains des mamelles des nouveau-nés, même des enfants de notre sexe, des gouttes d'un lait séreux ou de serum; bien plus, nous avons dû porter secours à quelques-uns de ces enfants chez qui l'expression des seins avait été négligée par les nourrices et dont les glandes étaient devenues dures et douloureuses à ce point qu'il fallut les amollir par un liniment composé d'huile d'anis et d'huile d'amandes douces(1) ». Il est difficile d'être à la fois plus concis et plus explicite.

Mais cette notion, mêlée souvent par les médecins du temps à des idées erronées ou bizarres, se perdit avec tant d'autres parmi les savants et ne se propagea guère que chez quelques matrones. Je crois avoir le premier en France signalé formellement cette particularité physiologique dans une note publiée en 1852 (2). Seulement cette remarque, formulée en quelques mots à l'occasion des faits d'un autre genre, passa pour ainsi dire inaperçue. La vulgarisation du phénomène était réservée au médecin ingénieux qui succéda à M. le professeur Trousseau dans le service des nourrices et nourrissons de l'hôpital Necker. La singulière sécrétion dont il s'agit ne pouvait manquer d'exciter la curiosité de M. le professeur Natalis Guillot qui l'étudia d'une manière spéciale et en fit l'objet d'un mémoire (3) lu à l'Académie des sciences le 17 octobre 1853, environ deux ans après notre publication.

Ce travail fut très-remarqué et méritait de l'être; car non-seulement il établissait l'existence du phénomène, mais encore il en traçait pour la première fois l'histoire d'une manière détaillée et précise. J'avais simplement énoncé ce fait : que le liquide lactescent exprimé des mamelles des nouveau-nés, vu à l'œil nu et au microscope, offre les caractères du lait proprement dit, et qu'il doit son opacité à des globules semblables à ceux du beurre. J'aurais pu ajouter qu'il présentait les principales réactions du lait maternel, ainsi que je m'en étais assuré plusieurs fois. M. le professeur Natalis Guillot a mieux étudié ces caractères, dont il donné a une description qui faisait ressortir jusqu'à l'évidence la similitude des deux produits.

Toutefois il manquait encore à la science une analyse quantitative du lait d'enfant; j'ai cru qu'il était intéressant de combler cette lacune, et dans cette pensée j'ai prié mon regrettable ami, M. Quévenne, d'exécuter cette analyse sur une petite provision de lait que j'avais recueillie à la direction des nourrices le 10 juillet 1854. Le but principal de la présente note est de faire connaître les chiffres obtenus par l'habile chimiste; mais je profiterai de cette occasion pour rappeler les observations cliniques que j'ai pu faire sur la sécrétion laiteuse des nouveau-nés, et dont une partie se trouve résumée dans la thèse de mon ami M. le docteur Ch. Boutequoy (1). Le nombre considérable d'enfants qui me sont passés sous les yeux à la direction municipale des nourrices pendant neuf mois de l'année 1854 donne à ces résultats une valeur incontestable.

Je ne m'appuierai ici que sur le relevé de M. Boutequoy; mais je déclare que les observations que nous avons faites ultérieurement, M. le docteur Paul Duroziez et moi, sont entièrement concordantes (2).

Sur 435 enfants passés en revue par nous pendant les mois de mars, avril et mai 1854, la sécrétion lactée s'est montrée presque sans exception dans les limites d'âge que nous allons indiquer. Elle ne s'observe presque jamais en quantité notable, ou elle ne se montre qu'à l'état séreux pendant les deux ou trois premiers jours de la vie extra-utérine. Elle apparaît quelquefois cependant le troisième jour, mais en quantité peu appréciable; seulement à cette époque les mamelles commencent ordinairement à se gonfler. Le quatrième jour les glandes sont plus volumineuses et souvent (11 fois sur 22) elles laissent échapper par la pression un liquide assez copieux, dense et opaque. Après le quatrième jour, le nombre des sujets pourvus de lait augmente graduellement et la sécrétion s'accroît de même. La progression continue jusqu'au huitième jour, où elle atteint sensiblement son maximum; puis l'état reste à peu près stationnaire pendant quelques jours encore. Du neuvième au douzième jour, sur 65 enfants un seul n'avait pas de lait. Jusqu'au vingtième jour l'augmentation de volume des mamelles et la sécrétion persistent généralement à un certain degré; 149 enfants sur 165 âgés de 12 à 21 jours ont fourni encore du lait en quantité variable. A l'âge d'un mois, il est rare que la sécrétion laiteuse n'ait pas totalement cessé; cependant quatre fois nous l'avons vue persister jusqu'à deux mois, et nous avons retrouvé un peu de sérosité à droite chez un enfant de 3 mois et demi.

Ces résultats diffèrent à quelques égards de ceux qui se trouvent consignés dans le mémoire de M. Natalis Guillot, puisque cet auteur ne fait commencer la sécrétion que vers le huitième jour, consécutivement à la chute du cordon ombilical, tandis que nous l'avons constatée déjà le quatrième jour chez la moitié des sujets qui avaient cet âge. D'après ma seule expérience, je serais donc conduit à faire coïncider l'apparition de la sécrétion lactée chez l'enfant, non point avec la chute du cordon, mais avec la montée du lait chez la mère. Cette contradiction entre deux observateurs sur un point de fait si facile à constater, semblerait très-singulière si elle ne trouvait tout simplement son explication dans les conditions diverses où chacun d'eux s'est trouvé placé pour faire ses observations.

A l'hôpital Necker on ne reçoit les enfants qu'avec leurs mères, ce qui suppose qu'ils sont généralement âgés d'une semaine environ, attendu que leurs mères, qui la plupart ont fait leurs couches dans l'un des établissements hospitaliers de la capitale, sont gardées pendant ce laps de temps au moins dans le service d'accouchements, où elles ont été admises. Quant à celles qui sont accouchées en ville, ce n'est que par une exception très-rare qu'elles se font transporter à l'hôpital avant les huit jours révolus. Il en résulte que dans les services uniquement consacrés aux nourrices, comme celui de l'hôpital Necker, presque tous les enfants ont atteint au moment de leur entrée le septième ou le huitième jour de leur existence, et par conséquent ont du lait. Ceux qui sont plus jeunes se trouvent en très-petit nombre;

(1) CLINIQ. MÉDIC., 1839, t. I, obs. XVIII.
(2) L'EXPÉR., 1844.
(3) Morgagni, ADV. ANAT. V., ANIMADV. 1.
(4) SUR LE RETOUR DE LA SÉCRÉTION LAITEUSE APRÈS UN SEVRAGE PROLONGÉ (UNION MÉD., janv. 1852.
(5) DE LA SÉCRÉTION DU LAIT CHEZ LES ENFANTS NOUVEAU-NÉS ET DES ACCIDENTS QUI PEUVENT L'ACCOMPAGNER (ARCH. GÉN. DE MÉD., nov. 1853).

(1) Thèses de Paris, 1854.
(2) Si nous avions tenu note de tous ces faits, notre statistique porterait sur 1200 cas au moins.

le hasard a pu faire que dans une série de cas les quelques sujets âgés seulement de que 4, 5 ou 6 jours n'aient pas offert encore de sécrétion lactée. A la direction des nourrices, au contraire, les enfants présentés indifféremment par des parents ou des amis étaient quelquefois nés depuis moins de 24 heures et avaient souvent moins d'un septénaire. Il nous a donc été facile de vérifier un grand nombre de fois l'existence de l'engorgement laiteux des mamelles chez de très-jeunes sujets; en sorte que nous pouvons établir cette règle : qu'au quatrième jour de la vie la moitié à peu près des enfants de l'un et de l'autre sexe offrent déjà une sécrétion lactée très-notable. Le nombre de ceux qui en sont pourvus s'accroît graduellement les jours suivants, si bien que ceux qui en manquent encore le septième jour forment une très-rare exception.

Un autre point sur lequel mes observations ne concordent pas exactement avec celles de mon savant maître M. Natalis Guillot est relatif à l'influence de l'état de santé ou de maladie. J'ai dit plus haut que chez les enfans âgés de 9 à 12 jours, la sécrétion lactée existait dans tous les cas moins un. Or parmi ces enfants plus ou moins bien pourvus de lait, il s'en est cependant trouvé un certain nombre à qui j'ai dû refuser une nourrice et que leurs parents ont été obligés de garder, parce que ces petits êtres me paraissaient trop malades pour être emportés sans inconvénient ou sans danger à une assez grande distance de Paris. Il nous est même arrivé plus d'une fois de trouver les mamelles les plus grosses et les mieux fournies chez des sujets amaigris et d'un aspect souffreteux et chétif. Toutefois je suis loin de nier l'action contraire des maladies sur la sécrétion lactée chez les nouveau-nés, et je crois que si l'abondance de cette sécrétion est compatible avec quelques états morbides, il est certaines affections chroniques qui la réduisent notablement, et qu'une maladie aiguë fébrile peut du moins en tarir la source.

D'une manière générale le volume des seins est proportionnel à la quantité du lait sécrété; néanmoins il n'est pas rare qu'on n'obtienne pas une goutte de lait de mamelles en apparence volumineuses. Le fait s'explique aisément. Ainsi que M. le docteur Boutequoy a eu soin de le noter dans sa thèse, chez les enfants comme chez les femmes, il faut distinguer dans les mamelles deux choses très-différentes, le tissu cellulo-adipeux et la glande. Le premier forme quelquefois une masse considérable chez les sujets qui ont de la vigueur et de l'embonpoint, tandis que la glande est presque absente.

Je ferai enfin une dernière remarque clinique relativement aux inflammations dont les mamelles des nouveau-nés peuvent être le siége. Une particularité bien digne d'intérêt semblerait ressortir des observations relatées dans le mémoire de M. le professeur Natalis Guillot : c'est que les phlegmons du sein, chez les nouveau-nés se développeraient pour ainsi dire exclusivement sous l'influence d'érysipèle dont la coïncidence est notée 7 fois sur 8 cas (1). Nous avons été témoin de faits semblables. Mais notre expérience, d'accord avec celle de Morgagni, nous permet d'affirmer que l'engorgement laiteux des mamelles chez les jeunes sujets suffit à lui seul, lorsqu'il est excessif ou lorsqu'il vient s'y joindre quelque cause adjuvante, à déterminer la phlegmasie et la suppuration de la glande. Nous avons vu plusieurs fois à la direction municipale des nourrices des enfants dont les deux mamelles ou l'une d'elles, développées outre mesure, étaient le siége d'une fluctuation manifeste et laissaient sourdre par la pression un liquide dense, visqueux, strié de sang brunâtre, et évidemment formé d'un mélange de lait et de pus. La glande était en outre largement étalée sur la région pectorale, le mamelon déprimé, la peau rouge et parfois amincie. Ces petits sujets n'avaient pas été affectés d'érysipèle et ne portaient point de phlegmon du bras dépendant de la vaccine.

D'autres fois, chez des enfants qui, sans offrir aucun symptôme maladif, étaient depuis quelques jours devenus maussades et criards, j'ai reconnu un engorgement laiteux auquel, par exclusion, j'ai attribué ce changement d'humeur, et qu'à l'imitation de Morgagni, j'ai réussi à dissiper en exprimant les mamelles. Il y avait, selon moi, un premier degré de phlegmasie des glandes mammaires, dû à leur distension excessive par le produit de leur sécrétion.

Arrivons maintenant aux caractères chimiques du lait dans le premier âge de la vie.

Une particularité de l'histoire du lait en général, sur laquelle on a longtemps discuté, est relative à son état acide ou alcalin. M. Donné a surtout contribué à établir le fait de l'alcalinité normale de ce produit sécrété dans l'espèce humaine et les animaux domestiques.

Quevenne a constaté le même fait, à quelques rares exceptions près, notamment chez la vache. Je l'ai vérifié de mon côté dans le service de M. le professeur Trousseau. Mais il restait à prouver, par des chiffres nombreux, que telle était la règle pour le lait de la femme. En trois mois, nous avons examiné, sous ce rapport, 629 femmes à la Direction municipale des nourrices; le lait était tiré devant nous; or, dans tous les cas sans exception, le papier rouge de tournesol a été fortement ramené au bleu, et pas une seule fois le bleu n'a été sensiblement rougi. Nous nous servions d'excellents papiers réactifs que Quevenne avait le soin de fabriquer lui-même. Plus tard, nous avons constamment reconnu au lait la même réaction alcaline, toutes les fois que nous l'avons recherchée, et le nombre total de ces expériences peut bien s'élever à un millier. Les résultats statistiques fournis par de pareils chiffres pouvant être considérés comme l'expression de la vérité, il reste donc avéré aujourd'hui que l'alcalinité du lait de la femme est absolument constante dans l'état physiologique.

Cela étant admis, il devenait intéressant de savoir si le phénomène offrirait la même invariabilité chez les enfants nouveau-nés. Dans 206 cas, dont nous avons tenu note, le lait d'enfant a toujours ramené immédiatement au bleu le papier de tournesol rougi par un acide, et la réaction nous a paru manifestement plus énergique que celle du lait de femme lui-même. Ainsi, non-seulement le lait des nouveau-nés est alcalin, mais son alcalinité dépasse la limite ordinaire chez la femme, et nous pourrions ajouter chez les femelles des animaux.

Pour compléter ce que nous avons à dire touchant les caractères chimiques, il ne nous reste plus qu'à donner les résultats de l'analyse exécutée par Quevenne.

En voici le tableau :

LAIT D'ENFANTS NOUVEAU-NÉS ENVOYÉ LE 10 JUILLET 1854 (GUBLER).

Résultats de l'analyse (QUÉVENNE).

	Pour 5 grammes.	Pour 100 grammes.
Beurre,	0,07	1,40
Caséum,	0,14	2,80
Lactine et matières extractives,	0,32	6,40
Eau,	4,47	89,40
Total.	5,00	100,00

Le caséum a fourni par incinération :

	Phosphates terreux.	Sels solubles enlevés par le lavage.
Pour 0,10,	0,004,3	0,001,4
Pour la totalité (2,80),	0,120 environ.	0,040 environ.

La lactine a donné tant en sels solubles qu'en un peu de phosphates insolubles :

Pour 0,10,	0,002,8
Pour la totalité (6,40),	0,180 environ.

Total des sels fournis par l'incinération.

1°	Phosphates terreux du caséum (pour la totalité).		0,120
2°	Pour les 6,40 de lactine (sels solubles et insolubles.	0,180	0,220
	Sels provenant des 2,80 de caséum.	0,040	
	Total des sels.		0,340.

Il suffit de placer en regard de ce tableau la composition du lait de femme et du lait d'ânesse, donnée par une moyenne de plusieurs analyses, pour faire ressortir les analogies qu'ils présentent avec le lait d'enfants nouveau-nés.

	Analyse du lait de femme.	d'ânesse.
Beurre,	2,60	1,40
Caséum,	3,90	1,70
Lactine,	4,90	6,40
Eau,	88,60	90,50
	100,00	100,00

Si la ressemblance avec le lait de femme est incontestable, il existe, d'autre part, entre le lait d'ânesse et celui des nouveau-nés, une quasi-identité. Les chiffres du beurre et du sucre de lait sont absolument les mêmes : seulement le lait d'enfant est un peu plus riche en caséum. Ce rapprochement m'a paru digne de piquer la curiosité. On savait déjà que le lait d'ânesse est entre tous celui qui se rapproche le plus du lait de femme; mais n'est-il pas bien singulier de voir qu'il diffère à peine du lait d'enfant?

En rendant compte des résultats de l'analyse chimique opérée par Quevenne sur le lait d'enfants, nous n'avons pas hésité à considérer

(1) Natalis Guillot, mém. cité.

la matière grasse comme du beurre, la matière albuminoïde comme du caséum, et le troisième principe immédiat comme du sucre de lait; l'analogie nous autorisait suffisamment à employer ces dénominations. Toutefois, il eût été bon de pouvoir s'assurer du point de fusion de la matière grasse et d'en extraire de l'acide butyrique; il aurait fallu aussi séparer la lactine à l'état de pureté et en constater tous les caractères. Avec la petite quantité de produits dont nous pouvions disposer, ces recherches étaient impraticables. Quant au caséum, nous pouvons en affirmer l'existence; car, outre ses principales réactions, nous avons retrouvé son meilleur caractère spécifique, le plus propre à le distinguer de l'albumine caséiforme; à savoir son association à une proportion considérable de phosphates terreux.

Quevenne et moi nous avons essayé ensemble de mesurer avec l'instrument de M. Donné la richesse du lait dont l'analyse est consignée dans ce travail. Il a marqué 71 degrés au lactoscope. Un autre mélange de laits d'enfants que nous avons examiné le lendemain, a marqué jusqu'à 102 degrés au lactoscope. C'est dans les mêmes limites qu'oscille en général le lait de femme.

Le fait de la sécrétion lactée envisagée comme phénomène normal et constant chez les enfants nouveau-nés est donc aujourd'hui parfaitement établi. Ainsi, d'une part, en faisant quelques réserves pour des cas exceptionnels extrêmement rares, on peut dire que tout enfant, du sexe masculin comme du sexe féminin, est destiné à fournir par les mamelles, dans les premiers jours de sa vie, une sécrétion plus ou moins abondante et durable. D'un autre côté, l'analyse chimique autorise à affirmer que ce produit de sécrétion est du lait proprement dit, semblable, si ce n'est identique, à celui de la mère.

Il resterait à établir l'existence du même fait dans la série animale; mais nous ne sommes pas en mesure de le faire actuellement. Tout porte à croire que les choses se passent chez les animaux supérieurs comme dans l'espèce humaine. Déjà, dans ces derniers temps, le RECUEIL DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE (novembre 1854) a enregistré un cas analogue : il s'agit d'une sécrétion laiteuse observée par M. Dayot chez une pouliche naissante. M. le professeur Goubaux, que j'avais prié d'examiner la question à la bergerie de l'École d'Alfort, n'est pas encore arrivé à des résultats positifs. De nouvelles recherches sont nécessaires pour nous permettre de formuler une règle à cet égard. Tout ce qu'on peut dire aujourd'hui, c'est que la sécrétion lactée a été constatée chez un certain nombre de jeunes animaux appartenant aux espèces domestiques.

Est-ce un fait général dans certaines limites d'âge? Quelles sont ces limites? C'est ce qu'il s'agira de décider plus tard.

Quant au rapprochement à effectuer entre la sécrétion lactée du jeune âge, et ces faits, d'ailleurs communs, d'engorgement des glandes mammaires survenant chez les jeunes garçons à l'époque de la puberté, nous les laisserons en ce moment de côté, attendu que ce dernier ordre de faits n'a pas été suffisamment étudié. Dans notre travail sur le retour de la sécrétion laiteuse après un sevrage prolongé, nous avions rappelé cette analogie, qui est réelle et que nous admettons encore aujourd'hui; mais jusqu'où va la similitude? C'est ce que nous ne pouvons décider avec nos observations. Il est certain que le développement des organes génitaux chez les adolescents éveille une suractivité fonctionnelle momentanée, mais très-remarquable dans les mamelles rudimentaires qui caractérisent le sexe masculin. Ces organes se tuméfient, deviennent le siége d'une sensibilité plus ou moins vive, d'une véritable douleur, rougissent, s'enflamment même et suppurent quelquefois; jusque-là tout se passe comme chez les nouveau-nés. Il se fait même une sécrétion dans ces glandes sympathiquement surexcitées, seulement le liquide, toujours excessivement rare, est transparent ou à peine opalin; jamais nous ne lui avons trouvé l'aspect blanc laiteux. Toutefois, on pouvait supposer que la légère opalescence était due à la présence de quelques globulins de matière grasse en suspension dans le liquide. Or, dans un cas récemment observé par nous, le liquide à peine louche exprimé de la mamelle d'un adolescent, sous forme d'une simple goutte et recueilli sur une plaque de verre, puis soumis à l'examen microscopique, ne nous a offert que quelques débris informes parmi lesquels on reconnaissait des éléments épithéliaux. Il n'y avait pas trace de granulations ni de globulins de matière grasse. D'après cela, il semblerait que les glandes mammaires eussent déjà, à cette époque de la vie, perdu la faculté de sécréter un liquide analogue au lait proprement dit; tout au plus pourrait-on admettre la présence du sérum.

Si les faits physiologiques nous laissent tant d'incertitude dans l'esprit, à plus forte raison n'essayerons-nous pas de rechercher ici les rapports qui peuvent exister entre ces cas de gonflement des glandes mammaires coïncidant avec les affections des testicules, sur lequel M. le docteur Caillet a appelé l'attention, et les faits dont il s'agit particulièrement ici. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que ce gonflement doit être attribué plutôt à l'irritation sympathique exercée par les lésions testiculaires qu'à une sorte de balancement organique entre des glandes appartenant à un même système fonctionnel.

THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR LA NATURE DE QUELQUES PARALYSIES ET SUR LE TRAITEMENT OPÉRATOIRE QUI LEUR CONVIENT; par JAMES BRAID.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

APPENDICE.

NOTE DU TRADUCTEUR. — Le mémoire de M. James Braid nous a paru remarquable à plus d'un titre; le nombre et l'importance des observations qui s'y trouvent nous ont fait passer par-dessus l'étrangeté des théories de l'auteur. Ce travail a d'ailleurs été publié dans un journal de Londres, ASSOCIATION MEDICAL JOURNAL; il devait être lu devant une grande réunion médicale et soumis à une discussion publique, et c'est à la demande de l'assemblée qu'il a été livré à l'impression. Enfin l'auteur invoque comme témoins beaucoup de médecins distingués de l'Écosse et de l'Angleterre; il cite les noms recommandables de MM. Benjamin Brodie, Syme, Johnston, Badlsey, Nicholson (de Newcastle), Rhind (d'Édimbourg), etc.

Au demeurant, si l'on y regarde de près, on trouvera qu'il n'y a en définitive qu'une seule opération qui soit vraiment extraordinaire. L'analyse peut rapporter les faits à trois classes distinctes :

Dans la première, il s'agit de la contracture rigide et permanente d'un ou de deux muscles qui suffit pour épuiser toute la puissance nerveuse et musculaire d'un membre entier; il suffit aussi pour guérir de diviser le tendon du muscle contracturé; c'est là un fait d'observation journalière dans le traitement du pied-bot et du strabisme, et l'on ne peut s'empêcher de reconnaître avec l'auteur qu'un pareil résultat démontre avec évidence la remarquable influence qu'une seule partie malade du système musculaire et nerveux peut, par consensus et par sympathie, exercer sur tout l'ensemble de l'appareil organique.

Dans la seconde classe, la difformité ne provient pas d'une contracture anormale; elle a pour cause un relâchement paralytique de certains groupes de muscles, et l'opération de Stromeyer ne saurait convenir dans ce cas. Or que fait-on dans la première catégorie? Le tendon du muscle contracturé est divisé, et le corps du muscle *allongé*; on greffe, selon l'expression de l'auteur, une portion de substance nouvelle entre les deux extrémités coupées, par le fait d'un épanchement de lymphe plastique organisable. La contracture est guérie par l'opération; ne pourrait-il pas en être de même pour le relâchement paralytique, en procédant par une opération opposée qui *raccourcirait* le muscle allongé? En d'autres termes, ces muscles paralysés et relâchés ne pourraient-ils pas être soumis avec succès à une opération qui retrancherait une partie de leur tendon? Ce mode opératoire, selon l'auteur, a pour résultat à la fois de raccourcir les muscles malades devenus trop longs, de modifier leur état d'atonie et de stimuler la vitalité musculaire languissante. Voilà la partie du mémoire qui constitue une innovation dont l'étrangeté en théorie et en pratique frappera vivement les médecins français. M. James Braid cite à l'appui huit observations curieuses où les effets obtenus tiennent souvent du merveilleux.

Dans la troisième classe, il ne s'agit plus de contracture ni de paralysie isolée; c'est un relâchement morbide de tout un membre, avec atrophie. Le traitement nouveau consistait dans des frictions sur le trajet des nerfs qui se rendent à la région malade; la friction s'exerce du ventre aux extrémités; elle se fait avec un corps dur. L'auteur en pratique également sur le trajet des artères pour modifier la circulation, de même qu'il veut modifier l'innervation en frictionnant sur les nerfs. M. Braid étaye sa théorie de ses observations intéressantes; seront-elles assez probantes pour entraîner la conviction dans les esprits? Du moins là plus d'opération, plus de manœuvre dangereuse, comme dans la deuxième catégorie; et nul ne pourra être taxé d'imprudence ou de témérité en suivant la voie ouverte.

Nous ne croyons pas devoir traduire la fin de ce mémoire; nous nous bornerons à en donner l'analyse.

L'auteur termine par quelques observations sur la paralysie hystérique. En 1841, il se livra à des recherches expérimentales sur les

phénomènes du mesmérisme, malgré le scepticisme prononcé avec lequel il se mit à l'œuvre; il découvrit bientôt cependant qu'il y avait un peu de vérité mêlée à beaucoup d'erreurs.

Il lui sembla que par certains procédés, quelques individus pouvaient par leurs seuls efforts se mettre eux-mêmes dans un état analogue à celui auquel sont soumis ceux qui sont magnétisés. Le moyen le plus prompt et le plus certain pour produire cet état est, selon lui, de recommander à la personne de fixer ses regards sur un objet inanimé quelconque placé un peu au-dessus du front, mais de manière à être vu distinctement par les deux yeux. Le sujet concentre en même temps toute son attention sur cet acte. Cet effet est tout *subjectif* et indépendant de toute influence *extérieure*.

La difficulté de fixer l'attention des idiots fait que toute tentative pour les endormir a été inutile, malgré tous les efforts persévérants qu'a faits l'auteur pour y parvenir.

L'hypnotisme ou sommeil nerveux, dans lquel tombent les sujets, selon l'auteur, ne comprendrait pas un seul état, mais plutôt une série d'états, variant beaucoup depuis la plus légère rêverie jusqu'à la plus haute exaltation de la fonction appelée en action d'une part, jusqu'au coma nerveux intense, avec abolition entière de la conscience et du pouvoir volontaire de l'autre.

Nous passerons sous silence la théorie de M. Braid et ce qu'il dit des phénomènes magnétiques pour en venir aux observations qui font ressortir l'importance pratique de ces réactions, lorsqu'elles sont convenablement employées pour le soulagement et la guérison de certaines maladies.

Obs. XVII. — Dans l'été de 1842, on m'amena une jeune fille qui avait été prise subitement de violentes convulsions toniques de la main et du bras; la main était convulsivement fermée, le poignet fléchi sur le bras, et le bras fléchi sur l'humérus, le tout avec douleur considérable. Plusieurs des serviteurs mâles et femelles d'un grand hôtel avaient employé toutes leurs forces sans pouvoir ouvrir la main ou étendre le bras. On envoya chercher un chirurgien très-recommandable qui prescrivit des médicaments à l'intérieur et fit appliquer un large vésicatoire sur la nuque. Les symptômes s'étant aggravés, je fus consulté. Reconnaissant un cas hystérique, je l'endormis en chatouillant légèrement la peau dans la direction des muscles extenseurs; ceux-ci furent immédiatement mis en action, et la tonicité morbide des fléchisseurs cessa en même temps. Par ce simple moyen et sans le plus léger effort, je pus en quelques minutes effectuer ce que n'avaient pu faire d'autres personnes, malgré les plus grands efforts; car la main s'ouvrit, le poignet et le bras s'étendirent, et la patiente fut guérie en quelques minutes. Depuis, elle n'eut plus d'attaques semblables.

Obs. XVIII. — Un mois plus tard environ, une demoiselle de 16 ans me fut amenée de Newark. Elle était accompagnée du docteur Chawner et de son père. Ceux-ci m'informèrent que sa tête était fixée rigidement sur l'épaule gauche, ainsi que je le voyais, depuis vingt-six semaines. Elle était si solidement fixée qu'aucune force possible ne pouvait l'écarter assez, pour mettre une carte entre la tête et l'épaule; le docteur Chawner ajoutait qu'il avait essayé vainement toute espèce de médication possible. Il avait fait surveiller la patiente pendant son sommeil naturel, aussi bien que lorsqu'elle était sous l'influence de fortes doses d'opium; le spasme n'avait jamais cessé ni jour ni nuit pendant les vingt-six semaines. Il l'avait envoyée à Londres avec l'histoire écrite de son observation, afin d'être soumise à l'examen personnel et aux conseils de Benjamin Brodie. Elle s'en était allée sans amélioration et était restée telle que je la voyais.

La tête, en effet, était fixée si solidement sur l'épaule que je ne pus, quels que fussent mes efforts, l'écarter à la moindre distance. Je l'endormis en lui faisant fixer son regard et sa pensée sur un boîte à lancettes placée à 10 ou 12 pouces au-dessus du front. Ses paupières se fermèrent bientôt. Alors j'élevai les bras et les jambes de manière à les rendre rigides et à accélérer la circulation. Je produisis ainsi un état d'excitation dans le sensorium et dans la moelle épinière. Après être restée quelques minutes dans cette attitude et lorsque j'eus reconnu qu'elle était dans l'état le plus favorable pour agir sur le système musculaire, je titillai doucement la peau du côté droit du cou; je mis ainsi en action les muscles sous-jacents que je savais être le mode le plus certain et le plus rapide de réduire la rigidité morbide de ceux du côté gauche, qui étaient la cause que la tête était restée si longtemps fixée sur l'épaule gauche. Ainsi par l'art et non par la force, je pus faire mouvoir la tête et l'incliner vers l'épaule droite, aussi facilement qu'une mère peut changer de position la tête de son enfant plongé dans le sommeil. Ayant laissé ma jeune malade dans cette position pendant quelques minutes, je la réveillai instantanément en frappant des mains près de l'oreille, et elle fut tout étonnée ainsi que ses amis de se trouver avec la tête tout à fait droite. Lorsque j'allai la voir le matin suivant, je la trouvai occupée à lire. La tête était tout à fait droite; cependant il existait une légère courbure de l'épine pour laquelle je l'endormis dans la position droite. Pendant son sommeil, je manipulai l'épine de manière à la redresser; l'ayant réveillée, le corps et la tête étaient tout à fait dans la position normale. Je la vis encore une fois, elle était tout à fait droite, et elle s'en retourna chez elle quelques jours après.

Obs. XIX. — Le 11 août 1853, une jeune demoiselle me fut envoyée de Berwick par le docteur Johnston de cette ville. Quatre ans auparavant elle avait été saisie de paralysie de la jambe gauche. Le mal empira de plus en plus malgré les efforts les plus assidus du docteur Johnston, dont tout le monde apprécie les connaissances profondes, et qui était aidé en outre des conseils de B. Brodie. Quatre mois s'étant écoulés sans amélioration après cette dernière consultation, elle fut amenée à Édimbourg pour consulter le docteur Syme, qui examina avec soin l'épine dorsale. Il déclara qu'il n'y trouvait aucun mal et donna l'espoir qu'elle finirait par guérir, bien que quelques années pussent s'écouler avant cet heureux résultat. Il ordonna de soigner la santé générale et de faire des exercices en grand air et à cheval. Elle suivit ces prescriptions pendant dix mois sans la plus légère amélioration. On l'amena à Londres pour être soumise à l'examen et aux conseils personnels de B. Brodie. Toutefois l'amélioration ne survint pas davantage après plusieurs mois de traitement, et on finit par abandonner toute espèce de médication.....

M. Johnston ayant pris connaissance de mon mémoire sur la thérapeutique hypnotique, publié dans le mois de juillet dans Monthly journal of medical science 1853, me l'envoya accompagnée de sa mère.

C'était une belle et intelligente demoiselle ayant 5 pieds 8 pouces (anglais), avec toute l'apparence de la jeunesse et de la vigueur, lorsqu'elle était assise; mais lorsqu'elle essayait de marcher, l'état paralytique de la jambe gauche était très-évident, en ce qu'elle ne pouvait seulement la traîner le long du parquet à chaque pas qu'elle faisait, jusqu'au talon de l'autre pied avec les doigts du membre malade tournés en dedans. Je n'eus pas de difficulté de reconnaître la nature du cas. J'affirmai aussitôt à la mère et à la fille que celle-ci serait bientôt libre de marcher. Ayant fait asseoir la demoiselle, je l'endormis et j'étendis les membres. J'agis sur eux de manière à changer l'état des muscles. Au bout de dix minutes environ, je la réveillai et je lui dis de marcher dans la chambre, ce qu'elle put faire en élevant le pied gauche au-dessus du parquet et le portant en avant de l'autre, selon le mode ordinaire. L'amélioration, quoiqu'elle boitât encore, surprit beaucoup la mère et la fille. Le matin suivant, je répétai l'opération avec une amélioration encore plus grande; le soir du même jour, je la soumis aux mêmes manipulations; après quoi elle put aller et venir dans la chambre sans la plus légère apparence de claudication. Après une quatrième opération pratiquée le matin suivant, elle put marcher avec la grâce d'une reine ou l'agilité d'un sylphe (*sic*). Immédiatement après cette opération, elle parcourut la ville dans tous les sens comme si elle n'avait jamais été estropiée. Comme les muscles de l'autre jambe avaient été aussi un peu affectés, je recommandai à ma patiente de rester en traitement environ un mois pour mieux consolider la guérison. Après quoi elle s'en retourna chez elle tout à fait forte et active pendant douze mois.

Durant l'été de 1854, elle parcourut les montagnes de l'Écosse aussi facilement que ses compagnons de voyage. Mais pendant l'automne, à la suite de fatigues et d'inquiétudes sur la santé d'un ami, l'état général fut affecté, et à la fin de septembre, elle eut une autre attaque de paralysie.

Elle me fut ramenée au bout de trois semaines. La mère et la fille arrivèrent à Manchester à huit heures du soir, et aussitôt qu'elles eurent pris quelques rafraîchissements, je leur dis que j'entendais faire marcher mademoiselle sans claudication *avant de se mettre au lit*. Je l'endormis et j'agis comme la première fois. Au bout d'un quart d'heure, la paralysie avait complétement cessé et la patiente marchait sans la moindre gêne.

Après avoir été endormie de nouveau le jour suivant, elle se sentit aussi vigoureuse qu'avant l'attaque.

Obs. XX. — J'eus à soigner un cas semblable le 5 mai 1854. C'était une jeune fille de 19 ans, qui depuis deux ans et demi n'avait pu marcher qu'en pirouettant sur ses talons, avec les doigts et le pied relevés de manière à ne pas toucher le sol. Appartenant à une famille riche, elle avait consulté les médecins les plus distingués du royaume. On pouvait donc conclure que toutes les ressources médicales ordinaires avaient été épuisées inutilement. Elle était accompagnée de son père, de sa mère, de son oncle et du docteur Nicholson, médecin ordinaire de la famille, qui était venu de Northumberland pour conférer avec moi sur l'état de cette jeune demoiselle.

A l'examen, je trouvai les gastro-cnémiens des deux jambes non-seulement paralysés, mais entièrement atrophiés, de sorte qu'elle n'avait pas de mollets. Le tibial *carticus* et les autres muscles de la paroi antérieure de la jambe, étaient tellement contractés qu'ils tiraient en haut les doigts et les pieds. Les talons seulement touchaient le sol chaque fois qu'elle essayait de marcher. Je dis au docteur Nicholson, qui est un homme très-intelligent (il est professeur à l'École de médecine de Newcastle), que ce qu'il fallait dans ce cas c'était d'augmenter l'activité des gastro-cnémiens des deux jambes et de modérer celle de leurs antagonistes. D répliqua; « Sans aucun doute, cela améliorerait son état, *mais comment l'accomplir?* » Alors, ayant endormi la patiente, j'étendis les membres, et lorsque je vis que le système musculaire était dans l'état convenable d'excitabilité, je titillai la peau au-dessus des muscles gastro-cnémiens, et j'abaissai les doigts de pied. De cette manière, les deux indications que j'avais en vue furent remplies. Réveillant la patiente environ dix minutes après, elle prit mon bras et put aller et venir dans la chambre avec les plantes des pieds à plat sur le parquet, la première fois depuis deux ans et demi.

Le jour suivant, l'amélioration fut encore sensible, je priai M. Nicholson, qui est un homme robuste, de chercher à relever les doigts de pied, mais les gastro-cnémiens étaient devenus si puissants qu'il ne put y parvenir.

Au bout de six jours, cette demoiselle put parcourir les rues et faire plus

d'un quart de mille; quelques jours plus tard elle fit un tiers de mille, et au bout de dix-huit jours environ, elle quitta Manchester.

Elle est restée parfaitement bien depuis, sa santé générale s'est aussi beaucoup améliorée.

L'auteur cite une dernière observation, dans laquelle il rétablit la vue d'une personne qui avait une paralysie partielle du nerf optique et de la rétine.

Aucun des cinq malades dont il vient d'être question ne fut soumis à une médication quelconque pendant tout le temps qu'il fut l'objet des soins de M. Braid. Le peu de temps pendant lequel ils suivirent son traitement ne laisse aucun doute, selon l'auteur, que le sommeil et la guérison sont vis-à-vis l'un de l'autre en relation de cause à effet.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE A PROPOS DE LA NOTE DE M. GUBLER SUR UN EMPHYSÈME PRODUIT PAR UN GAZ ANALOGUE A CELUI DES MARAIS; par M. PROSPER MEYNIER, D. M. P., à Ornans.

Monsieur le rédacteur,

La note de M. Gubler (1), et les réflexions dont ce médecin fait suivre sa relation me rappellent un cas fort curieux qui offre des rapports avec celui-là.

Malgré l'époque, éloignée déjà, où la chose a été observée; malgré la perte de détails que je regrette, ce qui en est resté gravé dans ma mémoire est encore très-présent et très-sur. Je regarde comme un devoir de vous le transmettre, puisqu'il s'agit d'un des *desiderata* de la science. Il y a bien longtemps déjà que je suis à l'affût de pareilles aubaines; quelquefois j'ai eu la bonne fortune d'en rencontrer çà et là. Si mon récit est incomplet sur bien des points, il offrira toujours un intérêt certain au point de vue de la médecine légale.

OBS. — Le 20 février 1839, je fus mandé par M. le maire de Montrond (Doubs) pour examiner le corps d'un nommé Migonney dit *Chou-blanc*.

Depuis plusieurs années, cet homme vivait seul. Accusé jadis, par la voix publique, de l'assassinat d'une femme avec laquelle il aurait entretenu de longues et intimes relations, puis relaxé faute de preuves suffisantes, il était resté sous le poids d'une réprobation générale. Cette espèce de *lynch's-law* avait fait de lui un paria. Il ne faut donc pas s'étonner que son absence n'ait pas été remarquée tout d'abord. Cependant quelques jours s'étant écoulés sans qu'on le vît dehors, on finit par savoir qu'il était indisposé; ensuite qu'il était mort. Un officier de santé de la banlieue l'avait vu, en passant, une seule fois. Qu'avait-il reconnu? qu'avait-il conseillé? On ne le sait pas. Toutefois, on n'avait employé ni saignée, ni aucune autre médication active.

D'après les renseignements recueillis pourtant, il était infiniment probable que Migonney était mort d'une pneumonie aiguë, méconnue ou non traitée en temps utile et par des moyens suffisants.

Jusqu'ici, rien d'extraordinaire. Mais les voisins, qui l'avaient visité, probablement peu de temps après sa mort, furent surpris et terrifiés en voyant les membres, plus ou moins fléchis d'abord, exécuter des mouvements manifestes et s'étendre; les yeux, presque fermés, faire saillie et se rouvrir; une certaine coloration reparut sur le visage. On crut entendre comme des soupirs s'échapper de la poitrine. Des bulles très-visibles venaient, aux angles de la bouche, se montrer de temps en temps et crever,..

Certes il n'en fallait pas tant pour attirer l'attention dans un village, faire croire à une léthargie possible, et justifier la sollicitude de l'autorité.

A mon arrivée, il me fut aisé de constater moi-même quelques-unes des circonstances rapportées plus haut, et d'en reconnaître la cause. Tout cela dépendait d'un emphysème énorme, universel. Venait-il d'un commencement de putréfaction? Je ne le pense pas. On était en hiver. Il n'y avait que deux jours, tout au plus, écoulés depuis le décès. Pas de trace d'une affection septique. D'ailleurs il y avait au moins vingt-quatre heures que le gonflement avait commencé: c'était donc bien peu de temps après la mort.

Pour m'assurer de la réalité de celle-ci, je fis bien des épreuves. Plus de pouls nulle part. A l'auscultation, rien. Une glace, présentée au devant de la bouche ne se ternissait pas. La rigidité cadavérique existait. J'essaye une saignée au bras. Aussitôt la piqûre faite, un ruban d'un rouge foncé sort de la veine, espèce de *tractus* de sang coagulé, continu, de plus de 20 centimètres de longueur.

On peut juger de la stupéfaction, de la terreur des assistants.

D'autres ponctions sur les veines superficielles produisent le même effet. Là et ailleurs on distingue aisément un sifflement léger qui signale l'issue de fluides élastiques. Quels étaient-ils? Je ne me le rappelle pas: le fait de leur présence et de leur fuite n'en est pas moins certain. Il était positif aussi qu'une quantité considérable de fluides aériformes s'était formée peu de temps après la mort, dans toutes les cavités, tous les tissus. Leur force d'expansion avait redressé les membres ployés, distendu les principaux viscères, expulsé les liquides libres dans les organes creux. Et c'étaient encore eux, ces gaz, qui poussaient le sang figé hors des vaisseaux ouverts par l'instrument explorateur.

De suffisantes expériences ayant encore été pratiquées, et la mort étant démontrée, on dut permettre l'inhumation....

En commençant, je l'ai avoué, l'observation est incomplète, surtout au point de vue si mystérieux de la genèse et de la nature du gaz ou des gaz développés. Mais, sous le rapport médico-légal, quel intérêt! Il n'en est pas moins prouvé, par ce fait, que, en certaines occasions, un cadavre peut se mouvoir. Déjà glacés, des membres fléchis peuvent s'étendre seuls. Une poitrine où le cœur ne bat plus peut se soulever, émettre un souffle!

J'ai bien à me féliciter que la communication de M. Gubler ait provoqué la mienne. Ce sera un commencement de réponse à l'appel de notre confrère. Il en amènera d'autres, sans doute; et la lumière se fera sur l'histoire si importante de l'emphysème spontané,

Agréez, etc.

(1) GAZ. MÉD., n° 13, p. 666.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

(Suite.)

VI. ANNALES MÉDICALES DE LA FLANDRE OCCIDENTALE.

Les cinq dernières livraisons de 1855-56 contiennent les mémoires originaux suivants : 1° *Relation d'une épidémie de variole et de purpura hæmorrhagica qui a régné à Besançon en mai* 1854; par M. Coutenaz. (Suite et fin.) 2° *Accès de névralgie intercostale, de névralgie du testicule et de priapisme névralgique périodiques se produisant successivement chez une même personne; guérison par les préparations de quinquina*; par M. Liegey. 3° *De la pneumonie aiguë*; par M. Macario. 4° *Observation d'anévrisme de l'artère carotide primitive; ligature à sa partie inférieure*; par MM. Dropsy et Burnotte. 5° *Lettre à M. le docteur Bayard sur quelques-unes des causes de la mort du fœtus vers le terme de la grossesse*; par M. Ancelon. 6° *Note sur l'épidémie cholérique de Clermont-Ferrand en* 1855; par M. Imbert-Gourbeyre. 7° *Du traitement du choléra par l'arsenic et le veratrum album*; par le même.

OBSERVATION D'ANÉVRISME DE L'ARTÈRE CAROTIDE PRIMITIVE GAUCHE; LIGATURE A SA PARTIE INFÉRIEURE; GUÉRISON; par MM. JOSEPH DROPSY et BURNOTTE.

OBS. — Une fille, âgée de 25 ans, d'un tempérament sanguin, éprouva tout à coup vers le côté gauche du cou, près de la région hyoïdienne, la sensation d'un coup de fouet, pendant des efforts de vomissements. En y portant la main, elle ne constata pourtant rien d'anormal; mais, six semaines plus tard, il s'y développa une tumeur du volume d'une noix, indolore à la pression et disparaissant sous son influence. Cette tumeur augmenta progressivement jusqu'à atteindre le volume d'un œuf de poule, s'accompagnant de battements parfois violents, de légers vertiges et de bruissements dans les oreilles.

Un an environ après l'apparition de cette tumeur, la malade vint consulter M. Dropsy, qui constata les particularités suivantes :

Il existe au côté gauche du cou une tumeur qui s'étend depuis deux travers de doigts, à partir de la clavicule jusqu'à l'angle de la mâchoire. Sa forme générale est celle d'un ovale renversé dont les deux extrémités se perdent insensiblement dans les tissus environnants, et dont la plus grande largeur est au niveau de l'os hyoïde, et mesure 2 pouces de diamètre. La peau est très-mobile, mais la tumeur elle-même, dans laquelle la main ne perçoit que des battements obscurs, non continus, se laisse à peine déplacer dans le sens latéral. Il est impossible de dire s'ils sont expansifs ou non ; ils diminuent toutefois sans disparaître complétement par la compression de la partie inférieure de la carotide; enfin, les battements des artères temporale et maxillaire externe de ce côté sont à peine sensibles, tandis qu'ils sont très-forts du côté opposé.

M. Dropsy, considérant cette tumeur comme un anévrisme de la carotide primitive, conseilla, vu la gravité de la maladie, l'opération sur-le-champ, et s'adjoignit pour la faire un praticien distingué, M. Burnotte, juin 1852.

L'opérateur fit porter l'incision sur le bord interne du sterno-mastoïdien, depuis la partie inférieure de la tumeur jusqu'à la clavicule ; ce muscle, mis à découvert et suffisamment relâché par l'inclinaison de la tête en avant, fut ensuite écarté au moyen de crochets mousses. M. Dropsy atteignit sans difficulté le vaisseau, et sans qu'il survînt presque aucun écoulement de sang.

La ligature fut placée sur l'artère et la plaie réunie par trois points de su-

ture, pour mettre en même temps bien en contact les parties profondes, on plaça sur les bords deux rouleaux, le diachylon légèrement aplati d'un côté, de manière à former un coin allongé.

Immédiatement après la ligature, la vue se troubla, il survint un peu de pâleur, avec imminence de syncope. Un verre de vin dissipa ces phénomènes.

Du reste, tout se passa bien jusqu'au troisième jour, où survint un mouvement fébrile et un peu de douleur à la plaie.

Deux jours plus tard, cette réaction fébrile avait cédé.

Le sixième jour, on lève l'appareil, qui était un peu taché de pus; on trouva les bords de la plaie entièrement soudés. Les points de suture furent alors enlevés.

Dix-huit jours après l'opération, la ligature tombe, et toute la plaie est cicatrisée par première intention.

Quant à la tumeur, après avoir diminué d'au moins un tiers de son volume quelques heures après l'opération, elle resta stationnaire pendant trois semaines.

Deux mois et demi plus tard, elle est fluctuante, molle, sans battements, sans bruit de souffle; un trocart explorateur en ramène du pus noirâtre, lie de vin.

Deux ans après la ligature (1854), l'opérée portait encore une petite tumeur sensiblement fluctuante du volume d'une noix. Une simple ponction à la lancette en fit sortir du pus mêlé de sérosité.

Aujourd'hui (1855) la guérison est complète.

VII. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE BRUGES.

Les livraisons des mois d'avril au mois de juin 1855 renferment les travaux originaux suivants : 1° *Emploi du chloroforme dans les accouchements*; par M. Alfred Liegard. 2° *Observations de fracture du crâne avec décollement de la dure-mère et épanchement sanguin intra-crânien*; par M. Cornaz. 3° *De l'évaporation spontanée de l'eau à l'état solide*; par M. d'Haw, pharmacien. 4° *De l'inanition et de ses rapports avec la thérapeutique, l'hygiène et la médecine légale*; par M. Bourgeois.

EMPLOI DU CHLOROFORME DANS LES ACCOUCHEMENTS; par M. LIEGARD (de Caen).

L'auteur, dans ce mémoire, se loue beaucoup de l'usage du chloroforme dans les accouchements accompagnés de douleurs très-vives des reins, d'agitations presque convulsives, dans l'éclampsie puerpérale et les opérations obstétricales en général. Cet agent, à ses yeux, est tout à fait innocent dans ces circonstances; mais il faut remarquer qu'il ne l'emploie qu'à une dose faible, suffisante cependant pour amener l'insensibilité.

Il est inutile, en effet, ici, de plonger la patiente dans un collapsus complet, comme cela est nécessaire pour les grandes opérations chirurgicales. Mais la circonstance qui lui semble exiger le plus impérieusement l'inspiration du chloroforme, c'est l'éclampsie, soit lorsqu'elle est seulement annoncée par quelques signes précurseurs, soit lorsque déjà elle est déclarée.

Les observations de M. Liegard sur ce dernier point confirment pleinement celles déjà nombreuses que la science possède à ce sujet. Aucun moyen ne paraît, en effet, aujourd'hui mieux adapté à l'éclampsie puerpérale que le chloroforme.

D'ailleurs, dans le travail de la parturition, il est toujours facile de saisir le point où l'on peut, où l'on doit s'arrêter en observant les deux préceptes suivants : « 1° La femme a cessé ses cris et ses plaintes; son pouls, moins fréquent, est régulier; la respiration large, facile et égale... arrêtez-vous. 2° L'utérus continue ses contractions avec régularité et énergie.... soyez sans crainte; continuez votre anesthésie; la vie organique est intacte; vous n'avez pas dépassé l'éthérisation des lobes cérébraux.

DE L'INANITION ET DE SES RAPPORTS AVEC LA THÉRAPEUTIQUE, L'HYGIÈNE ET LA MÉDECINE LÉGALE; par M. BOURGEOIS (de Tourcoing).

Le travail de M. Bourgeois a pour objet l'étude des phénomènes qui accompagnent la privation complète ou incomplète des aliments. La science ne manque pas assurément de travaux sur ce sujet. Il suffit de rappeler les noms de MM. Andral, Piorry, Bouchardat, et surtout de M. Chollat, dont le travail fut couronné par l'Institut en 1841. Toutefois, malgré ces savants travaux, il existe encore quelques faits obscurs à éclaircir, et ces lacunes, M. Bourgeois essaye de les faire disparaître en partie dans son travail sur l'inanition.

L'auteur, après avoir contrôlé, par des expériences répétées sur plus de 30 mammifères, les observations faites déjà par MM. Magendie, Collard de Martigny et Chollat, déduit les conclusions suivantes que nous résumerons ainsi : 1° La faim et les douleurs gastriques, après être devenues plus vives, s'apaisent, puis disparaissent; en même temps, l'absorption devient plus active et s'exerce sur tous les tissus et sur les liquides; seul le tissu nerveux jouit de l'étonnant privilége de rester intact; 2° les mouvements du cœur, d'abord accélérés, se ralentissent après le troisième jour de l'abstinence; les globules sanguins diminuent: de là teint jaune et décoloration des muqueuses; la respiration se ralentit à son tour, et la colorification va en diminuant, jusqu'au refroidissement complet; 3° parmi les sécrétions, la salive, les sucs gastriques et pancréatiques diminuent: celle de la bile seule conserve assez d'activité, et fournit à elle seule les diarrhées colliquatives des derniers jours de l'existence. Du reste, à l'autopsie, on rencontre de la bile dans l'estomac, les intestins, et la vésicule biliaire est distendue par ce liquide. Quant à la peau, elle se recouvre d'une espèce de poussière noire et fétide; elle est comme parcheminée; 4° les fonctions cérébrales s'exaltent, après quelques jours d'abstinence, jusqu'à la fureur, aussi bien chez les animaux que chez l'homme.

Ces conclusions ne sont que le résultat de nombreuses expériences faites par l'auteur sur des animaux, d'observations recueillies sur l'homme lui-même exposé aux angoisses de la faim, par suite d'événements imprévus (naufrages, éboulements), et sont appuyés sur des tableaux statistiques faits avec soin et multipliés.

VIII. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

La livraison d'avril et mai 1855 contient les travaux originaux suivants : 1° *Angine de poitrine*; observation recueillie par M. Rul-Ogez. 2° *Remarques sur l'usage des injections iodées*; par le même.

REMARQUES SUR L'USAGE DES INJECTIONS IODÉES; par M. RUL-OGEZ.

Ce travail se compose de quatre observations ayant trait, la première à une ascite chronique dont le début remontait à douze ans; la deuxième à une hydropisie enkystée de l'ovaire datant d'un an et demi; la troisième à un abcès chronique du sein par suite d'allaitement; enfin, la quatrième à une fistule anale.

Les deux premières opérations furent suivies d'insuccès: l'hydropisie péritonéale se reproduisit même après une troisième injection, et la malade mourut subitement quatre mois après. L'hydropisie enkystée de l'ovaire subit également trois injections iodées, mais la troisième fut suivie d'accidents inflammatoires dans le bas-ventre, qui emportèrent la malade au neuvième jour.

Quant à l'abcès mammaire et à la fistule anale, la guérison en fut complète par les injections iodées. Pour la fistule anale, ce fut à la teinture d'iode pure que l'auteur eut recours; il la renouvela seulement tous les deux ou trois jours : la cure exigea cinq mois de traitement.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 31 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. BINET.

SUR L'ABSENCE DE L'ACIDE HIPPURIQUE DANS L'URINE DU CHEVAL; par M. ROUSSIN.

(Commissaires : MM. Boussingault et Payen.)

Des analyses d'urine de cheval, qui semblent exécutées avec beaucoup de soin, notamment celles de MM. de Bibra et Boussingault, offrent dans le chiffre de l'acide hippurique de si fortes différences (1), qu'on ne peut raisonnablement les attribuer à des erreurs de calculs ou d'expériences. Il convenait d'en rechercher la cause, et c'est dans ce but qu'ont été instituées les expériences qui font l'objet de notre mémoire.

Les chevaux qui fatiguent beaucoup produisent beaucoup d'acide hippurique et peu d'urée comparativement. Les chevaux bien nourris et oisifs ne produisent que peu ou point d'acide hippurique; l'urée, au contraire, envahit les urines dans une forte proportion. La limpidité de l'urine peut servir d'indice. Si ce liquide est clair et laisse déposer peu de carbonate calcaire, il contient beaucoup d'urée et fort peu d'acide hippurique. L'urine des chevaux est-elle trouble et jumenteuse, on peut être assuré qu'elle contient d'assez fortes proportions d'acide hippurique.

L'activité respiratoire et l'emploi des forces musculaires semblent donc transformer l'urée en acide hippurique. Le repos, au contraire, laisse l'urée intacte et paraît peu propice à sa transformation en acide hippurique.

(1) M. Boussingault admet 4gr.,7 d'hippurate de potasse, et M. de Bibra 12gr.,60 d'acide hippurique par kilogramme d'urine de cheval.

— L'Académie reçoit divers travaux destinés à concourir pour divers prix de la fondation Montyon, savoir :

Pour les prix de médecine et de chirurgie, les mémoires dont les titres suivent :

Anatomie omalographique, collection de dessins représentant, de grandeur naturelle, des coupes des principales régions du corps humain, d'après des sections pratiquées sur des cadavres congelés; par M. E. Legendre;

Mémoire sur un nouvel urétrotome sur conducteur, pour pratiquer l'urétrotomie d'avant en arrière et sans dilatation préalable; par M. Boinet;

Considérations sur les variations anatomiques et pathologiques du poids de l'utérus; par M. Gariel;

Considérations sur la literie des établissements hospitaliers; par le même; Recherches sur l'asphyxie; par M. Faure.

Concours pour le prix dit des arts insalubres :

Mémoire sur les accidents que développe, chez les ouvriers en caoutchouc, l'inhalation du sulfure de carbone en vapeur; par M. A. Delpech.

— M. Renault, directeur des études à l'École vétérinaire d'Alfort, prie l'Académie de vouloir bien admettre au concours pour les prix de médecine et de chirurgie deux ouvrages qu'il lui adresse, l'un déjà publié depuis longtemps, Mémoire sur une des causes les plus fréquentes de la gangrène traumatique; l'autre, tout récent, sur la question de savoir si le typhus contagieux du gros bétail peut naître spontanément sur les animaux de l'espèce bovine étrangère à la race dite des steppes.

M. Renault prie, en outre, l'Académie de vouloir bien comprendre également parmi les pièces du concours un mémoire précédemment présenté par lui : Études expérimentales sur l'absorption des virus. Ce mémoire ne s'étant pas retrouvé dans les papiers de M. Magendie, à qui il avait été envoyé, M. Renault espère que l'Académie, prenant en considération le temps nécessaire pour faire une nouvelle rédaction d'après les registres où ont été consignés les résultats des expériences, voudra bien prolonger jusqu'à la fin d'avril le temps où son mémoire pourra encore être admis.

— M. Figuier prie l'Académie de vouloir bien admettre au concours, pour un des prix de la fondation Montyon, deux ouvrages qu'il adresse et qui ont pour titre, l'un, L'alchimie et les alchimistes, l'autre Exposition et histoire des principales découvertes scientifiques modernes.

M. Figuier présente au concours, pour les prix de médecine et de chirurgie, son mémoire sur l'origine du sucre contenu dans le foie et sur la présence normale du sucre dans le sang de l'homme et des animaux; il y joint, conformément à une obligation imposée aux concurrents, une indication de ce qu'il considère comme neuf dans son travail. (Réservé pour la future commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— M. Marie adresse de même un résumé en double expédition de son mémoire sur les rapports numériques qui existent chez l'adulte à l'état normal et à l'état pathologique entre le pouls et la respiration, et son mémoire sur l'hydrocèle enkystée spermatique. (Même commission.)

— M. Duplay adresse de même des analyses de deux mémoires qu'il présente pour ce concours, l'un sur les changements et les altérations que présente chez les vieillards l'appareil sécréteur et excréteur du sperme; l'autre sur le sperme des vieillards. (Même commission.)

— M. A. Verga, en adressant de Milan, pour le même concours, un recueil de mémoires anatomiques, signale, dans la lettre d'envoi, les principaux faits nouveaux qu'il y présente. Pour un de ces faits, « l'existence d'un nouveau ventricule dans le cerveau, » il en avait déjà signalé l'existence; mais dans le présent recueil le sujet est exposé d'une manière plus complète.

— M. Filhol prie l'Académie de vouloir bien admettre au concours, pour les prix de médecine et de chirurgie, les divers travaux qu'il lui a précédemment présentés, et qui sont relatifs à la composition chimique et aux propriétés médicales des eaux sulfureuses des Pyrénées.

— M. Knapp adresse de Cincinnati un opuscule sur le scorbut des nourrices ou anémie puerpérale, et demande que ce travail soit annexé à un mémoire qu'il avait précédemment présenté au concours pour le prix Bréant sur le choléra-morbus, parce que plusieurs des considérations qu'il présente sur les causes des affections épidémiques sont également applicables au choléra asiatique; il annonce l'envoi prochain d'un travail sur le choléra des enfants qu'il désire, pour de semblables raisons, voir annexé à ses deux premiers mémoires.

— M. Fonssagrives, professeur à l'École de médecine navale de Brest, présente au concours, pour le prix dit des arts insalubres, un Traité d'hygiène navale qu'il vient de publier, et y joint une indication des principales améliorations qu'il a proposées, et de faits qui, par leur nouveauté, semblent de nature à appeler plus spécialement l'attention de l'Académie. (Réservé pour la future commission.)

— M. Leroy-d'Étiolles envoie en double exemplaire une collection de trois opuscules imprimés, relatifs aux moyens d'extraire de la vessie les corps étrangers autres que les pierres ou leurs débris. En priant l'Académie d'admettre ces écrits au concours pour le prix de médecine et de chirurgie, l'auteur s'excuse de n'y pas joindre, conformément à ce qu'exige le programme, une indication de ce qu'il considère comme nouveau dans ses recherches; il lui a été impossible, dit-il, de fournir une semblable indication, les procédés opératoires qu'il soumet au jugement de l'Académie et les instruments employés étant tous également nouveaux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 8 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. MICHEL LÉVY.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

Le ministre de la justice informe l'Académie qu'il a donné l'ordre de comprendre à l'avenir la bibliothèque de l'Académie de médecine dans la distribution gratuite du Journal des savants.

Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

1° Les rapports relatifs aux maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Vendée en 1855.

2° Un rapport de M. le docteur Laroche sur une épidémie de fièvre scarlatine qui a régné en 1855 dans plusieurs communes du département de Maine-et-Loire.

3° Les tableaux résumés des maladies épidémiques qui ont régné en 1855 dans les départements du Tarn-et-Garonne et du Jura. (Commission des épidémies.)

— La correspondance non officielle comprend :

Une lettre de M. Beau et une lettre de M. Parchappe, qui demandent à être compris au nombre des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

Deux demandes semblables sont adressées par MM. Sandras et Bayle pour la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

NIDS D'HIRONDELLE DE MER.

M. Jules Cloquet fait la communication suivante :

M. le capitaine de vaisseau Simonet de Maisonneuve, qui commande la frégate *la Sibylle* dans la mer de la Chine, m'a envoyé la substance des nids d'hirondelle de mer ou salanganes des mollusques, purifiée et préparée pour les usages pharmaceutiques et culinaires. Cette matière, très-recherchée par les Chinois comme aphrodisiaque, est destinée presque exclusivement à la table des mandarins et des riches Chinois. Cette substance, très-légère, d'un blanc jaunâtre, est sous forme de longues baguettes demi-transparentes, d'environ 30 centimètres de longueur. Trempée dans l'eau, elle devient d'une transparence cristalline parfaite et fournit une gelée transparente, très-légère, complétement insipide et qui offre de la ressemblance avec la gelée de lichen d'Islande. Elle brûle comme une matière végétale, en répandant une odeur légèrement cornée.

Cette matière a été le sujet de controverses à l'Académie des sciences. On a prétendu que cette substance provenait du frai de poisson; d'autres ont dit que les salanganes la retiraient de petits mollusques; d'autres encore qu'elle n'était autre chose que la sécrétion salivaire des salanganes; enfin, on a avancé que ces oiseaux la recueillaient sur des fucus ou plantes marines.

On fabrique avec cette substance une gelée de table très-délicate, bien supérieure à celle préparée avec l'ichthyocolle.

MM. Boullay, Gaultier de Claubry, Moreau et Jules Cloquet échangent quelques mots sur l'origine et la nature de la substance des nids de salanganes.

Une commission composée de MM. Jules Cloquet, Gaultier de Claubry et Chatin est chargée de faire un rapport à ce sujet.

EAUX MINÉRALES.

M. O. Henry donne successivement lecture, au nom de la commission des eaux minérales, des différents rapports dont voici le résumé :

Eau minérale sulfureuse et saline (eau verte) de Vacqueras-Montmirail (Vaucluse). Cette eau se rapproche beaucoup de celles de Sedlitz, d'Epsom et de Seidchutz; elle est jusqu'à présent unique en France et appartient à un établissement thermal connu et autorisé, où elle viendra prêter son concours à une eau sulfureuse reconnue aussi de très-bonne nature et anciennement employée comme agent thérapeutique.

La commission propose de répondre au ministre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation demandée par M. le docteur Bourbousse pour l'eau saline ou *verte* de Vacqueras-Montmirail. (Adopté.)

Eau de la source des Dames, près Cusset, prise à son point d'émergence et amenée à Vichy. Il résulte de l'examen chimique auquel cette eau a été soumise qu'il n'y a pas de différence notable entre l'eau de la source des Dames prise à sa source et la même amenée à la buvette de Vichy, au moyen de conduits appropriés et par un parcours de un kilomètre environ. En est-il de même pour les effets thérapeutiques? Il y a lieu de le supposer; toutefois, c'est à l'expérience à le démontrer d'une manière précise.

La commission propose de répondre qu'il y a lieu d'autoriser l'exploitation de la buvette de Vichy formée par la source des Dames, sise à Cusset. (Adopté.)

Eau de Koutz-Basse, près Sierck (Moselle). Par sa composition chimique et par suite des utiles applications médicales qu'on en a faites déjà depuis plusieurs années, l'eau de Sierck vient se ranger à côté des eaux salines iodo-bromo-chlorurées de Montdorff, de Hombourg et de Kreusnach, dont les propriétés sont bien définies. Nous croyons en conséquence qu'il y a lieu d'encourager les projets formés par le propriétaire de créer à la source de Koutz-Basse, un établissement thermal, utile au pays messin tout entier.

La commission est d'avis qu'il y a lieu d'autoriser l'exploitation de cette source au point de vue médical, lorsque les travaux de captage auront été définitivement exécutés. (Adopté.)

REMÈDES SECRETS.

M. ROBINET lit, au nom de la commission des remèdes secrets, plusieurs rapports dont les conclusions, toutes négatives, sont successivement adoptées par l'Académie.

TRAITEMENT ABORTIF DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

M. BLACHE, en son nom et au nom de M. Grisolle, donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. le docteur Rihart (de Pontoise), relatif au traitement abortif de la fièvre typhoïde par des pilules de sulfate de quinine et d'extrait aqueux de digitale.

Quatorze fois, dit M. Blache en résumant son rapport, M. Rihart a fait usage de sa méthode, et il est difficile d'établir un jugement sur un aussi petit nombre de faits.

La durée moyenne de la maladie a été de 23 jours au moins. Ce résultat n'offre rien de remarquable et surtout ne justifie pas, pour le traitement employé, le nom un peu ambitieux de *traitement abortif*.

En conséquence de ce qui précède, nous croyons pouvoir conclure en invitant M. le docteur Rihart à recueillir de nouvelles observations, mais en y apportant une exactitude plus rigoureuse et en relisant les sages conseils donnés par notre honorable et excellent collègue M. Louis, dans la préface de son ouvrage si remarquable sur la fièvre typhoïde.

La commission propose le dépôt aux archives du mémoire de M. le docteur Rihart.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

APPAREILS ÉLECTRIQUES DESTINÉS A L'USAGE MÉDICAL.

M. BOUVIER commence la lecture d'un rapport sur les appareils électriques de MM. Beckensteiner, Legendre et Morin, E. Bernard;

Sur une note relative aux propriétés différentielle des courants d'induction de premier et de deuxième ordre, par M. le docteur Duchenne (de Boulogne);

Sur un nouveau traitement de l'adénite cervicale au moyen de l'électricité localisée, par M. le docteur Boulu;

Et sur une ceinture électrique et une micture galvanique de MM. Breton frères.

(Commissaires : MM. Bérard, Gaultier de Claubry, Poiseuille, Guéneau de Mussy, Longet, Soubeiran et Bouvier, rapporteur.)

DU TRAITEMENT CURATIF DES KYSTES DE L'OVAIRE.

M. BOINET donne lecture de quelques réflexions sur la cure radicale des hydropisies des ovaires par les injections iodées, à l'occasion d'un nouveau mode de traitement proposé par M. Barth, médecin de l'hôpital Beaujon.

Dans la séance de l'Académie de médecine du 1er avril 1856, dit-il, l'honorable M. Barth a communiqué l'observation d'un kyste de l'ovaire traité par une nouvelle méthode.

Cette communication a été l'objet, de la part de M. Barth et de plusieurs de ses collègues, de quelques observations sur lesquelles je désire fixer l'attention des praticiens.

Je me bornerai à parler seulement des quelques points qui ont été soulevés dans cette séance, ne voulant pas revenir sur tous ceux que j'ai déjà indiqués dans un mémoire sur la cure radicale des hydropisies de l'ovaire, par les injections iodées, mémoire que j'ai eu l'honneur d'adresser à l'Académie il y a environ cinq ans, et qui se trouve dans mon TRAITÉ D'IODOTHÉRAPIE, aux pages 408 et suivantes, dans le chapitre qui traite de la cure des hydropisies ovariques par les injections iodées.

Les points qui ont été soulevés par M. Barth et par quelques membres de l'Académie sont les suivants, les seuls que je me propose d'examiner :

1° La méthode proposée par M. Barth est-elle nouvelle, et le procédé qu'il recommande a-t-il tous les avantages qu'il lui reconnait ?

2° Est-ce courir la chance d'une péritonite promptement mortelle que de faire suivre la ponction d'un kyste ovarique d'une injection iodée, et le liquide iodé peut-il s'écouler en dehors du kyste dans la séreuse abdominale?

3° Une injection iodée peut-elle être faite dans la poche très-vaste d'un kyste, sans crainte de voir se développer un véritable empoisonnement?

4° La guérison des kystes de l'ovaire a-t-elle lieu par rétraction du kyste ou par inflammation adhésive de ses parois ?

5° Enfin, les kystes de l'ovaire peuvent-ils guérir après une ou deux ponctions simples ou même sans opération aucune?

Telles sont les questions qui ont été soulevées à l'Académie de médecine et que je demande la permission d'examiner : elles sont capitales au point de vue du traitement du kyste ovarique.

D'abord, je ferai remarquer que c'est à tort qu'on désignerait sous le titre de méthode nouvelle le procédé, nouveau il est vrai, que M. Barth vient de proposer pour donner issue au liquide contenu dans un kyste de l'ovaire, et ensuite pour faire les injections iodées, car il est évident pour tout le monde que si la malade de M. Barth guérit, elle guérira grâce aux injections iodées et non à cause du procédé qu'il a mis en usage. C'est ce que je vais démontrer.

Cette méthode n'est donc pas nouvelle : c'est celle des injections iodées, mais employées à l'aide d'un procédé nouveau.

Ce procédé a tous les avantages que lui reconnait le savant médecin de Beaujon. Que propose M. Barth? De pratiquer sur la ligne médiane de la paroi antérieure de l'abdomen, à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne, une première ponction, de retirer le poinçon pour vider le kyste, puis ensuite de réintroduire ce poinçon dans la canule pour pratiquer une seconde ponction, de dedans en dehors, c'est-à-dire de l'intérieur du kyste à la paroi abdominale, à 8 centimètres au-dessus de la première, et de glisser à la place du poinçon retiré une longue aiguille courbe, flexible, à laquelle est fixée une sonde de caoutchouc vulcanisé, destinée à remplacer la canule qu'on enlève. Cette sonde fait l'office d'un séton creux, dont les deux extrémités sortent à travers les deux ponctions ; elle est percée, à son centre qui séjourne dans le kyste, de deux œils qui doivent servir à l'écoulement continu du liquide qui se reforme dans le kyste, etc.

En procédant ainsi, M. Barth a eu pour but d'abord de permettre l'écoulement continu du liquide, de favoriser la rétraction du kyste, de pratiquer des injections iodées toutes les fois qu'il le jugera convenable, sans être obligé de pratiquer de nouvelles ponctions, de maintenir rapprochées de la paroi abdominale, les parois du kyste, espérant ainsi empêcher l'effusion de la liqueur iodée dans la cavité péritonéale, et enfin pour résultat ultime de provoquer des adhérences salutaires, c'est-à-dire la guérison.

Jusqu'à présent l'observation communiquée par M. Barth ne peut être invoquée à l'appui de la nouvelle manière de faire, puisque la malade qui en fait le sujet n'est pas guérie et qu'une injection iodée a encore été pratiquée la veille du jour où M. Barth a présenté cette malade à l'Académie, c'est-à-dire le 31 mars 1856. Il est donc impossible de dire pour l'instant quel sera le résultat définitif de ce nouveau procédé.

En attendant, nous allons exposer les raisons qui nous font penser que ce procédé est loin d'atteindre le but que se propose son auteur, et même qui nous font craindre que cette malade ne guérisse pas ou guérisse très-lentement et très-difficilement. Voici ce que des observations déjà très-nombreuses nous ont appris.

Lorsqu'on veut traiter un kyste de l'ovaire par les injections iodées, on doit toujours pratiquer les ponctions du côté où le kyste s'est développé et dans le point le plus rapproché de celui où le kyste a pris naissance. Les avantages de cette pratique sont les suivants. C'est d'abord de permettre au kyste de mieux revenir sur lui-même et de ne pas s'exposer à voir la canule se retirer de son intérieur, comme il arrive quelquefois lorsqu'on l'a ponctionné dans un point éloigné ou opposé à celui où il a commencé à se développer; c'est ensuite de le mettre à l'abri d'adhérences qui nuiront à son retrait sur lui-même et par conséquent à sa guérison.

Que remarque-t-on, en effet, dans les kystes très-anciens qui ont acquis un développement très-considérable et dans ceux qui ont subi plusieurs ponctions faites indistinctement dans les différents points de l'abdomen, tantôt à droite, tantôt à gauche? On voit que des adhérences se sont établies entre le kyste et les parois abdominales, mais principalement au niveau des ponctions, et ces adhérences se forment d'autant mieux que les ouvertures des ponctions ont suppuré par suite de l'inflammation produite par la présence d'une sonde ou d'une canule, ou d'un corps étranger quelconque laissé à demeure. Ces adhérences sont-elles un avantage ou bien un inconvénient? Suivant M. Barth et bien des chirurgiens, elles auraient l'avantage d'empêcher, soit le liquide du kyste, soit le liquide iodé qu'on y injecte, de s'épancher dans le péritoine, et de rapprocher et de maintenir rapprochées des parois de l'abdomen les parois du kyste. Si ces adhérences existaient dans les points les plus rapprochés du lieu où le kyste a débuté, elles pourraient, si elles n'étaient pas utiles, au moins n'être pas nuisibles. Mais ces adhérences se trouvent dans un point de l'abdomen éloigné du siége primitif du kyste, elles deviennent un obstacle très-grand pour la guérison ; c'est ce que nous avons observé maintes fois chez des personnes qui, avant de se soumettre au traitement des injections iodées avaient subi plusieurs ponctions palliatives, soit au lieu dit d'élection, soit dans d'autres points de l'abdomen éloignés de celui où le kyste a commencé à se développer. Dans ces cas, la guérison devient plus difficile, demande beaucoup de temps et est même quelquefois impossible, parce que les adhérences formées à la suite des ponctions, de celles surtout qui ont suppuré, attachent le kyste à la paroi abdominale, s'opposent au mouvement de retrait qu'il éprouverait s'il était libre, mouvement de retrait si nécessaire à la guérison, ces adhérences sont donc un obstacle très-grand au retour du kyste sur lui-même, et l'inconvénient qui en résulte est d'autant plus grave, que l'adhérence se trouve dans un point ou très-éloigné ou tout à fait opposé à celui où le kyste a commencé à paraître. Il arrive alors que le kyste se trouve placé entre deux forces à peu près égales, qu'il est tiré en sens inverse et qu'il ne peut par conséquent revenir sur lui-même, ou qu'il n'y revient que très-lentement et très-difficilement. Sa cavité ne diminuant que d'une manière incomplète, le liquide se reforme et l'hydropisie revient. C'est donc pour éviter ces inconvénients que nous devons faire tous nos efforts ; c'est pour nous mettre à l'abri de ces adhérences et éviter les inconvénients qu'elles entraînent à leur suite que nous recommandons :

1° D'opérer les kystes dès qu'ils apparaissent et avant qu'ils aient acquis un grand développement, ce qui favorise la formation des adhérences;

2° De les ponctionner du côté où ils se sont développés et le plus près possible de leur lieu d'origine;

3° D'éviter autant que faire se pourra les sondes à demeure.

Ces adhérences ne sont pas fâcheuses seulement parce qu'elles empêchent ou retardent la guérison, mais encore parce qu'elles exposent quelquefois à des accidents mortels que j'ai observés deux fois chez deux malades guéries d'un kyste ovarique. Je veux parler d'étranglements internes qui sont dus

aux brides que ces adhérences forment dans la cavité abdominale, sous lesquelles brides les intestins peuvent s'engager et s'étrangler.

En se basant sur toutes les raisons que je viens d'énumérer, il est donc de la dernière importance d'éviter par tous les moyens possibles la formation de ces adhérences, que des chirurgiens croient devoir établir et que produit surtout le procédé de M. Barth.

Examinons donc ce procédé, et voyons ce qu'il faut en attendre.

D'abord il faut pratiquer une double ponction, ce qui expose le péritoine à une double cause d'inflammation; ensuite il faut laisser dans les ouvertures faites au péritoine, une canule à demeure, ce qui est une nouvelle cause d'inflammation et de suppuration, et d'adhérences en deux points éloignés l'un de l'autre. Ces adhérences doivent fixer les parois abdominales aux parois du kyste, et il en résultera tous les inconvénients et peut-être même les accidents mortels que nous avons signalés. Ces adhérences s'opposeront au retrait du kyste et à sa guérison. Le procédé de M. Barth me paraît donc plus nuisible qu'utile à la guérison des kystes de l'ovaire.

Ensuite, pour pratiquer ce procédé, il faut attendre que le kyste ait pris un développement considérable, mais l'expérience nous a appris que l'ancienneté d'un kyste, son développement très-grand, sont des conditions moins favorables pour la guérison, et qu'alors on rencontre des adhérences. On sait, d'autre part, que les kystes peu développés sont plus faciles à guérir, qu'il faut moins de temps pour obtenir leur retrait, et que la guérison est d'autant plus prompte et plus sûre qu'ils sont exempts d'adhérences.

Cette manière de voir devrait surtout être acceptée par ceux qui croient qu'il y a moins de dangers à injecter un kyste de petite dimension qu'un kyste très-considérable. D'un autre côté, la constitution meilleure des malades et l'organisme moins affaibli secondent avantageusement les efforts du médecin. Dans les cas simples où le kyste a peu d'étendue, est uniloculaire et contient un liquide séreux, une seule ponction suivie d'une injection iodée a suffi assez souvent pour produire une guérison radicale.

C'est surtout dans le but de favoriser l'écoulement continu du liquide et par suite le retrait du kyste, et aussi pour éviter des ponctions répétées aux malades, que M. Barth a proposé ce procédé; mais ces ponctions répétées qui ne suppurent jamais, qui se cicatrisent et se guérissent en quelques heures, sont-elles plus à craindre que les deux ponctions qui établissent une communication permanente à l'air dans le foyer du kyste et qui exposent le kyste à tous les dangers de la suppuration? Nous ne le pensons pas. Mais d'ailleurs à quoi bon ponctionner le kyste et le péritoine en deux points à la fois, laisser séjourner dans le kyste une canule-séton, quand on peut par des ponctions successives et rapprochées obtenir le même résultat, et surtout quand ces ponctions sont absolument exemptes de danger? Dans les cas où on est obligé de placer une sonde à demeure, pourquoi ne recourrait-pas à une sonde à demeure avec une seule ponction, quand on peut à l'aide de ce moyen obtenir aussi bien l'écoulement continu du liquide, le retrait du kyste et la facilité de faire des injections iodées aussi souvent qu'on le juge nécessaire, et cela sans s'exposer à ces adhérences fâcheuses et mal placées que produit nécessairement le procédé de M. Barth? Cette sonde expose beaucoup moins à l'introduction de l'air dans le kyste, aux épanchements dans le péritoine, que la canule-séton qu'on nous propose. D'ailleurs pourquoi dans les kystes simples uniloculaire, non compliqués, mettre d'abord une sonde à demeure ou un séton quand par une seule ponction et une injection iodée, on a la chance de les guérir radicalement et aussi promptement qu'une hydrocèle. Il est toujours temps d'en venir à la sonde à demeure, quand plusieurs ponctions et plusieurs injections, opérations qui sont toujours sans danger quand elles sont faites, suivant les règles que nous avons posées, n'amènent pas le résultat qu'on voulait obtenir.

(Nous publierons la fin dans notre prochain numéro.)

La séance est levée à cinq heures un quart.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des maladies vénériennes; par M. Vidal (de Cassis), chirurgien en chef de l'hôpital du Midi, etc., avec sept planches coloriées, etc. Deuxième édition, corrigée et augmentée. — Un volume in-8° de 580 pages. — Paris, 1855; chez Victor Masson.

En considérant les nombreux écrits auxquels l'étude des maladies vénériennes a donné le jour de notre temps, on peut établir que presque tous ont eu pour but, souvent d'édifier un système, toujours d'offrir quelques observations nouvelles sur la marche ou sur la nature plus ou moins probable de quelques-uns de ses symptômes susceptibles de simuler, à s'y méprendre, d'autres états morbides.

Dans le dernier siècle, Hunter, le premier, parvint à introduire un peu de méthode dans cette difficile étude, en cherchant à fixer l'ordre d'évolution successive des phénomènes syphilitiques, qu'il distingua en primitifs et en consécutifs. C'était là un grand pas dans la voie d'une meilleure classification; mais il était réservé de nos jours à M. Ricord de compléter cette distinction, en s'appuyant tout à la fois sur des observations précises dictées au lit du malade, et en appelant à son aide une large et féconde expérimentation. On sait que le système de cet habile syphiliographe repose sur les trois données fondamentales suivantes; il distingue en effet:

1° *Les accidents primitifs*, constitués par le chancre seul, apparent ou caché, lequel est inoculable, mais non héréditaire;

2° *Les accidents tertiaires*, non inoculables et ne pouvant se transmettre par voie d'hérédité avec leur physionomie spéciale;.

3° *Les accidents secondaires*, non inoculables, mais héréditaires.

Ces trois formules si précises, qui auraient presque la rigueur d'un énoncé géométrique, et qui ont fait loi pendant plusieurs années en syphiliographie, ont trouvé cependant, dans ces derniers temps, de puissants contradicteurs. Ces opposants se sont rencontrés jusqu'au sein des académies, et M. Vidal, en coordonnant avec beaucoup de soin toutes les observations et les expérimentations qui semblaient détruire celles de M. Ricord, s'est efforcé de les relier sous forme de doctrine dans son Traité des maladies vénériennes. S'il faut en croire ces nouveaux protestants, il ne resterait presque que des ruines de tout ce qu'avait édifié l'école de M. Ricord.

Ainsi, suivant eux, le pus du chancre n'est pas le seul inoculable, et en outre ne l'est pas fatalement. Il existe une blennorrhagie virulente très-inoculable, bien qu'elle ne soit accompagnée d'aucune excoriation, d'aucune lésion de continuité. Les chancres occultes, d'après eux, n'ont souvent leur siége que dans l'imagination.

M. Vidal affirme avoir produit des chancres avec le pus d'une balanite simple, c'est-à-dire sécrété par une surface que l'on pouvait directement et facilement inspecter, et sur laquelle on ne distingua pas la moindre excoriation.

La pustule elle-même, dont l'apparition précédait toujours le chancre inoculé, et dont l'évolution était si caractéristique, ne serait plus que le résultat de la lésion traumatique produite par la lancette. D'ailleurs ses formes sont variables, et par conséquent perdent ces attributs qui la caractérisaient essentiellement.

Le chancre induré, qui était regardé comme le point de départ de l'infection vénérienne, a perdu presque toute valeur à cet égard: pour M. Vidal comme pour d'autres médecins dont il invoque l'autorité, un chancre offre toujours plus ou moins d'induration; et lorsque celle-ci est étendue, bien prononcée, loin d'être l'origine de l'infection syphilitique, elle en est, au contraire, le résultat, le produit.

Enfin, l'ordre de succession des accidents syphilitiques n'est point tellement immuable qu'on ne puisse le voir souvent interverti. C'est ainsi qu'on a vu des exostoses apparaître immédiatement après le chancre, « sans l'intermédiaire de l'affection cutanée. » (Vidal) En outre, les douleurs rhumatoïdes qui précèdent le plus souvent les syphilides, n'indiquent-elles pas à leur tour que les tissus fibreux, musculaires et osseux sont affectés en premier lieu?

Telle est, en résumé, la doctrine que M. Vidal avait formulée dès la première édition de son Traité des maladies vénériennes, et qu'il avait tenté d'asseoir sur des observations et des expériences nombreuses, appuyée d'arguments pressants. Plusieurs médecins, en France et à l'étranger, paraissent avoir adopté et essayé de corroborer ces arguments de leur propre expérience; d'autres ne seraient pas allés aussi loin, suivant M. Vidal, mais sans renier leur maître, M. Ricord, ils se seraient pourtant sentis ébranlés dans leurs convictions.

Certes nous sommes loin de récuser les faits apportés à l'appui de ces nouvelles opinions: les observations ont été faites publiquement, les expérimentations tentées devant un auditoire assidu et nombreux d'élèves et de médecins, et pourtant nous nous tenons sur la réserve. Nous craignons beaucoup qu'il y ait eu trop d'exagération dans cette réaction, et que l'on ne soit parfois allé au delà de la vérité. Ainsi, pour ne citer qu'un exemple, on sait que M. Ricord lui-même n'admet point que tout chancre soit inoculable; il n'y a que le chancre véritablement induré qui offre cette faculté. Mais il faut bien s'entendre sur l'idée exacte que l'on doit se faire de l'induration: faute d'une meilleure expression, il faut bien accepter celle-ci, qui est d'ailleurs très-vulgaire; mais la vraie induration diffère complétement de celle qui accompagne toujours un chancre non susceptible d'être inoculé. La première (celle du chancre inoculable) présente une limite nettement tranchée; on croirait, suivant l'expression de M. Ricord, que l'on touche un corps étranger qu'on aurait glissé sous la peau, et de plus les ganglions de l'aine sont engorgés. Cette comparaison rend très-bien compte de la sensation que fait éprouver l'induration vraiment inoculable. Or il s'agirait, dans la controverse qui s'est élevée à ce sujet, de bien savoir si le chancre, que l'on dit n'avoir pu transmettre par l'inoculation, possédait les caractères de la vraie ou de la fausse induration.

On voit par cet exemple, auquel, si l'espace nous le permettait, nous pourrions en ajouter d'autres pris dans des phénomènes diffé-

rents, que la question n'est pas encore jugée sans appel contre M. Ricord, et qu'il est prudent de s'en tenir encore à ce que Descartes appelait le *doute philosophique*. Toutefois, il est un point de doctrine nouveau traité par M. Vidal avec tous les développements qu'il comporte, c'est la transmissibilité, ou plutôt *l'inoculation des accidents secondaires*. Les observations bien détaillées faites en France et à l'étranger, que l'on trouve rapportées et commentées avec art dans le TRAITE DES MALADIES VÉNÉRIENNES, ne semblent presque pas laisser de doute à cet égard. Mais ce n'est point à la lancette qu'il faut avoir recours, sinon l'on échoue : fait important qui, pour le dire en passant, prouve encore la véracité de M. Ricord, qui n'a employé que cet instrument et a dû échouer. Il faut, pour réussir, porter et maintenir sur le derme dénudé de la charpie imprégnée du produit morbide de la pustule plate que l'on veut inoculer; avec ces précautions, mais avec ces précautions seulement, on réussit. Ces points sont traités, nous le répétons, avec une abondance de preuves coordonnées avec tant d'art, que le lecteur subit l'ascendant de cette argumentation pressante et pour ainsi dire passionnée.

M. Vidal, en dehors de tous ces faits de doctrine qu'il avait déjà largement exposés dans sa première édition, a fait à cette seconde d'importantes additions, et y a introduit, dans quelques-unes de ses parties, d'utiles modifications que réclamaient les travaux publiés dans ces derniers temps. Les additions ont porté surtout sur la syphilis des viscères et des enfants nouveau-nés. On peut même dire que ces chapitres ont été tellement refondus qu'ils sont presque entièrement neufs. « Il y eut une époque, dit M. Vidal, où la vérole figurait sur tous les » points du cadre nosologique : on la voyait partout et toujours. Cette » exagération eut sa réaction, qui alla jusqu'à nier la syphilis des vis- » cères. Il se fait aujourd'hui un retour vers les idées anciennes » (p. 459). Nul doute, en effet, que certaines maladies viscérales ne soient des manifestations du virus syphilitique; mais le diagnostic précis en est encore entouré de beaucoup d'obscurités. Toutefois, en passant en revue les lésions des divers viscères (centres nerveux, foie, cœur, poumons), l'auteur essaye de lever quelques-unes de ces difficultés, et indique dans quel sens il faut avancer pour parvenir à la connaissance de la nature du mal. Les observations bien choisies qu'il cite, et les remarques judicieuses qui les accompagnent, forment une sorte de cours clinique, bien propre à guider les praticiens en présence de semblables difficultés.

La question de la syphilis infantile est traitée, à son tour, avec un soin tout particulier. L'auteur décrit successivement les formes si variées sous lesquelles se montre la vérole chez le nouveau-né; il signale l'influence que peuvent exercer le père ou la mère, ou tous deux en même temps sur l'apparition de ces phénomènes, celle non moins grande de la nourrice sur l'enfant, et réciproquement; tous ces points de fait ou de doctrine ont été exposés et discutés de manière à faire naître la conviction dans l'esprit du lecteur. Cependant nous regrettons que M. Vidal n'ait pas plus largement mis à profit le remarquable travail de M. Diday sur la syphilis des nouveau-nés; travail qui a été couronné par la Société de médecine de Bordeaux. Cette deuxième édition est terminée par quelques considérations pratiques sur la prophylaxie privée et générale.

En résumé, dans ce nouveau TRAITÉ DES MALADIES VÉNÉRIENNES, l'auteur s'est attaché à aborder l'ensemble des questions qui concernent la syphilographie, et c'est, à ce point de vue, l'un des plus complets qui aient été publiés dans ces derniers temps. On y reconnaît l'observateur familiarisé avec toutes les formes de la syphilis et toutes les ressources de l'art. La partie thérapeutique y occupe une large place, et chaque article où une lésion morbide est décrite, est suivie de l'indication détaillée du meilleur mode de traitement qui lui convient. Des planches nombreuses, gravées en taille douce et coloriées avec soin, représentant, avec une rare fidélité les principales manifestations de la syphilis, en facilitent singulièrement le diagnostic, et ajoutaient encore à la valeur pratique de l'ouvrage.

S.

VARIÉTÉS.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 23 février 1856, M. Bastien, docteur en médecine, est nommé professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy.

M. Bastien sera attaché, en ladite qualité, à la chaire d'anatomie et de physiologie.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 8 avril 1856, M. Boyer, docteur en médecine, est nommé chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont, en remplacement de M. Scheck, dont le temps d'exercice est expiré.

— Par décret du 22 mars, M. Arnoux, second médecin en chef de la marine à la Guadeloupe, a été nommé premier médecin en chef dans le service colonial.

MM. les docteurs Mondot et Clark, chirurgiens auxiliaires de troisième classe, ont été promus à la deuxième classe, après examens subits devant le jury de concours à Brest.

MM. Cros et Loiselot, ayant satisfait aux examens devant le jury médical de Toulon, ont été nommés chirurgiens auxiliaires de troisième classe.

— M. le docteur Bonnet (de Bordeaux) vient d'être nommé membre correspondant de l'Académie médico-chirurgicale de Ferrare.

— M. le préfet de police vient d'adresser aux maires et aux commissaires de police une circulaire dans laquelle, leur rappelant les lois et ordonnances relatives à la vente des substances vénéneuses, il leur adresse les instructions arrêtées par M. le ministre de l'agriculture pour la vente de ces substances.

Désormais les fioles et les paquets contenant des substances toxiques devront être recouverts d'un papier de couleur *rouge orangé*, qui portera ces mots : *Médicament pour l'usage extérieur*.

Cette formalité de l'étiquette rouge orangé est imposée aux pharmaciens, aux médecins des communes rurales, qui, à défaut de pharmaciens, tiennent des dépôts de médicaments, de même qu'aux personnes qui dirigent les pharmacies des hospices et des bureaux de bienfaisance.

— Le MONITEUR contient une liste de personnes qui, par décret du 17 mars, ont été autorisées à accepter et à porter des décorations d'ordres étrangers. Nous y remarquons :

MM. Bonnafont, médecin principal à l'École d'état-major, chevalier de l'ordre de Léopold (Belgique);

Milne-Edwards, membre de l'Institut, chevalier de l'ordre du Lion néerlandais (Hollande);

Fenin, médecin principal à l'hôpital militaire de Cambrai, chevalier du même ordre;

A. d'Orbigny, professeur au Muséum d'histoire naturelle, chevalier de l'ordre du Christ (Portugal);

Tardieu, médecin de l'hôpital Lariboisière, chevalier de l'ordre de Saint-Jacques de l'Épée (Portugal);

Scrive, médecin en chef de l'armée d'Orient, ordre du Medjidié, 3e classe (Turquie);

Volage, médecin principal aux hôpitaux de l'armée d'Orient, même ordre, 4e classe (nous avons annoncé la mort de M. Volage);

Tardieu, médecin de l'hôpital Lariboisière, même ordre, 4e classe;

Beau, Gueit, Ollivier, chirurgiens de 1re classe de la marine, même ordre, 5e classe;

Manblanc, pharmacien-major aux hôpitaux de l'armée d'Orient, même ordre, 5e classe;

Cauzier, sergent infirmier-major, même ordre, 5e classe.

— On lit dans le MONITEUR :

« La mauvaise saison continue à exercer ses rigueurs en Crimée. Dans la nuit du 29 mars, le thermomètre est descendu jusqu'à 12° au-dessous de zéro, et un froid de 10 degrés a marqué chacune des nuits suivantes. Le 5 avril, la neige tombait à gros flocons sur nos camps.

» Malgré cette fâcheuse influence, l'état sanitaire de nos troupes s'améliore d'une manière tellement sensible, que le chiffre des entrées aux ambulances a diminué de moitié depuis un mois, et qu'on peut espérer avec confiance que la fin de l'hiver amènera celle des maladies qui ont éprouvé l'armée d'Orient.

» Les dépêches télégraphiques du maréchal Pélissier sont chaque jour plus rassurantes, et les dernières lettres du général Larchey font ressortir les heureux effets des mesures prises à Constantinople pour l'amélioration du service des hôpitaux. »

— La mortalité poursuit ses ravages dans les rangs de la médecine militaire en Orient. MM. Rampont, Félix, Peyrusset, Guerry et Caron viennent de succomber encore victimes du typhus.

— Cinq médecins anglais, accompagnés de plusieurs élèves en médecine, et sous la direction de M. Wild-Heat, auteur de recherches intéressantes sur le typhus, sont partis samedi dernier de Lyon, par le chemin de la Méditerranée. Ils sont envoyés en Orient par le gouvernement anglais, avec mission non-seulement de soigner leurs compatriotes malades, mais encore d'étudier le caractère et les phases de l'affection qui sévit à Constantinople et en Crimée.

— Il sera ouvert, le 15 avril prochain, un concours à la Faculté de médecine de Paris, pour deux places d'aide d'anatomie. Les candidats nommés entreront immédiatement en fonctions. Tous les élèves en médecine sont admis à ce concours.

— M. le docteur Edmond Langlebert commencera son cours public sur les maladies vénériennes, le lundi 14 avril, à midi, et le continuera à la même heure les lundis, mercredis et vendredis, dans son amphithéâtre, rue Larrey, 8.

— COURS PUBLIC D'ACCOUCHEMENTS. — M. le docteur Hippolyte Blot, chef de clinique d'accouchements de la Faculté, commencera ce cours le lundi 14 avril, à 4 heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera à la même heure tous les lundis, mercredis et vendredis.

Le cours complet sera terminé le 15 août.

Le Rédacteur en chef, JULES GUERIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

DES GLOBULES INCOLORES DU SANG, DE LEUR VALEUR PHYSIOLOGIQUE ET PATHOLOGIQUE (LEUKOCYTHÆMIE) DU SANG BLANC (LEUKÆMIE).

(Suite. — Voir les n°s 14, et 15.)

§ V. — ACCUMULATION PATHOLOGIQUE DES GLOBULES INCOLORES DANS LE SANG. (LEUKOCYTHÆMIE.)

Après avoir écarté de la discussion l'expression vague et insignifiante de sang blanc, *leukæmie;* après avoir démontré, à l'aide des recherches physiologiques et des faits pathologiques consignés dans les annales de la science, que les désordres qui amènent des changements de coloration dans le fluide nourricier sont nombreux et variés, qu'ils constituent des états morbides qui devront recevoir des dénominations différentes, en rapport avec les altérations, et qui trouveront aussi des places distinctes dans le cadre nosologique; après avoir indiqué brièvement la nature et la valeur séméiotique du sang blanc, il nous reste à examiner toutes les questions relatives à l'accumulation dans le sang des globules incolores, et à prouver que celle-ci forme le caractère pathognomonique d'une entité morbide qui reconnaît des troubles fonctionnels et organiques constants et invariables, qu'elle est le symptôme essentiel d'une maladie qui parcourt les mêmes phases chez tous les individus qui en sont atteints, et que, partout, elle donne lieu à des phénomènes identiques.

On ne peut pas dire que cette maladie ait été reconnue, du moment où Nasse a annoncé au monde savant l'existence des globules incolores dans le sang; elle ne l'a pas été davantage lors de la publication, en 1845, des faits d'anatomie pathologique de Virchow (1), de Craigie, de Bennet, de Rokitansky et de Fuller, puisque ces auteurs croyaient, comme l'avaient déjà pensé avant eux M. le professeur Velpeau (2) et M. Barth, qui avaient observé des faits semblables, que l'altération du sang qu'ils avaient rencontrée devait rentrer dans la pyæmie; les désordres signalés dans la rate et le foie étaient enregistrés comme des particularités sans relation avec l'état du sang.

Cependant Virchow, poursuivant ses investigations, découvrit bientôt, dans ses propres faits et dans ceux des autres, la filiation de causes à effets, la corrélation entre l'augmentation des globules incolores du sang et le développement anormal de la rate, en un mot, l'existence d'une maladie qu'il s'efforce de définir, de délimiter et d'étudier autant que le cadavre le lui permit.

Les résultats de ses nouvelles recherches sont consignés dans deux mémoires qui ont paru en 1846 et 1847 (3); mais il restait encore à diagnostiquer cette maladie sur le vivant, à en préciser les symptômes et la marche, ainsi qu'à découvrir et à instituer le traitement le plus approprié. C'est au professeur Jul. Vogel (1) que revient l'honneur d'avoir comblé en partie cette lacune, et nous profiterons de son observation précise, instructive et très-détaillée, pour l'appréciation des phénomènes qui accompagnent et caractérisent la leukocythæmie.

(1) Froriep's n. not., n° 780, 1845.
(2) Rev. méd., 1827.
(3) Weiss. Blut u. milztumor. *in* Pr. ver. Zeit.

Il est vrai que Fuller avait analysé et examiné au microscope le sang de son malade, dont l'observation a été publiée en juillet 1846 (2), mais il n'était encore question que d'hypertrophie du foie et de la rate, avec dilatation des veines affluentes de la veine porte; il y est dit aussi que le sang qu'elles renfermaient était graisseux et d'aspect grisâtre. Ce n'est que dans une note additionnelle, parue au mois d'octobre (3) suivant, et longtemps après la mort de son malade, que Fuller est revenu sur ses analyses et sur l'existence de globules anormaux dans le sang; mais ni le diagnostic ni le pronostic n'avaient été éclairés par ces recherches; elles n'ont donc de valeur qu'en anatomie pathologique, et nous aurons l'occasion de le montrer.

Depuis que l'attention des cliniciens a été fixée, par l'observation du professeur Vogel, sur cette espèce morbide nouvelle dont on pensait bien avoir découvert des traces sur le cadavre, des faits nouveaux ont été observés et ajoutés aux anciens par le docteur Parkes en 1850, par Bennet (4) en 1851, par Strecker, par Robertson en 1852, et par le professeur Virchow (5), qui, dans un nouveau mémoire, a réuni les cas observés, pendant les neuf dernières années, dans les cliniques de Würzbourg, et qui passe également en revue les faits consignés par les cliniciens étrangers.

Ici se placent, par rang de date, le fait du docteur Leudel (6), qui confirme simplement les désordres cadavériques signalés par ses prédécesseurs; l'observation de notre ami et ancien collègue le docteur Charcot (7), aujourd'hui médecin des hôpitaux, qui, par l'ensemble des phénomènes que présentait son malade, a soupçonné l'existence de la leukocythæmie, mais qui n'a pu la diagnostiquer sur le vivant, parce que l'analyse du sang n'avait pas été faite; le cas de notre excellent collègue, le docteur Ern. Goupil, dont l'observation a été lue à la Société médicale des hôpitaux (séance du 26 décembre 1855), ceux de MM. Vigla, Woillez, Legroux, Becquerel, Bourdon, reproduits également à la Société médicale des hôpitaux, à propos de la discussion sur l'existence de la leukocythæmie.

Tout récemment encore le professeur Virchow (8) a publié deux nouvelles observations de la maladie qui nous occupe; il continue à donner à cette altération du sang le nom de leukæmie, qu'il lui a imposé le premier, bien à tort, comme nous croyons l'avoir démontré par ce qui précède.

(1) Falv. Leukæmie mit. Vergr. d. milz u. Leber, *in* V. u. R's. Archiv., 1849, et *in* Handb. d. Patholg. u. Therapie, t. I, 1854.
(2) The Lancet.
(3) *Ibidem.*
(4) Mém. de la Soc. de biolog., t. III, 1851.
(5) Die Bedeut d. milz u. Lymphdr. Krauk. f. die Blutm., *in* Virch's Arch., 1852.
(6) Bullet. de la Soc. de biolog., 1853.
(7) Bullet. de la Soc. de biolog., 1853.
(8) Gesamnlt. abhandl. z. Wissensch. medicin., 1856, et *in* Archives gén. de méd., février 1856.

FEUILLETON.

ESSAI SUR L'HISTOIRE DE LA CHIRURGIE À LYON (1).

Par M. Pétrequin, ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, professeur à l'École de médecine de la même ville, chevalier de la Légion d'honneur, etc.

Messieurs,

Dans une académie comme la vôtre, où toutes les branches des sciences et des lettres sont représentées, où le progrès est poursuivi sous toutes ses faces, l'artiste qui a eu l'honneur d'être admis dans vos rangs, et qui, à ce titre, vient vous entretenir de son art, espère concourir aussi à l'œuvre commune; et, sans avoir la prétention d'aborder des sujets nouveaux, il ose croire, en vous offrant le fruit de ses veilles, qu'on voudra bien, dans ses efforts, voir une preuve de son vif désir de justifier les suffrages dont vous l'avez honoré.

C'est cette pensée qui m'a inspiré, c'est cet espoir qui m'a soutenu dans les recherches que j'ai entreprises sur l'histoire locale, jusqu'ici peu connue, de l'art chirurgical à Lyon, dans ses rapports avec le mouvement littéraire et les phases de la civilisation.

Suivre la chirurgie à Lyon dans ses vicissitudes, à travers le moyen âge et la Renaissance; l'étudier dans son origine, sa décadence et sa réhabilitation;—esquisser la société scientifique de cette époque, avec ses coutumes et ses préjugés; — peindre la condition sociale des chirurgiens avec leur législation et leurs privilèges; — signaler leur belle conduite dans les épidémies; — enfin, mettre en relief le rôle de nos hôpitaux dans le mouvement de l'art à Lyon et en France, et faire voir leurs destinées liées à celles de la ville et complétant leur histoire l'une par l'autre: tel est l'ensemble de mon sujet; j'ai été séduit par la beauté de cette étude. C'était un tableau d'histoire qui avait pour moi un attrait particulier auquel je me suis laissé entraîner. — Les difficultés de la tâche que j'ai entreprise me concilieront, j'espère, l'indulgence publique et seront au besoin mon excuse auprès des savants collègues qui me font l'honneur de m'entendre.

> Si une profession devait être donée d'honneurs et de prérogatives, en raison de son utilité, il en est peu qui auraient droit à en obtenir autant que celle de chirurgien. (Berriat Saint-Prix.)

L'histoire de l'art, dans les premiers temps de notre ère, est aussi sombre

(1) Discours de réception prononcé à l'Académie des sciences, belles-lettres et arts de Lyon, dans la séance publique du 22 janvier 1856.
L'auteur, reçu membre de l'Académie en 1852, devait présenter plus tôt ce tribut académique; il en a été empêché par des circonstances indépendantes de sa volonté.

Nous rappelons tous ces faits, nous ne les jugeons pas encore; nous voulons seulement indiquer sommairement combien notre examen critique, portant sur une entité morbide nouvelle, sera basé sur les seules données de l'observation, espérant ainsi pouvoir nous préserver des hypothèses et de la phraséologie qui ont tant cours dans une science qui cependant a des prétentions à l'exactitude, et qui, nous l'espérons du moins, en approchera un jour, autant que les forces humaines le permettront.

§ VI. — DÉSORDRES CARATÉRISTIQUES DE LA LEUKOCYTHÆMIE.

Il existe en médecine, comme dans les autres branches des connaissances humaines, une foule de gens qui ne peuvent accepter les idées nouvelles, les améliorations et les modifications, de quelque part qu'elles viennent; ces gens, que les Allemands appellent *Brodmænner*, ne sont pas à convaincre; ce qu'ils ont appris, c'est plus un métier que des vérités fondamentales et des lois; il ne peut donc être question ici de les éclairer et nous ne nous adressons qu'à ceux qui ont foi au développement de l'esprit humain et aux progrès des sciences. Pour eux, comme pour nous, il reste des lacunes dans les sciences médicales; heureux qui peut aider à les combler! Quant à nous, nous serons bien dédommagé de nos veilles si nous parvenons à jeter un peu de lumière sur les altérations si complexes de la masse du sang, et notamment sur la question si débattue de la leucocythæmie.

Les considérations précédentes nous amènent, quant à présent, à rassembler les faits d'anatomie pathologique et les signes à l'aide desquels les nosographes modernes concluent à l'existence d'un état morbide inconnu jusque dans ces derniers temps.

a. ÉTAT DU SANG DANS LA LEUKOCYTHÆMIE.

C'est sur le cadavre que les pathologistes, Velpeau, Barth, Virchow, Craigie et Bennett ont rencontré dans la masse du sang, plus ou moins diffluent, cette agglomération des caillots jaunâtres et blanchâtres qu'ils croyaient formés en grande partie par du pus, et qui, comme nous le prouverons, constituent les caractères les moins contestables de la leucocythæmie. Là où l'examen microscopique et l'analyse chimique du sang font défaut, comme dans les cas de M. Velpeau, il serait assez téméraire de se prononcer, si l'on ne tenait compte, en même temps, de l'hypertrophie du foie et de la rate. En effet, quoique le sang soit plus diffluent dans la pyæmie, nous savons que les caillots qu'on rencontre dans cette dernière maladie renferment des corpuscules entièrement semblables aux globules incolores du sang. M. Donné fait déjà remarquer en 1839, à propos de l'analyse du sang cadavérique que lui transmet M. Barth (1), que l'ammoniaque même, le réactif qu'il croyait infaillible, d'après ses recherches publiées en 1836 (2), le laisse dans l'indécision: « Le fait est, dit-il, que les globules muqueux (incolores) de ce sang, indépendamment de leur nombre, se comportent avec l'ammoniaque comme s'il y avait du pus. » Outre que nous ne regardons pas la chose comme impossible, nous

(1) Société médicale des hôpitaux de Paris, séance du 12 décembre 1855 et *n* UNION MÉD., 1856.
(2) ARCH. GÉN. DE MÉD.

dirons que les pathologistes renoncent à peu près à chercher dans le sang du cadavre les caractères distinctifs entre le globule du pus et les globules incolores. Aussi n'accorderons-nous à ces sortes d'examen microscopiques qu'une importance secondaire. Rappelons, en outre, qu'il convient surtout d'indiquer pour ces recherches l'organe dans lequel on recueille le sang, soit sur le cadavre, soit sur le vivant; cette omission enlève à l'observation presque toute sa valeur. La précision seule nous donnera des termes de comparaison qui serviront de base à la science médicale qui vise au positivisme.

Les premiers observateurs qui ont été frappés, à l'autopsie seulement, par l'aspect du sang dont les altérations n'avaient point été signalées encore, décrivent ces désordres d'une manière à peu près uniforme, et comme ceux qui nous les montrent plus tard sur le vivant, liés à l'accumulation de globules incolores dans le fluide nourricier. C'est ainsi que le professeur Velpeau (1827) a trouvé dans le cœur et les grosses veines du sang qui, par sa consistance et sa couleur, ressemblait à de la lie de vin et qui paraissait être plutôt un mélange de pus et de matière colorante que du sang véritable. Ce fait est rangé par Virchow, avec raison, au nombre de ceux d'après lesquels il a le premier décrit la maladie qui nous occupe en ce moment; nous y joindrons en les appréciant les observations que les discussions récentes, soulevées au sein de la Société médicale des hôpitaux de Paris, ont fait exhumer des cartons poudreux où les renfermaient nos maîtres des hôpitaux, en attendant sans doute le moment où la pratique active et exigeante de l'art leur laisserait le loisir de se distraire dans des études dogmatiques; mais ce moment se présente-t-il jamais au travailleur le plus dévoué à la science, quand une fois il a emboîté le pas de praticien de Paris. Les documents historiques que nous trouvons sur le leukocythæmie viennent précisément confirmer notre jugement. En effet les premiers cas rentrant dans cette affection ont été décrits par des médecins français qui se sont contentés de les enregistrer comme des particularités, sans trop se préoccuper de leur source et de leur importance.

M. Legroux (1), dans la séance du 13 février 1856, rapporte à la Société médicale des hôpitaux, deux faits de leukocythæmie dont il conserve des notes depuis 1830 et 1833. Dans le premier, « les quatre cavités du cœur, dit-il, étaient remplies par une fibrine d'un gris verdâtre très-prononcé, sans mélange de caillots sanguins ou de matière colorante. Cette fibrine était molle, presque diffluente, œdémateuse; elle envoyait des prolongements jusque dans les gros vaisseaux, sous forme de cylindre, dans l'aorte, l'artère et les veines pulmonaires, les veines caves, sus-hépatiques; nous les avons suivis jusque dans les vaisseaux cruraux et axillaires; mais là cette fibrine était mêlée à de la matière colorante, à quelques caillots sanguins, et on l'aurait prise volontiers pour des fragments de pus mêlés à du sang. Les vaisseaux, du reste, ne présentaient aucune altération. » Dans le second cas, le cœur et tout le système circulatoire contiennent un sang diffluent, semblable à de la lie de vin, entremêlé d'une matière blanchâtre et verdâtre, déliquescente, ayant la consistance de pus crémeux et formant des grumeaux, des flocons ou des filaodres dans quelques vaisseaux; elle était tellement abondante que le savant médecin pense

(1) UNION MÉD., 1856, n° 39.

que stérile: on ne trouve que quelques noms obscurs, et c'est en vain qu'on cherche une œuvre médicale qui ait échappé à l'oubli (1).

Le seul fait culminant de cette époque fut la fondation de l'Hôtel-Dieu de Lyon, qui a été le berceau et est devenu le théâtre d'une importante école de chirurgie, et qui, depuis douze siècles, a été comme une providence pour les populations pauvres des provinces du Rhône et de la Saône. Notre cité peut revendiquer l'honneur d'avoir créé le premier des hôpitaux de France dans l'ordre chronologique: ce ne fut qu'un siècle plus tard, en 660, que celui de Paris fut établi par saint Landry et le comte Archambaud.

L'Hôtel-Dieu de Lyon fut fondé, en 542, par Childebert Ier, fils de Clovis, et la reine Ultrogothe, son épouse. Ce fut à l'inspiration de saint Sacerdos, prédécesseur de saint Nizier, archevêque de Lyon, qu'on doit cet établissement de charité; un double but lui était assigné: l'*œuvre des pauvres* et l'*œuvre des pèlerins*. Il fut ratifié en 549, sous le pontificat de Vigile, par le 5e concile

(1) Saint Alexandre qui, en 177, avait souffert le martyre à Lyon avec saint Pothin, était médecin de profession; Rusticus Elpidius ou Helpidius, diacre de l'église de Lyon, qui paraît avoir vécu jusqu'en 533, était médecin et poëte, etc. (Pétrequin, MÉLANGES DE CHIRURGIE, 1845, p. 7.) Nous devons ajouter que le médecin Abascantus que Galien a cité plusieurs fois, vivait à Lyon dans le deuxième siècle; Malacarne (dans ses RECHERCHES SUR LES MÉDECINS DE SAVOIE) cite une inscription qui porte: *Cœius quintus Abalcantus*. (M. A. Péricaud.)

d'Orléans, qui le plaça sous la sauvegarde de tous les évêques des Gaules. (Péricaud, DOCUM. HISTOR.)

Fondé en 542, l'hôpital commença à recevoir des malades en 546, et rendit de grands services dans la peste qui décima la ville en 571 et 597. (Dagier, HIST. DE L'HÔTEL-DIEU DE LYON.)

Le septième siècle et la moitié du huitième furent une époque de calamité: le génie de la destruction s'était abattu sur l'Europe; la France, du nord au midi, ne présentait que siéges et batailles; Lyon, en particulier, eut à déplorer les plus grands désastres: la famine, la peste, les inondations (1) et la guerre. Envahie et saccagée à quatre reprises en quelques années par les Arabes et par les armées de Charles-Martel, notre ville n'offrait plus qu'une œuvre de dévastation. Comment les sciences et les arts auraient-ils pu fleurir au milieu des ruines (2)?

Les livres étaient devenus rares; il n'y avait plus ni écoles ni élèves; le

(1) Inondations de Lyon en 580 et 592. — En 583 une inondation détruit la moitié de la ville basse (Guillard, PRÉCIS CHRONOL., 1835). — Peste meurtrière en 571 et 597.

(2) Les Sarrasins, partis d'Espagne en 725, envahirent le Lyonnais et s'emparèrent, en 732, de Lyon, qu'ils saccagèrent: la ville fut prise par Charles-Martel en 733, reprise par les Arabes en 736, et reconquise en 737 par les lieutenants de Charles-Martel.

qu'elle formait au moins le quart de la masse du sang. L'hypertrophie du foie et de la rate existant sur les sujets sans foyers purulents, nous sommes autorisé à attribuer ces phénoménes à la leukocythæmie; nous savons d'ailleurs, et nous le dirons encore plus loin, que ni les réactifs chimiques, ni les recherches microscopiques n'auraient éclairé davantage la question.

En rappelant le fait de M. Barth (1839) (1), enregistré avec ces détails si complets et si précis à la fois, nous sommes heureux de montrer à nos lecteurs que l'observation, plus que l'expérience méme (et nous avons pour nous l'opinion de Zimmermann), porte toujours ses fruits et qu'elle est de tous les temps. Il existe peu d'observations plus ntiles an sujet que nous examinons que celle de M. Barth; la description qu'il fait de l'altération du sang, telle qu'il l'a trouvée, nous paraît devoir être rapportée ici : « Les cavités du cœur et les gros vaisseaux qui en naissent, renferment des caillots brunâtres, lie de vin, ayant par leur aspect beaucoup d'analogie avec du chocolat peu foncé en couleur. Cet aspect résulte d'un fond rouge brun, parsemé d'une infinité de petits points jaunâtres, et çà et là leur surface est revêtue d'une couche mince de matiére jaune grise, molle, adhérente, sous forme de couche membraneuse. Les caillots se détachent facilement des parois vasculaires ; ils sont fragiles, cassants ... »

Ce sont là les altérations du sang que tous les auteurs ont rencontrées sur le cadavre, soit qn'ils eussent reconnu ou soupçonné seulement l'existence de la leukocythæmie avant la mort, soit qu'ils ne l'eussent admise qu'après, soit enfin qu'ils l'eussent complétement méconnue, comme dans tous les cas que nous examinons en ce moment. Craigie (1841) nous apprend également que dans une autopsie il a trouvé le sang a l'état graisseux, renfermant une matière grisâtre semblable à du pus mélangé avec de la lymphe coagulée. Dans le premier fait du professeur Virchow (1845), il s'agit aussi de gros caillots mous, jaunâtres, tirant sur le vert, qu'il considére comme étant formés d'une matière purulente qui remplit le cœur et les gros vaisseaux.

L'autopsie dans laquelle Bennett (1845) a noté une hypertrophie du foie, de la rate et des ganglions lymphatiques a été faite quatre jours aprés la mort de l'individu ; le cœur et les gros vaisseaux étaient remplis de caillots gris, verdâtres sur la périphérie et rouge brun au centre ; la matiére grise était molle et semblable à du pus crémeux. C'est avec ce fait et trois autres dans lesquels il n'est pas question de l'état du saog, quoiqu'il y eùt hypertrophie du foie et de la rate, c'est avec des observations si incomplétes que l'auteur compose sur la leukocythæmie un mémoire, qu'il le lit à la Société de biologie en 1851! Le sang que le docteur Charcot (1853) a trouvé après la mort de son malade, était fluide, trouble, louche ; il contenait des grumeaux blanchâtres, surtout dans le ventricule droit et la veine cave ; les parois des vaisseaux étaient parfaitement sains. Ces altérations sont moins nettement indiquées dans l'observation du docteur Leudet, ainsi que dans celle du docteur Ern. Goupil. Quant aux trois observations des docteurs Vigla (2) et Vidal, elles ont le mérite d'avoir engagé le débat à la Société médicale des hôpitaux ; c'est là le seul que nous ne leur contestions pas. Il est singulier qu'un hématologiste aussi instruit que l'est M. Becquerel (1) se soit tant empressé de méler à une discussion si embrouillée déjà une cachexie cancéreuse, quand il s'agissait de leukocythæmie.

(1) Union méd., 1856, n° 26.
(2) Gazette hebdom., 1856, n° 10.

Nous insistons tant sur l'aspect qu'a présenté le sang dans les autopsies où l'on croyait avoir affaire à la leukocythæmie, parce qne c'est là le critérium le plus certain, disons plus, le seul qui, sur le cadavre, permette de distinguer cette dyscrasie de la pyæmie. D'ailleurs, dans l'observation du professeur Vogel, dans laquelle la leukocythæmie a été reconnue, pour la premiére fois snr le vivant, ainsi que dans celle du professeur Müller (2), le sang, *post mortem*, a véritablement présenté les mémes caractères que les auteurs précédents ont rencontré, d'une manière si constante, dans des autopsies où ils ne s'attendaient pas à trouver ce genre d'altération dn sang. Sur le vivant les difficultés ne sont cependant pas moins grandes, soit qu'on ait recours à la méthode numérique de la détermination des globules incolores, comme nous l'avons indiqué, soit qu'on précise, par la voie chimique, la proportion des divers éléments du sang. Ainsi le professeur Vogel, voulant préciser le diagnostic chez son malade, lui pratique une saignée ; le sang qui s'écoule de la veine ne présente rien d'anormal; il est battu, la fibrine est isolée, séchée, pesée, et la partie défibrinée est versée dans un verre cylindrique ; elle présente d'abord une rougeur uniforme ; mais, après quelques heures de repos, la masse liquide est séparée en deux portions, une inférieure avec une coloration violette, sombre, et une supérieure blanchâtre, comme si elle était mélangée avec du lait ; quatre heures aprés, la couche la plus supérieure est parfaitement blanche comme de la crème. Examinée au microscope, cette matiére présente une foule de globules incolores, sphériques, à surface lisse ou granulée, qui, traités par l'acide acétique, laissent voir distinctemeot soit un, soit deux, trois et méme quatre noyaux; leur diamétre est de 0,004 à 0,007''', les plus grosses cellules ont jusqn'à 0,008''', tandis que les globules rouges qui ont conservé leur forme biconcave n'ont que 0,004''' de diamétre ; mais, après toutes ces recherches, Vogel est réduit à déclarer, avec le professeur Virchow, que ces globules incolores ne se distinguent de ceux du pus ni à l'état frais ni aprés les avoir traités par l'acide acétique ; bien plus encore, en isolant cette matiere lactescente et en réagissaut sur elle avec la potasse et l'ammoniaque, le savant pathologiste obtient une masse gélatiniforme et filante, absolument semblable à celle que forme le pus dans des conditions semblables. Nous rappellerons à cette occasion, que M. Donné, examinant le saog que M. Barth lui avait envoyé, trouva déjà que son réactif était insuffisant. Ce n'est donc pas après de pareilles recherches microscopiques, quelque mioutieuses qu'elles soient d'ailleurs, qu'on pourra reconnaitre la leukocythæmie ; aussi croyons-nous inutile de rappeler toutes celles faites dans ce but tant en France qu'à l'étranger. Nous espérons que la détermination de la proportion des globules incolores, d'après la méthode numérique instituée par le docteur Welcker, et coosacrée déjà par les recherches savantes du docteur Moleschott, deviendra bientôt le moyen le plus précis pour arriver au diagnostic de l'affection dont nous nous occupons en ce moment.

Jusqu'ici donc, c'est par la consistance, la forme et la coloration des

(1) Union méd., 1856, n° 30.
(2) *In* Virchow's Arch., 1852.

dirai-je? on ne savait plus lire : nul ne se souciait d'apprendre. Il n'y avait plus qu'un art, celui de la guerre (1).

Ce fut alors que parut Charlemagne : il trouva l'Europe subdivisée en une foule d'Etats ennemis, décimée par des combats incessants, et plongée dans la plus profonde ignorance. Avec son épée, il en fit un vaste empire et il lui donna la paix. Il voulut que cet empire fût lettré. Sa puissante volonté imprima au monde un mouvement inouï : son règne fut un grand siècle. Il avait l'art de deviner les hommes, il sut s'entourer des esprits les plus habiles du temps, qu'il fit concourir à son œuvre, Alcuin, Eginhard, Leidrade, Florus, Agobard, etc. On lui doit la plus mémorable tentative de restauration connue : dans tous les lieux où il y avait une église il institua une école.

Lyon reçut plusieurs fois Charlemagne dans ses murs, et nulle autre ville peut-être ne fut plus redevable à ses bienfaits et à sa féconde initiative (2).

(1) « La marche de la civilisation a éprouvé un temps d'arrêt depuis le sep-
» tième jusqu'au neuvième siècle, ou plutôt elle a rétrogradé... L'essor de ta
» ville, si remarquable au cinquième siècle et pendant la première moitié du
» sixième, s'est arrêté... Devant ces nuées d'Arabes qui se sont abattues sur
» l'Europe désolée, nos pères ont oublié jusqu'au nom des sciences et des
» arts. » (Montfalcon, Hist. de Lyon, t. t, p. 293.)

(2) « Le neuvième siècle fut pour notre ville une époque de rénovation :
» restauration des églises, réveil des lettres, sinon des sciences et des arts;
» rappel de la civilisation et des mœurs;... tels sont les caractères de cette
» époque. » (Montfalcon, *ibid.*, p. 293.)

L'Ecole lyonnaise fut au nombre des plus célèbres, et mérita à notre cité le le titre glorieux de *mère nourrice de la philosophie.*

Le capitulaire donné à Thionville en 805 ajouta l'étude de la médecine à celles qui composaient le quadrivium (on faisait étudier de bonne heure les jeunes gens qu'on destinait à cette profession). Lyon obtint successivement des papes et des rois de France divers priviléges pour ses écoles et ses docteurs.

Charlemagne avait choisi pour bibliothécaire Leidrade, archevêque de Lyon, qui contribua beaucoup au mouvement intellectuel de l'époque : il fut secondé par le prêtre Florus, un des hommes les plus lettrés de ce siècle, et par son successeur Agobard, esprit supérieur, qui fit servir la religion à combattre les préjugés et les superstitions populaires (1).

Mais le règne brillant de Charlemagne fut comme un éclair entre deux nuits profondes : ce grand homme ne fut pas remplacé, et lorsqu'il mourut, l'œuvre gigantesque qu'avait créée son génie ne put ni prospérer ni se soutenir. Ses successeurs ne se trouvèrent point à ta hauteur de leur tâche. La civilisation, un instant ranimée par sa puissante individualité, fit un pas rétrograde : l'horizon intellectuel se rétrécit, et les ténèbres du moyen-âge se ré-

(1) Leidrade fut nommé archevêque de Lyon en 798 et mourut en 816; il fut remplacé par Agobard, auquel Amalon succéda en 84t. — Le prêtre Florus, né à Lyon vers 779, mourut en 850 : littérateur et poëte, il fut professeur à l'école de la cathédrale.

caillots trouvés sur le cadavre ou après une saignée, qu'on éclaire le mieux le diagnostic de la leukocythæmie, après qu'on a reconnu une accumulation de corpuscules incolores *équivoques*. La limpidité, la transparence du sérum, signalées par Virchow et Vogel, sont des caractères qui n'ont pas une valeur moindre que l'intégrité des parois des vaisseaux gorgés de caillots.

Mais il ne suffit pas de constater que la quantité absolue des globules incolores est augmentée dans la masse du sang, il s'agit aussi de savoir si leurs proportions avec les globules rouges sont conservées, ou bien si le nombre des globules incolores restant le même, d'une manière absolue, la proportion des corpuscules rouges a diminué, comme cela se présente dans les modifications de la masse du sang que le professeur Vogel réunit sous la dénomination d'*oligocythæmie*. Il faut bien l'avouer, toutes ces questions sont loin de trouver des éléments nécessaires seulement à un commencement de solution.

Les pathologistes sont unanimes sur cette opinion que la matière corpusculaire est diminuée dans la leukocythæmie; le professeur Virchow (1) rapporte des faits de la clinique de Würzburg, où cette diminution s'élève jusqu'au deux cinquièmes de l'état normal; c'est à la moyenne, 82 sur 1000, tirée des six analyses du sang obtenu des malades de Strecker, de Parkes et de Robertson, qu'il emprunte ce rapport. Vogel avait trouvé à peu près la même proportion, 97 sur 1000. Comme la quantité relative et absolue des globules incolores était augmentée dans tous ces cas, il faut en inférer forcément que les globules rouges sont devenus d'autant plus rares; que, de plus, les corpuscules incolores sont peu riches en matières solides; qu'enfin, les proportions d'hématine et de fer ont dû diminuer également. Vogel représente cette quantité par le rapport de 0,342 d'oxyde de fer pour 1,000 parties de sang, Strecker a trouvé absolument le même rapport, et Scherer n'a obtenu que 0,298 pour 1,000.

La quantité d'eau dans la leukocythæmie est dans une proportion plus grande que dans l'état normal, suivant toutes les analyses chimiques que nous possédons.

Dans l'observation du professeur Vogel, elle est de	815,8	sur 1000.
Dans les observations de Robertson,	854,3	—
	881,0	—
Dans l'observation de Scherer,	834,53	—

Nous ne trouvons, quant à la détermination des proportions de fibrine, d'albumine et des sels, que des données vagues et insuffisantes pour pouvoir être appréciées quant à présent; seulement nous croyons devoir prévenir les pathologistes laborieux, que stimulent ces questions ardues, que la détermination de la fibrine entraîne forcément à des erreurs sérieuses, parce qu'elle se trouve toujours mélangée avec des globules incolores, qu'en outre, elle est très-sujette à être modifiée par la présence d'une proportion très-considérable de globules incolores dans la masse du sang. L'*inopexie* de Vogel en est une preuve, et l'observation de MM. Charcot et Robin vient confirmer les vues du professeur de Giessen.

Ainsi il est facile de voir, par les recherches précédentes, que les altérations du sang, dans la leukocythæmie, offrent des caractères uniformes et constants, que nous apprécions à l'œil nu, avec plus de sûreté qu'à l'aide des plus forts grossissants; que reconnaître, par le microscope, une accumulation de globules incolores dans le sang d'un malade ou d'un cadavre, ne suffit pas pour affirmer l'existence de la leukocythæmie; que des méthodes d'analyse plus précises confirmeront la diminution des globules rouges en même temps que l'augmentation des corpuscules incolores; qu'enfin les analyses chimiques s'accordent à prouver qu'il existe des modifications sensibles dans les autres éléments du sang dès qu'il y a leukocythæmie.

B. Schnepf.

(*La suite au prochain numéro.*)

(1) *In* Virch's arch., 1852.

PHYSIOLOGIE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES VOIES DE TRANSMISSION DES IMPRESSIONS SENSITIVES ET SUR DES PHÉNOMÈNES SINGULIERS QUI SUCCÈDENT A LA SECTION DES RACINES DES NERFS SPINAUX (communiquées à la Société de biologie en juillet, août et septembre 1855); par le docteur E. Brown-Séquard, lauréat de l'Académie des sciences, vice-président de la Société de biologie, professeur particulier de physiologie.

Des théories principales qui ont été émises, avant la nôtre, sur la voie de transmission des impressions sensitives dans la moelle épinière, il en est deux qui ont joui pendant longtemps de la faveur publique. L'une d'elles, soutenue avec passion par M. Longet, était admise en France par presque tout le monde. L'autre, que Bellingeri, Schœps, Stilling et d'autres physiologistes avaient soutenue avec talent, était acceptée comme vraie presque partout en Allemagne. Nous avons déjà, dans de précédents mémoires, fait en partie l'histoire critique de ces théories (1). Nous allons compléter ici notre examen à leur égard; cela fait, nous exposerons plusieurs faits nouveaux qui nous semblent mériter au plus haut degré l'attention des physiologistes et des médecins.

PREMIÈRE PARTIE.

EXAMEN DE LA THÉORIE DE M. LONGET.

Après avoir attentivement cherché sur quelles bases M. Longet a fondé sa théorie relative à la voie de transmission des impressions sensitives dans le centre nerveux cérébro-spinal, on est profondément surpris de deux choses: la première, c'est que l'auteur de cette théorie ait pu la proposer; la seconde, c'est que le public ait pu l'admettre. En effet: 1° elle n'a pas en sa faveur une seule preuve directe, expérimentale ou clinique; 2° plusieurs de ses parties sont en contradiction l'une avec l'autre, ou avec des faits et des théories que l'auteur admet comme vrais ou probables; 3° il existe contre elle un grand nombre des faits, anatomiques, physiologiques et cliniques.

(1) Voyez Gaz. méd. de Paris; 1855, p. 566 et 579; et les Mémoires de la Société de biologie pour 1855, vol. II, 2e série, p. 55-72.

pandirent sur l'Europe. L'instruction publique fut de plus en plus négligée; l'ignorance redevint universelle (1), la guerre seule absorbait l'esprit des peuples. On devine quelles durent être les destinées de la médecine et de la chirurgie.

Toutefois, au milieu de cette décadence, l'Ecole de Lyon fit les plus louables efforts pour résister à la barbarie, et l'on peut dire que sous les archevêques Burchard (979), Halinard (1046), Humbert Ier (1076), et Jubin (1077), ces efforts ne furent point sans succès. L'histoire ajoute même que l'archevêque Hugues (1083) réussit de son temps « à rendre a l'Ecole lyonnaise une partie de son ancienne splendeur : il augmenta les bibliothèques et accueillit avec bienveillance des professeurs dont le talent ramena les étrangers autour de leur chaire. » (Montfalcon, Hist. de Lyon, t. I.)

L'art médical y était enseigné : on trouve dans les capitulaires de la ville, au treizième siècle, un médecin avec le titre de *legens Lugduni*. En 1290, Philippe le Bel donna une sentence pour maintenir des docteurs à Lyon.

Les sciences traversèrent péniblement le douzième et le treizième siècle (1); la France fut désolée successivement par la guerre civile, la croisade contre les Albigeois, la peste, la famine, et les longues guerres contre les Anglais qui durèrent plus de trois cents ans.

Vinrent aussi les croisades, qui remuèrent le monde jusque dans ses fondements : l'occident fit irruption sur l'orient, et l'Europe, pendant plusieurs siècles, lança sur l'Asie et l'Afrique des flots innombrables de ses populations guerrières (2).

(1) « Les ténèbres du moyen-âge s'épaississent de plus en plus, et bientôt » une nuit profonde ne permit plus de rien distinguer; l'esprit humain eut » un temps d'arrêt. » (Montfalcon, *ibid.*, p. 312.) — « Il n'y avait plus d'édu- » cation publique, et tous les moyens d'instruction manquaient à la fois ; pres- » que toutes les bibliothèques avaient été pillées, saccagées ou brûlées par » les Arabes ou par les Hongrois... Aussi les livres étaient-ils devenus fort » rares et d'un prix excessif. » (Montfalcon, *ibid.*, p. 336.) — Ce fut en 934 qu'eut lieu l'invasion des Hongrois qui détruisirent l'église d'Ainay. (Guillard, Précis chronol. de l'hist. de Lyon, 1855.)

(1) « L'école de Lyon avait beaucoup perdu de son ancienne renommée : elle n'attirait plus comme autrefois un grand concours d'étrangers ; bien loin de là, les élèves qui en sortaient étaient obligés d'aller compléter ailleurs leur instruction misérable. » (Montfalcon, t. I, p. 336.)

(2) « Icelle cité de Lyon, disaient les rois de France du quatorzième et du quinzième siècle, est une des clefs du royaume, assise ez limites et marches d'iceluy. » — « On était au temps des croisades : placé sur la route de l'orient, Lyon voyait arriver fréquemment dans ses murs des bandes de pèlerins, des soldats, des chevaliers. » (Montfalcon, p. 53 et 376.)

La guerre civile eut de nombreux incidents : bornons-nous à citer le siége de Lyon en 1310, par Louis le Hutin, fils de Philippe le Bel, et la bataille de Brignais en 1362, contre les *tard-venus*.

La croisade contre les Albigeois est formée à Lyon en 1209; Louis, fils de

Dans l'histoire des sciences, on trouve de nombreux exemples de théories qui ont été proposées et généralement acceptées, bien qu'elles n'eussent pas de solides fondements; mais nous ne connaissons pas d'exemple d'admission si générale d'une théorie manifestement fausse, que ce qui a eu lieu à propos de la théorie de M. Longet.

Pour comprendre comment elle a pu être si bien reçue, nous ne trouvons pas d'autres raisons que celles-ci : en premier lieu, l'habileté de l'auteur de la théorie, qui l'a si intimement unie à une autre parfaitement vraie, que les preuves de cette dernière ont paru être des preuves de la première; en second lieu, l'apparente simplicité de la théorie, qui la rendait acceptable sans travail; enfin, l'absence de l'esprit d'examen et de critique dans le journalisme et dans le public médical en France.

Peut-être le langage si absolu, dont voici un curieux exemple, explique-t-il aussi le succès de cette théorie. En parlant des résultats de ses recherches sur les racines des nerfs spinaux et sur les cordons de la moelle épinière, M. Longet va jusqu'à dire : « Nous ne craignons pas d'affirmer que les expériences qui les ont révélés peuvent prendre place *à côté des meilleures que la physique possède*, et qu'enfin ils établissent entre les faisceaux de la moelle des différences aussi incontestables que celles qui existent entre les deux ordres de racines des nerfs spinaux » (1).

Avant d'essayer de démontrer que la théorie de M. Longet est entièrement inexacte, nous croyons devoir rappeler en quoi elle consiste. Les propositions suivantes en résument fidèlement les principales parties :

1° Toutes les fibres nerveuses des nerfs rachidiens qui servent à la transmission des impressions sensitives pénètrent, avec les racines postérieures, dans les cordons ou faisceaux postérieurs de la moelle épinière, et, dans ces cordons, se portent à l'encéphale.

2° La transmission des impressions sensitives à l'encéphale ne s'opère, dans la moelle épinière, que par les cordons ou faisceaux postérieurs.

3° Arrivés à la moelle allongée, les cordons postérieurs prennent le nom de corps restiformes. De même que les cordons postérieurs de la moelle épinière sont les seules parties sensibles de cet organe, de même les corps restiformes sont les seules parties sensibles de la moelle allongée; d'où il suit que, dans la moelle allongée, la transmission des impressions s'opère uniquement par les corps restiformes.

4° Les fibres des corps restiformes se portent en majeure partie au cervelet et le reste à la protubérance; d'où il suit que les impressions sensitives venues du tronc et des membres se portent en très-grande partie au cervelet, et en moindre partie à la protubérance.

5° Le cervelet n'étant pas un centre de perception des impressions sensitives, il en résulte que les fibres sensitives si nombreuses qui lui viennent des corps restiformes doivent nécessairement le traverser et en sortir. Elles passeraient, pour en sortir, par les pédoncules antérieurs du cervelet (*processus cerebelli ad testes*), et se porteraient au-dessous des tubercules quadrijumeaux, où se ferait principalement, sinon entièrement, leur entrecroisement.

6° Les fibres sensitives qui n'ont pas traversé le cervelet iraient aussi s'entrecroiser au niveau du bord antéro-supérieur de la protubérance annulaire, d'où il suit que l'entrecroisement des fibres sensitives du tronc et des membres se ferait surtout, sinon entièrement, là où l'on soutient que s'entrecroisent les *processus cerebelli ad testes*.

7° Après s'être entrecroisées, les fibres sensitives se porteraient aux couches optiques, aux corps striés et aux lobes cérébraux.

8° Les fibres sensitives des nerfs crâniens prennent leur origine sur les prolongements des cordons postérieurs de la moelle épinière dans l'encéphale, et il n'y a pas de fibres motrices qui prennent leur origine sur ces prolongements.

9° La substance grise dans la moelle épinière, dans la moelle allongée, etc., n'est pas conductrice, et la propriété de conduire ou de transmettre, soit les impressions sensitives, soit les ordres de la volonté, n'appartient qu'à la substance blanche.

Voilà quelles sont les principales parties de la théorie de M. Longet. Quels sont les faits sur lesquels il a essayé de la fonder? Nous le répétons, cet écrivain distingué ne rapporte aucun fait anatomique, expérimental ou clinique qui puisse servir directement de preuve à cette doctrine. Nous avons montré ailleurs (1) que les faits cliniques recueillis par M. Longet, et qu'il a rapportés comme prouvant que, lorsque les cordons postérieurs sont lésés chez l'homme, la sensibilité se perd, ne peuvent rien prouver à cet égard, puisque dans ces cas les racines postérieures qui, certainement, sont les voies de transmission des impressions sensitives, étaient lésées. Les faits cliniques qui peuvent prouver quelque chose à l'égard des fonctions des cordons postérieurs, sont ceux où ces parties sont lésées sans que les racines postérieures le soient. Or nous avons réuni plus de vingt cas de ce genre publiés par des observateurs du plus grand mérite, et dans tous ces cas la sensibilité était conservée plus ou moins complétement, suivant que la lésion s'étendait plus ou moins à la substance grise de la moelle.

Quant aux faits anatomiques, M. Longet, pour démontrer sa théorie, aurait dû faire voir que les fibres sensitives suivent le trajet que nous avons fait connaître et qu'elles doivent nécessairement suivre si la théorie est vraie. Or M. Longet est obligé de déclarer que ce n'est qu'une pure supposition de sa part que les fibres sensitives traversent le cervelet d'arrière en avant.

Reste l'expérimentation. Nous avons dit, ailleurs (2), ce que sont ces expériences que, suivant l'auteur, on peut placer au nombre des meilleures que la physique possède. Quoi qu'il en soit, admettons que ces expériences aient donné les résultats que M. Longet rapporte, et voyons ce que prouvent ces résultats. Ils font voir que les seules parties sensibles de la moelle épinière et de la moelle allongée sont les cordons postérieurs et les corps restiformes. Voilà le seul fait, la seule apparence de preuve que M. Longet mentionne pour l'établissement de sa théorie. Nous trouvons bien ailleurs un autre fait qui, suivant ce physiologiste, prouverait que la substance grise ne conduit pas les im-

(1) Traité d'anat. et de physiol. du syst. nerv.; 1843, t. I, p. 275.

(1) Voyez les Comptes rendus de l'Acad. des sciences, 1847, t. XXIV, p. 390. — Voyez aussi Gaz. médic. de Paris, 1855, p. 566; et Mémoires de la Société de biologie pour 1855, p. 57.

(2) Gaz. médic. de Paris, 1855, p. 566; Mémoires de la Société de biologie pour 1855, p. 56.

Au milieu de ce mouvement immense des peuples, le midi de l'Europe fit de grands efforts pour réagir contre la barbarie : en Italie, l'École de médecine de Salerne commença à fleurir au onzième siècle; en France, dans le treizième, Jean Pitard, chirurgien de saint Louis, fonda à Paris, sous le patronage de ce monarque, le collége de chirurgie qui fut à la fois le berceau et la sauvegarde de l'art. L'enseignement des *Quatre maîtres*, restés fameux dans nos écoles, lui donna beaucoup de lustre (1). Les chirurgiens les plus habiles tinrent à honneur de s'y faire inscrire; nos rois eux-mêmes, comme Charles V (1364) et Louis XIII, s'y firent agréger, comme Mandaville, Lanfranc, et Robert-le-Myre qui donna son nom aux chirurgiens : « Ita claruit ut omnes chirurgi arte suâ celebres magistrorum *myrorum* nomine fuerint insigniti. (Devaux, Index funereus.) (Recherch. sur l'origin. de chirurg., p. 76).

« Les lettres et les sciences ont jeté peu d'éclat à Lyon pendant le quator-
» zième siècle; elles demandent pour prospérer des conditions qui man-
» quent (1) à cette époque. » (Montfalcon, *ibid.*)

Mais le flambeau de la science médicale ne s'éteignit point : l'histoire se plaît à signaler quelques intelligences que la Providence semble avoir placées comme des phares d'espace en espace pour illuminer ces siècles obscurs; elle a conservé plus d'un nom cher à notre art.

Philippe-Auguste, arriva à Lyon en 1215 avec une armée pour marcher contre les Albigeois. (A. Péricaud.)

La guerre contre les Anglais, dont Lyon souffrit beaucoup, fut commencée en 1103 par Guillaume le Roux, de Normandie (Velly, Histoire de France, t. II); les Anglais ne furent définitivement chassés de la France qu'en 1451 (Hénault, Précis chronologique). Jeanne d'Arc avait fait lever le siége d'Orléans en 1429.

Le nombre des croisades varie suivant les historiens : le président Hénault en admet six, qu'il date ainsi : la première en 1092, la deuxième en 1145, la troisième en 1189, la quatrième en 1204, la cinquième en 1245, et la sixième, dans laquelle mourut Saint-Louis, en 1269. (Précis chronologique.)

(1) L'école de Salerne commença à fleurir en 1076; Jean de Milan fit une compilation de ses doctrines en 1100.

« Jusqu'à saint Louis, la chirurgie était pour ainsi dire errante et sans chef..... elle était abandonnée à des ignorants et à des vagabonds; c'est Pitard qui a entrepris de la rendre à des mains plus dignes d'elle et de la confiance du public. » (Recherch. critiq. et historiq. sur l'orig. de chirurg., p. 77).

Jean Pitard fut premier chirurgien de saint Louis, de Philippe le Hardi et de Philippe le Bel; il suivit saint Louis dans la Terre-Sainte; il mourut à l'âge de 87 ans, vers 1315. Pitard fonda le collége de chirurgie de Paris, dont il forma en 1260 les statuts qui furent perfectionnés en 1268. (Recherch., *ibid.*, p. 48 et 388.)

(1) « Il y avait à Lyon beaucoup de pauvres au quatorzième siècle; on y vi-
» vait fort mal. » — « Les mœurs publiques étaient fort relâchées. » (Montfalcon, *ibid.*, p. 479 et 482.)

pressions sensitives, mais nous ferons voir plus loin que ce fait ne justifie pas la conclusion que M. Longet en a tirée.

La moelle épinière n'étant sensible que dans ses cordons postérieurs, M. Longet en conclut que les impressions sensitives ne se transmettent à l'encéphale que par ces cordons. Depuis que nous avons fait voir combien cette conclusion est illégitime, on a prétendu que jamais l'écrivain dont nous examinons la doctrine n'avait soutenu que les cordons postérieurs sont la seule voie de transmission des impressions sensitives. On oublie que cette manière de voir est la pierre angulaire du système si ardemment prôné par M. Longet, et que s'il ne l'avait pas admise et s'il ne l'avait pas fait admettre à presque tous les médecins français, son grand travail de 1841 et les ouvrages qu'il a publiés depuis cette époque n'auraient eu qu'une bien faible part du succès qu'ils ont obtenu. Du reste, on trouve à chaque instant dans les publications de M. Longet des assertions très-positives à l'égard de la fonction qu'il attribue exclusivement aux cordons postérieurs. Nous nous bornerons, à ce sujet, à citer les phrases suivantes : « Ces expériences, dit l'auteur (1), révèlent donc entre les cordons médullaires des différences *fonctionnelles* aussi incontestables que celles qui existent entre les deux ordres de racines des nerfs spinaux. » Ailleurs (2), M. Longet dit : « Dans notre opinion, il est démontré *que les impressions des membres et du tronc*, qui doivent parvenir à la conscience, *se propagent exclusivement par les cordons postérieurs de la moelle épinière jusqu'à l'encéphale.* » Ailleurs encore : « Quant au bulbe rachidien, il est sensible seulement à sa face postérieure, où se rencontrent les corps restiformes; ceux-ci continuent les cordons postérieurs de la moelle qui, jouissant d'une exquise sensibilité dans toute la longueur de cet organe, sont destinés, comme on l'a vu, *à la transmission des impressions* (3). Enfin, à propos des corps restiformes, M. Longet dit (4) : « *Ils sont exclusivement en rapport avec la transmission des impressions sensitives à l'encéphale.* »

Nous avons dit que la théorie de M. Longet conduit à des contradictions flagrantes, et qu'il est surprenant que l'auteur et le public n'aient pas vu, par ces contradictions, que la théorie n'était pas admissible. Nous nous bornerons à signaler ici les principales de ces contradictions.

1re *Contradiction.* M. Longet se refuse à admettre que la substance grise puisse conduire les impressions sensitives, parce qu'elle est insensible, et il admet que le cervelet, quoique insensible, conduit les impressions sensitives. De plus, il croit que les cordons postérieurs de la moelle, parce qu'ils sont la seule partie sensible de la moelle, sont la seule voie de transmission des impressions; et il croit que le cervelet, bien qu'insensible, est aussi une voie de transmission des impressions. Il est évident que l'une ou l'autre de ces assertions opposées n'est pas vraie : ou bien la transmission des impressions peut se faire par une partie insensible comme le cervelet, et alors la substance grise de la moelle peut être un organe de transmission, et les cordons postérieurs peuvent ne pas être la voie unique de transmission des impressions; ou bien la transmission des impressions sensitives ne peut se faire que par une partie sensible, et alors la transmission des impressions ne peut pas avoir lieu à travers le cervelet.

2e *Contradiction.* Le cervelet, suivant M. Longet, serait traversé par la majeure partie des fibres sensitives du tronc et des membres; or, suivant le même auteur, la protubérance annulaire serait ce qu'il appelle le *siége de la sensibilité*, c'est-à-dire le centre percepteur des impressions de douleur et de plus des impressions tactiles (1). Il est évident que l'une ou l'autre de ces deux assertions n'est pas vraie, car si la protubérance est le centre unique ou principal des perceptions de douleur et de tact, la plupart, sinon toutes les fibres sensitives, devraient y arriver, et, conséquemment, elles ne se porteraient pas en majorité au cervelet.

3e *Contradiction.* L'ablation du cervelet, suivant plusieurs expérimentateurs et suivant M. Longet lui-même, ne détruit pas la sensibilité et ne paraît même pas la diminuer; au contraire, elle semble l'augmenter. Ainsi les lapins, qui, lorsqu'ils sont à l'état normal, ne crient pas quand on leur pince la queue, crient, au contraire, ainsi que le dit M. Longet, sous l'influence de cette excitation après qu'on leur a enlevé le cervelet (2). Or, suivant ce physiologiste, la majorité des fibres sensitives du corps passant par le cervelet, il est évident que l'ablation du cervelet devrait diminuer la sensibilité d'une manière très-notable. Il résulte de là que, ou bien les fibres sensitives ne passent pas en majorité par le cervelet, ou bien l'extirpation de cet organe produit l'inverse de ce que dit M. Longet.

4e *Contradiction.* Il existe des faits pathologiques, et M. Longet lui-même en rapporte (3), qui démontrent qu'une lésion limitée à une moitié latérale de la protubérance, produit la perte complète de la sensibilité dans la moitié opposée du corps. Comment concilier ce fait avec cet autre prétendu fait que les fibres sensitives ne passent qu'en petit nombre dans la protubérance, et que la majorité de ces fibres passent par le cervelet?

Après cet exposé des contradictions les plus frappantes auxquelles conduit forcément la théorie que les cordons postérieurs de la moelle épinière sont la seule voie de transmission des impressions sensitives venues du tronc et des membres, nous répéterons ce que nous avons dit avant de faire cet exposé. Comment est-il possible que M. Longet ait proposé une théorie contre laquelle il connaissait tant de faits décisifs, et comment se fait-il aussi que le public médical, en France au moins, ait admis sans réserve une théorie conduisant si manifestement à de si grandes contradictions?

Il faut souvent bien plus d'efforts pour déraciner une erreur que pour établir une vérité : nous nous en apercevons tous les jours; mais notre persévérance ne se lassera pas, et nous osons espérer que les personnes qui liront avec quelque attention, et ce que nous avons dit des contradictions auxquelles conduit le système de M. Longet, et l'exposé que nous allons faire des faits expérimentaux, cliniques et anatomiques qui sont contraires à ce système, reconnaîtront combien il est erroné.

(1) TRAITÉ DE PHYSIOL., 1850, t. II, B, p. 9.
(2) *Loco cit.*, p. 56-57.
(3) *Loco cit.*, p. 33.
(4) *Loco cit.*, p. 214.

(1) *Loco cit.*, p. 36-39.
(2) TRAITÉ D'ANAT. ET DE PHYS. DU SYST. NERV., 1843, t. I, p. 457.
(3) *Loco cit.*, p. 445-452.

C'est à Lyon que se réfugia le célèbre Lanfranc (de Milan), lorsque les factions des Guelfes et des Gibelins l'eurent exilé de sa patrie; c'est à Lyon qu'il rassembla les matériaux de son immortel ouvrage CHIRURGIA PARVA ET MAGNA (1). Ce ne fut que plus tard qu'il se rendit à Paris (1295), où il ouvrit, avec l'assentiment du doyen de la Faculté (Jean Passavant), des cours publics qui influèrent beaucoup sur les progrès de la chirurgie en France.

Il fut le digne précurseur d'un homme non moins célèbre, Guy de Chauliac, qui exerça longtemps l'art de guérir dans nos murs, où il s'adonna avec un égal succès à la médecine et à la chirurgie. Guy de Chauliac avait quitté Lyon avant 1348, époque où il se trouvait déjà à Avignon pendant la fameuse peste noire qui ravagea l'Europe : sa grande réputation l'avait fait appeler à la cour du pape Clément VI, en qualité de premier médecin, poste élevé qu'il conserva auprès d'Innocent VI et d'Urbain V.

(1) Guillaume Yvoire, qui pratiquait à Lyon, y fit paraître, en 1490, une traduction française de l'ouvrage de Lanfranc. (Pour plus de détails, voyez Pétrequin, MÉLANGES DE CHIRURGIE, p. 17.) Voici ce que Lanfranc lui-même écrit sur son séjour à Lyon : « Donec Lugduni supra Rhodanum moram trahens, rogatus quoddam de chirurgia facere compendium, tandem desirans parisius » dictis continuis pervenire curis, quas liberorum educationis cura prosequi » compellabar, etc. » (Lanfranc, tract. 5, cap. 6.) Il dit ailleurs : « Permiserat » (domini gratia) me de civitate coactum, et fecit in Galliam transportare, ubi » meum jam aliquibus dimissum temporibus resumpsi studium. »

En 1363, il y publia sa GRANDE CHIRURGIE, avec des matériaux recueillis en grande partie à Lyon, comme il l'écrit lui-même. Cette œuvre lui valut le titre glorieux de *restaurateur de la chirurgie*; elle eut le rare honneur de rester pendant plus de trois siècles le livre classique par excellence dans toutes nos écoles, et rendit longtemps les nations étrangères tributaires de la France (1).

Du temps de Guy de Chauliac, la chirurgie était exercée à Lyon par Bonand, qui se distingua dans l'art des opérations.

L'Hôtel-Dieu avait peu à peu subi d'heureux changements : « C'est une histoire remplie d'enseignements et d'intérêt que celle des grandes institutions de bienfaisance qui, loin de décliner avec l'âge, ne font que grandir en vieillissant, et dont l'organisation se perfectionne par les vicissitudes politiques au lieu d'en éprouver la destructive influence. Debout et florissantes, tandis que les établissements contemporains de leur origine ont successivement disparu du sein de la société, elles témoignent par leur durée qu'il a présidé à leur naissance une de ces inspirations fécondes et pleines d'avenir dont l'importance et l'utilité augmentent à mesure qu'elles traversent les générations. »

(1) Pour l'analyse de l'œuvre de Guy de Chauliac et l'appréciation de l'influence qu'elle exerça, voyez Pétrequin, MÉLANGES DE CHIRURGIE, p. 18. « De mon temps, écrit Guy de Chauliac, maistre Pierre Bonnand a été chirurgien opérateur à Lyon, où j'ai longtemps practiqué. » (A. Péricand, BIOGRAPHIE LYONNAISE, 1839.)

§ I. — FAITS EXPÉRIMENTAUX CONTRAIRES A LA THÉORIE DE M. LONGET.

1° SECTION TRANSVERSALE DES CORDONS POSTÉRIEURS DE LA MOELLE ÉPINIÈRE ET DES CORPS RESTIFORMES DE LA MOELLE ALLONGÉE. Il est clair qu'après cette opération, si ces parties sont les seules voies de transmission des impressions sensitives à l'encéphale, ainsi que le soutient M. Longet, nous devrions trouver la sensibilité complétement perdue dans les parties du corps qui reçoivent leurs nerfs du centre nerveux rachidien, en arrière de la section. Eh bien! ainsi que je l'ai découvert, il n'y a alors ni perte ni diminution de sensibilité, et, tout au contraire, il y a augmentation.

Il ne peut plus y avoir de doutes maintenant sur la réalité de ce fait. J'en ai rendu témoins tous les médecins de Paris qui ont voulu le voir; je l'ai fait constater par nombre de physiologistes distingués de Londres et d'Allemagne; et enfin, le remarquable rapport de M. P. Broca à la Société de biologie, et le lucide rapport de M. Cl. Bernard à l'Académie des sciences, ont confirmé de la manière la plus positive l'exactitude du résultat de cette expérience. Mais il y a quelque chose de plus pour confirmer ce que j'ai avancé à l'égard de l'existence de l'hyperesthésie, après la section transversale totale ou partielle des corps restiformes, c'est que M. Longet lui-même, *sans s'en douter*, *il est vrai*, a fait cette expérience et en a obtenu le même résultat que j'en obtiens. En effet, M. Longet a constaté, comme d'autres expérimentateurs, qu'après l'ablation du cervelet, les lapins crient quand on leur pince la queue. (Il aurait pu ajouter, ou les membres.) Or pour enlever la totalité du cervelet, il faut couper les corps restiformes à l'endroit où ils s'unissent à cet organe. D'un autre côté, l'existence des cris après un pincement, chez un lapin, est une preuve d'hyperesthésie. Il suit de là que, sans s'en douter, M. Longet avait fait une section transversale d'une grande partie des corps restiformes, et qu'il avait constaté, toujours sans s'en douter, que cette section, loin de détruire la sensibilité ou de la diminuer notablement, est suivie d'une augmentation de sensibilité. C'était là une expérience décisive contre sa théorie. Certes, après un fait comme celui-là, on pourrait s'arrêter et dire : La théorie est morte, son auteur lui-même lui a donné le coup de grâce. Mais le public médical, en France au moins, désire plus de preuves : nous allons lui en donner.

2° SECTION TRANSVERSALE DES CORDONS POSTÉRIEURS ET DES CORPS RESTIFORMES EN PLUSIEURS POINTS.

EXP. I. — Sur un gros et vigoureux lapin, nous mettons la moelle épinière à nu depuis l'origine de la huitième paire dorsale jusqu'à celle de la quatrième paire lombaire, et, après nous être assuré que la sensibilité persiste partout à l'état normal, nous coupons transversalement le cordon postérieur droit au niveau de la huitième paire dorsale. Quelques instants après nous constatons que le membre postérieur droit est plus sensible que les autres membres. Nous coupons alors le cordon postérieur gauche, au même endroit où nous avons fait la première section.

Un moment après, nous constatons que le membre postérieur gauche est plus sensible qu'avant l'opération, et plus sensible que les membres antérieurs. Les deux membres postérieurs sont alors dans un état d'hyperesthésie évident. Nous coupons alors successivement les cordons postérieurs en huit ou dix points différents, depuis l'endroit de la première section jusqu'à l'endroit d'où naît la quatrième paire lombaire, et nous constatons, après chaque section, que l'hyperesthésie continue d'exister dans les membres postérieurs (1).

Nous laissons l'animal en repos pendant une heure, et après nous être assuré de nouveau que l'hypéresthésie persiste dans les membres postérieurs, et que la sensibilité des membres antérieurs est à l'état normal, nous mettons à nu la moelle allongée et la partie supérieure de la moelle épinière. Cela fait, nous nous assurons de nouveau que la sensibilité ne s'est pas modifiée dans les membres antérieurs et postérieurs, puis nous coupons en travers les cordons postérieurs au niveau du bec du calamus. Si l'animal ne meurt pas par l'entrée de l'air dans les veines (2), nous trouvons, après quelque temps, que la sensibilité s'est augmentée partout. Les membres antérieurs, qui avaient une sensibilité normale, deviennent hyperesthétiques et les membres postérieurs, qui étaient déjà hypéresthétiques, le deviennent davantage. Si l'on ajoute aux sections déjà faites celle des corps restiformes, l'hypéresthésie persiste partout où elle existait.

3° ABLATION D'UNE PORTION DES CORDONS POSTÉRIEURS.

EXP. II. — Sur un gros et vigoureux lapin, nous mettons la moelle épinière à nu depuis la huitième vertèbre dorsale jusqu'à la quatrième vertèbre lombaire, puis nous disséquons et nous enlevons les cordons postérieurs, dans une étendue de 5 à 6 centimètres. Nous laissons l'animal en repos pendant quelque temps, puis en examinant l'état de la sensibilité dans les membres postérieurs, nous y constatons l'existence d'une hypéresthésie très-marquée.

4° ABLATION DES CORPS RESTIFORMES.

EXP. III. — Sur un lapin adulte, nous disséquons les corps restiformes, nous les séparons du reste de la moelle allongée dans toute leur longueur, puis nous les enlevons. Après quelque temps, l'animal, examiné avec soin, est trouvé hyperesthétique partout, excepté à la face, dont la sensibilité est presque complétement perdue.

Cette expérience, et les deux précédentes, ne peuvent laisser de doutes à l'égard de la conclusion suivante : la transmission des impressions sensitives ne se fait pas exclusivement, comme l'a soutenu M. Longet, par les cordons postérieurs et les corps restiformes. Mais ces expériences laissent indécise la question de savoir s'il n'y aurait pas quelques fibres sensitives montant le long de ces cordons vers l'encéphale. Les faits suivants montrent qu'il n'y a pas de ces fibres dans les cordons postérieurs.

5° SECTION LONGITUDINALE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE PASSANT PAR LE PLAN MÉDIAN ANTÉRO-POSTÉRIEUR DE CET ORGANE. — Après avoir fait une telle section dans toute l'étendue du renflement lombaire, la sensibilité est perdue dans les deux membres postérieurs. Après une semblable section dans toute l'étendue du renflement cervico-brachial, la sensibilité

(1) Pour l'indication des procédés à l'aide desquels nous jugeons du degré de la sensibilité, voy. GAZ. MÉD. DE PARIS, 1855, p. 579-80, et MÉM. DE LA SOC. DE BIOLOGIE pour 1855, p. 62-65.

(2) L'air entre souvent dans les veines à la suite de blessures faites à la moelle allongée et à la partie supérieure de la moelle épinière. C'est surtout par suite de cet accident que la mort a lieu si subitement quand, en répétant l'expérience célèbre de M. Flourens, on enlève le v gris qui se trouve dans le bec du calamus scriptorius. Quand on réussit à faire cette dernière expérience sans qu'il entre d'air dans les veines, ordinairement l'animal y survit quelques heures ou même quelques jours.

L'hôpital devenait un centre de secours, de plus en plus précieux pour la population croissante de la ville (1).

Une ère de rénovation se préparait : les ténèbres du moyen âge se dissipaient peu à peu, et déjà l'on voyait poindre à l'horizon l'aurore de la renaissance; mais ce jour nouveau ne devait pas encore luire pour la science.

(La suite au prochain numéro.)

— Par décret du 2 avril, M. le docteur Pasturean, médecin major aux hôpitaux de l'armée d'Orient, a été nommé médecin principal en remplacement de M. Volage, décédé.

— Par décret du 9 avril, M. le docteur Normand, médecin aide-major aux cuirassiers de la garde impériale, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par arrêté en date du 12 avril 1856, M. Roger, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, est chargé, pendant la durée du deuxième semestre de l'année scolaire 1855-56, de la suppléance de M. Duméril.

(1) Au quinzième siècle, « le consulat augmenta dans les hôpitaux le nombre des lits, devenus insuffisants, surtout après la peste de 1458, et confia le service de ces établissements à des hommes de mérite. » (Montfalcon, *ibid.*, p. 498.)

M. A. Richard, agrégé de la même Faculté, est chargé, pendant le semestre précité, de suppléer M. Cloquet.

— Diverses mutations viennent d'avoir lieu dans les hôpitaux de Paris, par suite de la mise à la retraite de M. le docteur Gérardin.

M. le docteur Delpech passe de l'hospice de la Rochefoucauld à la Maternité, et M. Sée est nommé médecin de l'hospice de la Rochefoucauld.

— Par arrêté royal, M. André Uytterhoeven, chirurgien en chef de l'hôpital Sainte-Elisabeth, à Anvers, vient d'être promu au grade d'officier de l'ordre de Léopold. L'opinion publique ratifiera cette distinction si bien méritée par les longs services de notre savant confrère.

M. Bonlvin, médecin à Gilly, et MM. Bodard et Blarian, médecins à Gand, viennent d'être nommés chevaliers du même ordre.

— Le concours pour une place de chirurgien du bureau central vient de se terminer par la nomination de M. Verneuil, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

— Au concours pour deux places de médecins du bureau central, ce sont MM. Empis et Charcot qui ont été nommés.

— Le concours pour deux places d'aide d'anatomie à la Faculté de médecine a commencé le 15 avril.

— M. Vidal (de Cassis) vient de succomber à l'affection rénale qui, plusieurs fois déjà, avait menacé sérieusement son existence.

Nous avons à déplorer aussi la mort de M. le docteur Levaillant, âgé de 43 ans.

est perdue dans les membres antérieurs et conservée dans les postérieurs.

Dans ces expériences, les cordons postérieurs ne sont pas lésés, ils ne sont que séparés l'un de l'autre. D'après la théorie de M. Longet, la sensibilité devrait alors persister; au contraire, elle est perdue.

6° SECTION TRANSVERSALE DE TOUTE LA MOELLE ÉPINIÈRE, A L'EXCEPTION DES CORDONS POSTÉRIEURS. — Si cette section est faite au niveau de l'une des dernières vertèbres dorsales, ou plus haut, on trouve que les membres postérieurs perdent complétement leur sensibilité. Si la section est faite au niveau de la seconde vertèbre cervicale, la sensibilité se perd dans le tronc et dans les quatre membres. Il résulte clairement de ces faits qu'il n'y a pas de fibre sensitive qui suive le trajet que M. Longet attribue à toutes les fibres sensitives, à savoir de se rendre jusqu'à l'encéphale le long des cordons postérieurs.

En rapprochant ces derniers faits de ceux que nous avons d'abord mentionnés, nous trouvons que, lorsque les cordons postérieurs sont coupés, la transmission des impressions sensitives continue de se faire, tandis que lorsque, au contraire, certaines autres parties de la moelle sont lésées, les cordons postérieurs ne l'étant pas, la sensibilité est perdue. En conséquence, non-seulement les cordons postérieurs ne sont pas les voies uniques de transmission des impressions sensitives, mais encore ces impressions passent toutes par une autre voie, bien qu'elles traversent les cordons postérieurs, ainsi que nous l'avons montré dans nos deux précédents mémoires.

(*La suite au prochain numéro.*)

MATIÈRE MÉDICALE.

NOTE SUR LA GLYCÉRINE; par M. DESCHAMPS (d'Avallon), pharmacien de la maison impériale de Charenton.

Dès que M. Cap eut annoncé qu'il était facile d'extraire de la glycérine du résidu de la fabrication des bougies stéariques, beaucoup de médecins s'empressèrent d'étudier les propriétés thérapeutiques de ce nouvel agent et cherchèrent à prouver, les uns que la glycérine était un agent précieux et indispensable, et les autres qu'elle ne pouvait être considérée que comme un agent éphémère.

Cette divergence dans l'opinion d'hommes consciencieux qui tous cherchent à découvrir la vérité, nous fit penser que la glycérine qui avait été employée par les uns n'était pas la glycérine qui avait servi aux autres, et qu'il y avait peut-être de l'intérêt à étudier la composition des glycérines du commerce, à comparer ces glycérines avec la glycérine anglaise de M. Wilson, à chercher à démontrer que les effets qui ont été obtenus avec la glycérine du résidu des bougies stéariques doivent plutôt être attribués aux corps étrangers que cette glycérine contient qu'à elle-même, et enfin à prouver qu'il n'est pas possible de substituer actuellement, dans l'intérêt des particuliers et des établissements publics, la glycérine au cérat.

Les glycérines qui sont vendues par MM. les fabricants de produits chimiques ne présentent pas toutes les mêmes propriétés physiques et chimiques; elles peuvent être divisées en cinq espèces assez distinctes; nous les désignerons par les n°s 1, 2, 3, 4 et 5.

Ces glycérines sont plus ou moins colorées; leur odeur est plus ou moins désagréable; leur densité à l'aréomètre est variable. Toutes, à l'exception de la quatrième et de la cinquième, sont acides; toutes contiennent des traces d'acide sulfurique, de la chaux et de l'acide hydrochlorique.

La glycérine n° 1 est très-ambrée; son odeur est très-désagréable; elle sent fortement le beurre rance; elle marque 26 degrés à l'aréomètre; elle contient beaucoup d'acides gras volatils et en particulier de l'acide butyrique; son action sur le papier bleu de tournesol est très-vive, surtout lorsqu'elle est additionnée d'une certaine quantité d'eau. En l'étendant d'eau acidulée avec de l'acide sulfurique et en soumettant le mélange à la distillation, on obtient des acides gras volatiles en quantité assez considérable; il suffit même d'ajouter de l'acide sulfurique concentré et de l'alcool à un peu de glycérine pour obtenir immédiatement une odeur très-manifeste d'éther butyrique.

La glycérine n° 2 est peu colorée; son odeur est presque nulle; elle marque 28 degrés 1/5 à l'aréomètre; son action sur le papier bleu de tournesol est très-marquée; elle contient une trace d'acide butyrique.

La glycérine n° 3 ressemble beaucoup à la glycérine n° 2; seulement sa couleur est un peu plus foncée et son odeur est plus désagréable; elle sent le beurre rance.

La glycérine n° 4 est peu colorée; son odeur est difficile à déterminer; elle se rapproche plus de l'odeur d'une lessive que de l'odeur du beurre rance; elle marque 25 degrés à l'aréomètre; elle est à peine acide au papier de tournesol; les acides ont été saturés avec de la chaux; elle contient une petite quantité d'acides gras volatiles.

La glycérine n° 5 est ambrée; son odeur est celle d'une forte lessive; elle marque 28 degrés à l'aréomètre; elle est très-alcaline; elle contient des acides gras volatils, du carbonate de soude, des chlorures et beaucoup de chaux.

La quantité de chlorure d'argent que l'on obtient en versant de l'azotate d'argent dans ces glycérines, et les douleurs que les malades éprouvent lorsqu'on applique de la glycérine sur leurs plaies, nous firent supposer que les glycérines acides pourraient bien contenir de l'acide chlorhydrique libre, et nous dosâmes la chaux et le chlore de la glycérine n° 1 et de la glycérine n° 2; mais nous reconnûmes que la chaux était en proportion un peu plus grande que celle qui était nécessaire pour neutraliser l'acide chlorhydrique. Ce résultat nous fit penser alors que l'acide chlorhydrique des glycérines provenait évidemment des chlorures qui sont contenus dans l'eau et la chaux employées à la préparation des savons. On sait, en effet, que les résidus glycériques qui sont livrés par les fabricants de bougies stéariques ne marquent que 2 degrés à l'aréomètre; qu'il faut les faire évaporer, de manière qu'ils marquent 28 degrés, et qu'il est difficile de séparer économiquement l'acide chlorhydrique de la glycérine.

La glycérine anglaise de M. Wilson, qui est préparée comme tout le monde le sait, par le dédoublement des corps gras sous l'influence de l'eau, de la chaleur et d'une certaine pression, a des propriétés qui diffèrent essentiellement des propriétés des glycérines préparées avec le résidu des bougies stéariques. Cette glycérine, que nous avons pu étudier grâce à l'obligeance de M. Péligot, est incolore et d'une limpidité parfaite; son odeur est nulle; sa saveur est agréable; elle marque 27 degrés 1/2 à l'aréomètre; elle a sur le papier de tournesol une réaction acide; mais elle ne contient ni chaux, ni acide sulfurique, ni acide chlorhydrique; c'est en somme de la glycérine pure.

Cette glycérine n'a point été décolorée avec du charbon animal, à moins que ce soit, ce qui n'est pas probable, avec du charbon animal entièrement privé de carbonates et de phosphates par une longue ébullition dans l'acide chlorhydrique, etc.; car la glycérine a la propriété de dissoudre très-promptement les sels de chaux qui sont contenus dans le charbon animal. Il suffit de l'agiter pendant quelques instants, à la température ordinaire, avec du charbon animal privé de tous les carbonates et d'une grande quantité des phosphates, pour qu'on puisse signaler, avec de l'oxalate d'ammoniaque, la présence de la chaux dans la glycérine.

Nous avons fait remarquer que cette glycérine avait une réaction acide; mais nous devons ajouter que l'acide qu'elle contient est de nature organique et que toutes les glycérines ont une réaction acide. Nous ne disons pas que la glycérine est acide par elle-même, mais nous pensons que lorsque l'oxyde de lipyle abandonne les acides gras et s'empare de cinq équivalents d'eau pour constituer la glycérine, la glycérine formée dissout une certaine quantité d'acide qu'on ne peut plus lui enlever. Nous avons préparé de la glycérine avec de l'huile d'olive, avec de la graisse de porc parfaitement fraîche, puisque cette graisse contenait encore du calorique naturel, lorsque nous l'avons saponifiée avec de la litharge, et nous avons obtenu des glycérines acides, quoique nous ayons eu le soin de faire évaporer le liquide glycérique après l'avoir séparé de l'emplâtre, et de soumettre la glycérine plombique à cinq lavages prolongés avec de l'éther rectifié avant de la traiter par l'hydrogène sulfuré, ou bien de laver la glycérine préparée avec de l'éther rectifié.

Après avoir étudié les propriétés chimiques des glycérines, nous allons passer en revue leurs propriétés thérapeutiques, etc. Quoiqu'il soit bien évident que les glycérines extraites des résidus de la préparation des bougies stéariques, ne contiennent pas plus d'acide chlorhydrique que de bases solidifiables, il n'est pas douteux qu'une partie de cet acide ne soit libre et ne concoure avec les autres acides à causer les douleurs vives que ressentent les malades. Pour savoir si la glycérine neutre était moins irritante que la glycérine acide, nous versâmes de la glycérine n° 4 sur une coupure nouvellement faite, et la personne qui se soumettait à ce traitement n'éprouva pas la moindre douleur. Nous saturâmes de la glycérine n° 1, la plus acide de toutes, en la faisant bouillir avec de la craie et du charbon animal (le carbonate de chaux qui est contenu dans le charbon animal sature mieux les acides de la glycérine que le carbonate de la craie), et nous priâmes M. le docteur Debout d'étudier l'action de cette glycérine. Eh bien! quoique cette glycérine contînt beaucoup de sels de chaux et en particulier du butyrate qui s'altère facilement, cette glycérine ne pro-

duisit qu'une douleur à peine sensible et nullement comparable à la douleur qu'elle occasionnait avant la saturation des acides.

Si pour corroborer le résultat de ces expériences qui prouvent évidemment que l'application de la glycérine neutralisée est moins douloureuse que l'application de la glycérine acide, nous consultons les observations des autres expérimentateurs, nous reconnaissons sans peine :

1° Que la glycérine acide détermine de vives douleurs aux malades, qu'elle irrite les plaies simples et qu'elle retarde leur guérison ;

2° Que la glycérine acide produit de très-bons effets sur les plaies de mauvaise nature ; car ces plaies prennent bientôt un très-bel aspect, les bourgeons charnus se développent très-également, et la guérison ne se fait pas longtemps attendre.

Cette action bienfaisante de la glycérine, qu'il faut bien se garder de confondre avec l'action de la glycérine, et que plusieurs praticiens, et entre autres M. le docteur Léger, comparent à l'action du suc de citron, ne peut être, selon nous, que le résultat des acides que la glycérine contient. En effet, personne n'oserait affirmer que de l'eau qui contiendrait par 1000 grammes 3 gr. 45 centigr. d'acide chlorhydrique et des acides gras volatiles, combinés en partie avec la chaux, aurait les propriétés thérapeutiques de l'eau pure.

Si nous cherchons maintenant quel avantage il y a, au point de vue de l'intérêt des particuliers et des établissements publics, à substituer la glycérine au cérat, nous trouvons que pour panser deux plaies semblables, deux plaies qui exigeraient des linges fenêtrés de 149 centimètres carrés, nous trouvons, disons-nous, qu'il faudrait employer, pour que ces linges fussent convenablement apprêtés, 3 gr. 50 centigr. de cérat et 12 gr. 50 centigr. de glycérine à 28 degrés. Cette simple expérience prouve que le pansement avec la glycérine coûte trois fois et demie plus que le pansement avec le cérat, ou, en d'autres termes, que l'on dépense pour des pansements semblables 10 centimes de cérat et 35 centimes de glycérine, le prix du cérat et celui de la glycérine étant les même. Ce calcul est fait, en supposant qu'on laissera égoutter pendant quelques minutes le linge mouillé avec la glycérine avant de l'appliquer sur la plaie et qu'on recouvrira le linge glycérique avec du taffetas gommé ou avec de la charpie humectée avec de l'eau; car si l'on mouillait la charpie ou une partie de la charpie avec de la glycérine, la dépense serait au moins triplée. On ne peut pas placer de la charpie sèche sur le linge glycérique, parce que cette charpie a la propriété d'attirer, en vertu de sa capillarité, toute la glycérine de linge fenêtré, parce que le linge adhère alors à la plaie, et parce que la membrane épidermoïde qui recouvre la plaie est déchirée lorsqu'on fait un second pansement, etc.

Des faits exposés dans cette note, il est facile de déduire les conclusions suivantes : les glycérines du commerce ne sont pas identiques et ne peuvent agir de la même manière. Il est essentiel de chercher à obtenir des glycérines neutres. Il y a moins d'inconvénients à saturer avec de la chaux les acides qui sont contenus dans la glycérine du résidu des bougies stéariques, après avoir chassé entièrement les acides gras volatils, que de la priver de la chaux qu'elle renferme, puis qu'en éliminant la chaux on met en liberté des acides qui ne peuvent plus être isolés. La glycérine ne doit pas être alcaline. Les douleurs que les malades ressentent lorsqu'on les panse avec de la glycérine sont proportionnelles à la quantité d'acides que la glycérine contient. Ce sont les acides de la glycérine qui irritent les plaies et non la glycérine ; ce sont les acides que la glycérine contient qui déterminent la guérison des plaies de mauvaise nature, et non la glycérine. Il serait plus simple et aussi efficace d'employer des liqueurs acidulées que de la glycérine acide dans le pansement de plaies de mauvaise nature. Les propriétés thérapeutiques de la glycérine ne sont point encore connues. La glycérine anglaise de M. Wilson est jusqu'à présent la seule glycérine qui puisse être considérée comme la glycérine pharmaceutique. La glycérine ne peut pas encore être substituée au cérat pour le pansement des plaies en général, non-seulement parce que le pansement des plaies est d'un prix plus élevé avec la glycérine qu'avec le cérat, mais encore parce que la glycérine n'a pas de propriétés assez énergiques pour compenser la dépense qu'elle occasionne. Enfin il est très-présumable que la glycérine pure n'a pas de propriétés thérapeutiques spéciales, qu'elle peut servir d'excipient, mais qu'elle sera plus utile à l'industrie qu'à la thérapeutique.

CLINIQUE MÉDICALE.

RAPPORT SUR LES MALADIES QUI ONT SÉVI SUR L'ARMÉE D'ORIENT PENDANT LES MOIS D'OCTOBRE, NOVEMBRE, DÉCEMBRE 1855 ET JANVIER 1856 ; par M. AUG. HASPEL.

Considérées sous le rapport de leur nature, de leur essence intime, les maladies de ces quatre derniers mois offrent beaucoup d'analogie avec celles de l'année précédente à la même époque ; cependant quoiqu'elles ne soient pas graves, il y a néanmoins encore quelques différences à signaler dans l'intensité des maladies, dans la symptomatologie ou plutôt dans l'ensemble, dans la physionomie générale et même dans quelques faits particuliers, mais aujourd'hui comme à cette époque, nous aurions de la peine à lier les faits, à les coordonner, à saisir ce qu'ils ont de commun, à assigner enfin le fait général dominant qui résume la longue série des faits particuliers, qui caractérise l'état pathologique à un moment donné, qui en soit l'expression. La plupart des faits morbides sont étrangers les uns aux autres, isolés, sans raison nécessaire, sans aucune relation étiologique entre eux. Les traits les plus saillants sont souvent restés juxta-posés, quoiqu'il ne soit pas rare de rencontrer alors une de ces affections sous forme épidémique, parvenue à un haut degré d'intensité, absorber pour ainsi dire l'affection concomitante, en faire disparaître les symptômes caractéristiques.

Dans la revue que nous allons faire de notre service, nous passerons facilement sur les faits vulgaires ou sans portée pratique, nous donnerons plus d'extension à ceux qui paraîtront comporter un intérêt spécial, résoudre quelques questions litigieuses ; nous obéirons aussi à la tendance naturelle, à la convenance, à la nécessité de notre temps, en passant, comme nous avons coutume de le faire, de l'examen d'une exposition de faits à une question de doctrine, mais nous ne dirons que ce que nous a appris l'observation, ce que nous avons vu nous-même; nous ne ferons grâce au lecteur d'aucune difficulté, d'aucun doute.

TYPHUS.

Les cas de typhus, qui avaient disparu depuis plusieurs mois, ont paru acquérir, à dater du mois de décembre, un notable degré de fréquence ; les caractères qu'ils ont présentés plus prononcés que l'année précédente font du typhus une affection parfaitement distincte de la fièvre typhoïde avec laquelle il serait très-facile de le confondre ; ils forment une individualité morbide suffisamment caractérisée par l'absence des altérations intestinales propres à la fièvre typhoïde ; assez distincte par la spécialité des troubles fonctionnels et symptomatiques pour qu'on puisse considérer ces deux maladies comme dépendant d'une cause spéciale, pour qu'on puisse assigner à chacune un nom différent ; ce serait se refuser aux démonstrations de l'observation exacte que de ne pas convenir de ces choses.

Les individus doués des constitutions les plus diverses ont été également atteints par la maladie ; ce serait une grave erreur de croire qu'elle frappa de préférence les individus d'une constitution débile qui ont un sang pauvre, des muscles peu développés ; elle se montre également chez les hommes les plus fortement constitués.

Le début est caractérisé quelquefois par des accès intermittents ou rémittents, une céphalalgie frontale plus ou moins vive, mais constante, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, des épistaxis, une face quelquefois vultueuse, rouge, animée les premiers jours, quelquefois livide, pâle et grippée, toujours les yeux injectés, quelquefois chassieux, de la stupeur et un abattement général survenant ordinairement tout à coup, sans prodromes, au milieu d'un état de santé florissant, dans le cours de la convalescence ou d'une autre maladie, particulièrement du scorbut. Cette céphalalgie, cette stupeur se montrent dans les cas les plus légers comme dans les plus graves, mais avec des variétés dans l'intensité : en même temps une fièvre plus ou moins intense précédée souvent de frissons, bientôt suivis d'une chaleur vive et quelquefois d'une sueur abondante se déclare, elle se montre sous forme d'une fièvre continue ou quelquefois avec des exacerbations alternatives ou des rémissions irrégulières. Cet appareil de phénomènes augmente le soir, s'accompagne de quelques vertiges pour s'amender après des nuits pénibles, troublées par des rêvasseries, par des soubresauts des tendons, des sueurs et l'apparition d'une douce moiteur dans la matinée ; quelquefois les idées se troublent, un léger délire persiste dans la journée, mais il se dissipe facilement en fixant l'attention du malade, qui répond aux questions avec la plus grande lucidité : une éruption de taches arrondies, violettes, brunes, depuis une tête d'épin-

gle jusqu'à une pièce de cinq sols, couvrent le tronc et les membres; souvent des pétéchies ou des taches plus larges, véritables ecchymoses, qu'il était fréquemment possible de rapporter à une affection scorbutique concomitante. Un trait spécial se joint à cet ensemble de symptômes, c'est que plusieurs malades conservent encore de l'appétit; la langue reste humide et naturelle, et, après quelques jours, il n'est pas rare de voir disparaître successivement ces symptomes morbides; une convalescence franche survenir tout à coup; le pouls, qui s'était élevé à 120 et 130 pulsations, tomber à 70 et 60 en quarante-huit heures; la langue, qui était sèche, s'humecter, se dépouiller de ses fuliginosités et une bonne moiteur annoncer le retour à la santé, sans qu'on puisse en attribuer la cause à aucune affection spéciale, à un mouvement critique. Ainsi que je le faisais remarquer ailleurs, les sécrétions intestinales ne procurent aucune amélioration; la diarrhée, lorsqu'elle est intense, fait succomber plus promptement le malade en l'affaiblissant plus vite; les hémorrhagies qui, dans quelques cas, jugent si heureusement les phlegmasies franches, sont ici, en général, fâcheuses et d'un mauvais augure; les épistaxis réitérées montrent la gravité du mal sans le juger; les parotides, bien loin de devoir être considérées comme une crise favorable, sont au contraire un épiphénomène, une complication qui augmente la gravité de la maladie. Des sueurs abondantes seules ont paru produire chez quelques malades du soulagement.

Dans certains cas, les symptômes, comme ceux que nous venons de signaler, paraissent peu graves, les signes caractéristiques mal arrêtés, les malades demandent à manger et la digestion s'opère sans trop de fatigue; on est loin de soupçonner, à la vue de cette ébauche, la puissance de l'activité de la cause; le médecin le plus exercé peut se tromper à ces apparences, mais bientôt la physionomie morbide se dessine plus nettement, sa violence augmente, la tête s'embarrasse de plus en plus; la céphalalgie dégénère en délire sourd, sensible d'abord pendant la nuit, toujours plus manifeste le soir, mais fréquemment persistant toute la journée; les malades se plaignent de l'insomnie; ils sont agités par un tremblement général, éprouvent une soif vive; alors la langue, jusque-là humectée, se sèche, devient râpeuse, fendillée, ainsi que les lèvres et les dents, se couvrent de croûtes fuligineuses; l'intérieur de la bouche présente un aspect noirâtre, comme brûlé; le pouls devient fréquent, petit, dépressible, irrégulier; quelquefois, au contraire, remarquable par sa lenteur. Lorsque le typhus est arrivé à ce point, les complications se mêlent nécessairement à la maladie pour l'aggraver ou la précipiter, c'est alors qu'on voit apparaître, après un redoublement fébrile, une lésion organique qui se localise et se traduit au dehors par des phénomènes qui, quoique locaux, expriment un état morbide général, une affection susceptible de frapper à toutes les portes de l'organisme; supposez, par exemple, que l'action morbide se fixe sur le tissu pulmonaire, quels seront les résultats immédiats? Une énorme congestion sur la muqueuse pulmonaire, la tuméfaction, l'infiltration du tissu cellulaire sous-muqueux, c'est-à-dire les conditions anatomo-pathologiques de la pneumonie au premier degré; poids énorme sur la poitrine, de l'anxiété, de la toux, quelquefois des crachats sanguinolents et de fréquentes défaillances, ou bien, dans certains cas, la pneumonie passera inaperçue, si on n'a pas soin d'ausculter son malade; quelquefois ce seront des coliques, du météorisme, une diarrhée ou une dyssenterie plus ou moins forte, et ces cas sont les plus communs; d'autres fois il y a des nausées, des vomissements bilieux, de la constipation, de l'ictère, ou bien le cerveau se prend d'une manière idiopathique; le malade tombe dans un coma profond interrompu par du délire; il ouvre les yeux quand on le pince fortement, puis il les referme sans répondre, ou bien les yeux sont largement ouverts, saillants et injectés; quelquefois une teinte ictérique se répand; les traits s'altèrent, se décomposent; les yeux deviennent vitreux; le pouls plein, fort et résistant au début, devient tremblotant, s'accélère, s'affaiblit et s'efface, et il meurt dans un état adynamique.

Comme je l'ai déjà fait observer, la maladie est loin de se présenter toujours avec ces caractères de gravité; chez le plus grand nombre, il n'existait souvent qu'un peu de céphalalgie, de la stupeur, du malaise et moins d'appétit.

C'est la présence des phénomènes morbides locaux, qui surviennent pendant son cours, qui a conduit les auteurs à admettre plusieurs formes de typhus; les formes pectorale, cérébrale et abdominale, mais le fond commun est toujours constitué par l'affection typhique. Dans le plus grand nombre des cas, le typhus est venu s'attaquer à des hommes atteints d'autres maladies, le scorbut, la diarrhée, par exemple, sans modifier la marche de ces maladies, qui continuent à suivre leur cours ordinaire, ou quelquefois s'aggravent; cependant il n'est pas rare de voir l'apparition de phénomènes typhiques coïncider avec la disparition subite d'une diarrhée qui avait précédé et qui ne reparaît plus qu'à la convalescence; les symptômes scorbutiques, les ecchymoses disparaître pour ne plus revenir. Enfin, j'ai vu souvent la diarrhée, le scorbut, les phénomènes pectoraux marcher de front concurremment et parallèlement avec les symptômes caractéristiques du typhus qui ne paraissaient nullement influencés par ce mélange.

Ainsi, bien qu'avec certaines différences symptomatiques, avec plus d'extension, plus d'intensité, le typhus de cette année offre une grande analogie avec ce que nous avons vu l'année précédente; nous avons pu signaler à peu près la même marche, la même terminaison, la même rapidité de la convalescence qui est franche, la même possibilité de nourrir promptement; cependant, dans quelques cas, les hommes atteints conservaient encore pendant quelque temps des vertiges, des étourdissements et une certaine faiblesse.

NÉCROPSIE. — Depuis que nous avons inséré dans la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, le 11 août 1855, p. 507, une relation détaillée des altérations rencontrées sur les cadavres de typhiques, nous avons eu l'occasion de faire de nombreuses autopsies; comme à cetté époque, nous avons rencontré des désordres plus ou moins étendus, plus ou moins variés, quelquefois nuls, mais aucune lésion n'est absolument constante; nous n'avons donc rien à ajouter de bien important à ce que nous avons dit à ce sujet; nous y renvoyons le lecteur; peut-être plus tard donnerons-nous, dans un ouvrage spécial, une description plus complète, plus détaillée des lésions cadavériques, description qui eût été parfaitement déplacée, après ce que nous avons déjà dit dans un journal de médecine, qui ne doit saisir que l'essence des choses.

Cependant avant de terminer ce qui est relatif aux lésions anatomiques du typhus, nous dirons qu'il y a dans les diverses maladies une distinction importante à établir entre les lésions folliculaires de l'intestin; que ces lésions peuvent être divisées en deux groupes bien distincts : l'un formé par les lésions que nous appelons *rudimentaires*, *banales*, qui se rencontrent dans une foule d'affections très-diverses : la morve, le choléra, le typhus, la scarlatine maligne, etc.; ce sont la *psorentérie*, les *plaques pointillées*, et même selon quelques-uns les *plaques réticulées*, altérations dont quelques auteurs contestent même le caractère morbide. L'autre groupe est constitué par les lésions que nous appelons caractéristiques, spéciales à la fièvre typhoïde, formant l'entérite folliculeuse proprement dite, ce sont les *plaques gaufrées*, les *plaques fongueuses*, *pustuleuses*, les *plaques ulcéreuses* et les *plaques gangréneuses*. Les ganglions mésentériques ainsi que la rate sont généralement sains. D'ailleurs quand des lésions existent dans ces deux derniers organes, elles ne sont jamais comparables à celles qu'on rencontre dans les mêmes viscères dans le cas de fièvre typhoïde.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 7 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. BINET.

DE L'INFLUENCE DE LA PROPORTION DU PHOSPHATE DE CHAUX CONTENU DANS LES ALIMENTS SUR LA FORMATION DU CAL; par M. A.-M. EDWARDS.

(Commissaires, MM. Rayer, Claude Bernard, Jules Cloquet.)

L'idée de faciliter le travail de consolidation des fractures, à l'aide de médicaments pris à l'intérieur, paraît s'être présentée à l'esprit de quelques chirurgiens d'une époque déjà assez éloignée, et plusieurs faits tendent à faire croire que, parmi les substances qui ont été employées, se trouve le phosphate de chaux, ou du moins des sels calcaires. Cependant la description que Fabricius de Hilden nous donne de la pierre ostéocole, est trop vague et trop obscure pour qu'on puisse avancer avec certitude qu'elle renfermât du phosphate de chaux.

Dans ces derniers temps, quelques chirurgiens essayèrent de l'emploi du phosphate de chaux, mêlé aux aliments. M. Gosselin, chirurgien de l'hospice Cochin, eut recours à ce moyen, surtout dans les cas de fractures du bras, qui quelquefois sont si longues à se consolider. Les résultats parurent satisfaisants sur les six malades dont j'ai pris les observations; du vingt-septième au trentième jour on pouvait retirer l'appareil; la fracture paraissait entièrement consolidée, et on se bornait à faire porter quelques jours encore une écharpe au malade.

Mais ici on ne pouvait pas examiner les cals; on ne pouvait juger de leur plus ou moins grande solidité que bien approximativement; aussi, d'après les conseils de M. Gosselin, qui a bien voulu vérifier les résultats de mes expériences, ai-je fait quelques recherches sur des chiens et des lapins.

Dans ces expériences, je prenais tantôt des chiens, tantôt des lapins, à peu près dans les mêmes conditions d'âge, de force et de taille; je leur fracturais un membre, le bras ou l'avant-bras, d'une manière à peu près identique;

puis à l'un je donnais du phosphate de chaux, tandis que je ne changeais rien au régime ordinaire de l'autre.

Le phosphate de chaux employé à l'hospice Cochin et pour ces expériences provenait de la calcination des os, et, par conséquent, était mêlé à du carbonate du chaux, qui, ici, ne pouvait avoir aucun inconvénient, et présentait même des avantages. Ce phosphate de chaux (3CaO PhS⁵) est insoluble dans l'eau ordinaire, mais facilement soluble dans les liqueurs même faiblement acides : or les liquides de l'estomac sont franchement acides ; le phosphate peut donc s'y dissoudre et devenir absorbable.

Sur les lapins et sur les chiens, j'ai examiné le cal : 1° immédiatement après la mort, c'est-à-dire entouré de toutes les parties molles ; 2° après la macération, c'est-à-dire lorsqu'il ne restait plus que des parties solides. J'ai comparé entre eux six cals de lapins, dont trois avaient été mis au régime du phosphate de chaux ; chez ces derniers, l'ossification était plus avancée que chez les autres. J'ai comparé dix cals de chiens, dont cinq avaient été mis au régime du phosphate de chaux, tandis que les autres avaient été nourris de la manière ordinaire : chez ces animaux, il était impossible de méconnaître l'influence du phosphate de chaux ; les résultats étaient extrêmement satisfaisants.

Par l'ensemble de ces faits, on voit que l'abondance de phosphate de chaux contenu dans les aliments, et par suite porté dans le torrent de la circulation, accélère le travail d'ossification : d'ailleurs ce sel est sans danger ; il n'exerce aucune action fâcheuse sur l'économie.

Il s'en faut cependant que je présente ici le phosphate de chaux comme un moyen infaillible pour empêcher la non-consolidation des fractures ; et quand d'autres causes interviennent pour entraver l'ossification du cal, telles qu'une constitution affaiblie, ou des mouvements prématurés, le phosphate de chaux ne peut à lui seul déterminer la guérison ; je le présente seulement comme un moyen adjuvant, qui, uni à des soins bien entendus, pourra diminuer le nombre des non-consolidations, et, dans les cas ordinaires, hâter la marche du travail de l'ossification.

— M. Isid. Bourdon présente au concours pour le prix de médecine et de chirurgie un mémoire sur divers traitements opposés au choléra, et plus particulièrement sur les effets thérapeutiques de la strychnine.

Les auteurs, dont les noms suivent, adressent, conformément à une des conditions imposées aux concurrents, une indication de ce qu'ils considèrent comme neuf dans des travaux présentés à ce concours, ce sont :

M. Gonard. (Recherches sur les Monorchides et les Cryptorchides chez l'homme).

M. Notta. (Recherches sur la cicatrisation des artères à la suite de leur ligature).

M. Th. Herpin. (Mémoire sur le chlorate de potasse, comme spécifique contre la salivation mercurielle).

M. Schweitzer, en adressant un traité de galvanocaustique de M. Middeldorpf, professeur de chirurgie à l'Université de Breslau, demande, au nom de l'auteur, que ce livre soit admis au concours pour les prix de médecine et de chirurgie.

Recherches sur les phénomènes physiques et chimiques de la contraction musculaire ; par M. Ch. Matteucci.

Le travail de l'auteur se compose de trois parties :

Dans la première, il étudie le phénomène qu'il appelle *la respiration musculaire dans l'acte de la contraction* au point de vue des effets chimiques observés.

Dans la seconde partie de son mémoire, l'auteur étudie les phénomènes de la *respiration musculaire* dans leurs rapports avec le dégagement de chaleur et d'électricité qui s'opère dans les muscles.

Enfin dans la troisième partie, l'auteur évalue de nouveau la quantité de travail mécanique développé dans l'acte d'une contraction de la grenouille ; il expose ensuite quelques vues théoriques, qui lui paraissent suffisamment fondées, sur le mécanisme de la contraction musculaire.

Première partie. — Phénomènes chimiques de la respiration des muscles de la grenouille. — L'auteur rappelle d'abord les expériences électro-physiologiques communiquées en 1844 à l'Académie, notamment sur la quantité de travail mécanique développé dans l'acte de la contraction musculaire de la grenouille sous l'influence de l'électricité ; cette quantité de travail se trouvait comparée à la quantité de zinc oxydée et dissoute, c'est-à-dire à l'action chimique qui produisait le courant excitateur de la contraction. En 1847, de nouvelles expériences de l'auteur ont été entreprises dans le but d'arriver par des moyens empruntés à Watt et à M. Morin, à une évaluation plus précise de la durée des différents actes de la contraction de la grenouille galvanoscopique.

Tout récemment, l'auteur est encore revenu sur ces mêmes recherches, en employant une méthode à peu près semblable à celle imaginée par M. Pouillet pour mesurer, à l'aide de l'électricité, des intervalles de temps très-courts (1).

Les résultats ont été tels, qu'il est impossible de méconnaître qu'il existe une énorme disproportion entre l'intensité de l'action chimique donnant naissance au courant, et le travail mécanique qui lui correspond dans l'acte de la contraction des muscles de la grenouille galvanoscopique.

(1) Les résultats de ces expériences montrent que la quantité de zinc oxydé et dissoute dans la pile et suffisante pour exciter chez la grenouille une contraction d'une durée de 1/10,000 de seconde correspond à 0 gr.,0000007.

Cette conclusion et quelques autres qui ont été émises pour la première fois dans l'Essai de statistique chimique des corps organisés de M. Dumas, ont conduit l'auteur à entreprendre des expériences qui vont être résumées très-brièvement, et qui donnent, suivant lui, la mesure du phénomène de *la respiration musculaire pendant la contraction.*

L'auteur décrit les moyens employés soit pour préparer les grenouilles tuées pour ces expériences, soit pour exciter les contractions dans les muscles des grenouilles galvanoscopiques placées dans un volume d'air ou d'oxygène limité connu, soit pour éloigner les conditions perturbatrices de la respiration musculaire *normale*, et qui produirait une sorte d'*asphyxie musculaire* capable d'atténuer l'énergie des contractions, etc. Les gaz ont été analysés après l'expérience par les moyens et avec les précautions recommandées par M. Regnault. En résumé, les expériences prouvent que les muscles de grenouilles récemment préparés donnent lieu à une absorption d'oxygène et à une exhalation d'acide carbonique. Le volume d'acide carbonique est généralement un peu moindre que le volume d'oxygène disparu. Dans le plus grand nombre des cas, il y a en exhalation d'azote. On peut substituer l'oxygène à l'air normal sans que les phénomènes changent d'intensité si l'expérience ne dure pas longtemps ; cette intensité augmente si l'expérience se prolonge et si l'on ajoute un morceau de potasse dans la cloche.

L'exhalation d'acide carbonique a lieu dans une atmosphère d'hydrogène, mais s'arrête rapidement. La respiration musculaire des grenouilles tuées avec l'acide sulfhydrique ou l'acide sulfureux est considérablement diminuée. Les nombres obtenus pour les gaz de la respiration musculaire de la grenouille s'accordent avec les nombres trouvés par MM. Regnault et Reizet dans leurs belles recherches sur la respiration (1).

Pendant la contraction musculaire, l'absorption de l'oxygène et l'exhalation de l'acide carbonique augmentent d'une quantité supérieure ou double de l'absorption et de l'exhalation observée dans les mêmes conditions pour les muscles au repos.

L'auteur admet qu'il y a encore pendant la contraction exhalation d'azote.

Deuxième partie. — Après avoir rappelé les expériences de MM. Becquerel et Breschet, ainsi qu'une expérience récente de M. C. Bernard, l'auteur annonce qu'il a été conduit à rechercher si la contraction des muscles des grenouilles préparées et dans lesquelles la circulation du sang n'existe plus, était accompagnée d'un dégagement de chaleur. L'expérience directe faite à l'aide de thermomètres à mercure très-sensibles prouve que la température peut s'élever d'une quantité qui n'a pas été moindre d'un demi degré dans les circonstances où l'on a expérimenté, en excitant les contractions.

L'auteur passe ensuite à l'examen du développement de l'électricité dans les muscles. Tout le monde admet aujourd'hui l'existence et les lois principales du courant musculaire. L'existence des phénomènes chimiques de la respiration musculaire étant établie, l'auteur pense qu'on trouvera encore mieux fondée l'idée qu'il a toujours émise sur la cause du développement d'électricité dans les muscles, cause inhérente à la fibre musculaire à l'état de vie.

La même explication se présente naturellement pour le phénomène que l'auteur a appelé autrefois *la contraction induite*, et qui a été aussi le sujet d'un grand nombre d'expériences délicates de M. du Bois-Reymond.

L'auteur a repris ses anciennes expériences ; il les a variées, et il pense qu'elles aideront à concevoir clairement la cause de la *contraction induite.*

Cette explication se présente naturellement d'ailleurs, sachant que la respiration musculaire augmente d'énergie dans l'acte de la contraction.

Les résultats des expériences, que les limites de cet extrait ne permettent pas de rapporter, rendent évidente, dit l'auteur, l'existence d'un circuit fermé, et ne peuvent s'expliquer que par un phénomène électrique engendré dans le muscle en contraction.

L'auteur, après l'exposé et la discussion de ses expériences, pose les conclusions suivantes pour la seconde partie de son travail :

1° Lorsqu'au moment de la contraction la respiration musculaire devient plus active, il y a aussi dégagement de chaleur et d'électricité dans les muscles ;

2° En se fondant sur l'analogie qui existe entre la décharge de la torpille et la contraction musculaire, on peut regarder chaque élément de la fibre musculaire comme prenant, au moment de la contraction, un état électrique polaire qui donne lieu à une décharge dont les lois sont les mêmes que celles de la décharge des poissons électriques.

Troisième partie. — Après avoir constaté et mesuré les phénomènes chimiques de la respiration musculaire et le développement correspondant de la chaleur de l'électricité et du travail musculaire, l'auteur a pensé qu'il était naturel d'essayer, d'après certaines théories modernes, un rapprochement entre la machine animale et la machine à vapeur ou les moteurs électro-magnétiques.

En partant des travaux récents, soit sur la chaleur, soit sur l'électro-magnétisme, de M. Joule, de M. de la Rive, de M. Foucault, de M. Favre, et principalement de M. Regnault, et en admettant, avec ce dernier, 423kil.,542 pour l'équivalent mécanique de la chaleur, l'auteur cherche à comparer le travail effectif du muscle avec ce qu'il appelle le *travail théorique* correspondant à l'excès de la respiration musculaire trouvé dans l'acte de la contraction.

L'auteur a discuté les expériences de M. Helmholtz sur le travail de la

(1) L'auteur reconnaît qu'il a été devancé par la publication de M. Liebig fils et celle de M. Valentin sur ce sujet, et qu'il ignorait lorsqu'il a fait ses recherches ; mais les auteurs cités n'ont pas examiné les effets produits pendant la contraction.

contraction, et rend compte des dernières expériences qu'il a faites sur le travail correspondant à la contraction du muscle gastrocnémien de la grenouille.

Il adopte le nombre 0,00001457 kilogrammètre pour le travail mécanique d'une contraction de ce muscle.

En partant de l'équivalent dynamique de la chaleur 423kil.,542, et en s'appuyant sur la quantité de chaleur dégagée par 1 gramme d'oxygène se transformant en acide carbonique (et qui est de 3030 unités, d'après MM. Favre et Silbermann), l'auteur calcule la quantité de travail mécanique dû à l'excès d'oxygène consommé par les muscles en contraction.

Dix muscles gastrocnémiens donnent une quantité de travail calculée égale à 0,298 kilogrammètre, au lieu de 0,262, travail musculaire effectif trouvé par l'expérience.

Tout en reconnaissant qu'il y a des imperfections dans sa méthode de détermination, l'auteur admet comme prouvé que l'action chimique de la respiration musculaire pendant la contraction engendre la force développée dans les muscles ; il admet de plus, que dans les machines animales, comme dans celles qui sont réglées par la chaleur ou l'électricité, la production de la force est soumise aux mêmes lois.

Sous quelle forme l'action chimique donne-t-elle lieu à la contraction musculaire ? Il paraît probable à l'auteur que l'action chimique doit d'abord se transformer en électricité pour produire cet effet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 15 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

Le ministre de l'instruction publique et des cultes transmet :

L'ampliation du décret qui approuve l'élection de M. Wurtz à la place vacante dans la section de physique et de chimie médicales.

— Sur l'invitation du président, M. Wurtz vient prendre place parmi ses nouveaux collègues.

— Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

1° Un rapport de M. le docteur Pagès, médecin inspecteur des eaux minérales de Baréges, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1854 (Commission des eaux minérales.)

2° Plusieurs recettes de remèdes secrets. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

MM. Moquin-Tandon, Martinet et Durand-Fardel prient l'Académie de les porter sur la liste des candidats à la place vacante dans la section d'histoire naturelle et de thérapeutique médicale.

MM. Ch. Robin et Ménière adressent une semblable demande pour la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

Un mémoire sur l'action locale du baume de copahu administré à l'intérieur dans le traitement de la blennhorragie urétrale, par M. le docteur Langlebert (Commissaire : M. Ricord.)

Une observation d'éclampsie survenue après l'accouchement sans trace d'albumine dans les urines (M. Depaul, rapporteur), par M. le docteur Mascarel, de Châtellerault.

Une note sur le cathétérisme curviligne et sur l'emploi d'une nouvelle courbure, par M. le docteur Gély (Commission nommée.)

EAUX MINÉRALES.

M. Ossian Henry, au nom de la commission des eaux minérales, donne lecture des rapports dont voici les conclusions :

Eau de Digne (Basses-Alpes).—La commission demande, pour les soumettre à l'analyse, des échantillons de cette eau recueillis dans certaines conditions dont elle a arrêté le programme. (Adopté.)

Nouvelle source d'eau sulfureuse située à Baréges. — L'eau de cette nouvelle source vient se ranger, par sa composition chimique, à côté de celle des sources Dassieu et Pollard, et par sa thermalité près de celle de Barzun. La commission propose de répondre au ministre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation demandée. (Adopté.)

Examen chimique des produits fournis par l'eau de Bagnols (Lozère). — L'examen des résidus d'évaporation ne pouvant conduire à rien de précis, la commission invite M. Dufraisse de Chassaigne, qui est placé aux sources mêmes comme médecin inspecteur, à diriger ses travaux dans une voie capable de conduire à la connaissance exacte de l'eau minérale de Bagnols. (Adopté.)

DES APPLICATIONS DU FORCEPS ASSEMBLÉ.

M. Camille Bernard (d'Apt) donne lecture d'un mémoire sur les avantages du forceps assemblé.

Il rend compte, dans ce travail, de 60 observations, dont 55 ont été publiées dans divers recueils, et 5 se trouvent consignées dans le mémoire soumis aujourd'hui à l'examen de l'Académie.

Voici les conclusions de ce travail :

1° Mes observations me permettent de considérer comme réalisées les espérances que j'ai conçues il y a vingt ans : dans tous les cas où j'ai eu à appliquer le forceps, j'ai conservé la réunion des branches, et cependant je n'ai pas manqué de rencontrer les diverses catégories d'obstacles qui d'abord semblaient contre-indiquer l'intromission des deux branches superposées : étroitesse de la vulve, pression de la tête dans l'excavation, présentation de la face, angustie pelvienne, chez les femmes mal conformées. La dilatation de la vulve à l'aide des doigts et la dépression du périnée ont rendu facile l'introduction des deux branches réunies. J'ai soulevé la tête en totalité alors qu'elle était pressée perpendiculairement, et les deux cuillers n'en formant plus qu'une seule, à la suite du décroisement, se sont glissées sur ma main introduite en totalité dans le vagin. Dans les présentations de la face, l'évolution s'est accomplie sans plus de peines que dans celles de l'occiput et du front. Enfin, dans l'étroitesse du diamètre antéro-postérieur, l'angle sacro-vertébral trop proéminent s'est logé dans le vide laissé par les cuillers qui se fuient.

2° L'opération n'a pas été seulement indispensable, elle a été marquée dans tous les cas par plus de simplicité et de promptitude, et par sa parfaite innocuité pour la mère et pour le fœtus.

3° Dans les cas réputés difficiles, au moyen du forceps disjoint, j'ai opéré sans aide, et quand le moral de la femme commandait de grands ménagements, j'ai opéré à son insu.

4° Dans l'excavation pelvienne, quel qu'ait été le degré de pression, les cuillers se sont déployées plus ou moins lentement au gré de la main extérieure, qui appréciait la force de résistance ; d'autre part, la main conductrice protégeait les organes maternels. L'introduction de la main tout entière dans le vagin est une manœuvre indispensable.

5° Maintes fois j'ai pu terminer des accouchements où l'application du forceps disjoint avait été vainement tentée, soit dans l'excavation, soit au détroit supérieur ; dans un cas, entre autres, où la tête séparée du tronc était restée seule dans l'utérus, au-dessus du détroit supérieur rétréci.

6° La facilité avec laquelle les deux cuillers du forceps assemblé saisissent dans le vide, sans le secours d'un aide, la tête, qui n'a d'autre point d'appui que la main, tel est l'avantage de cet instrument sur le forceps disjoint.

7° Quelques secondes suffisent pour rendre à chacune des branches son indépendance. On peut ainsi les introduire l'une après l'autre, et alors la première, ne croisant pas le passage, gêne bien moins l'entrée de la suivante, ou bien, après les avoir superposées sans les assembler, on peut introduire simultanément les deux branches sur la même main, puis les mettre successivement à leur place, ce qui est plus long que dans l'état assemblé, mais plus facile qu'avec le forceps en usage. Le croisement de celui-ci en forme de pince le rend, à mon avis, le plus incommode des instruments, quand il s'agit d'opérer à de grandes hauteurs, à travers des voies étroites, et surtout que le danger est imminent. (Comm. : M. Velpeau.)

— M. Desportes lit un mémoire sur la dérivation et la révulsion.

La séance est levée à cinq heures moins dix minutes.

ADDITION A LA SÉANCE PRÉCÉDENTE.

DU TRAITEMENT CURATIF DES KYSTES DE L'OVAIRE; par M. Boinet.

(Suite et fin.)

Un autre motif qui a empêché M. Barth de faire une ponction simple, puis une injection iodée, c'est la crainte, en injectant de la teinture d'iode dans un kyste mobile, de répandre cette injection dans la cavité péritonéale, ou bien de produire un empoisonnement iodique à cause de la quantité considérable de teinture iodée qu'il eût fallu injecter dans un kyste aussi considérable.

Cette crainte est chimérique si l'on pratique la ponction et l'injection comme je le recommande ; je sais bien que si la ponction est faite dans un point de l'abdomen d'où le kyste devra s'éloigner pour revenir sur lui-même, il peut arriver, en effet, qu'un épanchement ait lieu dans le péritoine, soit de la matière renfermée dans le kyste, soit du liquide injecté, parce que le kyste en se rétractant peut se retirer de la canule, et que si le chirurgien ne s'aperçoit pas de ce retrait, il peut injecter dans le péritoine la teinture d'iode qu'il voulait injecter dans le kyste, ce qui amènerait des accidents très-graves.

En prenant toutes les précautions que nous avons indiquées pour pratiquer cette injection, cet épanchement de la teinture d'iode dans le péritoine devient impossible, et sur plus de 500 opérations d'injections iodées que nous avons faites dans des kystes de l'ovaire de toute nature, nous n'avons jamais eu à déplorer une seule fois cet accident ; et quand il est arrivé, et j'en connais plusieurs exemples, c'est que ceux qui font ces injections n'ont pas le soin de se munir d'instruments convenables, qu'ils se servent d'un trocart et d'une seringue à hydrocèle ordinaire, qu'ils font usage de la canule du trocart pour injecter l'iode et le retirer du kyste. En procédant ainsi et avec de pareils instruments, il arrive souvent, en effet, que de la teinture d'iode tombe sur le péritoine et détermine quelquefois des péritonites plus ou moins graves ; mais, je le répète, c'est la faute des opérateurs et non de la méthode.

Le procédé de M. Barth lui-même ne met pas à l'abri de l'épanchement dans le péritoine du liquide du kyste, ni de la péritonite. La canule en caoutchouc qu'il laisse dans les ouvertures du kyste, étant molle et sans résistance et se trouvant plus petite que ces ouvertures, peut laisser s'épancher du liquide dans le péritoine, et ce qui est probablement arrivé chez sa malade, puisque le jour de l'opération des douleurs abdominales se sont déclarées, et que les jours suivants le pouls était à 134, que le ventre était douloureux aussi vers des orifices des ponctions, qu'il y a eu en un mot tous les symptômes d'une péritonite locale. Avec les ponctions simples et répétées,

suivies d'injections iodées, mais faites convenablement, on ne voit jamais survenir ces accidents inflammatoires.

Si d'ailleurs on voulait mettre à exécution l'idée de M. Barth, c'est-à-dire traverser le kyste avec une sonde séton, voici un procédé qui nous paraît plus convenable et exempt des inconvénients que nous trouvons à celui de l'habile médecin de Beaujon. Il nous a été suggéré par le procédé qu'a employé quelquefois Récamier, mais sans succès, la ponction du kyste par le vagin, procédé qui trouve ses indications dans les communications qui ont lieu quelquefois entre les kystes ovariques, le vagin ou le rectum, à la suite d'un travail morbide qui dans ces cas devient salutaire. Nous l'avons employé très-heureusement deux fois, dans deux cas où des ponctions successives et des injections iodées répétées, nous avaient paru impuissantes. Au lieu de ponctionner le kyste par le vagin, comme Neumann, Récamier et beaucoup d'autres, ce qui est une opération difficile et dangereuse, avec un trocart gros, très-long et légèrement courbe, qu'on pourrait au besoin remplacer par la sonde à dard dont on fait usage dans la taille sus-pubienne, nous faisons, suivant notre procédé habituel, une ponction au-dessus du ligament de Poupart. Le kyste étant vidé de son contenu, nous avons remplacé le poinçon ordinaire de la canule par un poinçon arrondi à son bout, puis on dirige l'instrument vers le fond du petit bassin, dans le cul-de-sac recto-vaginal en le poussant de haut en bas. Le doigt indicateur de la main gauche introduit dans le vagin ou le rectum, suivant qu'on veut établir une communication du kyste avec l'un ou l'autre de ces organes, cherche à reconnaître l'extrémité de l'instrument qui vient faire saillie dans un point du vagin ou du rectum qu'il pousse en dehors. Une fois l'extrémité de l'instrument reconnue et fixée dans le point où l'on veut pratiquer la ponction, on remplace le poinçon boutonné par le poinçon ordinaire du trocart, et l'on traverse les parties sur le bout de l'indicateur gauche qui reste toujours pour diriger la pointe de l'instrument. Cela étant fait, on retire le poinçon et une sonde de gomme élastique, percée de plusieurs trous latéraux, est introduite sans canule à la place du poinçon, et la canule est retirée à son tour sur la sonde qu'on laisse à demeure pour permettre l'écoulement continu du liquide et faire les injections iodées. On rentre le bout supérieur où abdominal de la sonde dans l'intérieur du kyste; car il est inutile de le laisser séjourner dans la première ponction ou ponction abdominale qui n'a été faite que pour l'introduction plus facile de la sonde; de telle sorte que cette première ponction ne suppure pas et rentre dans les conditions des ponctions simples. Après cela on continue le traitement comme nous l'avons indiqué, dans les cas où l'on est obligé de traiter les kystes par la sonde à demeure.

M. Barth a encore dit que la crainte d'un empoisonnement iodique et l'inflammation que pouvait déterminer sur les parois d'un kyste trop vaste, la grande quantité de teinture d'iode qu'il faudrait pour pratiquer une injection dans ce cas, l'a engagé à recourir à son procédé. Cette crainte d'un empoisonnement iodique à la suite d'une injection iodée dans un kyste, me paraît être le résultat d'idées anciennes et mal fondées qu'on avait sur les effets de la teinture d'iode sur nos organes plutôt que celui de faits bien observés. Pour mon compte, j'ai fait un grand nombre d'injections iodées dans des kystes de l'ovaire, dans les abcès par congestion, dans les plèvres et ailleurs, et jamais je n'ai observé de ces empoisonnements par l'iode dont on parle toujours. Cependant il m'est arrivé de laisser quelquefois de la teinture d'iode en assez grande quantité dans les cavités que j'injectais. On invoque aussi la susceptibilité inflammatoire des kystes, comme une raison qui doit empêcher d'injecter une poche ovarique offrant une large surface; mais cette susceptibilité n'existe pas et ne se trahit par aucun phénomène de sensibilité. Quelle que soit la quantité de teinture d'iode que l'on injecte, quelle que soit la contraction de cette teinture et quel que soit l'étendue du kyste, n'est une poche inerte, insensible, et si les malades n'étaient pas prévenus qu'on leur fait une injection iodée, et qu'on pût la faire à leur insu, ils ne s'en douteraient pas, tant l'injection iodée est exempte de douleur. Si des phénomènes de sensibilité et de douleur ont lieu, si surtout ils se manifestent d'une manière vive et subite, c'est que l'injection iodée est faite dans le péritoine et non dans le kyste, ainsi qu'il arrive quand on commet une erreur de diagnostic, et qu'on prend une ascite pour un kyste, ou bien quand le kyste en se rétractant a abandonné la canule et laisse s'écouler de la teinture injectée; ou bien enfin quand on retire la canule du kyste, sans les précautions nécessaire pour empêcher qu'il ne se répande de la teinture d'iode dans le péritoine; alors apparaissent des signes plus ou moins graves de péritonite, suivant la quantité du liquide iodé épanché; mais, je le répète, ces accidents ne sont jamais à craindre quand la teinture touche facilement les parois du kyste.

Ignorant les effets de la teinture d'iode appliquée localement sur nos tissus et en particulier dans les kystes de l'ovaire, et toujours dirigé par des idées fausses sur l'action locale de l'iode, on n'a cessé de le considérer comme un corps devant enflammer, irriter les parties avec lesquelles il est mis en contact, on a pensé qu'il ne guérissait qu'en provoquant de l'inflammation, et pour ce qui est des kystes en particulier, on croit encore qu'ils ne guérissent que par l'inflammation produite par la teinture d'iode sur leurs parois. Dans ces cas, comme dans beaucoup d'autres, la teinture d'iode n'est qu'un modificateur puissant qui agit d'une manière toute spéciale sur les surfaces, dont elle modifie avantageusement les sécrétions morbides.

Ainsi c'est par rétraction que les kystes ovariques guérissent, et non par inflammation adhésive; et si parfois l'on trouve des brides, des adhérences dans leur intérieur, c'est quand la guérison arrive après suppuration de leurs surfaces internes; c'est surtout dans ces kystes purulents que se montre cette puissance modificatrice de l'iode qui change, après quelques injections, le liquide purulent en liquide séreux et de bonne nature. Je ne puis ici qu'indiquer en passant cette action particulière de l'iode sur nos tissus, et je termine en rappelant que les kystes guérissent en diminuant peu à peu d'étendue, en revenant sur eux-mêmes, et très-rarement par inflammation adhésive; l'adhésion qui a lien est très-incomplète; elle dépend assurément d'une inflammation antérieure ou étrangère aux injections iodées; la teinture d'iode, même appliquée sur les tissus qui se rapprochent du tissu muqueux comme celui de la surface interne des kystes, ne les enflamme jamais. D'ailleurs, lorsqu'on fait des ponctions successives, il est facile de suivre la rétraction progressive des kystes, et souvent, non pas toujours, lorsqu'ils arrivent à la guérison, on trouve à leur place, une tumeur plus ou moins dure, insensible qui diminue de volume avec le temps et finit quelquefois par disparaître tout à fait, ainsi que j'en ai constaté plusieurs exemples.

Quant à cette opinion qui a été émise que les kystes de l'ovaire pouvaient guérir après une ou deux ponctions, et même spontanément, elle ne peut être soutenue; il est probable que, dans ces cas, il y a eu erreur de diagnostic, et qu'on a confondu des kystes de l'ovaire avec des ascites. On ne trouverait pas dans la science un seul fait authentique de guérison de kyste ovarien obtenue par les ponctions palliatives ou par les seuls efforts de la nature. Il y a près d'un siècle, un médecin illustre et profond observateur, William Hunter, disait, en parlant de l'hydropisie enkystée de l'ovaire : « J'ai eu l'occasion de voir un grand nombre d'hydropisies enkystées, dont plusieurs furent traitées par des médecins du premier rang, et cependant je n'ai jamais observé un exemple de guérison; je ne connais même pas un seul cas dans lequel la tumeur ait sensiblement diminué de volume sous l'influence d'un autre traitement que la ponction. S'il m'était permis de juger, d'après tout ce que j'ai vu, tant sur le vivant que sur le cadavre, je serais porté à croire que l'hydropisie de l'ovaire est une affection incurable, le trocart est le seul palliatif. » (MEDICAL OBSERVATION AND INQUIRIES, t. II, p. 56.)

« L'hydropisie de l'ovaire, dit Boyer, est presque toujours incurable, et son expulsion par la voie des urines et des selles est un événement sinon impossible, au moins extrêmement rare. » Et ce grand chirurgien, dans sa longue pratique, ne cite qu'un seul cas de guérison, encore celle-ci ne fut-elle pas radicale et permanente, puisque au bout de trois ans, il fallut en venir à la paracentèse, qui fut pratiquée six fois dans l'espace de huit à neuf mois, au bout desquels la malade mourut. L'observation de Boyer doit être rangée parmi les cas de rupture spontanée; dans un excellent mémoire qu'il a publié dans la REVUE MÉDICALE (novembre 1844) sur la rupture spontanée ou accidentelle des kystes de l'ovaire, M. le docteur Camus est arrivé à ces conclusions, basées sur les observations qu'il a rassemblées dans son travail; que des malades chez lesquels a eu lieu la rupture du kyste : 1° les unes sont mortes immédiatement ou peu de jours après la première rupture; 2° d'autres, après une ou plusieurs ruptures, sont restées affectées d'hydropisie ascite; 3° la plupart de celles qui ont survécu à une ou plusieurs ruptures se sont trouvées guéries momentanément et ont fini par succomber à l'affection hydropique. (IODOTHÉRAPIE, p. 408, chap. de la cure radicale des kyste de l'ovaire par les injections iodées.)

Quant à présent les ponctions successives et fréquemment répétées, suivies des injections iodées, les sondes à demeure dans quelques cas, les lavages et enfin la méthode que nous mettons en usage, nous paraissent le seul traitement applicable aux kystes de l'ovaire. Ces ponctions et ces injections employées convenablement et à propos sont exemptes de dangers et nous ont fourni des guérisons inattendues et qui datent déjà de plusieurs années, de sept à huit ans.

(Comm. : MM. Velpeau, Robert.)

BIBLIOGRAPHIE.

ON THE DIAGNOSTIC OF ALBUMEN IN THE URINE (DES INDICATIONS SÉMÉIOLOGIQUES TIRÉES DE LA PRÉSENCE DE L'ALBUMINE DANS LES URINES); par G. W. BALFOUR. — Édinburgh, 1856 (1).

On étudie aujourd'hui de nouveau, avec des matériaux considérables et un esprit moins prévenu, les questions de séméiotique et de physiologie pathologique qui se rattachent au phénomène si important des urines albumineuses.

Révélée par les recherches cliniques, la présence de l'albumine dans les urines a été l'objet des interprétations et des déductions les plus diverses et les moins fondées. Les faits que rappellent notre savant confrère d'Édimbourg et ceux qu'il rapporte à ce sujet ont une valeur incontestable. Il nous a paru utile de les citer ici avec quelques développements. Nos lecteurs auront ainsi l'aperçu historique et philosophique de la question, telle qu'elle est comprise de l'autre côté du détroit.

Hippocrate a dit que lorsque l'urine était écumeuse, les reins étaient malades et la maladie longue (2).

Aetius et *Avicenne* rattachaient l'hydropisie à l'induration des reins, accompagnée « d'une urine ténue et rare. »

(1) Voir le cahier de janvier 1856 du JOURNAL MÉDICAL d'Édimbourg.
(2) Sydenham édition, vol. II, p. 766.

Schenck (1) parle probablement d'un vrai cas de maladie de Bright, lorsqu'il dit : « Dexter ren omnem amiserat colorem ut albam haberet carnem. »

Bonet (2) cite un cas intéressant d'hydropisie sous le titre « De cachexia, » et il note que les reins étaient devenus totalement blanchâtres.

Morgagni (3) note aussi la coïncidence de l'hydropisie et d'une affection des reins : « Renis tandem utriusque structura intima confusa apparuit. » Il a entrevu aussi la coïncidence de certaines convulsions et des maladies des reins.

Cotugno (4), croyant découvrir les causes de la sciatique, fait chauffer le premier l'urine d'un malade, au lieu de se borner, comme on le faisait alors, à examiner la quantité, la couleur, les dépôts, les nuages, les hypostases, les énéorèmes. Partant de ce fait que l'urine saine n'était pas coagulable, il essaye par la chaleur celle qui est rendue par un hydropique. Avant l'évaporation de la moitié du liquide, il s'était formé un précipité : « Tenerrimo jam coacto ovi albumini persimilem. »

Fordyce (5), vers la même époque, remarque que si les reins sont relâchés ou stimulés, ils livrent passage au chyle, au sérum, à la lymphe coagulée, au sang rouge.

Darwin (6) fait de la coagulabilité de l'urine le signe de sa troisième espèce de diabète.

Latham, en 1795, d'après le témoignage de Blackall, a trouvé aussi l'urine coagulable chez certains individus appelés diabétiques.

Cruickshank (7) connaît la coïncidence de la coagulabilité de l'urine avec l'hydropisie, il dit que dans ces cas l'urine diffère très-peu du sérum du sang, et que c'est un mauvais symptôme.

Nysten (8), Wells (9) et Blackall (10) suivirent de près Nysten.

Nysten montra la nécessité de nombreuses analyses accompagnées de recherches nécroscopiques pour déterminer la relation qui existe entre l'urine coagulable et l'hydropisie d'une part, et une maladie des reins d'autre part. *Wells* et *Blackall* s'efforcèrent tous deux de combler cette lacune ; Blackall va jusqu'à dire que les urines coagulables accompagnent l'hydropisie qu'on pourrait appeler spontanée ; de plus, les faits publiés par lui et par Wells montrent que les reins étaient altérés dans une grande proportion des cas.

La relation logique de tous ces faits ne fut toutefois mise en évidence que par Bright dans une série de mémoires (11). Après lui, beaucoup d'observateurs s'empressèrent de vérifier cette découverte ; nous citerons *Christison* (12), *Grégory* (13), *Osborne* (14), *Solon* (15), *Rayer* (16)

Parmi ces écrivains, quelques-uns exagérant la portée des faits reconnus et analysés par Bright avec un remarquable talent, avaient considéré l'albuminurie comme un signe constant d'une maladie fatale et prolongée. Une réaction contre ces doctrines ne tarda pas à se manifester.

Elliotson (17) et *Graves* (18) s'élevèrent les premiers contre une opinion évidemment exagérée. Après eux, on trouva l'albuminurie :

1° Dans les maladies aiguës suivantes : *Pneumonie* (19) ; —*Péritonite* (Nysten) ; — *Fièvre* (20) ; — *Erysipèle* (Christison) ; —*Rougeole* (Solon, Rayer) ; —*Variole* (Solon, Rayer, Williamson) ; — suites de *scarlatine* (21) (Blackall, Wells, Hamilton) ; —*Choléra* (22) (Craigie et Christison). Ils trouvèrent dans le choléra que l'urine passait d'abord d'une faible densité et albumineuse, et Christison trouva l'urée dans le sang avant le début de la cyanose, pendant la cyanose et surtout dans la réaction.

2° Dans les maladies chroniques suivantes : *Phthisie* (Williamson, Solon, Blackall) ; — *Cirrhose du foie* (Willamson) ; — *Cancer du pylore* (idem) ; — *Diabète* (Latham, Darwin, Dupuytren et Thénard (1) et Goods (2), ainsi que Chevalier) (3).

Il y a plus, on trouva les urines albumineuses chez quelques sujets qui avaient toutes les apparences de la santé (Vauquelin et Fourcroy (4), Bostock (5), Solon et Christison (6) ; et dans un certain nombre de cas d'hydropisie liés à la dégénération granuleuse des reins, on ne rencontre pas toujours de l'albumine dans les urines, ce phénomène étant alors de courte durée et tout à fait passager. Alors on crut trouver dans la diminution de la densite de l'urine et dans la diminution de ses matériaux solides, particulièrement de l'urée, ainsi que dans la présence de l'urée dans le sang, les vrais signes pathognomoniques de la maladie de Bright (7).

Ces données historiques étant posées. nous examinerons dans le prochain numéro l'état actuel de la question de l'albuminurie au point de vue de la pathologie générale et de la pathologie spéciale.

Tholozan.

(1) Observ. méd., Rariores, Lugd. Bat., 1642. p. 417, De hydrope, obs. XII.
(2) Sepulchretum anatomicum, Genève, 1679, p. 1027.
(3) De sed. et caus. morb., Venet., 1761, epist. XLII, art. 17, p. 160.
(4) De ischiade nervoso, Vienne, 1770, p. 30.
(5) Elements of practice of physic, Lond., 1771.
(6) Zoonomia, Londres, 1794, vol. 1, p. 316.
(7) App. to Bollo on diabetes, Londres, 1797, p. 447, 448.
(8) Recherches de physiologie, Paris, 1811.
(9) Transactions of a Society for the improvement of medical knowledge, Londres, 1812.
(10) On the nature and cure of dropsies, Londres, 1813.
(11) Reports of medic. cases, Londres, 1827, vol. I.
(12) Ed. med. l. journal, vol. XXXII, 1839, et Treatise on the granul. degenerat. of the kidneys ; Enimb., 1838.
(13) Eu. med. and surg. jour., vol. XXXVI.
(14) Dublin journ. of med. science, jan. 1834 ; et réimprimé avec addition, Londres, 1835.
(15) De l'albuminurie. Paris, 1838.
(16) Traité des maladies des reins, t. II, Néphrite album. Paris, 1840.
(17) Lon. med. gaz., vol. VII.
(18) Dublin journal of med. science et Clinical med. Dublin, 1843, p. 894-898, 539 et 717.
(19) Williamson, Ed. med. and. surg. journ., vol. LVI.
(20) Mateer, Ed. and surg. journ., vol. XLVII, et Solon.
(21) Edimb. med. and surg. journ., vol. XXXIX.
(22) Ed. med. and surg. journ., vol. XXXIX.

(1) Rech. sur le diabète. Paris, 1803.
(2) Study Londres. 1825, vol. V, p. 474.
(3) Journ. de chimie méd., janv. 1829.
(4) Annales de chimie, t. XXXI.
(5) Bright's Reports, p. 80.
(6) Op. cit., p. 14 et op. cit., p. 36. On a omis à dessein, dans ces indications bibliographiques, les observations postérieures à 1845.
(7) Brande (Trans. of a society for the improvement of medical and chirurgical knowledge, vol. III, p. 187, fut, dit-on, le premier à reconnaître la diminution de l'urée dans l'urine. Prout, au dire de Bright, observa le premier la présence de l'urée dans le sang.

VARIÉTÉS.

— Nouvelles sanitaires des armées alliées. — Nous trouvons les détails suivants dans un rapport de J. Hall, inspecteur-général du service de santé de l'armée anglaise :

« Malgré l'arrivée d'un nombre assez considérable de recrues, malgré les vents froids qui ont soufflé du nord et du nord-est pendant toute la semaine, du 15 au 22 mars, l'augmentation du chiffre des entrées aux hôpitaux a été très-faible et la mortalité a diminué presque d'un tiers ; même dans le corps des transports la santé des soldats a été meilleure ; le nombre d'admissions aux hôpitaux est resté le même il est vrai, mais la mortalité a diminué de moitié. En comprenant le corps des transports, le corps des travailleurs militaires, l'état-major médical et l'armée active, la proportion des admissions au chiffre de l'effectif a été seulement de 2,41 pour 100, la mortalité de 0,02 pour 100 ; le chiffre des malades a été au chiffre des hommes en santé comme 4,41 est à 100. La semaine précédente, ces chiffres étaient 2,15 ; — 0,04 ; — 4,29. Des 16 décès survenus dans tout l'effectif de l'armée servant en Crimée, le seul corps des transports en a donné 7, et 3 décès ont eu lieu par ivresse.

» Les troupes stationnaires à Kertch sont aussi en bonne santé, ainsi que la cavalerie barraquée à Constantinople.

» Pour le total de toutes les troupes anglaises en Turquie, dans les hôpitaux généraux et régimentaires, la proportion de décès à l'effectif a été seulement de 0,03 pour 100, et la proportion des malades aux hommes sains de 6,09 pour 100. »

— M. le docteur Belvier, agrégé libre à la Faculté de médecine de l'hôpital Beaujon, commencera son cours public de pathologie interne, à l'École pratique, amphithéâtre n° 3, le lundi 21 avril à trois heures, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Il traitera des maladies de l'encéphale.

— M. le docteur Alexandre Thierry ouvrira son cours de clinique chirurgicale le lundi 21 avril, à trois heures de l'après-midi, et le continuera les lundis et jeudis suivants à la même heure, 21, rue du Petit-Musc.

Le professeur traitera spécialement des affections qui ne forcent pas les malades à s'aliter. Les élèves seront exercés au diagnostic, aux opérations, pansements et applications d'appareil sur les malades soumis à leur examen.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE SANITAIRE.

EXPORTATION ET IMPORTATION DES MALADIES ÉPIDÉMIQUES PAR LES ARMÉES. — MESURES PROPHYLACTIQUES ET LEUR DEGRÉ D'EFFICACITÉ.

Des faits de notoriété publique ont appelé l'attention sur le caractère des maladies qui ont si cruellement éprouvé l'armée française en Orient depuis le commencement de cette année. On a su que, malgré la plus grande vigilance et une sollicitude éclairée pour la santé des troupes, une maladie grave, dont nos lecteurs connaissent les caractères d'après les descriptions faites sur les lieux par deux observateurs distingués, MM. Garreau et Haspel, le typhus, avait pris dans les mois de janvier, février et mars, un développement considérable. Cette maladie, complétement distincte de la fièvre typhoïde, et dont les symptômes ont été très-nettement indiqués déjà depuis longtemps par les écrivains qui se sont occupés des maladies des armées, a presque toujours montré, dans les circonstances où on l'a observée, les caractères de la contagion. On l'a vue se communiquer, dans la même localité, de personne à personne, aux malades voisins, aux infirmiers, aux médecins. Elle a pu être transportée, dans des localités éloignées, par des masses d'hommes et par des individus isolés. Bornée quelquefois dans ces cas à un petit nombre d'individus, elle est restée comme un accident sans importance qui ne se reflétait pas sur la santé des populations. Mais, dans d'autres cas, on a reconnu, surtout quand les communications entre les localités infectées et les localités non infectées étaient fréquentes et se faisaient par un grand nombre de personnes à la fois, que la maladie importée prenait droit de domicile là où elle n'existait pas antérieurement. C'est ainsi que certaines affections sont observées à différentes époques, pendant un temps plus ou moins long, dans des pays où leur développement spontané n'a pas lieu dans les conditions hygiéniques ordinaires. C'est là un des modes de diffusion des maladies épidémiques sur lequel la GAZETTE MÉDICALE a insisté depuis longtemps.

C'est là, en effet, la démonstration la plus palpable du fait de la contagion. Dans la localité où règne une maladie épidémique, quand un individu a été frappé par voie de contagion, on peut toujours invoquer l'*épidémicité*, cette cause inconnue qui a donné naissance au premier cas morbide, et qui continuerait jusqu'à la fin à produire des cas nouveaux. On peut dire qu'il n'y a pas là de barrière contre l'épidémicité. Les barrières contre l'épidémicité existent de fait lorsque de deux localités éloignées, *la France, ou l'Angleterre, ou le Piémont et Constantinople*, l'une présente des affections tout à fait distinctes de celles que l'on observe dans l'autre. Dans ces cas, surtout si la maladie prend un développement intense, et constitue ce qu'on appelle un foyer épidémique, le transport des hommes provenant de la localité infectée, et leur versement dans des localités saines pourront produire des affections identiques à celles du lieu de provenance.

Comment empêcher cette transmission? Pour résoudre cette question, il faut au préalable avoir étudié les conditions diverses dans lesquelles s'opère la contagion. Nous supposerons d'abord que l'on transporte des malades: ceux-ci ou bien guériront en route, ou bien arriveront malades ou convalescents. Si l'on reçoit ces derniers dans des hospices spéciaux où ils soient l'objet de tous les soins qu'on peut attendre d'une hygiène éclairée et prudente; s'ils y passent tout le temps de leur maladie, on verra généralement l'affection importée se communiquer dans l'hôpital même à un certain nombre de malades ou d'employés, rarement elle dépassera ces limites. Si les malades, en trop grand nombre pour être contenus dans les hôpitaux, sont au contraire dispersés dans les habitations particulières, la maladie se communiquera aux familles, à la population, et une fois ainsi introduite dans un milieu favorable à son développement à cause des communications fréquentes qui y ont lieu et des mauvaises conditions hygiéniques qui le caractérisent, elle s'étendra de proche en proche.

Le second cas a trait au transport des hommes sains. On laisse sur le lieu de l'épidémie tous les malades; on ne prend que les hommes bien portants. Cette circonstance se présente souvent. Beaucoup de navires affectés à l'émigration ou au transport des voyageurs ne prennent point à bord des malades; mais bientôt après quelques jours de voyage on voit se développer sur les personnes valides des accidents morbides semblables à ceux qu'on observait dans la localité qu'on vient de quitter. Je ne suivrai pas ces premiers malades. A leur arrivée dans la localité, les hommes restés valides se dispersent. S'ils appartiennent à l'armée, des locaux spéciaux les reçoivent ordinairement; si ce sont des voyageurs ou des émigrants, ils seront plus en contact avec la population civile. Or, des hommes ainsi arrivés à leur destination, loin de la localité infectée, sont-ils encore exposés à présenter les symptômes de la maladie épidémique, et pendant combien de temps cette disposition à réaliser un type morbide, contagieux et insolite persiste-t-elle? Cette question a divisé longtemps et divise encore aujourd'hui les pathologistes. Nous n'avons pas de donnée fixe et particulière à apporter pour sa solution. Mais nous ferons observer qu'elle n'est probablement pas susceptible d'une solution fixe et précise. D'abord, il y a des incubations plus ou moins longues suivant les maladies. Ensuite la même maladie est susceptible, suivant ses différentes modalités, suivant ses degrés, de persister dans l'économie pendant fort longtemps à l'état latent ou de demi-manifestation, surtout s'il y a une grande réunion d'hommes groupés ensemble, offrant les mêmes prédispositions morbides. Ces états vagues, mal définis, tantôt voisins de la santé, tantôt plus voisins de la maladie, sont observés par le médecin attentif; ils ne rentrent souvent dans aucun cadre pathologique connu; ce sont les phénomènes prodromiques ou consécutifs des maladies épidémiques, sortes de manifestations légères d'un mal qui a sévi plus fortement ou qui menace de ses ravages. Les observateurs des siècles passés ont entrevu des faits analogues. Dans les descriptions qu'ils nous ont laissées des constitutions médicales, ils distinguent avec soin les constitutions prodromiques, celles qui en préparent ou en précèdent d'autres. Ces états, intermédiaires pour ainsi dire à la santé et à la maladie, s'observent fréquemment sur les hommes valides enlevés par les nécessités de la guerre des milieux épidémiques et transportés en masse dans d'autres lieux, qu'ils y réalisent ou non, de nouveau, une épidémie semblable à celle dont ils se sont brusquement éloignés. C'est ainsi qu'on a vu dans l'été de 1854 des armées transportées à plus de mille lieues de distance, moitié par mer, moitié par terre, d'Angleterre et de France à Gallipoli, et de Gallipoli jusqu'à Varna, présenter constamment une affection diarrhéique particulière qui fut l'avant-coureur

FEUILLETON.

ESSAI SUR L'HISTOIRE DE LA CHIRURGIE A LYON.

Par M. PÉTREQUIN, ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, professeur à l'École de médecine de la même ville, chevalier de la Légion d'honneur, etc.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

Nous avons déroulé à mesure les fâcheux incidents qui, à plusieurs reprises, ont fait rétrograder la civilisation : il y eut en outre pour la chirurgie des influences particulières qui longtemps encore devaient fatalement détruire pour elle tous les germes du progrès.

C'est une affligeante étude de mœurs à faire ; mais il faut pénétrer jusqu'au cœur de la société scientifique de ces époques, il faut sonder les plaies qu'elle portait dans son flanc pour apprécier son mal, et comprendre les causes de son dépérissement moral. Ces causes se trouvent tout entières dans la législation même de l'art.

L'omnipotence du clergé changea peu à peu la forme de la médecine : la science fut divisée, et la chirurgie se trouva ainsi détournée de sa véritable voie ; l'exercice de cet art fut tout à fait isolé dans le moyen âge ; il n'en était pas ainsi dans l'antiquité; il est constant qu'une foule de médecins contemporains d'Hippocrate exercèrent comme lui la chirurgie (Dezeimeris). Celse a traité dans le même ouvrage ces deux branches de la science. Galien, quoique adonné surtout à la pratique médicale, se livra aussi à l'art des opérations.

Dans les premiers siècles de notre ère, l'exercice de la médecine était réuni au sacerdoce (1) : saint Alexandre, qui en 177 souffrit le martyre à Lyon avec saint Pothin, était médecin de profession ; Rustius Helpédius, médecin et poëte, qu'on dit avoir vécu jusqu'en 533, était diacre de l'église de Lyon ; Petrus Leispanus, qui en 1276 fut élu pape sous le nom de Jean XXI, était poëte et médecin, etc. Dans le moyen âge, on trouve beaucoup de médecins parmi les moines et les évêques (2).

(1) Au dixième siècle, « les moines et les prêtres étaient astrologues, médecins et notaires; ils cumulaient les professions libérales sans posséder les connaissances que supposaient ces titres. » (Montfalcon, p. 335.)

(2) En voici quelques exemples curieux :
1110, Obilo, chanoine de Saint Victor, premier médecin de Louis VI le Gros.
1138, Pierre Lombard, chanoine de Chartres, médecin de Louis VII le Jeune.
1200, Rigord, moine de Saint-Denis, premier médecin de Philippe-Auguste.
1250, Dudo, médecin de saint Louis, ancien curé.
1300, Jean Lecomte, chanoine d'Avranches, professeur à l'École de chirurgie.

d'une violente épidémie cholérique; c'est ainsi que les foyers cholériques d'Athènes, de Gallipoli, de Constantinople, de Crimée ont été formés.

Ce sont là des exemples d'exportation d'une maladie épidémique. L'importation se réalise dans des conditions inverses, mais tout à fait semblables aux premières. Une fièvre grave a sévi pendant quatre mois en Crimée, et a encombré un moment, malgré les mesures les plus convenables, les hôpitaux de Constantinople. Plus de 100,000 hommes et un matériel énorme vont rentrer en France amenant avec eux, si ce n'est l'épidémie même, au moins tout ce qui est susceptible de la créer : 1° cette disposition des organismes qui sortent d'un milieu épidémique à reproduire, au bout d'un temps plus ou moins long, les manifestations symptomatiques de cette épidémie; 2° l'agglomération des individus qui décuple la puissance de conservation et de reproduction des germes morbides; 3° les conditions hygiéniques dans lesquelles se trouveront les troupes soit pendant leur transport, soit après leur arrivée. Parmi ces trois ordres de circonstances, il y en a quelques-unes qui sont pratiquement accessibles à l'intervention de l'administration. Elles doivent être l'objet d'une grande attention. On ne sait encore quelles seront au juste, parmi les mesures indiquées dans ces cas, celles qui seront particulièrement appliquées. On ne saurait douter que les autorités, à qui revient le soin de garantir la population de l'importation des maladies épidémiques, ne se soient éclairées des avis et n'aient obéi aux conseils des hommes spéciaux. On sait qu'il y a quelque temps MM. Alquié et Mélier ont reçu la mission d'aller étudier médicalement, dans les hôpitaux du Midi, les caractères de la maladie. Ces honorables et savants inspecteurs auront tracé le plan des mesures prophylactiques à appliquer, et ils auront indiqué les voies les plus simples et les plus sûres de délivrer l'armée, en France, du fléau dont il était sans doute impossible de la garantir en Crimée.

A ce sujet, nous devons appeler particulièrement l'attention sur l'importance de certaines précautions, et nous passerons en revue successivement les trois ordres de causes que nous venons d'énumérer.

1° Les personnes qui quittent un lieu épidémique ont la faculté de reproduire au bout d'un temps plus ou moins long les manifestations symptomatiques de l'épidémie. Cette disposition de l'organisme tient probablement à des conditions physiologiques qui nous échappent; il y a chez ces individus un état tel des organes et des fonctions que spontanément ou par l'action de causes occasionnelles, ils reproduisent une espèce morbide spéciale; il y a là, si l'on veut ainsi dire, une sorte d'imprégnation dont l'économie ne peut se débarrasser qu'à la longue. Les influences qui affaibliront l'organisme et les causes occasionnelles des maladies devront autant que possible être éloignées; les fatigues, une alimentation insuffisante, l'exposition à de grandes variations de température ou à des degrés extrêmes de froid et de chaleur, toutes ces causes agiront dans un sens défavorable. Que si l'on peut arriver à changer, par une nourriture fortifiante aidée d'un exercice convenable, les dispositions organiques, on aura par la nutrition changé les conditions matérielles de l'individu.

2° L'agglomération décuple la puissance de conservation et de reproduction des germes morbides. Cette circonstance est pour beaucoup dans l'importation des maladies épidémiques par les caravanes, les émigrations, les armées. Il faut disséminer pendant un temps assez long les hommes valides, de même que les malades; il faut soumettre à des procédés de purification, d'ablution, de désinfection les hommes, les effets, le matériel. Ce précepte peut être d'une application difficile, souvent même impossible, mais il n'en est pas moins indiqué parmi les mesures les plus propres à arrêter les fléaux épidémiques. La dispersion des individus devra durer un temps suffisant et être assez complète.

3° Les conditions dans lesquelles se trouveront les hommes, soit pendant leur transport soit à leur arrivée, devront être soigneusement étudiées et réglées. Si le transport a lieu par eau, l'encombrement sera difficile, souvent même impossible à éviter. Les vaisseaux que l'on utilise à cet effet n'ayant pas généralement été construits pour le transport des troupes et étant déjà montés par un équipage nombreux, il en résulte presque nécessairement des conditions d'agglomération qui sont incompatibles, quels que soient les procédés de ventilation, avec un bon état sanitaire. Le danger est plus grand encore lorsque les bâtiments employés ont servi déjà au transport des malades, et sont devenus ainsi des foyers d'infection. Si c'est la voie de terre qui est employée, il y aura à craindre les fatigues inévitables d'une longue route, la difficulté de subsister sur des chemins déjà parcourus un grand nombre de fois, l'infection créée dans ces localités par les passages répétés de troupes ou d'émigrants.

Tels sont quelques-uns des faits que soulève la question de l'importation des maladies épidémiques. Nous avons résumé brièvement ce qu'apprend l'histoire de la médecine à cet égard. Il n'y a pas d'enseignement plus sûr que celui des faits quand on reste fidèle à leur interprétation. Or l'histoire nous montre que quelquefois en dépit des mesures les plus sages, les maladies épidémiques se sont étendues en suivant les émigrations ou les immigrations dont nous parlons. Nous avons indiqué quelques-unes des causes de cette extension. On ne détruit pas à volonté chez un individu, et à plus forte raison chez de grandes masses d'hommes la disposition de l'organisme à refléter des influences morbides qui auront antérieurement agi d'une manière latente. Les exemples suivants démontreront que, malgré les moyens prophylactiques, différentés maladies et surtout des affections typhiques ont pu se communiquer aux populations dans les circonstances auxquelles nous venons de faire allusion.

En 1566, pendant la guerre que Maximilien II faisait contre les Turcs, une maladie épidémique se déclara sur les troupes impériales campées près du Danube aux environs de Komorn, au-dessous de Presbourg; elle suivit l'armée dans ses différents mouvements. Des soldats à peine convalescents furent renvoyés en congé dans leurs foyers et propagèrent la maladie dans toute l'Allemagne. Vienne, qui était le lieu de passage des troupes, fut très-maltraitée (1).

Dans l'été de 1621, une maladie grave se déclara parmi les troupes confédérées campées à Weidhausen et gagna de là le Palatinat et la Haute-Bavière; elle se propageait des militaires aux habitants sans épargner ni sexe, ni âge, ni condition (2).

Au siége de Louvain en 1635, l'armée de Louis XIV souffrant du manque de provisions et décimée par les maladies fut obligée de se

(1) Schenck, Obs. med. rariores.
(2) Rhumelins, Hist. morbi qui ex castris, etc.

L'enseignement médical fut d'abord donné dans les églises et dans les cloîtres : les clercs et les religieux accouraient de toutes parts, et dans le douzième siècle l'entraînement devint si général qu'il amena une véritable désertion dans les monastères : il fallut que le concile de Tours et les papes Alexandre III et Honoré III vinssent rappeler à leurs exercices monastiques ces trop ardents disciples d'Hippocrate (1).

Toutes les sciences étaient concentrées dans le clergé; il resta longtemps le dépositaire et le dispensateur des lumières; les médecins du moyen âge étaient clercs; jusque vers le milieu du quinzième siècle, il leur était défendu de se marier; on craignait que des soins étrangers ne détournassent leur esprit d'une profession qu'on regardait comme une espèce de sacerdoce; on voulait aussi que l'état ecclésastique ouvrît aux professeurs le chemin des bénéfices et des premières dignités de l'Église, ainsi que le rectorat dans les universités. Ce ne fut qu'en 1452 que le cardinal d'Estouville ou d'Étouteville apporta en France une bulle qui affranchit les médecins (1) du célibat (Broeckx, Hist. de la méd. belge, 1837, p. 239.)

Il était écrit dans les canons de l'Église : *Ecclesia abhorret à sanguine.* Les nombreuses guerres religieuses de l'époque avaient pu violer cette règle, mais ne l'avaient point abrogée; toute effusion de sang restait interdite à la cléricature; les médecins étaient ainsi obligés d'abandonner l'exercice de la chirurgie; plusieurs même n'osaient l'enseigner qu'avec répugnance.

Toute opération sanglante fut à plusieurs reprises défendue aux clercs par les papes et les conciles. Aussi laissaient-ils la partie opératoire à des hommes illettrés; ce fut une grande cause de défaveur (2).

1511, mort de Robert Morillon, chanoine de Paris, chirurgien du roi.

1533, mort de Gilles Desmoulins, chanoine de Paris, agrégé au collége de chirurgie. (Voyez *Index funereus* dans Recherches sur l'origine de la chirurgie.)

(1) « L'attrait qu'offrait l'art de guérir porta dans les cloîtres mêmes un empressement qu'il fallut modérer; les clercs et les religieux accouraient de toutes parts; l'émulation fut si vive qu'elle causa une espèce de désertion dans les monastères : il fallut qu'un concile rappelât à leurs exercices ces singuliers sectateurs d'Hippocrate. » (Rech. sur l'orig. de la chir., p. 11.) Ce fut l'objet d'une prohibition formelle du concile de Tours en 1163, qui fut renouvelée par le pape Honoré III : « Contra religiosos de claustro exeuntes » ad audiendum leges vel physicam Alexander III prædecessor noster olim » statuit in concilio turonensi. »

(1) « Durant tout le temps que la médecine a été si unie à l'église, les physiciens (*médecins*) n'ont pas troublé la chirurgie; mais depuis que le » cardinal d'Etouteville leur eut donné des femmes au lieu de bénéfices, » leur ambition se réveilla; elle poursuivit les chirurgiens sans relâche; » elle retarda par des disputes opiniâtres la perfection de leur art. » (Rech. sur l'orig. de la chir., p. 87.)

(2) Dans l'antiquité « la vanité doctorale et ridicule d'une époque plus

retirer sur Nimègue. L'épidémie pénétra avec l'armée dans cette ville, y redoubla ses ravages et n'épargna pas la population; les couvents même furent atteints (1).

Willis raconte qu'au siége de Reding, en 1643, une fièvre grave se manifesta avec une grande intensité dans les troupes, qu'elle suivit ensuite l'armée du comte d'Essex jusque dans ses cantonnements ou elle se communiqua aux habitants.

Ozanam (2) rapporte qu'au retour du siége de Philipsbourg, les troupes françaises furent cantonnées en Lorraine où elles apportèrent une fièvre maligne contagieuse.

Pendant le siége de Prague et d'Égra, si vaillamment défendues par le maréchal de Bellisle, une maladie épidémique de mauvais caractère se manifesta sur les soldats et sur les habitants. L'armée prussienne coalisée en contracta les germes, et en partant pour la Silésie, elle la propagea bientôt dans le reste de l'armée et dans le peuple (3).

En 1757, la fièvre castrale se manifesta à Eisnach, où il y avait un encombrement de troupes. De là, cette maladie se répandit dans toute l'Allemagne qui était parcourue en divers sens par les armées. Strack (4) et Ludwig l'observèrent. Elle fut apportée à Lille dans l'automne de 1758 par les troupes revenant d'Allemagne (5).

L'armée d'Italie, commandée en 1799 par Scherer, était en proie à une fièvre épidémique pétéchiale des plus graves. L'évacuation des malades sur les hôpitaux de l'intérieur menaçait les populations du midi de la France. La ville de Montpellier en fut atteinte, ainsi que Grenoble (6).

Dans la guerre d'Espagne, en 1808 et 1809, on vit se produire aussi des maladies infectieuses. Les prisonniers espagnols et le mouvement des convalescents et des malades de l'armée les propagèrent en France. L'Angleterre en fut atteinte à l'arrivée de ses troupes (7).

Ozanam rapporte que le typhus qui régna en 1814 dans les armées coalisées contre la France, et particulièrement dans les troupes suédoises, fut rapporté par celles-ci à Kiel et dans les environs, où il prit un caractère de malignité.

Jean de la Monière (8), médecin de Lyon, cité par Ozonam, en parlant de l'épidémie dyssentérique qui régna à Lyon en 1624 et 1625, dit expressément qu'elle fut apportée par les troupes qui revenaient de la campagne d'Italie. La maladie commença à se manifester à l'Hôtel-Dieu de Lyon, où l'on avait envoyé un grand nombre de militaires malades.

En 1757, l'armée française, qui traversa l'électorat de Mayence, communiqua aux habitants, sur toute la ligne qu'elle parcourut, la dyssenterie qu'elle portait avec elle. La ville de Mayence en souffrit plus particulièrement (9).

(1) Diemerbroeck, Peste de Nimègue.
(2) Histoire des Épidémies.
(3) Scrink et Brandhort, Collection des Thèses de Haller.
(4) De morbis cum petichis.
(5) Ozanam, *loc. cit.*
(6) Giannini, Traité du frois, et Laugier, Journal général de médecine.
(7) Ozanam, *loc. cit.*; Geoffroy, l'Herminier et Nysten, Journal général de médecine.
(8) Observations sur l'épidémie dyssentérique de Lyon.
(9) Ch. Strack, De dyssenteria.

Sans chercher des exemples plus récents, ces faits suffiront pour démontrer qu'il se produit souvent dans les guerres des maladies d'une nature épidémique et contagieuse qui, après avoir sévi dans les armées, se répandent quelquefois dans les populations. Ces leçons de l'histoire ne peuvent être oubliées; elles parlent trop haut pour qu'il soit possible de se méprendre sur le caractère éminemment contagieux des maladies graves qui sont le fléau des armées. Elles font voir combien il est difficile d'empêcher, dans certains cas, l'extension et la propagation de ces affections. Aussi apprendra-t-on avec satisfaction que les mesures hygiéniques concertées pour mettre une barrière au fléau ont été l'objet d'une discussion approfondie au sein du comité d'hygiène publique (1), et qu'à l'heure actuelle M. Mélier, inspecteur général du service sanitaire, et M. Maillot, inspecteur du service de santé des armées, surveillent sur les lieux l'application rigoureuse des moyens prophylactiques indiqués (2).

Le pays trouvera dans l'ensemble des mesures qui ont été décrétées, une garantie suffisante; l'armée y gagnera de se soustraire à une maladie des plus persistantes et des plus dangereuses. Que si cependant nos prévisions étaient trompées, si le fléau reparaissait çà et là et formait, dans certaines localités, des foyers épidémiques, nous verrions dans ce fait, nous tenons à le dire d'avance, la confirmation des doctrines de la contagion. Il y a des maladies contagieuses contre lesquelles tous les moyens usités et applicables ne peuvent rien dans certaines circonstances. Nous avons cherché à définir quelques-unes des conditions qui rendent, dans ces cas, les moyens prophylactiques impuissants.

Nous formulerons notre pensée en disant que cette impuissance de l'hygiène est en rapport avec le degré d'intensité de la maladie et sa nature contagieuse, et qu'elle augmente en raison de la fréquence des communications, de la masse du matériel et du grand nombre des individus.

(1) On lit dans l'Union médicale du 24 avril: Les mesures dont il est question dans le Moniteur ont été longuement délibérées par le comité consultatif d'hygiène publique, convoqué à cet effet.

(2) On lit dans le Moniteur du 23 avril:

« Toutes les dépêches reçues de l'armée d'Orient s'accordent à signaler une très-grande amélioration dans la situation sanitaire, et l'on peut espérer que l'épidémie qui a sévi pendant ce long hiver sur nos troupes en Crimée et dans nos hôpitaux de Constantinople, va bientôt disparaître entièrement.

» Malgré ces rassurantes nouvelles, le gouvernement va prendre des mesures de précaution pour éviter que la rentrée en France de nos soldats ne fût pour les populations une cause d'appréhension.

» A cet effet, des camps ont été établis non loin d'Hyères, dans des localités parfaitement isolées, telles que les îles de Porquerolles, de Sainte-Marguerite et de Cavallaire. Les troupes feront dans ces camps un séjour plus ou moins prolongé, et n'entreront en France que lorsqu'on sera bien assuré qu'elles ne portent avec elles aucun germe de maladie. Les hommes qui tomberaient malades seront reçus dans les vastes établissements hospitaliers, au Frioul, en rade de Marseille, dans les enclos du Lazaret de Toulon, et dans le bel hôpital de la marine impériale, à Saint-Mandrier. Nous savons que ces mesures, prises dans l'intérêt de la santé publique, ont été accueillies avec reconnaissance par les populations des Bouches-du-Rhône et du Var, etc. »

Tholozan.

La chirurgie ainsi discréditée devint la proie d'une tourbe ignorante, et descendit pour ainsi dire à l'état d'art manuel et subalterne, tandis que la médecine resta l'apanage des clercs dont la position privilégiée ennoblissait la profession. (Voy. Pétrequin, Mél. de chir., p. 9).

« Une sorte de honte semblait attachée à la pratique des opérations dont une pudeur déplacée limitait le champ. » (Dezeimeris, Dict. en 30 vol., art. Chirurgie.)

rapprochée de nous n'avait point encore fait imaginer qu'il fût moins noble de guérir une fracture qu'une diarrhée. » (Dezeimeris, Dict. en 30 vol., art. Chirurgie, p. 334.) « Jusqu'au seizième siècle peu de chirurgiens, même parmi ceux qui possédaient quelque habileté, osaient entreprendre les grandes opérations; ils les abandonnaient presque toujours à des hommes téméraires ou aux charlatans qui n'ont jamais reculé devant aucun obstacle. » Broeckx, Hist. de la méd. belge.)

Les médecins ecclésiastiques « en entrant dans la Faculté, abjuraient la chirurgie comme un art indécent pour eux; la visite des malades dans leurs lits ou dans leurs maisons leur était interdite; les maladies honteuses ou les maux attachés aux femmes blessaient, selon eux, la dignité sacerdotale. » (Rech. sur l'orig. de la chir., p. 16.) C'est par eux et pour eux qu'eut lieu la séparation de la chirurgie d'avec la médecine: « Tempore Bonifacii VIII et Clementis V, pontificum romanorum, tum decreto apud Avenionem facto, tum Philippi pulchri Francorum regis concilio, chirurgia à medicinâ separata est. » (Ibid., p. 17.)

Pour Lyon les formes administratives des hôpitaux durent exercer une grande influence. Pendant plusieurs siècles, l'Hôtel-Dieu paraît avoir été successivement la propriété de diverses corporations religieuses qui le retenaient pour ainsi dire en charte privée. Dès 1032 la ville elle-même passa sous la domination épiscopale. En 1308, on voit Pierre de Savoie, archevêque de Lyon, confirmer le privilége de l'Hôtel-Dieu à l'abbé et aux religieux de Haute-Combe en Savoie (de l'ordre de Cîteaux). En 1314, il fut concédé aux religieux de la Chassagne, dont la gestion dura près de deux cents ans. Dans un inventaire de 1335, je remarque une redevance « pour l'archevêque de Lyon dont les religieux tiennent les hospices en emphytéose. » Ce ne fut qu'à la fin du quinzième siècle (en 1478) que l'Hôtel-Dieu passa sous la direction des consuls de la ville qui en modifièrent l'organisation.

Ainsi que l'a écrit un de nos savants collègues, « l'histoire de l'hôpital, c'est l'histoire du pauvre; à ce titre, elle présente un fort grand intérêt; mieux vaut raconter avec détail la création dans l'hospice d'une salle nouvelle pour les malades que la pompeuse entrée à Lyon d'un prince ou d'un gouverneur; le véritable événement, c'est l'introduction d'un nouveau genre de secours dans la maison des malheureux. » (Montfalcon, Hist. de Lyon, p. 536.)

Jusque-là les conditions locales n'étaient pas moins défavorables pour la chirurgie à Lyon que dans le reste du royaume. Partout on s'habitua peu à peu à faire rejaillir sur l'art la déconsidération de ceux qui l'exerçaient sans titre; on appliqua aux choses ce qui était du fait des hommes, et une prévention injuste les confondit dans l'opinion publique.

PHYSIOLOGIE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES VOIES DE TRANSMISSION DES IMPRESSIONS SENSITIVES ET SUR DES PHÉNOMÈNES SINGULIERS QUI SUCCÈDENT A LA SECTION DES RACINES DES NERFS SPINAUX (communiquées à la Société de biologie en juillet, août et septembre 1855); par le docteur E. BROWN-SÉQUARD, lauréat de l'Académie des sciences, vice-président de la Société de biologie, professeur particulier de physiologie.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

7° SENSIBILITÉ DE LA SURFACE DE SECTION INFÉRIEURE APRÈS QUE L'ON A COUPÉ LES CORDONS POSTÉRIEURS EN TRAVERS. — Il est évident que si la théorie de M. Longet était vraie, on devrait, en cherchant l'existence et le degré de sensibilité des deux surfaces, trouver que la supérieure, celle qui semble être seule en rapport avec l'encéphale, est très-sensible, tandis que l'inférieure, qui semble ne plus être en rapport direct de continuité avec l'encéphale, est tout à fait insensible. Eh bien! tout au contraire, ainsi que nous l'avons trouvé; la sensibilité paraît être plus vive dans la portion des cordons postérieurs qui avoisine la surface inférieure de la section que dans la portion de ces cordons qui avoisine la surface supérieure. Il est clair que cette expérience suffirait à elle seule pour montrer l'inexactitude de la théorie de M. Longet.

8° INSENSIBILITÉ DE LA SURFACE DE SECTION SUPÉRIEURE APRÈS QUE L'ON A COUPÉ EN TRAVERS LES CORPS RESTIFORMES AU NIVEAU DU BEC DU CALAMUS.—Ce fait, qu'après une section transversale des cordons postérieurs à l'endroit où ils prennent le nom de corps restiformes, la surface inférieure est extrêmement sensible et la supérieure dépourvue de sensibilité (1), est décisif contre la théorie de M. Longet, parce que, suivant cette théorie, nous devrions trouver: 1° la surface inférieure insensible; 2° la surface supérieure très-sensible.

Lorsque nous avons fait cette expérience, nous croyions, avec tout le monde, qu'à l'état normal les corps restiformes sont doués d'une sensibilité très-vive. Nous nous trompions: ils ne sont pas sensibles, ou s'ils le sont, c'est à un très-faible degré. Ce sont surtout les assertions de M. Longet qui nous ont trompé à cet égard. Cet auteur déclare d'une manière tellement positive avoir constaté que les corps restiformes jouissent d'une exquise sensibilité (2), que nous avions admis l'exactitude de son assertion. Mais en cherchant si vraiment il y a dans cette partie du bulbe une extrême sensibilité, nous avons été profondément surpris de trouver qu'elle est insensible ou à peine sensible. Si donc il était nécessaire, comme M. Longet l'a cru, qu'une partie fût sensible pour être capable de transmettre les impressions sensitives, il y aurait lieu de conclure que les corps restiformes ne transmettent pas les impressions, puisqu'ils ne sont pas sensibles.

9° ABLATION DU CERVELET.—Il est très-certain que les animaux qui ont subi cette opération sont souvent dans un état d'hyperesthésie très-marqué. Or si le cervelet était le lieu de passage d'un très-grand nombre de fibres sensitives, ainsi que M. Longet a été forcé de l'admettre par suite de ce fait anatomique inconteslable que la majorité des fibres des corps restiformes se portent au cervelet, la sensibilité devrait être notablement diminuée après l'ablation de cet organe.

10° SECTION TRANSVERSALE DES PÉDONCULES CÉRÉBELLEUX ANTÉRIEURS.—M. Longet a été conduit forcément à imaginer que les fibres sensitives qui se portent, suivant lui, des corps restiformes au cervelet, se rendent de ce dernier organe au cerveau par les pédoncules antérieurs ou les *processus cerebelli ad testes*. Si cette partie de la théorie était vraie, nous trouverions la sensibilité diminuée dans le tronc ou les membres, ou dans quelques-unes de leurs parties, après la section transversale des *processus ad testes*. Or il n'en est rien, et il semble, au contraire, que l'animal soit hyperesthétique. Il ressort donc de cette expérience que ces processus ne sont pas ce qu'a supposé M. Longet.

11° SECTION TRANSVERSALE DE LA SUBSTANCE GRISE CENTRALE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE.—Nous avons décrit ailleurs (1) des expériences variées, mais consistant essentiellement dans la section transversale de la substance grise. Nous avons dit que cette opération empêche entièrement la transmission des impressions sensitives venues des parties situées à une certaine distance en arrière du lieu de la section.

Ce fait est en opposition complète avec la théorie de M. Longet, puisque, dans ces cas, les cordons postérieurs n'étant pas lésés, la transmission des impressions sensitives devrait continuer à se faire. M. Longet, qui n'a pas cherché quelle est l'influence de la section des divers cordons de la moelle épinière sur la sensibilité, parce que les animaux sur lesquels il mettait la moelle à nu dans la région lombaire perdaient invariablement la sensibilité dans le train postérieur, par suite, croit-il, de cette simple exposition de la moelle à l'action de l'air (2), M. Longet dit que la destruction de la substance grise de la moelle, sur des chiens, « dans une longueur aussi considérable que possible, à l'aide d'un stylet, n'a aucunement modifié la sensibilité des faisceaux médullaires postérieurs (3). » Nous ne pouvons tenir aucun compte de cette expérience, attendu qu'il nous est impossible de deviner: 1° ce que l'auteur appelle une étendue *aussi considérable que possible*; 2° quelle est la grosseur du stylet employé; 3° quelle est l'étendue transversale de la partie de la substance grise qui a été détruite; 4° quelle est la partie des faisceaux postérieurs qui est restée sensible.

M. Magendie avait déjà fait, il y a longtemps, une expérience analogue. Mais lui aussi n'a pas donné, à cet égard, de suffisants détails. Il dit seulement: « J'ai plusieurs fois enfoncé des stylets dans presque toute la longueur de la moelle, sans que les mouvements ni la sensibi-

(1) Voyez pour les détails le rapport de M. Broca, GAZ. MÉD., 1855, p. 496, et MÉMOIRES DE LA SOC. DE BIOLOGIE pour 1855, p. 48-49, exp. XI, pl. II, fig. 5c.
(2) TRAITÉ DE PHYSIOL., 1850, t. II, B. p. 32, et dans nombre d'autres endroits, et entre autres la page 209, où l'auteur déclare que « le moindre attouchement des corps restiformes a occasionné les douleurs les plus vives. »

(1) GAZ. MÉD., 1855, p. 594, et MÉM. DE LA SOC. DE BIOLOGIE pour 1855, p. 73.
(2) TRAITÉ D'ANAT. ET DE PHYSIOL. DU SYST. NERV., 1843, t. I, p. 276, et TRAITÉ DE PHYSIOL., 1850, t. II, B. p. 186.
(3) TRAITÉ DE PHYSIOL., 1850, t. II, B. p, 188.

Est-il étonnant qu'avec de pareilles entraves cette branche de la science ait déchu? Le véritable rôle de la chirurgie était méconnu. Sous l'empire de son infériorité de convention, on oubliait qu'elle a le même objet que la médecine, que leur origine est identique, que les services qu'elles rendent se balancent, que leur valeur est égale et que le rang qu'elles peuvent tenir doit être égal aussi.

Le préjugé contraire, né dans des temps barbares, exerça la plus déplorable influence; ce premier mal en engendra un second; l'abandon dans lequel se trouvait la chirurgie donna naissance à d'innombrables abus; elle était envahi par des gens sans lettres et sans aveu (1). Dans le treizième siècle, le prévôt de Paris dut intervenir; une enquête fut ordonnée pour exclure ceux qui étaient indignes. On établit un examen devant un jury composé de six chirurgiens; néanmoins des charlatans, des vagabonds et des aventurières n'en continuèrent pas moins à s'immiscer dans la pratique de l'art.

Il y a plus: la chirurgie elle-même s'était peu à peu subdivisée en deux classes distinctes et ennemies; les mires, chirurgiens jurés ou de robe longue, gens de grand état, comme on disait alors, se trouvèrent en butte non-seulement aux attaques de la Faculté de médecine, mais encore aux intrigues des barbiers qui usurpaient le titre de chirurgien et empiétaient sans cesse sur leur domaine. (Consultez sur ce point d'histoire médicale les intéressantes recherches de M. Berriat-Saint-Prix, MÉM. DE LA SOC. DES ANTIQ., t. XIII; analyse dans Pétrequin, MÉL. DE CHIR.)

Les ordonnances de Philippe le Bel en 1311, de Jean en 1352 et de Charles V en 1370 établissent formellement la séparation des barbiers et des chirurgiens jurés, de même qu'un règlement du roi Jean concernant les apothicaires (août 1353) énonce la séparation des chirurgiens et des médecins.

L'institution des examens pour la maîtrise en chirurgie (1), en exigeant des

(1) Edit de Philippe le Bel: « Ad nostrum pervenit auditum quod quamplures .. alii martnrii, alii latrones, nonnulli monetarum falsatores et aliqui exploratores et holerii, deceptores atque mixtæ et usnrarii in villa et vicecomitatu nostro parisiensi artis chirurgiæ scientiam et opus, ac si examinati sufficientes in scientia prædicta et jurati fuissent, licet in ea minus provecti et inexperti existant, exercere præsumunt et eidem publice se immiscent, etc. » (Édit de 1311.)

« En 1586, les administrateurs de l'Hôtel-Dieu de Lyon prirent un étrange arrêté qui prouve que de tout temps la superstition a été l'apanage des gens du monde à l'endroit de la médecine: ils confièrent le traitement des vénériens à une femme nommée Françoise Paige, qui prétendait posséder un secret. » (Voy. Pétrequin, MÉL. DE CHIR., p. 59.)

(1) Philippe le Bel, dans son édit de 1311, établit un jury pour l'examen de maîtrise en chirurgie, et il en confia la direction à Pitard, son premier chirurgien, qui avait composé les statuts du collége de chirurgie de Saint-Louis.

« N'estant ni jurés ni graduez au collége de chirurgie, l'on demanda que les

lité de l'animal me parussent diminués (1). » Nous avons fait une expérience analogue : nous avons coupé en travers la moelle épinière à la région lombaire sur des chiens adultes et de taille moyenne, et nous avons enfoncé un stylet d'argent de 1 millim. 1/2 de diamètre dans la partie centrale de la substance grise du segment céphalique de le moelle, dans une étendue de 6 à 7 centimètres. La sensibilité a été diminuée, mais à un faible degré seulement, dans les racines postérieures qui naissent de la portion de moelle dans laquelle l'instrument était enfoncé. Dans cette expérience grossière, on introduit le stylet dans le canal central de la moelle épinière, canal dont les parois sont dilatables, ainsi que le montrent les cas d'hydropisie; on détruit sans doute la couche épithéliale qui tapisse ces parois et en même temps une certaine quantité de substance grise. Mais quelle quantité ? C'est ce qu'il n'est pas possible de savoir. Il faut donc laisser de côté ce mode d'expérimentation et avoir recours aux sections transversales de la substance grise. Dans ces dernières expériences, on sait ce que l'on fait, ou du moins l'autopsie le montre d'une manière incontestable. Nous n'avons pas besoin de répéter que par ce dernier mode de recherche, nous avons constaté et fait constater par un très-grand nombre de personnes, que la section transversale de la substance grise centrale et de la base des cornes grises empêche complétement la transmission des impressions sensitives venues des parties situées à une certaine distance en arrière de la section.

12° SECTION D'UNE MOITIÉ LATÉRALE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE. — M. Longet admet (2), avec tous les anatomistes modernes, que le sillon médian postérieur s'étend jusqu'à la commissure grise, c'est-à-dire que les deux cordons postérieurs ne communiquent aucunement l'un avec l'autre, à moins que ce ne soit par l'intermédiaire de la substance grise. Eh bien ! s'il en est ainsi, en admettant que les cordons postérieurs sont la seule voie de transmission des impressions sensitives, et que la substance grise ne serve en rien à cette transmission, ainsi que le veut la théorie de M. Longet, nous devons trouver que la section transversale d'une moitié latérale de la moelle épinière fait perdre complétement la sensibilité aux parties qui sont en arrière et du côté de la section. En est-il ainsi ? Tout au contraire, là où il devrait y avoir de l'anesthésie, c'est de l'hypersthésie qui existe (3). Il résulte de là nécessairement que les impressions sensitives passent par la substance grise.

Nous hornerons-là notre exposé des principales expériences contraires à la théorie de M. Longet. Nous pourrions ajouter à ces preuves expérimentales un grand nombre d'autres tout aussi décisives. Mais il est évident que nous en avons rapporté beaucoup plus qu'il n'en faut, car si le lecteur veut prendre au hasard l'un quelconque des faits que nous venons de décrire ou de mentionner, et s'il veut réfléchir quelques instants sur la valeur de ce fait, il le trouvera suffisant pour démontrer l'inexactitude du système de M. Longet. Pour ceux qui désireraient connaître les autres preuves expérimentales qui existent contre ce système, nous les renvoyons aux faits qui sont rapportés dans un de nos précédents mémoires (1), et aux faits que nous rapporterons bientôt contre la théorie des physiologistes allemands (Stilling, Schiff et autres).

(1) JOURN. DE PHYSIOL. EXPÉRIM., 1823, t. III, p. 154.

(2) TRAITÉ D'ANAT. ET DE PHYSIOL. DU SYST. NERV., 1843, t. I, p. 229.

(3) Voyez à ce sujet le rapport de la commission du prix de physiologie expérimentale, commission composée de MM. Flourens, Rayer, Duméril, Pelouze, Serres et Magendie, *in* COMPTES RENDUS DE L'ACAD. DES SCIENCES, 1852, t. XXXIV, séance du 22 mars.

En nous résumant à l'égard des faits expérimentaux relatifs à théorie de M. Longet, nous dirons :

1° Que ce physiologiste ne fonde cette théorie que sur un seul fait, qui, en admettant qu'il soit exact, ne prouve rien autre chose que l'existence de la sensibilité dans les cordons postérieurs et son absence dans les autres parties de la moelle épinière;

2° Qu'il existe un nombre très-considérable de faits expérimentaux très-variés prouvant chacun d'une manière incontestable que la théorie de M. Longet est erronée.

Ainsi il n'y a aucun fait direct en faveur de cette théorie, et il en existe, au contraire, un très-grand nombre qui lui sont absolument opposés.

§ II. — FAITS CLINIQUES CONTRE LA THÉORIE DE M. LONGET.

Ce n'est qu'avec la plus grande réserve qu'il est permis de tirer des conclusions, pour la pathologie comme pour la physiologie, d'un examen anatomico-pathologique fait nombre d'heures après la mort, dans les cas de maladie du centre encéphalo-rachidien. Nous divisons en deux catégories distinctes les cas d'altération siégeant dans ce centre nerveux, suivant le degré de validité des déductions que l'on peut tirer de cet examen *post mortem*. Dans une catégorie, nous plaçons les ramollissements, les abcès, les hémorrhagies et autres épanchements, les changements de couleur, etc. Dans une autre catégorie nous plaçons les blessures, les tumeurs et autres lésions, dont l'étendue peut être connue d'une manière assez précise, et dont l'existence, pendant au moins un certain temps avant la mort, est connue d'une manière positive.

Dans les cas de la première catégorie, il est impossible de savoir quel était le degré de l'altération pendant la vie, à l'époque du dernier examen des symptômes. En d'autres termes, il est impossible de s'assurer quels sont les changements survenus dans l'altération, d'une part, entre l'instant du dernier examen et le moment où la mort a eu lieu, et, d'une autre part, depuis ce dernier moment et l'instant où l'autopsie est faite. Il n'en est pas ainsi dans les cas de la seconde catégorie. Aussi est-ce surtout en étudiant des faits appartenant à cette dernière catégorie que nous nous sommes convaincu que la théorie de M. Longet rencontre tout autant d'opposition dans les faits cliniques que dans les faits expérimentaux.

Nous ne rapporterons pas ici les faits cliniques qui nous ont conduit à cette conclusion : on les trouvera dans le livre que nous allons publier sur la physiologie et la pathologie de la moelle épinière et de la moelle allongée. Nous croyons cependant devoir indiquer, d'une ma-

(1) GAZ. MÉD. DE PARIS, 1855, p. 657, et MÉM. DE LA SOC. DE BIOLOGIE pour 1855, t. II, 2e série, p. 77 ; voyez surtout les exp. I, II, III, IV, V, IX et X, et les fig. 2, 3, 4, 6, 7, 8 et 9 de la planche I.

---

garanties de capacité, semblait devoir opposer aux abus une puissante barrière; il n'en fut rien; la protection des lois fit elle-même défaut aux intérêts de l'art; dans un édit de 1371 Charles V reconnut aux barbiers le droit de saigner, et en 1372 il leur octroya l'exercice de la petite chirurgie en les mettant « en possession de curer et guérir toute manière de clous, bosses, » apostumes et plaies, ouvertes en cas de péril et autrement, si les plaies » n'estoient mortelles, sans pouvoir en estre empeschés par les mires ou » chirurgiens jurés. »

Les barbiers n'avaient pas tardé à s'organiser en corporation. Ils n'étaient que 26 à Paris en 1301; leur nombre avait presque doublé en 1364 (voy. RECH. SUR L'ORIG. DE LA CHIR., p. 88). Ils furent dotés du don de maîtrise. Ils étaient examinés par le barbier, premier valet de chambre de Charles V. La barberie relevant ainsi directement de la maison du roi, affecta des tendances de plus en plus envahissantes. Rien ne saurait mieux rappeler la sourde ambition de ce corps que la figure historique du barbier de Louis XI, de cet Olivier le Daim qui, à force d'intrigues, parvint à s'élever aux plus hautes dignités de l'État.

barbiers se contissent dans les bornes de leur mestier. » — « On en appela aux fonctions du premier barbier, lequel ne foisoit que peigner Sa Majesté, lui rogner les ongles, l'assister quand il se vouloit baigner, sans oser manier onguents. » (RECH. SUR L'ORIG. DE LA CHIR., p. 92.)

Ces empiétements pesaient aux chirurgiens jurés qui intentèrent un procès à leurs adversaires dans l'espoir de les forcer à rentrer dans les limites de leur profession; mais ils le perdirent en 1425; les prétentions des vainqueurs ne firent qu'augmenter de plus belle, et ils parvinrent à obtenir du roi de nouveaux édits en 1427 et 1438 qui confirmèrent leurs priviléges, ou pour mieux dire leur usurpation.

La confusion passa jusque dans les lois : les deux expressions de *barbier* et de *chirurgien* devinrent synonymes : il en est ainsi dans les registres de Grenoble pour 1533, 1540 et 1564 (Berriat-Saint-Prix), le plus ancien chirurgien dont j'aie découvert le nom dans les archives manuscrites de l'Hôtel-Dieu de Lyon, était un chirurgien-barnier; c'était en 1528. (Voyez Pétrequin., MÉL. CHIR., p. 25.)

Cette confusion des deux corporations est complète dans un édit d'Henri IV de 1592 : « L'estat de maistre barbier et chirurgien s'entend non-seulement sur le faict des barbes et cheveux, mais à la chirurgie en théorie et pratique, en anatomie du corps humain, et à panser et a médicamenter apostumes et plaies, ulcères, fractures, dislocations, cognoissance des simples, composition de médicaments et aultres choses concernant la santé. » (Août 1592.)

En 1611, Louis XIII établit son premier barbier « maistre et garde de l'estat de maistre chirurgien en France. » (Mars 1611.) Le lieutenant du premier barbier du roi figura longtemps à Lyon dans les séances solennelles pour l'examen public et la proclamation des chirurgiens de l'Hôtel-Dieu : j'en

nière sommaire, ce que sont et ce que montrent ces faits. Ce sont des cas de lésion des cordons postérieurs de la moelle épinière, de la substance grise de cet organe, des corps restiformes, du cervelet et de la protubérance annulaire. Quant à ce qu'ils enseignent, le voici :

1° La transmission des impressions s'opère malgré des lésions plus ou moins considérables des cordons postérieurs de la moelle épinière.

2° Les lésions de la substance grise de la moelle épinière, suivant leur étendue, empêchent plus ou moins complétement la transmission des impressions sensitives. Limitées à une moitié latérale de la moelle, ces lésions empêchent la transmission des impressions sensitives venues de la moitié du corps du côté opposé.

3° La transmission des impressions sensitives s'opère malgré une lésion notable des corps restiformes.

4° Les lésions, même très-considérables, du cervelet, et plus encore la destruction totale ou l'absence de cet organe, peuvent ne pas produire de paralysie de la sensibilité.

5° Les lésions limitées à une moitié latérale de la protubérance ou de la moelle allongée, quand elles causent une paralysie de la sensibilité, la produisent dans la moitié du corps du côté opposé.

Ce dernier fait et le précédent sont en opposition formelle avec cette partie du système de M. Longet, d'après laquelle les fibres sensitives, passeraient en majeure partie par le cervelet et feraient leur entrecroisement au-dessus en avant de la protubérance, là où les processus *cerebelli ad testes* semblent s'entre-croiser. Quant aux autres faits, ils démontrent que M. Longet s'est trompé en affirmant que la transmission des impressions sensitives s'opère exclusivement par les cordons postérieurs de la moelle épinière et par les corps restiformes. Ils montrent aussi que cet écrivain distingué s'est trompé en affirmant que la substance grise de la moelle n'est pas un organe conducteur des impressions sensitives.

§ III. — FAITS ANATOMIQUES CONTRE LA THÉORIE DE M. LONGET.

Nous avons déjà montré ailleurs (1) que l'anatomie humaine, l'anatomie comparée et l'anatomie de structure sont également contraires à la doctrine de M. Longet. Nous nous bornerons à ajouter ici quelques faits très-importants à l'égard de la structure de la moelle épinière et de la moelle allongée, faits qui sont en opposition formelle avec la théorie que nous critiquons.

Les coupes transversales de la moelle épinière, ainsi que nous l'avons vu sur des préparations faites par nous-même, et surtout sur d'admirables préparations faites par Stilling et J. Lockhart Clarke, et d'après ce qui a été publié par la plupart des micrographes qui se sont occupés récemment de la structure de la moelle épinière, montrent que les racines postérieures, d'un côté, envoient des fibres : 1° dans le cordon postérieur du côté correspondant et dans celui du côté opposé; 2° dans le cordon latéral du côté correspondant et dans celui du côté opposé; 3° dans les racines antérieures du côté correspondant et dans celles du côté opposé (1). A cela il faut ajouter qu'il y a aussi des fibres transversales venues des racines postérieures, qui semblent s'unir aux cellules de la substance grise.

Les coupes longitudinales de la moelle épinière donnent des résultats bien plus importants. Nous avons vu de très-belles préparations de ce genre, les unes faites par Stilling, les autres faites par J. Lockhart Clarke. Les préparations que nous avons faites nous ayant conduit à admettre l'exactitude des dessins que Clarke a publiés, et l'examen comparatif que nous avons fait des préparations de cet anatomiste distingué et de ses dessins, nous ayant montré que ceux-ci sont, pour ainsi dire, des portraits très-ressemblants, nous allons indiquer, en peu de mots, ce que ces dessins et ces préparations enseignent à l'égard de la marche des racines postérieures dans la moelle épinière.

Ils montrent (2) que les fibres des racines postérieures se divisent en trois séries : une de fibres ascendantes, une de fibres descendantes, une de fibres transversales.

Les fibres ascendantes se dirigent obliquement vers l'encéphale. La plupart se portent dans l'intérieur de la substance grise; les autres montent longitudinalement avec les fibres des cordons postérieurs.

Les fibres descendantes, en s'éloignant de l'encéphale, se portent presque toutes dans l'intérieur de la substance grise.

Quant aux fibres transversales, nous avons dit plus haut comment elles se comportent.

Parmi les fibres ascendantes ou descendantes, il en est qui sont *commissurales*. Elles passent le long des cordons postérieurs, allant des racines postérieures d'une paire de nerfs aux racines postérieures de la paire de nerfs qui est au-dessus et de celle qui est au-dessous (3). D'autres fibres, parmi les descendantes, paraissent clairement se continuer avec les racines antérieures.

Il importe de dire que Clarke n'a été guidé dans ses recherches sur la structure de la moelle par aucune vue théorique, et que lorsqu'il découvrit, en 1853, que les racines postérieures ou sensitives envoient des fibres descendantes dans la moelle épinière, il ignorait que l'année précédente, j'avais été conduit, par certaines expériences, à admettre l'existence de ces fibres.

Le nombre des fibres descendantes paraît être inférieur à celui des fibres ascendantes. Cela montre qu'il faut chercher ailleurs que dans la différence de nombre, l'excès de sensibilité que j'ai trouvé dans le bout caudal comparé au bout céphalique des cordons postérieurs coupés en travers.

M. Longet, suivant en cela Charles Bell, a soutenu que parmi les nerfs crâniens, ceux qui servent à la transmission des impressions sensitives naissent des prolongements dans l'encéphale des cordons postérieurs de la moelle. Nous avons déjà dit ailleurs combien les belles recherches de Stilling et de MM. Vulpian et Philipeaux sont en opposition avec l'hypothèse soutenue par M. Longet; nous nous bornerons à dire ici qu'aujourd'hui il n'est plus douteux que c'est de la substance grise

(1) GAZ. MÉD. de Paris, 1855, p. 567, et MÉM. DE LA Soc. DE BIOL. pour 1855, p. 57-59.

(1) Voyez la fig. 7, pl. III, MÉM. DE LA Soc. DE BIOL. pour 1855, t. II, 2e série.

(2) Voyez PHILOSOPHICAL TRANSACTIONS, 1853, p. 347, pl. XXIII et XXIV, et MÉM. DE LA Soc. DE BIOL., pl. III, fig. 8 et 10.

(3) Voyez la fig. 7, pl. II, *in* MÉM. DE LA Soc. DE BIOL. pour 1855.

---

ait trouvé les traces jusqu'à la fin du dix-septième siècle (1).

Louis XIII alla plus loin : « il décida la réunion des deux communautés en » un seul et mesme corps pour jouir doresnavant et conjointement des droits » les uns des autres, ensemble des priviléges, etc. » Cet édit d'union fut promulgué en 1613, et la fusion fut définitivement effectuée par des contrats qui intervinrent en 1644 et 1645, et furent homologués en 1656.

Tel est le spectacle que la chirurgie présente en France pendant une longue suite de siècles, spectacle affligeant pour les amis de cet art et bien propre à montrer jusqu'où peut descendre la science une fois qu'on lui a fait perdre le flambeau des lettres et de la philosophie. Les lois avaient beau associer des éléments aussi hétérogènes, des choses aussi disparates, l'assimilation n'en était pas possible, et en dépit de la législation, il ne pouvait en résulter ni stabilité pour cette étrange institution, ni progrès pour la science, ni honorabilité pour les hommes de l'art.

Lyon en particulier eut beaucoup à souffrir de cet état de choses : en dehors des hôpitaux, ce n'était souvent que confusion et préjugés, rivalités jalouses et stériles, querelles incessantes, soit des chirurgiens entre eux, soit de leur corporation avec les médecins et les apothicaires. Dans les hôpitaux, il n'existait pas d'enseignement pratique capable de redresser par l'observation de la nature les errements de la théorie et les paradoxes des systèmes; il n'y avait pas d'école organisée pour rectifier l'art et réformer les maîtres et les disciples. Nous avons démontré ailleurs (V. MÉLANGES DE CHIRURGIE) que le poste de chirurgien principal de l'Hôtel-Dieu ne fut, pendant plusieurs siècles, qu'un simple passage qu'on ne recherchait que pour obtenir un certificat de service : c'était comme un piédestal où l'on ne montait que pour faire acte de présence et avoir son nom inscrit sur un diplôme : aussi les chirurgiens d'alors étaient-ils trop souvent d'une insuffisance notoire; aussi force fut-il plus d'une fois d'appeler à l'hôpital les chirurgiens de la ville pour pratiquer les opérations majeures, comme on le voit dans le seizième et au commencement du dix-septième siècle (1).

Une réforme, disons-mieux, une reconstitution devenait indispensable. L'art n'était plus à sa place; qui ne verrait ici une fois de plus, s'il était besoin

(1) Les procès-verbaux conservés dans les archives manuscrites de l'Hôtel-Dieu de Lyon mentionnent la présence du lieutenant du premier barbier du roi dans les examens publics soit pour le titre d'aspirant, soit pour le diplôme de maîtrise, successivement à l'égard de Poictevin le 17 juin 1629, de Louis Malherbe le 5 avril 1632, de Guillaume Pelley le 17 juillet 1659, d'Horace Panthot le 16 septembre 1671, etc. (Voyez Pétrequin, MÉLANGE DE CHIR., p. 90, etc.)

(1) Notamment pour Damour en 1586, Carra en 1599, Parge en 1611, Albert en 1613, Milier en 1618, etc., tous chirurgiens de la ville. (V. Pétrequin, MÉL. CHIR., p. 33.)

de la moelle allongée que viennent les nerfs sensitifs crâniens, et non des corps restiformes. Les belles recherches de R. Wagner et de quelques autres anatomistes ont donné une complète confirmation à ce qu'avait avancé Stilling à cet égard, dans ses deux magnifiques ouvrages sur la moelle allongée et sur la protubérance. Nous sommes heureux d'avoir à ajouter à l'autorité de ces noms célèbres celle d'un homme si compétent en anatomie microscopique que Koelliker (1).

En résumant ce que nous venons d'exposer à l'égard de la théorie ou mieux du système de M. Longet, relatif à la voie de transmission des impressions sensitives dans le centre encéphalo-rachidien, nous dirons :

A. Qu'il existe de nombreuses contradictions entre différents points de ce système, et aussi entre ce système et des faits et des théories que M. Longet admet comme vrais, et qu'il est singulier que ces contradictions n'aient pas empêché l'auteur de proposer son système et le public de l'admettre ;

B. Que les faits expérimentaux rapportés par M. Longet, en preuve de la seule partie de son système qu'il ait essayé de démontrer, ne donnent pas et ne peuvent pas donner les résultats qu'il annonce, excepté peut-être sur des animaux mourants ;

C. Qu'en admettant cependant que ces expériences aient donné les résultats que M. Longet dit avoir obtenus, ceux-ci ne prouvent absolument rien en faveur du système qu'il a soutenu ;

D. Que M. Longet lui-même rapporte des expériences contraires à son système ;

E. Que M. Longet n'a pas fait d'expériences directes pour trouver la voie de transmission des impressions sensitives dans la moelle épinière, et qu'il ne pouvait pas en faire, puisque, ainsi qu'il le déclare formellement lui-même, il n'a jamais pu mettre la moelle à nu à la région lombaire, sans produire une paralysie de la sensibilité dans le train postérieur ;

F. Que M. Longet n'a établi son système que sur une fausse apparence de continuité des fibres des racines postérieures avec les cordons postérieurs ;

G. Qu'il n'a apporté à l'appui de ce système aucun fait direct anatomique, expérimental ou clinique ;

H. Qu'il existe un nombre extrêmement considérable de faits anatomiques, expérimentaux et cliniques, qui prouvent directement l'inexactitude de ce système, et que ces faits sont tellement en opposition avec ce système que chacun d'eux (au moins parmi les faits expérimentaux et les faits cliniques) suffirait à lui seul pour prouver l'inexactitude du système ;

I. Que non-seulement le système, dans son ensemble, est essentiellement contraire aux faits, mais qu'il en est de même pour chacun de ses détails ;

C'est ainsi que : 1° Il n'est pas vrai que toutes les fibres des nerfs rachidiens qui transmettent des impressions sensitives pénètrent avec les racines postérieures dans les cordons postérieurs ;

2° Il n'est pas vrai que les fibres servant à la transmission des impressions sensitives, et qui ont pénétré dans les cordons postérieurs, se portent à l'encéphale dans ces cordons ;

3° Il n'est pas vrai que la transmission des impressions sensitives s'opère exclusivement le long des cordons postérieurs et des corps restiformes ;

4° Il n'est pas vrai que les fibres des racines postérieures servant à la transmission des impressions sensitives passent en majorité à travers le cervelet ;

5° Il n'est pas vrai que ces fibres sortent du cervelet par les *processus cerebelli ad testes ;*

6° Il n'est pas vrai que ces fibres s'entre-croisent là où quelques anatomistes croient que les *processus cerebelli ad testes* s'entre-croisent ;

7° Il n'est pas vrai que la moelle allongée n'ait pas une action croisée pour la sensibilité ;

8° Il n'est pas vrai que les nerfs crâniens sensitifs naissent des prolongements des cordons postérieurs dans l'encéphale, c'est-à-dire des corps restiformes ;

9° Il n'est pas vrai que la transmission des impressions sensitives ne puisse s'opérer que par des parties sensibles ;

10° Enfin, il n'est pas vrai que la substance grise soit incapable de transmettre les impressions sensitives.

(La fin au prochain numéro.)

(1) Voyez les ÉLÉMENTS D'HISTOLOGIE HUMAINE, traduction de MM. Béclard et Sée, fasc. II, p. 330.

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR L'EMPLOI DU DRAINAGE CHIRURGICAL DANS LE TRAITEMENT DU PHLEGMON DIFFUS (1) ; par M. CHASSAIGNAC, chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

Quand on parcourt les nombreuses observations qui ont été publiées sur le phlegmon diffus, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'une grande confusion règne sur ce sujet dans l'esprit des pathologistes. Cette confusion tient à plusieurs causes : d'abord à ce qu'on a fait l'histoire du phlegmon diffus sur des observations qui ne sont pas homogènes. En effet, il s'agit de cas dans lesquels la maladie était, tantôt à sa dernière période, tantôt à son commencement ; d'autres fois on a peint des désordres d'une intensité extrême ; ailleurs on en a représenté qui étaient modérés. On a mêlé des cas où le phlegmon diffus était au contact des muscles et les intéressait, avec d'autres dans lesquels le mal

(1) Cette dénomination de drainage qui s'applique, non à tel ou tel moyen en particulier, mais à l'ensemble des manœuvres à l'aide desquelles on déterge les cavités purulentes, incisions, lavage, douches, canules en Y, sétons perforés, etc., n'ayant point été repoussée du langage chirurgical, nous avons cru pouvoir l'employer à l'occasion d'une maladie dans le traitement de laquelle les moyens ci-dessus énoncés jouent un rôle si important.

de cette démonstration, que rien dans les arts libéraux n'est plus nuisible à leur progrès et à leur prospérité que le défaut d'éducation et d'instruction? L'enseignement spécial ne saurait suffire, et sans ce complément précieux, les études techniques s'affaiblissent, les bonnes traditions s'altèrent, et les hommes, frappés de déchéance morale, tombent au degré inférieur de l'échelle sociale. Les garanties de savoir deviennent illusoires, et le diplôme de capacité n'est plus qu'un mensonge officiel. Dès que l'esprit n'est point assez cultivé, le niveau des intelligences s'abaisse : aussi l'absence de lettres et de philosophie ne pouvait-elle qu'engendrer l'ignorance au sein de laquelle l'art et les artistes se déconsidèrent.

Pendant que le monde scientifique était en proie à ces longues et pénibles épreuves, une ère nouvelle se préparait pour le monde littéraire, je veux parler du siècle de la renaissance, qui imprima à la société lyonnaise une impulsion si vive et si féconde. On l'a dit à juste titre : « Le seizième siècle fut la plus belle époque de la civilisation lyonnaise : on ne vit en effet en aucun temps un essor si général et si grand de la pensée, et un nombre si considérable de personnes distinguées dans tous les genres. » (Montfalcon, HIST. DE LYON, p. 589.)

Partout une activité insolite se développe ; les monuments publics se complètent et se multiplient : on venait de commencer la façade de l'église de Saint-Nizier (1454) ; on achevait celle de la cathédrale de Saint-Jean (1476). (Charles VIII plaçait la première pierre de l'église de l'Observance (1495). Les conseillers-eschevins, en vertu des lettres patentes de François Ier, fondaient (1527) le collége de Lyon, où fut appelé (1529) Barthélemy Aneau, célèbre professeur de Bourges. L'Hôtel-Dieu était devenu insuffisant (1) ; Klébesq contribuait à la fondation (1522) de l'*Aumône générale* (aujourd'hui hospice de la Charité), destiné alors aux pauvres, aux orphelins et aux voyageurs sans moyens d'existence. (Montfalcon, p. 604.)

Lyon était devenu la patrie adoptive d'une foule de familles italiennes que les guerres civiles forçaient à chercher un refuge en France (Voy. Montfalcon p. 546). Le commerce, les lettres et les arts y attiraient un grand concours d'industriels, de littérateurs et de savants.

L'imprimerie, introduite en 1472 par le Lyonnais Barthélemy Buyer, était des plus florissantes ; elle contribua puissamment au progrès intellectuel de l'époque. Les presses lyonnaises, qui ont inscrit dans l'histoire les noms restés célèbres des imprimeurs Grypho, Roville, Tournes, Dolet, Frellon, Juste, etc. (SUR LA CONSIDÉRATION ET LE SAVOIR DES IMPRIMEURS DU TEMPS, voy. Montfalcon, p. 621), les presses lyonnaises étaient les premières de l'Europe, et, grâce aux foires franches de Lyon (2), elles alimentaient tous les marchés du

(1) En 1229, Lyon possédait quatre léproseries (il y en avait près de 2,000 en France). Ses ressources hospitalières avaient augmenté avec le temps. (A. Péricaud, DOCUM. HIST.)

(2) Charles VII, étant encore dauphin, avait créé deux foires franches à Lyon en 1419 ; devenu roi, il en accorda une troisième en 1443, et Louis XI une quatrième en 1467, etc. En 1503, Louis XII abolit les droits de péage sur le

siégeait à l'extérieur des grandes aponévroses musculaires. On a confondu avec le phlegmon diffus certains cas d'angioleucite grave, de phlébite, d'œdème douloureux, etc.

On voit donc qu'avec des éléments aussi hétérogènes sous le rapport de l'intensité, du siége, de la période, on a dû faire un tableau extrêmement défectueux, et qui, au lieu de représenter fidèlement la marche des phénomènes naturels, n'a été qu'une peinture factice à la composition de laquelle ont concouru les éléments les plus disparates.

Il résulte de là que l'histoire du phlegmon diffus, composée sur des données aussi imparfaites, a besoin d'être reconstruite sur de nouvelles bases.

Les reproches généraux à adresser aux observations qui ont servi à édifier l'histoire du phlegmon diffus sont les suivants :

1° Absence de détails suffisants sur les périodes initiales de la maladie. Cette absence dépend de ce qu'on n'a pas assez étudié les débuts anatomiques du phlegmon diffus. On s'en est rapporté au hasard qui a présenté çà et là des cas de mort tout à fait éventuels pendant les premières périodes. Or il fallait, non pas étudier les commencements dans quelques cas et d'une manière fortuite, mais dans toutes les observations qu'on voulait rapprocher, et le faire suivant un plan uniforme et arrêté à l'avance.

2° On a mélangé mal à propos et contre toutes les règles de la logique les éléments appartenant à une période avec des éléments appartenant à une autre période.

3° On a recueilli des observations éminemment incomplètes, les unes portant sur le commencement sans la fin, les autres sur la fin de la maladie, sans qu'on en eût observé le commencement.

4° On a étudié l'affection dans des périodes trop avancées, alors qu'il y avait purulence généralsée dans toutes les couches d'un même membre, et sans distinction des cas où la maladie n'avait commencé que par une de ces couches.

Mais il faut remarquer que la purulence totale d'un membre peut être la conséquence de lésions originelles très-différentes les unes des autres; celles-ci peuvent converger dans une terminaison commune, quoiqu'elles aient des points de départ très-dissemblables, et celui qui n'a pas étudié pas à pas la succession des phénomènes, la symptomatologie spéciale aux diverses périodes de la maladie, n'a plus sous les yeux qu'une énigme purulente dont il lui est impossible de débrouiller le véritable sens.

Il fallait donc, avant tout, faire justice des observations incomplètes, n'introduire, comme éléments de la description générale, que des faits étudiés au moyen de méthodes d'investigation sûres et précises.

C'est de cette manière seulement que réunissant des matériaux parfaitement comparables, assimilant périodes à périodes, origines à origines, on pouvait arriver à quelque chose de rigoureux, de logique et de vrai.

Jusque-là les études étaient mal conçues, les descriptions factices et les résultats faux. Malgré ce que peut avoir de choquant cette idée qui, du reste, se comprendra plus tard, il fallait faire de l'*anatomie pathologique sur le vivant;* c'était là le seul moyen de connaitre les premières périodes de l'affection.

Une autre source de confusion tient à la manière dont on a apprécié les causes. La considération des causes ne devait servir qu'à classer par catégorie des faits dont on eût facilement trouvé la signification et le véritable caractère. La base de la description générale devait reposer sur la donnée anatomique.

Voici ce que nous avons dû faire en tant qu'il s'agissait de la réunion des matériaux destinés à une description générale :

1° Nous avons voulu des observations complètes, c'est-à-dire recueillies avec un soin égal dans toutes les périodes de la maladie. Toutes celles qui n'étaient pas dans ces conditions ont dû être rejetées.

2° Nous avons étudié les lésions anatomiques sur le vivant, condition sans laquelle il est impossible d'éclairer les origines du phlegmon diffus.

3° Nous n'avons fait entrer la considération des causes que comme moyen d'expliquer certaines catégories d'observations, certaines nuances capables de troubler l'intuition du fait fondamental.

HISTORIQUE. — Une appréciation critique rapide des données historiques rassemblées par Duncan sur cette affection prouvera jusqu'à l'évidence la défectuosité des matériaux employés pour écrire l'histoire du phlegmon diffus. On a groupé des cas de phlébite, d'angioleucite, d'empoisonnement septique suraigu, d'érysipèle œdémateux, de phlegmon par diffusion, etc.

Faire de la présence du pus dans la totalité d'un membre le caractère nosologique essentiel du phlegmon diffus, c'est arriver à cette conséquence que des maladies, différentes par leurs causes, par leurs symptômes, par leur marche, par leur mode de propagation, constituent une maladie complétement identique par cela seul qu'elles se terminent en présentant l'état purulent de tout un membre. C'est cependant sur de tels matériaux qu'on a écrit l'histoire générale du phlegmon diffus. On a fait pour cette affection ce qui avait été fait pour la tumeur blanche, c'est-à-dire qu'on a confondu dans une même description une foule d'états pathologiques qui s'accompagnent d'une purulence diffuse, de même qu'on avait réuni sous la dénomination de tumeur blanche, des maladies articulaires essentiellement distinctes dans leur marche, dans leurs symptômes, dans leurs causes, et tout cela par ce seul fait qu'elles avaient ceci de commun d'attaquer les articulations d'une manière grave, de les atteindre chroniquement, d'y amener enfin des destructions partielles, un état purulent, etc., etc.

Il s'agit donc de démontrer que, sous le nom de phlegmon diffus, l'auteur, dont le travail est le plus estimé, et qui fait en quelque sorte autorité dans cette question, a visiblement confondu dans un même cadre des affections très différentes, et qu'il a fait une appréciation inadmissible des observations qui avaient été recueillies avant lui. Ainsi Duncan jeune, dans son historique du phlegmon diffus, cite comme exemples de cette maladie, les cas rapportés par A. Paré, Fabrice de Hilden, Dionis, O'Halloran, Lehérissé, Abernethy, Travers, Ch. Bell, Colles, Hutchinson. Mais il suffit d'apprécier avec quelque rigueur le véritable caractère de ces observations pour reconnaître le vice de méthode qui a présidé au travail, du reste respectable comme tout ce qui est consciencieux, de Duncan. Veut-on une preuve du défaut de critique dans l'appréciation des faits? Il nous suffira de prendre au hasard dans son travail. Rappelons, par exemple, l'observation de Dionis citée comme un fort bel exemple de phlegmon diffus :

« La femme d'un officier de la reine, chagrine d'avoir perdu son fils

---

monde. Les bibliophiles savent qu'un des premiers livres imprimés fut un traité de médecine par Mathieu Huszet, LIBER PANDECTARUM MEDICINÆ, 1483.

Au nombre des hommes de lettres étrangers (1) dont la présence à Lyon ne fut pas sans influence, nous devons nommer Érasme en 1506, le poëte Jean Second qui occompagnait François 1er vers 1530, le poëte Jean Voulté de Reims (1536-1537), et surtout Clément Marot, qui resta longtemps dans nos murs, et qui pendant son séjour fit plusieurs fois imprimer ses œuvres (1538) et abjura le protestantisme, etc.

Parmi les Lyonnais, il faut rappeler les noms de l'historien Paradin, de Duchoul, de Bellièvre, de Humbert Fournier, du poëte latin Claude Rousselet (mort en 1532), de l'historien Rubys (né en 1533, mort en 1613), enfin, de Humbert de Villeneuve (mort en 1518), et de Jean Grollier (mort en 1565), les deux Mécènes d'alors, etc.

N'oublions pas, messieurs, que Lyon possédait alors une pléiade de femmes de lettres, entre lesquelles on distingue Pernette du Guillet, Clémence de Bourges, et surtout Louise Labé, devenue fameuse sous le nom de la *belle cordière*.

La chirurgie et la médecine jouèrent un grand rôle dans ce mouvement des intelligences. Le chirurgien le plus ancien dans nos archives (Benoît Ductozet, 1528) avait pour collègue un homme célèbre plus connu aujourd'hui en littérature qu'en médecine, je veux parler de François Rabelais, qui pendant plusieurs années fut médecin (1) de notre hôpital (jusqu'au 5 mars 1534). Rabe-

---

Rhône et sur la Saône qu'on faisait payer aux marchands qui fréquentaient ces foires, sans que cette perception eût été légalement autorisée.

« Aucune ville, Venise exceptée, ne mettait en circulation une aussi forte quantité de litres; Lyon était alors ce qu'est aujourd'hui Leipzik au temps de la foire célèbre. » « On connait environ 400 éditions d'ouvrages sortis des presses lyonnaises des vingt-huit dernières années du quinzième siècle. » (Montfalcon, p. 553.)

(1) « Lyon non-seulement produisait un nombre remarquable d'esprits d'élite, il donnait encore asile à des écrivains d'une haute célébrité ; aucune ville en France n'éprouva au même degré l'influence de la renaissance, et ne prit un rang si distingué dans la civilisation. » (*Id.*, p. 590.)

(1) Rabelais parait avoir apporté dans l'exercice de ses fonctions des habitudes incompatibles avec l'ordre d'une maison hospitalière ; et comme il s'était absenté deux fois sans permission, le consulat le congédia et lui donna pour successeur (le 5 mars 1534) Me Pierre Ducastel. (Pétrequin, MÉL. CHIR., p. 29.) « Un rôle de 1537 conservé à l'hôtel de ville de Lyon porte en marge le nom de Me François Rabelais, comme faisant ou ayant fait partie d'une des dizaines de penonage de la rue Dubois. C'est sans doute à cette époque de sa vie que se réfère une pièce latine d'Étienne Dolet (CARMINUM libri IV, 1538, p. 164) sur un pendu dont Rabelais fit ici publiquement la dissection. » (A. Péricaud, BIOGRAPHIE LYONNAISE, 1839, p. 242.) Rabelais composa, suivant la coutume du

» unique, tombe malade. Dionis devait la saigner le lendemain; mais » elle change de sentiment et aime mieux aller à une maison de campagne qu'elle avait proche de Versailles. Elle s'y fait saigner du » pied; le dépôt, dit l'auteur, se fit si grand sur la cuisse, que la gangrène y survint, et elle mourut en trois jours. »

Comment un pathologiste aussi instruit que Duncan a-t-il pu accepter comme observation de phlegmon diffus une histoire complétement dénuée de tout autre détail que celui-ci : « On a fait une saignée » du pied et la malade meurt en trois jours avec une gangrène de tout » le membre? »

Arrivons à un fait plus curieux encore, c'est l'observation de Charles IX, rapportée par Amb. Paré, et donnée depuis comme exemple de guérison par compression, d'un phlegmon diffus du bras à la suite de saignée. Malgré les détails surannés et les théories thérapeutiques bizarres qu'elle renferme, il nous est indispensable de la citer textuellement pour que le lecteur soit bien convaincu de la légèreté qu'on a mise à qualifier de phlegmon diffus des cas dans lesquels rien n'est moins démontré que l'existence du phlegmon diffus.

« Le roi ayant la fièvre, dit A. Paré, les médecins lui ordonnèrent » une saignée. Pour la faire, on appela un chirurgien qui avait bruit » de bien saigner; lequel cuidant faire ouverture à la veine, piqua le » nerf, qui fit promptement écrier le roi disant avoir senti une très-» grande douleur; par quoi assez hautement je dis qu'on desserrât » la ligature, autrement que le bras enfleurait bien fort; ce qui advint » subit, avec une contraction du bras de manière qu'il ne le pouvait » fléchir et étendre librement, et y était la douleur extrême, tant à » l'endroit de la piqûre que de tout le bras. Pour le premier et plus » prompt remède, j'appliquai une petite emplâtre de basilicon, de peur » que la plaie ne s'agglutinât et par-dessus tout le bras des compresses » imbues en oxycrat avec une ligature expulsive commençant au carpe » et finissant près l'épaule pour faire renvoi du sang et esprits au » centre du corps, de peur que les muscles ne reçussent trop grande » fluxion, inflammation et autres accidents...... Je mis sur le bureau » qu'on devait mettre dans la piqûre de l'huile de térébenthine assez » chaude avec un peu d'eau-de-vie rectifiée, et surtout le bras une emplâ-» tre de diachalciteos dissous avec vinaigre et huile rosat, en continuant » la susdite ligature expulsive. Par ainsi la douleur cessa. Le roi de-» meura trois mois et plus sans pouvoir bien fléchir et étendre le bras. » Néanmoins, grâces à Dieu, il fut parfaitement bien guéri, sans que » l'action fût demeurée aucunement viciée. »

En résumant les circonstances de cette observation, on voit qu'une douleur très-vive suivie d'une tuméfaction instantanée s'est manifestée au moment de l'opération de la saignée, que divers topiques plus ou moins irritants ont été appliqués sur la plaie, qu'une compression a été établie sur tout le membre, que les mouvements du bras, après avoir été empêchés pendant trois mois, se rétablirent, et qu'en fin de compte le malade guérit.

Pour voir dans ces circonstances, les seules que rapporte A. Paré, la preuve de l'existence d'un phlegmon diffus, il a fallu une facilité d'interprétation contraire à tous les principes d'une logique même peu rigoureuse.

Eh bien! nous dirons que nous avons vu maintes fois des malades qui, à la suite de la saignée, ont été pris de tuméfactions inflammatoires douloureuses avec impossibilité d'étendre le bras, tuméfactions qui se sont dissipées soit spontanément soit par l'emploi des moyens les plus simples, tels que ventouses scarifiées, cataplasmes; et le jour où de pareilles affections seraient considérées comme des phlegmons diffus, il n'y aurait plus possibilité de s'entendre, car on aurait assimilé les objets les plus dissemblables. Qualifier de phlegmon diffus toute phlegmasie diffuse du tissu cellulaire, c'est faire un déplorable abus du langage et des affinités nosologiques.

Il nous paraît donc démontré que, tout en rendant justice au travail fort estimable de Duncan, on doit reconnaître que ce pathologiste s'est mépris sur le caractère et la portée de plusieurs des faits qu'il cite, ce qui diminue naturellement la confiance qu'on doit mettre dans l'exactitude de sa description générale. Plus l'autorité du chirurgien que nous venons de citer a droit à la confiance et au respect, plus il importe de justifier, pièces en main, nos énonciations critiques sur un travail d'ailleurs justement estimé. Nous donnerons donc une analyse aussi rapide que le comportent les limites que nous nous sommes imposées, de celles des observations de Duncan dans lesquelles on peut contester l'existence du phlegmon diffus.

Ainsi, l'obs. III, Michaël Dogherty, se rapporte de toute évidence à une phlébite accompagnée d'abcès métastatiques..... Les veines basilique et céphalique, à 2 pouces au-dessus du pli du bras, étaient remplies de pus....

L'observation IV, Élisabeth Harper, présente un cas de phlegmon simple, suite de saignée. Il y a eu une seule collection purulente qui a nécessité une seule incision. Ce n'est pas ainsi que se comporte le phlegmon diffus.

L'observation VI, Stewart, a pour objet une angioleucite ayant donné lieu à un abcès unique et n'ayant nécessité qu'une seule incision.

Obs. VII. — Mary Mac'Gregor. C'est un cas de phlébite ayant succédé à une ligature de veine..... *La tunique interne de la veine au-dessous de la ligature paraissait enflammée..... Les tuniques de la veine depuis la ligature supérieure jusqu'à la jugulaire externe sont épaissies et ressemblent à des tuniques artérielles.....*

Obs. X. — John Whitelaw. Angioleucite grave avec suppuration localisée dans l'aisselle.

Obs. XII. — D[r] Hennen Junior. Phlegmon localisé dans l'aisselle.

Obs. XIII. — D[r] Dewar. Présomption d'une angioleucite grave. Pas d'autopsie.

Obs. XIV. — M. Cumming. Angioleucite grave. Pas une seule incision. Pas d'autopsie.

Obs. XV. — Madame Edie. Panaris grave. Phlegmon circonscrit de la main. Angioleucite intense. Pas de phlegmon diffus.

Obs. XVI. — M. W. D., étudiant. Angioleucite grave avec suppuration *exclusivement* localisée dans l'aisselle.

Obs. XVII. — M. A. B., étudiant en médecine. Angioleucite avec suppuration exclusivement localisée dans l'aisselle. Ouverture de l'abcès. Guérison.

Obs. XVIII. — M. Burton. Admissible à la rigueur comme phlegmon diffus, quoique la maladie ait été dans son origine une angioleucite très-évidente.

---

lais séjourna à Lyon de 1532 à 1535, et peut-être 1537. Il y publia (en 1532) une édition de quelques traités d'Hippocrate et de Galien. Il y composa l'ouvrage qui l'a immortalisé : les premiers livres de GARGANTUA ET PANTAGRUEL y parurent en 1534 et 1535.

A côté de Rabelais se place le nom d'un médecin qui est la gloire d'être un des premiers fondateurs du collége de médecine de Lyon, ce fut Symphorien Champier, cousin du chevalier Bayard, lequel venait de se révéler à Lyon dans un brillant tournoi, en présence de Charles VIII (1489). En 1533, Symphorien Champier publia à Lyon deux ouvrages curieux, HORTUS GALLICUS et CAMPUS ELYSIUS, dans lesquels il vent prouver que la France produit tous les remèdes dont ses habitants peuvent avoir besoin, et que c'est une folie d'aller chercher à grands frais dans les pays lointains des drogues et des

---

temps, deux almanachs, l'un pour 1533, et l'autre pour 1535, qu'il publia à Lyon chez F. Juste. Il avait déjà fait paraître à Lyon une édition latine des APHORISMES et de quelques autres traités d'Hippocrate et de l'ARS MEDICINALIS de Galien. Il en fut fait, en 1543, une réimpression que je dois à l'obligeance de M. A. Péricaud d'avoir pu étudier : c'est un petit in-18 de 318 pages; il avait d'abord appartenu au docteur Gauthier (de Lyon), qui en a fait don à la bibliothèque de la ville. Il renferme :

1° HIPPOCRATIS APHORISMORUM sectiones VII, Nicolo Leoniceno interprete; his accessit octava ex Antonii Musæ Brassavoli commentariis.

2° PRÆSAGIORUM libri III, Gulielmo Capo Basiliensi interprete.

3° EJUSDEM DE NATURA HOMINIS LIBER, Andrea Brentio Patavino interprete.

4° DE RATIONE VICTUS IN MORBIS ACUTIS, libri IV, Gulielmo Capo Basiliensi interprete.

5° DE MEDICI OFFICIO, DE LEGE, DE SPECIE ET VISU LIBRI (sans nom de traducteur, ce qui me porte à croire que la traduction est peut-être de Rabelais lui-même).

6° GALENI ARS MEDICINALIS, Nicolao Leoniceno interprete.

7° APHORISMI HIPPOCRATIS LINGUA IONICA, EX FIDE VETUSTISSIMI CODICIS. Le texte grec n'est pas paginé; il a son titre à part et contient 62 pages. La plupart des biographes en ignorent l'existence dans cette édition.

Le livre commence par une dédicace : « Clariss. doctiss. que viro Gotofredo ab Estissaco Malleacensi episcopo Fr. Rabelæsus medicus sp. d. » Voici le début : « Quum anno superiore Monspessoli APHORISMOS Hippocratis et deinceps Galeni ARTEM MEDICAM frequenti auditorio publice enarrarem, annotaveram loca aliquot..... Comperi illos (interpretes) non pauca invertisse potius quam vertisse, etc. » Lugduni, idibus julii 1852. Le titre général porte : Ex Fr. Rabelæsii recognitione.

Concluons que Rabelais était à Montpellier en 1531, et qu'il y expliquait publiquement Hippocrate et Galien, sans avoir pris ses grades; qu'il prenait le titre de médecin et qu'il remplit les fonctions de médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon avant d'être docteur : le diplôme doctoral ne lui fut conféré que le 22 mai 1537.

Obs. XIX. — M. S., étudiant en médecine. Angioleucite; abcès sur le dos de la main.

Obs. — XX. M. M., étudiant en médecine. Panaris aigu; abcès de la main.

Obs. XXIV. — Jeune dame opérée d'une tumeur sur le dos du pied. Angiolencite; abcès circonscrit sur deux points du membre, se trouvant tous deux sur le trajet des vaisseaux lympbatiques, l'un à la partie interne de la cuisse et l'autre dans la région inguinale elle-même.

Voilà donc, sur les 34 observations rapportées par Duncan, 15 cas qui ne peuvent, à aucun titre, être considérés comme des exemples de pblegmon diffus. Si l'on joint à cela que, parmi les autres observations de cet auteur, il s'en tronve dix dans lesquelles il n'y a eu ni incisions ni autopsie (obs. XI, XII, XIV, XXVI, XXVIII, XXIX, XXXI, XXXII, XXXIII et XXXIV), et dans lesquelles, par conséquent, le diagnostic de la maladie n'est pas à l'abri de toute contestation, on verra que le nombre des nbservations bien avérées de phlegmon diffus, qui nnt pu servir à écrire l'histoire générale de la maladie, se trouve singulièrement réduit.

Le rapprochement que Duncan a été porté à établir entre des cas de véritable pblegmon diffus et les 15 nbservatinns d'angioleucite, de pblébite, etc., provient peut-être d'une synonymie fâcheuse qui s'est établie entre deux expressions désignant des maladies essentiellement différentes. Ainsi, le mot *inflammation diffuse du tissu cellulaire*, qui est pris souvent par les auteurs anglais pour désigner le pblegmon diffus, s'applique à deux états pathologiques essentiellement différents, à savoir : l'*inflammation diffuse simple et non purulente du tissu cellulaire*, et le *phlegmon diffus* proprement dit.

Il y a ici matière à une distinction dnnt nn ne saurait trop se pénétrer, car il n'y a rien de plus fréquent que l'inflammation diffuse nnn suppurative du tissu cellulaire. Est-ce qu'il existe une phlébite, une angioleucite, une adénite si simple qu'on la suppose, un pblegmnn si peu intense qu'il soit, qui ne s'accompagne pas, autour des points principalement affectés, d'une atmospbère celluleuse, tendue, dnnloureuse, avec rougeur de la peau, et qui n'est autre chose qu'une phlegmasie diffuse du tissu cellulaire ambiant? Mais encore une fois ce n'est pas là un pblegmnn diffus. Celni-ci se caractérise par l'nccupation purulente simultanée dans une étendue notable, par le sphacèle du tissu cellulaire, par les sécrétinns purulentes concrètes, par le décollement de la peau dans une grande étendue. Tout cela ne peut donc pas être confondu avec ces pblegmasies diffuses qui s'nbservent à la péripbérie de tout foyer d'inflammation.

Une circonstance qui a sans doute empêché Duncan de tirer tout le parti possible des observations consignées dans son mémoire, c'est que, par un singulier exemple d'abstention chirurgicale, il n'a peut-être pas été fait une seule fois usage des incisions dans le tissu cellulaire encore infiltré. Dans les seuls cas où l'nn ait eu recours à l'emploi de l'instrument tranchant, ç'a toujours été pour ouvrir des points fluctuants. Or, dans la marche du phelgmon diffus, on est déjà bien éloigné des périodes initiales de la maladie, et les pbénomènes les plus importants à observer sont déjà passés depuis un certain temps, lorsqu'on arrive à trouver des collections fluctuantes.

En résumé, l'incision dans le pblegmnn diffus pent être faite dans deux conditions très-distinctes : ou bien pendant la période d'empâtement, ou bien pendant celle des collections fluctuantes. Eh bien! dans les nbservations de Duncan, il n'a été fait usage des incisions que pendant la seconde période. En ontre, il n'y a pas un seul cas nù l'nn ait eu recours à l'amputation.

(La suite au prochain numéro.)

CLINIQUE MÉDICALE.

RAPPORT SUR LES MALADIES QUI ONT SÉVI SUR L'ARMÉE D'ORIENT PENDANT LES MOIS D'OCTOBRE, NOVEMBRE, DÉCEMBRE 1855 ET JANVIER 1856; par M. AUG. HASPEL.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

CARACTÈRES DIFFÉRENTIELS DU TYPHUS ET DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Les médecins les plus babitués à l'observation éprouvent souvent des difficultés telles pour asseoir nn diagnnstic précis qu'ils s'en remettent fréquemment à une observatinn ultérieure pour décider si on a affaire à un typbus ou si c'est une fièvre typboïde qu'nn a snus les yeux, surtout s'il existe une certaine perturbation de l'intestin; ils se sont trouvés forcés, dans ces cas douteux, de se réfugier dans l'anatomie pathologique; cependant en l'absence de symptômes patbognomoniques, il est le plus souvent possible, dans l'ensemble, dans la réunion des pbénomènes morbides, dans la marcbe, la durée de la maladie, de constater des différences assez constantes, assez pronnncées quelquefois, certaines nuances il est vrai peu intéressantes aux yeux des observateurs superficiels, mais néanmoins capitales, concluantes pour un praticien consciencieux.

Or pour établir ce diagnostic différentiel, il faut avoir vu, étudié profondément et minutieusement ces maladies que la plupart des auteurs exagèrent ou dénaturent en les décrivant sur des nuï-dire ou des documents vagues.

TYPHUS.	FIÈVRE TYPHOÏDE.
I.	I.
Débnt brusque survenant tont à coup sans prodromes, au milieu de la santé la plus florissante, dans le cours de la convalescence ou d'une autre maladie.	N'a pas, en général, cette allure brusque; on peut constater des prodromes, de l'inappétence, de la soif, des symptômes d'embarras gastrique, de la courbature, etc.
II.	II.
Appareil de phénomènes intenses résnltant d'une lésion subite des forces vitales et d'nne réaction puissante opposée à l'agent morbifique. Chute rapide de la réaction.	Evolntion et marcbe à peu près régulières, progressivement croissantes depuis l'invasion.
III.	III.
Succession rapide des périodes de la maladie qui ne suivent pas de phases connnes, qui n'ont pas une évolution pour ainsi dire fatale.	On peut mesurer et assigner des périodes; on n'assiste pas ici à ces résurrections subites, à ces sortes de changements à vue qui s'opèrent dans l'organisme.

---

simples qui n'avaient pas été faits pour nous. C'est nn des premiers anteurs qui ont tenté de donner nne biographie médicale, DE MEOICINÆ CLARIS SCRIPTORIBUS, 1506.

Champier fut un des promoteurs du collége de médecine de Lyon, que le P. Ménétrier regardait en 1660 comme un des plus célèbres de l'Europe et dont le P. Colonia disait, en 1730, qu'il avait beaucoup contribué à l'état de la littérature par le nombre et le mérite des anteurs qu'il avait produits. Les statuts de ce collége, cités avec éloge par les historiens (Voy. Verdier) ne furent ratifiés qu'en 1576, c'est-à-dire longtemps après la mort de Champier (né vers 1472, mort en 1539). L'année suivante le collége obtint des lettres patentes de Henri III (1577), qui furent confirmées sncessivement par Henri IV (1595), Louis XIII (1631) et Louis XIV (1638).

La chirurgie était représentée par Jean Canape, abriéviateur de Guy de Chauliac (1538) et ami du célèbre Ambroise Paré, pour les besoins duquel il traduisit plusieurs livres de Galien.

Canape eut un disciple distingué dans Pierre Tolet, qui fut lié avec Rabelais, et qui a laissé une traduction de la CHIRURGIE de Paul d'Égine et du TRAITÉ DES TUMEURS de Galien (1546).

Jacques Daleschamps, nn des successeurs de Tolet à l'Hôtel-Dieu, composa un TRAITÉ DE CHIRURGIE (1570) qui eut plusieurs éditions. Il avait traduit les ADMINISTRATIONS ANATOMIQUES de Galien (1566), et le sixième livre (CHIRURGIE) de Paul d'Égine. Les érudits citent sa traduction d'ATHÉNÉE, les botanistes son HISTOIRE DES PLANTES (1587). Charles Planniz a consacré son nom à un genre de la famille des euphorbiacées (Dalechampia). L'historien Rubys l'appelle notre *Esculape lyonnais* (1).

(1) Daleschamps a conquis et conservé nn rang distingué dans l'histoire de la littérature. Sa traduction française de la CHIRURGIE de Paul d'Égine est restée la meilleure de toutes jusqu'à nos jours où M. Réné Briau vient d'en faire paraître une nonvelle (Paris, 1855); nous croyons devoir citer ici son jugement honorable pour Daleschamps : « Jusqu'à nos jours cette version a été la » seule à l'aide de laquelle on a connu et étudié la CHIRURGIE de Paul d'Égine... » Il l'a fait suivre de commentaires sonvent fort instructifs et qui dénotent un » homme versé dans la connaissance et la pratique de son art. » (René Briau, p. 50.) Daleschamps, reçn docteur à Montpellier en 1547, était établi à Lyon dès 1552; sa pierre tumulaire (il fut inhumé dans l'église des Jacobins), conservée au palais des Arts, près du lieu des séances de l'Académie, nous apprend qu'il mourut à Lyon en 1588, à l'âge de 75 ans. (Voy. Pétrequin, MÉL. DE CHIR., p. 34.)

(La suite au prochain numéro.)

	TYPHUS.	FIÈVRE TYPHOÏDE.
IV.	La céphalalgie frontale, la stupeur, les vertiges, les épistaxis, sont les premiers phénomènes qui se manifestent; ils se montrent dans les cas légers comme dans les plus graves, mais avec des variétés dans l'intensité. Il existe même chez plusieurs, dès le premier jour, une exacerbation nocturne avec délire; mais celui-ci est souvent éphémère.	Ces mêmes phénomènes, ainsi que les troubles intellectuels, se montrent aussi dans la fièvre typhoïde, mais à une époque beaucoup plus éloignée du début et fréquemment avec une intensité moindre, si ce n'est le délire qui est plus continu, plus persistant. Les épistaxis manquent plus souvent.
V.	Il n'est pas rare de voir le typhus s'annoncer par des phénomènes tellement légers, insidieux qu'on en est à se demander si l'individu qu'on a sous les yeux va faire une maladie grave, ou s'il n'éprouve qu'une indisposition passagère; mais tout à coup la physionomie morbide se dessine, la violence du mal augmente, puis bientôt on voit ces symptômes si graves perdre du jour au lendemain leur formidable aspect, la circulation qui avait été si violemment émue au début reprendre subitement son cours normal, et le pouls de 130 pulsations tomber à 70 et 60; enfin la maladie marche vers la guérison avec une rapidité surprenante. Cette disposition si rapide des phénomènes typhiques après deux, quatre ou six jours, éloigne toute idée d'altérations organiques sérieuses. J'ai rencontré cependant des cas de typhus qui avaient eu une marche aussi lente que celle de la fièvre typhoïde.	La fièvre typhoïde une fois déclarée, jamais on ne la voit s'arrêter ainsi tout à coup, ou du moins se modifier aussi promptement. Le pouls ne faiblit pas d'une manière aussi rapide, ni aussi considérable; les fonctions ne se rétablissent ni avec cette promptitude, ni avec cette simultanéité; elles se régularisent lentement, une à une, à force de régime et de soins, et l'organisme garde longtemps encore l'empreinte des souffrances éprouvées; enfin la convalescence est beaucoup moins franche, et le retour à la plénitude de la santé ne se manifeste guère que du quinzième au vingtième jour.
VI.	Les symptômes abdominaux manquent plus ou moins complétement; le ventre est ordinairement indolent ou presque indolent, sans météorisme, gargouillement, ni diarrhée. La constipation est très-commune jusqu'à la terminaison mortelle. La diarrhée, lorsqu'elle existe, ne se montre pas ordinairement dans les premiers temps.	Les symptômes abdominaux sont les phénomènes prédominants. La pression développe à l'ombilic, particulièrement dans la fosse iliaque droite, une douleur assez vive, et donne lieu à un gargouillement. Il y a des selles liquides, jaunâtres, plus ou moins nombreuses.
VII.	L'exanthème paraît dès les premiers jours, il est ordinairement confluent; il se présente sous la forme de petites taches plus ou moins arrondies, plus souvent brunes, violettes, disposées irrégulièrement à la surface du corps, sur le tronc comme sur les membres; elles n'offrent aucun relief au-dessous de la peau et ne disparaissent pas sous la pression du doigt. On croirait dans certains cas avoir sous les yeux une rougeole maligne. Cette éruption est bien différente des taches rosées lenticulaires de la dothinentérie. On rencontre fréquemment des pétéchies, tandis que les sudamina sont fort rares.	Ce n'est guère que du quatrième au septième jour qu'apparaît l'exanthème; il est rarement confluent...; il offre aussi un aspect différent. Les pétéchies sont rares dans la fièvre typhoïde; les sudamina, au contraire, sont très-communs.
VIII.	Est très-sujet à récidive, si les convalescents restent exposés aux causes qui y ont donné naissance.	Immunité des sujets après une première attaque.
IX.	Tous les âges sont exposés à contracter le typhus.	Fréquente de 18 à 30 ans, elle est rare au-dessus de 40.
X.	Atteint également les hommes à forte constitution et les hommes affaiblis ou convalescents d'autres maladies.	La fièvre typhoïde survient presque toujours primitivement; on ne la voit jamais atteindre des convalescents d'autres maladies.
XI.	Il résulte des recherches d'anatomie pathologique auxquelles nous nous sommes livré qu'on ne rencontre pas dans le typhus de lésions anatomiques constantes, identiques; que par conséquent celles-ci ne peuvent être considérées que comme des effets ou des accidents, et ne constituent nullement des causes de maladie.	La fièvre typhoïde présente des lésions caractéristiques constantes; ce sont les plaques gaufrées, les plaques fongueuses, pustuleuses, ulcéreuses et gangréneuses. Chaque fois que nous avons rencontré ces altérations dans l'épidémie qui nous occupe, c'est que nous avions eu affaire à une fièvre typhoïde qu'on avait confondue à tort avec un typhus véritable. Sur 27 autopsies, j'ai rencontré deux fois les altérations propres à la fièvre typhoïde; il est évident qu'il faut exclure ces cas qui ne sont pas des cas de typhus.
XII.	Les ganglions mésentériques sont rarement le siége d'altérations organiques; il en est de même de la rate.	Ils sont presque toujours, ainsi que la rate, dans un état pathologique.
XIII.	Les escarres et les ulcérations, accidents si communs dans le cours de la dothinentérie, sont rares dans le typhus.	Grande tendance à la production des escarres et des ulcérations.
XIV.	Le miasme du typhus attaque indifféremment les divers tissus suivant la diathèse; tantôt c'est principalement l'encéphale qui est le siége de l'hypérémie, d'où la congestion de la substance nerveuse, l'injection, l'épaississement, la suppuration des méninges; tantôt c'est l'intestin qui est le siége des désordres, tantôt c'est l'appareil pulmonaire.	Le miasme de la fièvre typhoïde paraît affecter spécialement l'appareil folliculaire de l'intestin grêle.

CONCLUSION. — Comme corollaire de nos observations, il résulte que le typhus diffère de la fièvre typhoïde, non-seulement par les caractères anatomiques, mais encore par les causes, le mode d'évolution, la marche et la durée. Cette induction est fondée sur l'appareil de phénomènes que nous venons de noter et qui composent cette affection depuis son début jusqu'à sa terminaison (1).

TRAITEMENT.

Ceux qui pensent comme nous que la maladie est partout dans l'économie et que les altérations anatomiques qu'on rencontre dans quelques cas n'en sont que l'expression, la manifestation, ceux-là ont toujours en vue dans la pratique la cause de ces altérations, c'est-à-dire l'affection miasmatique qui les produit; ainsi ils ne prononcent pas par pure supposition qu'il y a nécessairement une altération matérielle organique vers laquelle tous nos moyens de diagnostic et de thérapeutique doivent être dirigés; lorsque cette altération se présentera, elle sera constatée et appréciée; elle modifiera peut être la thérapeutique, mais elle n'en formera pas la base; dans ces circonstances, le devoir du médecin est d'examiner les mouvements vitaux dans leur origine, dans leur marche, dans leurs rapports mutuels, afin de soutenir la constitution dans la lutte qui va s'engager contre la cause miasmatique, c'est-à-dire tantôt de relever le ton de la force vitale

(1) Voici ce que dit du typhus un médecin distingué, M. Fauvel, qui a été envoyé par le gouvernement turc pour s'assurer de l'état sanitaire de l'armée ottomane, et personne ne pourra dire que ce n'était pas un homme compétent :
« Quelques jours après le début de la maladie, on observait l'état suivant : » adynamie profonde, subdélirium, insensibilité presque complète, peu de » réaction; pouls petit, très-fréquent; peau sèche avec chaleur âcre, ou bien, » dans certains cas, avec tendance au refroidissement; langue tremblante, » sèche, brune, fuligineuse; abdomen peu météorisé; le plus souvent con» tipation au début, suivie plus tard de diarrhée ou d'évacuation involon» taire, épistaxis, dans quelques cas pétéchies, enfin tous les symptômes » que l'on attribue au typhus. Je ne crois pas qu'il était question là de dothi» nentérie, car la marche était beaucoup plus rapide que dans celle-ci; en » quelques jours la maladie attaquait son summum de gravité, et en une se» maine ou deux les malades mouraient ou marchaient vers la convales» cence. J'estime que la mortalité était de plus de moitié; puis l'absence de » diarrhée, de gargouillement et de météorisme me semblaient appartenir » plutôt au typhus, bien que la preuve anatomique manque. »

près de s'éteindre, tantôt au contraire de modérer la réaction quand elle dépasse certaines limites, enfin d'imprimer par tous les moyens possibles à la marche de la maladie un caractère modéré, en même temps qu'il surveillera l'organisme, afin de rappeler le jeu de certaines fonctions très-importantes et gravement compromises, et tenir prête et ouverte la voie destinée à l'élimination des produits et des principes hostiles, dans les typhus modérés, disais-je à peu près en ces termes dans la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS au mois d'août 1855, et dans les typhus plus graves, chez les individus forts où l'organisme présente un point d'appui solide; laissez marcher la maladie; contentez-vous d'écarter les causes nuisibles; dans les cas où l'excitation est quelquefois portée à son summum, maintenir le malade à la diète pour ne pas entretenir ou accroître cette surexcitation fébrile; purgez doucement ou placez quelques sangsues suivant les cas; mais rappelez-vous surtout que vous avez affaire à des hommes épuisés par les fatigues et les misères d'une guerre pénible, à des hommes à muscles en général gâtés, mous et peu développés, à sang séreux, pauvre en fibrine et en matière colorante; mais une fois passée cette période d'acuité, alimentez votre malade, relevez doucement les forces à l'aide des toniques, du quinquina, du vin de Bordeaux, du café; soutenez l'économie par quelques moyens de réparation, des bouillons, du chocolat, une nourriture douce, légère, substantielle; les militaires veulent être nourris dans une foule de cas où la diète est de rigueur dans une autre classe de malades; rappelez-vous que le tube digestif est le plus souvent exempt d'altérations; favorisez légèrement la diaphorèse à l'aide de l'acétate d'ammoniaque dans quelques cas, et vous guérirez la plupart des typhus légers; donnez largement à boire au malade: l'eau de gomme et la limonade citrique vineuse, selon les cas, sont les boissons que je donne de préférence.

Quelque bénin que paraisse le cas de typhus que vous avez sous les yeux, hâtez-vous de le traiter comme s'il était grave, car il est impossible d'affirmer quelle sera son issue; j'ai vu les cas plus simples et les plus bénins, lorsque tout faisait supposer une heureuse terminaison, emporter rapidement les malades.

(La fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 14 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. BINET.

NOUVEAU PROCÉDÉ PERMETTANT D'AUGMENTER A VOLONTÉ LA HAUTEUR DE LA LÈVRE, DANS LES OPÉRATIONS DE BEC-DE-LIÈVRE ET DE CHEILOPLASTIE; par M. SÉDILLOT.

Il est des procédés souvent côtoyés et presque touchés, dont on ne comprend la nouveauté, les ressources et l'importance qu'au moment où l'on en signale les indications et les résultats.

Celui que nous avons l'honneur de présenter à l'Académie est de ce genre, et c'est par une de ces révélations pratiques, si fréquentes au contact des indications, que nous l'avons imaginé et appliqué avec le plus heureux succès.

On sait, et c'est un desideratum dont nous avons fait l'objet d'une remarque spéciale dans la deuxième édition de notre TRAITÉ DE MÉDECINE OPÉRATOIRE, que la lèvre manque de hauteur chez la plupart des adultes qui sont porteurs d'un bec-de-lièvre. Les deux moitiés de la scissure, entraînées en dehors par la contractilité des fibres du muscle orbiculaire, semblent avoir subi un certain degré d'atrophie, et lorsqu'on les a réunis, on s'aperçoit que le bord libre de la nouvelle lèvre est concave et ne recouvre qu'imparfaitement l'arcade dentaire.

La disparition de l'encoche labiale par le procédé de M. Clémot (de Rochefort) ne modifie en rien cette disposition, et l'on regrette de voir persister une véritable difformité dépendant de la brièveté de la lèvre dans le sens vertical.

L'atrophie dont je m'occupe était très-marquée chez une jeune fille de 20 ans, que j'opérai à la clinique, au commencement du mois dernier.

L'arcade dentaire était assez élevée, et l'étroitesse des deux moitiés de la lèvre ne permettait pas d'espérer une restauration parfaite.

Je pensai que l'on pourrait convertir une partie des bords horizontaux de la lèvre en surfaces verticales, destinées à être affrontées, et qu'on obtiendrait en même temps l'avantage de diminuer la largeur de l'ouverture buccale, et de la rendre plus régulière et plus gracieuse.

Rien de plus facile à remplir que l'indication dont je parle; il suffit d'aviver la lèvre par deux sections obliques, dont la première, dirigée de haut en bas et de dedans en dehors, s'arrête à 1 centimètre environ de distance du bord libre, tandis que la deuxième, commencée à ce dernier point, est prolongée plus ou moins loin en dehors, selon que l'on veut donner à la nouvelle lèvre une plus ou moins grande hauteur. On détache largement la lèvre de l'arcade dentaire pour augmenter la laxité des tissus, et en ramenant à une direction verticale les surfaces obliquement avivées et les affrontant par la suture entortillée avec ou sans la modification proposée par M. Clémot, on reforme une lèvre épaisse, d'une hauteur convenable, dont la réunion immédiate s'accomplit aussi bien qu'à la suite des opérations ordinaires.

Ceux qui conserveraient quelques doutes sur la précision et l'étendue des ressources du procédé dont je viens d'exposer les principaux traits, pourront, comme nous l'avons fait, en demander la démonstration à une simple manœuvre d'amphithéâtre.

Pour lever les dernières objections d'un de nos collègues, nous le conduisîmes, avec nos internes et quelques autres élèves, aux salles d'anatomie. Nous mesurâmes la hauteur de la lèvre d'un des sujets livrés aux dissections. Cette lèvre avait 16 millimètres de son bord libre au labial à la racine du nez, et, après l'opération simulée du bec-de-lièvre par notre nouveau procédé, cette même lèvre présentait 25 millimètres, et avait ainsi gagné 9 millimètres, ou un peu plus de moitié de la hauteur primitive.

Nous avons revu notre malade à la fin de mars, et la bouche était restée petite, régulière et gracieuse.

ACTION DE DIVERS EXTRAITS VÉGÉTAUX SUR LE SANG VEINEUX; nouvelles expériences de M. LECLERC, et réponse à une réclamation de M. CLAUZURE.

(Commissaires précédemment nommés : MM. Flourens, Coste, Cl. Bernard.)

M. Leclerc fait connaître à l'Académie les conclusions des nouveaux faits qu'il a observés le 8 avril dernier.

1° Le sang veineux perd sa disposition à la fermentation putride par son mélange avec la belladone et le *datura stramonium*.

2° L'atropine ne possède point la propriété d'arrêter la fermentation putride.

3° La noix vomique, la strychnine et la brucine arrêtent la fermentation putride, mais ne conservent nullement les globules.

4° L'extrait d'ipécacuanha est dans le même cas.

5° Les autres substances essayées n'arrêtent point la fermentation putride et ne conservent point les globules.

6° Le sang veineux pur et conservé à l'abri du contact de l'air pendant le même espace de temps que les autres mélanges qui précèdent, éprouve la fermentation putride et subit la destruction des globules. »

NOTE SUR LA DÉSARTICULATION DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE APPLIQUÉE A L'EXTIRPATION DES TUMEURS PROFONDES DU PHARYNX, DE LA LANGUE ET DU VOILE DU PALAIS; par M. MAISONNEUVE.

(Commissaires : MM. Moquin-Tandon, Jobert de Lamballe.)

L'idée d'enlever l'os maxillaire supérieur sain, dans le but de rendre possible l'extirpation de certaines tumeurs profondes du pharynx et de la zone zygomatique, excita d'abord parmi les chirurgiens une certaine émotion; puis, en y réfléchissant, on ne tarda pas à comprendre que s'il était permis, pour sauver la vie d'un homme, de sacrifier un organe *malade*, le sacrifice de ce même organe *sain* ne devait pas arrêter davantage, quand le but était le même.

C'est en procédant d'après ce principe que je suis parvenu à sauver d'une mort imminente plusieurs malades affectés de tumeurs réputées incurables. Deux de ces malades ont été présentés à l'Académie de médecine et sont restés complétement guéris.

Frappé de ces résultats, j'ai pensé qu'on pourrait, en appliquant le même principe à l'os maxillaire inférieur, arriver à pratiquer l'extirpation de quelques autres tumeurs jusqu'alors inaccessibles à nos moyens d'action.

Les deux observations suivantes donneront une idée de ce qu'on peut obtenir de cette nouvelle méthode.

OBS. I. — Homme de 58 ans, malade depuis huit mois, nombreux traitements médicaux sans succès; épithélioma végétant et ulcéré qui occupe la face interne de la joue droite, l'amygdale, la presque totalité du voile du palais et surtout les parties supérieure, postérieure et latérale droite du pharynx, avec menaces d'asphyxie.

Opération le 3 juillet 1855, après désarticulation préalable de la moitié latérale droite de l'os maxillaire inférieur sain.

Guérison en moins de six semaines.

OBS. II. — Homme de 52 ans. Affection carcinomateuse qui avait envahi le côté droit de la base de la langue, la portion voisine du pharynx et du voile du palais, ainsi qu'un des ganglions sous-maxillaires.

Opération le 12 février 1856, par ablation préalable de la moitié latérale droite de l'os maxillaire inférieur sain.

Guérison.

L'auteur conclut :

1° La désarticulation d'une des moitiés latérales de l'os maxillaire inférieur rend possible l'extirpation de certaines tumeurs profondes du pharynx, de la langue et du voile du palais, inaccessibles jusqu'alors à nos moyens d'action.

2° Le chirurgien est autorisé à la pratiquer, même dans les cas où cet os n'a subi aucune altération, du moment où l'affection qu'il s'agit d'extirper compromet gravement la vie du malade.

RECHERCHES SUR LA CAUSE DU CHOLÉRA ASIATIQUE, SUR CELLE DU TYPHUS ICTÉRODE ET DES FIÈVRES DE MARÉCAGES; par M. BEAUPERTHUY.

(Commissaires : MM. Serres, Andral, Boussingault.)

M. Flourens, en présentant ce travail, au nom de l'auteur autrefois voya-

genr-naturaliste du Muséum, aujourd'hui professeur d'anatomie à l'université de Caracas (Amérique du Sud), en donne une idée d'après les extraits suivants de la lettre d'envoi, datée de Cumana, 18 janvier 1856 :

« Mes observations sur le choléra ont été faites dans les mois de novembre et décembre 1854, pendant la grande épidémie qui ravagea une partie des Antilles anglaises et le littoral du golfe Triste et de la province de Cumana.

» En décembre 1853, j'ai été chargé par le gouvernement vénézuelien de porter secours aux individus attaqués par la fièvre jaune à Cumana et ses alentours. Déjà, depuis 1839, de longues et pénibles recherches, faites dans un grand nombre de localités malsaines des provinces de Cumana, Barcelone et de la Guyane espagnole, m'avaient porté à croire que les fièvres des marécages étaient dues à un virus végéto-animal, inoculé dans l'organisation humaine par des insectes tipulaires..... Il est digne d'observation que les produits putrides, accumulés dans le tube intestinal des fébricitants, sont formés presque en totalité de monades et de vibrions semblables à ceux qu'on observe dans les matières animales et végétales en putréfaction. Le sulfate de quinine, l'arséniate de potasse, le jus de citron, etc., paralysent les mouvements de ces insectes.

» Je dirai à cette occasion que le sulfate de quinine administré à haute dose, 18 à 20 grains par jour, m'a très-bien réussi, dans les nombreuses applications que j'ai faites de ce remède, chez les individus que j'ai soignés d'accidents consécutifs à la piqûre des serpents.

» Les accidents de la fièvre jaune me semblent tenir également à l'introduction dans l'économie des sucs septiques pompés par des insectes sur le littoral.

» Quant à la matière animale noire qui, dans une période avancée de la fièvre jaune, est rejetée par les vomissements, elle est formée d'une multitude de monades d'une extrême ténuité. Je ne puis mieux la comparer qu'aux globules du pigmentum de la choroïde, observé, au moyen du microscope de M. Vincent Chevalier, en employant le plus fort grossissement. Pour bien faire cette observation, il faut délayer une très-petite quantité du pigmentum dans une goutte d'eau distillée et placer sur le porte-objet une particule de ce mélange. »

— M. Martin Duclaux adresse un travail sur la constitution médicale de la fin de l'année 1855 ; histoire des épidémies de fièvre muqueuse, de variole, de rougeole et de coqueluche qui ont régné en 1855 dans quelques communes de l'arrondissement de Villefranche (Haute-Garonne).
(Comm. : MM. Andral, Rayer, Cl. Bernard.)

— M. Bertherand, auteur d'un ouvrage sur la médecine et l'hygiène des Arabes envoyé précédemment pour le concours Montyon (médecine et chirurgie), adresse, conformément à une condition imposée aux concurrents, une indication en double copie de ce qu'il considère comme neuf dans cet ouvrage.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 22 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

1° Le rapport final de M. le docteur Barrera, de Prades (Pyrénées-Orientales), sur une épidémie d'affections typhiques qui a régné dans la commune d'Estoher en 1855-1856.

2° Un rapport de M. le docteur Leblanc-Bellevaux (de Nevers) sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en 1855 dans la commune de Guérigny.

3° Un rapport de M. le docteur Mathieu (de Cosne) sur une épidémie d'angine gangréneuse qui a régné en 1855-1856 dans la commune de Dompierre-sur-Nièvre.

4° Le compte rendu des épidémies du département de la Dordogne en 1855. (Commission des épidémies.)

5° Les rapports de MM. Jardon et Boulenger, médecins-inspecteurs des bains de mer de Boulogne et de Calais, sur le service médical de ces établissements en 1855.

6° Le rapport de M. le docteur Chapelain, médecin-inspecteur des eaux minérales de Luxeuil, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1854. (Commission des eaux minérales.)

7° Plusieurs recettes de remèdes secrets (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

— La correspondance non officielle comprend :

Une lettre de M. le professeur Trousseau, qui se porte comme candidat à la place vacante dans la section de thérapeutique. (Section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.)

Une lettre de M. le docteur Sestier, qui prie l'Académie de l'inscrire sur la liste des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique. (Section d'anatomie pathologique.)

Une lettre de M. Nicolas Stassano (de Naples), qui soumet à l'Académie le plan de l'asile d'aliénés d'Aversa.

Une lettre de M. le docteur Lignerolles, qui sollicite le titre de membre correspondant et adresse à l'Académie la liste de ses travaux à l'appui de cette demande. (Future commission des correspondants nationaux.)

Une note de M. le docteur Giuseppe di Martino (de Naples) sur une opération à laquelle il donne le nom d'*otomiosia* ou rapetissement de l'oreille. (Commissaires : MM. Malgaigne, Laugier.)

Un mémoire intitulé : Vingt années de pratique vaccinale, par M. le docteur B. Voisin, médecin au Mans. (Commission de vaccine.)

ÉLECTRICITÉ MÉDICALE.

M. Bouvier achève la lecture du rapport qu'il a commencé dans la séance du 8 avril.

Comme conséquence de toutes les considérations qui font l'objet de ce rapport, dit en terminant M. Bouvier, la commission présente les propositions suivantes :

1° Répondre à M. le ministre de l'agriculture et du commerce que l'appareil galvano-thermo-électrique de Beckensteiner ne répond nullement à son titre et ne possède point les propriétés qui lui sont attribuées par son auteur.

2° Remercier M. Eric Bernard de sa communication, ainsi que de l'envoi de son appareil électrique, appareil à la vérité semblable à beaucoup d'autres, mais portatif, facile à manier, peu coûteux et susceptible de rendre des services dans des cas déterminés, bien qu'il ne puisse soutenir la comparaison avec d'autres appareils plus volumineux et plus compliqués et qu'il partage d'ailleurs avec les autres appareils volta-faradiques les inconvénients attachés à l'emploi des piles.

3° Répondre à M. le ministre que l'appareil galvano-électrique de MM. Legendre et Morin, sans constituer une invention absolument neuve, si ce n'est dans quelques détails d'une importance secondaire, est néanmoins d'une exécution remarquable, et qu'il a surtout le mérite de réunir sous un très-petit volume des modes variés d'administrer l'électricité d'induction ; et que, sauf les perfectionnements que laisse encore à désirer l'usage de la pile, cet appareil peut généralement suffire aux besoins les plus habituels de l'électrisation thérapeutique.

4° Adresser des remercîments à MM. les docteurs Duchenne et Boulu pour les nouvelles observations qu'il nous ont communiquées : le premier, sur les propriétés différentielles des courants d'induction du premier et du second ordre ; le second, sur l'application de l'électricité au traitement de l'adénite cervicale.

5° Remercier MM. Breton frères de leur communication, en les engageant à assurer par de nouveaux perfectionnements l'utilité de leur ceinture et de leur mixture galvaniques.

— M. H. Larrey fait observer qu'il serait prématuré de voter sur les conclusions de ce rapport avant d'avoir examiné et discuté au sein de l'Académie quels sont les avantages réels de l'électricité dans le traitement d'une foule de maladies, auquel chacun des appareils qu'on propose a la prétention de s'appliquer. Pour ce qui regarde particulièrement le traitement des adénites cervicales, une de ces maladies qui font le désespoir des médecins militaires, il voudrait qu'on fût bien fixé sur la valeur du traitement par l'électricité que propose M. Boulu. Il se résume en demandant qu'une discussion générale soit ouverte sur ce sujet.

M. Londe appuie la proposition de M. Larrey.

M. le Président : M. Bouvier a consciencieusement fait son devoir de rapporteur ; il a fait tout ce qu'il a pu faire, il n'a pu instituer des expériences pour juger de l'efficacité médicale des appareils soumis à l'examen de la commission ; il a dû nécessairement se former un jugement d'après les données fournies par les inventeurs.

M. Moreau demande qu'on mette les conclusions aux voix et que les membres de l'Académie présentent leurs observations au fur et à mesure qu'ils le jugeront convenable.

La première, la deuxième et la troisième conclusion du rapport de M. Bouvier sont adoptées sans discussion.

La quatrième conclusion est également adoptée sans discussion en ce qui regarde M. Duchenne.

M. Larrey reproduit sa proposition d'une discussion générale sur le traitement des adénites cervicales par l'électricité, à l'occasion de la partie de la quatrième conclusion du rapport qui concerne M. Boulu.

M. Moreau appuie cette proposition.

M. Bouvier observe que la commission ne peut ainsi laisser annuler son travail ; elle propose simplement de voter des remercîments à M. Boulu, conclusion qui n'engage nullement l'Académie, non plus que les appréciations contenues dans le rapport.

M. Larrey accepte la conclusion de la commission, mais il appelle de nouvelles expériences, de nouveaux faits.

La deuxième partie de la quatrième conclusion est adoptée.

M. Velpeau demande la parole à l'occasion de la cinquième conclusion qui lui paraît offrir quelques dangers. Il ne voit pas trop à quoi peuvent servir les ceintures et les mixtures galvaniques dont il est question, si ce n'est à tapisser les murailles, avec approbation de l'Académie de médecine. Cet appareil et cette mixture, qui n'influencent le galvanomètre que d'une manière insignifiante, d'après M. le rapporteur lui-même, doivent être très-probablement complétement dépourvus d'action appliqués sur les individus. Il trouve trop favorable la conclusion de la commission.

M. Bouvier demande à relire la dernière conclusion de la commission qui ne renferme pas certainement une approbation sans restriction. M. Velpeau lui fait dire à tort que cette ceinture et cette mixture ne peuvent servir à rien. Eh bien ! il est certain qu'elles ont une action réelle sur la peau dépourvue d'épiderme, et M. Boulu pense qu'elles pourront recevoir une utile

application dans le traitement des adénites cervicales. J'ai dit seulement qu'elles n'avaient pas d'action sur la peau revêtue de son épiderme.

M. Velpeau observe que tous les corps étrangers exercent une action sur la peau dépourvue d'épiderme, le simple frottement mécanique lui-même. L'électricité est une matière à charlatanisme et l'Académie doit mettre beaucoup de réserve dans les jugements qu'elle porte sur de pareils sujets; elle ne doit se prononcer que lorsqu'on lui soumet des appareils ou des procédés qui poissent être réellement utiles en thérapeutique. Et elle doit surtout agir avec réserve lorsqu'elle est en présence, non plus de médecins zélés et instruits, mais de fabricants et d'industriels.

M. Bouvier, tout en approuvant la pensée générale de M. Velpeau, pense que l'Académie ne doit pas décourager les fabricants qui lui apportent le fruit de leurs veilles et de leurs travaux. Jamais on n'avait eu l'idée de développer de l'électricité comme viennent de le faire MM. Breton frères, et il faut leur savoir gré des recherches qu'ils ont faites dans cette direction.

M. Velpeau n'a pas l'intention d'empêcher les fabricants de perfectionner leurs produits, mais il voudrait que les fabricants fissent de bons instruments sans s'immiscer dans les applications médicales de ces appareils.

M. Bégin demande qu'il soit ajouté au rapport, une conclusion dans laquelle il sera dit que l'Académie, tout en reconnaissant ce qu'il y a de bon dans les appareils soumis à son examen et dans les applications spéciales qui en ont été faites, estime qu'il y a lien de faire à cet égard de nouvelles recherches et de recueillir de nouvelles observations.

M. Lagneau parle dans le même sens que MM. Velpeau et M. Bégin.

M. Gaultier de Claubry pense qu'il y a deux choses à distinguer ici : les appareils qu'il faudra toujours demander à des physiciens et à des mécaniciens, et des expériences, des faits que les médecins devront fournir. Il propose avec M. Bonvier de faire suivre, dans la cinquième conclusion, le mot *utilité* des mots *encore douteuse*, ce qui donnera satisfaction à M. Velpeau et à ceux qui se sont rangés à la manière de voir qu'il a exprimée.

La cinquième conclusion est adoptée avec cette modification.

M. Bouvier ajoute au rapport la phrase suivante rédigée dans le sens de la proposition de M. Bégin :

En terminant, votre commission ajoute, comme remarque générale applicable à l'ensemble de ce rapport, que, quelles que soient les appréciations particulières qu'il contient, la science et la pratique réclament encore des observations précises nécessaires pour fixer à leur juste valeur le degré d'importance thérapeutique, tant de l'électricité en général que des appareils quelconques destinés à en effectuer et à en diversifier l'application.

— M. Max. Durand-Fardel donne lecture d'un mémoire intitulé: Plan d'un cours sur les eaux minérales envisagées au point de vue de la thérapeutique. (Nous publions ce travail textuellement, voir plus haut.)

— M. Jobert présente à l'Académie trois malades auxquels il a pratiqué avec succès des opérations d'autoplastie faciale.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

ON THE DIAGNOSTIC VALUE OF ALBUMEN IN THE URINE (DES INDICATIONS SÉMÉIOLOGIQUES TIRÉES DE LA PRÉSENCE DE L'ALBUMINE DANS L'URINE); par G. W. Balfour. — Edinburgh, 1856.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

On ne trouve dans les auteurs aucune doctrine bien établie sur le mécanisme du passage de l'albumine dans l'urine. Les hypothèses qui existent aujourd'hui à ce sujet sont basées sur quelques faits d'anatomie microscopique qui sont loin de concorder entre eux. La cause prochaine de l'albuminurie doit être cherchée d'abord dans les lois physiques qui règlent le passage des fluides à travers les tissus vivants. On connaît quelques faits de cet ordre qui pourraient s'appliquer à la sécrétion de l'urine et donner l'explication de certaines albuminuries. Telles sont celles qui sont causées par un obstacle au cours du sang veineux dans le rein, ou par une impulsion trop vive ou un séjour trop prolongé du sang artériel dans les réseaux capillaires. Telles sont celles qui pourraient dépendre d'une certaine altération du fluide sanguin ou des membranes qui entourent de toutes parts le liquide en circulation. *Kuschner* (1) a prouvé que la facilité avec laquelle différents liquides passaient à travers les membranes était plus ou moins grande, suivant qu'il s'agissait de l'eau, d'une solution saline ou d'un liquide albumineux ou gommeux. *Bruecke* (2) a montré que certaines membranes permettaient plus facilement que d'autres le passage des liquides chargés d'albumine.

Il suffit donc probablement une altération légère du sang ou du tissu rénal pour permettre à l'albumine du sang de s'échapper avec l'urine. Mais cette altération n'est pas connue d'une manière précise.

On cite quelques cas dans lesquels l'urine dans l'état de santé est devenue passagèrement albumineuse à la suite d'une excitation des reins. Christison a vu à la suite de l'ingestion d'aliments indigestes, l'urine se charger temporairement d'albumine. Une influence légère peut ainsi amener dans certains cas la filtration d'une partie du sérum du sang. Voilà les seules données générales de la pathologie.

Si l'on passe maintenant à l'examen des observations particulières, on trouvera presque partout les assertions les plus contradictoires et les faits les moins soigneusement observés. Le fait seul du passage de l'albumine constitue-t-il une maladie grave, ou bien n'est-il pas plutôt le symptôme d'un état diathésique dangereux en lui-même? L'hydropisie qui accompagne la maladie de Bright s'explique-t-elle par la déperdition de l'albumine du sang? Ces questions fondamentales auraient besoin d'être soumises à un nouvel examen. Je ne crois pas qu'elles soient résolues actuellement d'une manière satisfaisante. Il faut bien se rappeler qu'il y a des maladies de Bright à marche très-rapide dans lesquelles la déperdition d'albumine du sang ne suffit point à l'explication des symptômes. La rétention de l'urée dans le sang est, dans ces cas, une condition des plus graves. Mais encore ici il resterait à déterminer si l'urée n'est pas éliminée par suite de la lésion rénale ou par l'effet d'un état particulier du fluide sanguin.

Toutes ces questions manquent de solutions, et je ne pense pas que l'on soit sur la bonne voie pour les trouver. Les faits dont il s'agit ici sont d'une complexité remarquable : avant de chercher à les résoudre, il faudrait bien préciser les conditions cliniques et nécroscopiques où on les observe. Il reste beaucoup à faire encore sous ce rapport, et nous ne sommes guère plus avancés aujourd'hui qu'en 1827, malgré les matériaux considérables accumulés depuis l'époque de la découverte de Bright.

Tholozan.

(1) Wagner's handworterbuch der Physiologie, Bd. I. S. 62.

(2) De diffusione humorum per septa mortua et viva, Berol. 1842. S. 55.

VARIÉTÉS.

— M. le docteur Alquié vient d'être nommé aux fonctions de médecin inspecteur des eaux de Vichy. M. Alquié, aujourd'hui encore directeur de l'École impériale de médecine et de pharmacie militaire, apportera dans les nouvelles fonctions dont il va se trouver chargé à Vichy les qualités éminentes qui ont distingué sa carrière comme médecin praticien. En passant d'une position militaire élevée à la place de Vichy, il y fera remarquer, avec la science que donne une expérience de plus de trente années dans les grands hôpitaux et dans une clientèle nombreuse, ces dons précieux de l'esprit et du caractère qui font l'homme de cœur et le médecin recherché.

— M. le docteur de Laurès vient d'être nommé médecin-inspecteur des eaux de Néris.

— Par décret du 16 avril ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur : Officier, M. le docteur Delahaye, médecin-major du 20e de ligne. Chevalier, M. France, médecin-major au troisième bataillon de chasseurs à pied.

— On lit dans le Moniteur du 23 avril, la dépêche télégraphique suivante :

Le général Espinasse à l'empereur.

Constantinople, le 21 avril 1856.

« J'ai visité la moitié de nos hôpitaux de Constantinople. Il n'y en a pas de mieux tenus en France. J'ai questionné plusieurs centaines de malades, ils se louent des bons traitements qu'ils reçoivent. Le commandement est dans des mains fermes et intelligentes. Tout marche à souhait. La maladie décline rapidement. L'administration est en mesure de recevoir tout ce qui reste de malades en Crimée. »

— L'Académie des sciences a procédé, dans sa dernière séance, à la nomination d'un membre correspondant dans la section de chimie, en remplacement de M. Braconnot, décédé.

La section avait présenté les candidats dans l'ordre suivant :

Au premier rang, M. Gerhardt;

Au deuxième, M. Pasteur;

Au troisième, *ex æquo*, MM. Bineau et Desaignes.

M. Gerhardt l'a emporté sur ses concurrents. Au premier tour de scrutin, il a réuni 42 suffrages sur 51 votants.

— Une lettre de l'armée d'Orient nous annonce encore la mort de deux de nos confrères, MM. Fournier et Perrin, médecins aides-majors, qui viennent de succomber au typhus.

— Le corps médical de Lyon vient de faire deux nouvelles pertes : M. le docteur Jules Castellan, à l'âge de 56 ans, et M. Bouchard-Jambon, mort à l'âge de 72 ans.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

APPLICATION DU COMPTEUR A GAZ A LA MESURE DE L'AIR RESPIRÉ.

M. Bonnet (de Lyon), correspondant de l'Institut, vient de communiquer à l'Académie des sciences l'application qu'il a faite, de concert avec M. Pomiès, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, du compteur à gaz à la mesure de l'air respiré.

On sait que toutes les compagnies d'éclairage au gaz emploient un instrument désigné sous le nom de compteur, qui permet, à l'aide d'aiguilles marchant sur des cadrans, de reconnaître, par une inspection rapide, quelle est la quantité de gaz qui traverse un tuyau. Indépendamment de ces compteurs destinés à l'usage ordinaire, et mesurant les litres, les décalitres et les hectolitres, etc., il en est qui ont un cadran sur lequel on peut reconnaître jusqu'au passage d'un soixantième de litre d'air. Ces compteurs, dits à expériences, sont ceux que MM. Bonnet et Pomiès ont eu l'idée d'appliquer aux études physiologiques et médicales.

Un compteur de ce genre, convenablement rempli d'eau et muni d'un tube avec une embouchure, permet de reconnaître en un instant la quantité d'air que l'on y fait pénétrer par une série d'inspirations, quelque faibles qu'elles soient. Pendant qu'on souffle dans le tube, les aiguilles marchent simultanément sur le cadran qui marque les litres et sur celui qui indique les soixantièmes de litre; elles s'arrêtent dès que cesse l'impulsion et permettent de juger immédiatement de la quantité d'air qui est sorti de la poitrine.

C'est en se servant du compteur à gaz pour mesurer l'air énergiquement expiré après une ampliation du thorax aussi complète que possible, qu'on peut le mieux reconnaître quelle est la différence que présentent, sous le rapport de la capacité pulmonaire, des individus bien portants, de taille et d'âge variés; c'est par la même méthode qu'on peut le mieux apprécier les changements que la maladie entraîne dans l'amplitude de la poitrine.

Dans les applications que M. Bonnet a faites du compteur à gaz à l'homme sain, il a été conduit à reconnaître la justesse des observations d'Hutchinson sur le rapport de la capacité pulmonaire avec la taille et l'âge. D'après ces observations, traduites en mesures françaises et exprimées en nombres ronds, on peut dire que de 10 à 35 ans, le maximum de la capacité pulmonaire est, pour une petite taille, de 3 litres; pour une taille moyenne, de 3 litres 1/2; pour une grande taille, de 4 litres. Si le sujet dépasse 35 ans, il faut retrancher du chiffre obtenu d'après la seule considération de la taille, autant de fois 33 millilitres que le nombre de ses années s'élève au-dessus de 35.

Soit que l'on juge de la respiration normale par un calcul de ce genre, soit qu'on l'ait mesurée préalablement dans l'état de santé, ce qui est préférable, on peut déterminer le changement que la maladie a apporté dans la quantité d'air mise en circulation.

L'ensemble des mesures prises avec des gazomètres ou avec des compteurs et appréciées d'après ces principes permet d'établir qu'il n'est pas une seule altération du poumon qui ne diminue la capacité respiratoire; cette diminution qui oscille ordinairement entre le tiers et les deux tiers de l'état normal, descend beaucoup plus bas quand les lésions qui ont oblitéré les vésicules sont graves et étendues; ainsi dans la phthisie avancée, dans la pneumonie, dans le catarrhe vésiculaire, dans l'emphysème, les plus fortes expirations ne peuvent s'élever au-dessus d'un litre et même de trois quarts de litre. Ainsi lorsqu'on expérimente sur une série d'individus sachant dilater et puis resserrer leur poitrine aussi complètement que possible, on peut, en tenant les yeux sur les cadrans du compteur, juger d'après le seul mouvement des aiguilles quels sont ceux dont les poumons ont conservé leur intégrité et ceux chez lesquels des lésions pulmonaires entravent la circulation de l'air.

L'abaissement de la capacité respiratoire ne permet pas sans doute de distinguer les lésions diverses qui le produisent, mais il aide à juger de la gravité de la maladie et du degré auquel est conservée la fonction respiratoire.

La diminution de l'air mis en circulation fournirait aussi des éléments précieux, si l'on voulait déterminer dans l'état morbide la quantité d'oxygène absorbé et celle de vapeur d'eau et d'acide carbonique exhalés.

La spirométrie peut aussi servir à l'appréciation des méthodes thérapeutiques. C'est même dans l'intention de reconnaître la valeur d'un appareil de mouvement destiné à augmenter la souplesse des côtes et agrandir l'amplitude de la poitrine, que M. Bonnet a été conduit à rechercher des méthodes précises et commodes pour juger de la quantité d'air inspiré et expiré. L'exactitude et la facilité que le compteur à gaz donne à de semblables mensurations engageront sans doute les cliniciens à faire usage de cet instrument, et la spirométrie, qui a été l'objet de beaux travaux en Angleterre et en Allemagne, ne tardera pas à se répandre en France.

ANATOMIE PHYSIOLOGIQUE.

MÉMOIRE SUR LA CRYPTORCHIDIE CHEZ L'HOMME ET LES PRINCIPAUX ANIMAUX DOMESTIQUES; par MM. A. Goubaux, professeur d'anatomie et de physiologie à l'École impériale vétérinaire d'Alfort, et E. Follin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux. (Lu à la Société de biologie le 8 mars 1856.)

Chez l'homme et les principaux animaux domestiques, le testicule est sujet à certaines anomalies de position qui sont aujourd'hui assez bien déterminées. Ainsi, le testicule peut rester dans le ventre pendant l'âge adulte ou ne point descendre jusqu'au fond du scrotum qu'il occupe normalement; et, dans ce dernier cas, tantôt il reste dans le canal inguinal, tantôt il se dirige vers le périnée, ou va même dans la région crurale (chez l'homme). Ces deux dernières anomalies, plus rares que les autres, ne nous occuperont point ici, car notre but est d'examiner seulement dans ce travail, au double point de vue de

FEUILLETON.

LE MÉDECIN VOYAGEUR (1).

Il n'y a rien de nouveau sous le soleil, dit la sagesse antique, et ceux qui ont beaucoup vu sont assez de cet avis. Des observateurs attentifs et patients prétendent que

« Toujours ce qui précède amène ce qui suit, »

évolution nécessaire et progressive de tous les faits qui se produisent, coordination régulière des actes dont nous sommes les témoins distraits et dont nous perdons sans cesse le fil. Ces sortes de vérités sentencieuses ne conviennent guère à cette foule d'inventeurs, qui ne se croient tant de génie que parce qu'ils ignorent ce qu'on a fait avant eux. Quoi qu'il en soit, les gens à imagination vive, sans tenir compte du passé, marchent en avant, escaladent la grande échelle symbolique qui va de la terre au ciel, du connu à l'inconnu, se précipitent dans toutes les voies ouvertes ou fermées, ardents à recueillir les occasions de jouissance que procure une découverte quelconque.

Et notez bien que les nouveautés ne sont pas chose aussi rare qu'on veut bien le dire. Voici par exemple une observation d'histoire naturelle qui n'a point encore été signalée, que je sache, ou du moins sur laquelle l'attention publique ne s'est pas arrêtée avec tout le soin qu'elle mérite.

Chacun sait que les hirondelles arrivent à Paris au mois d'avril et partent pour les régions méridionales vers le mois d'octobre. Les chasseurs connaissent très-bien les migrations de plusieurs espèces d'oiseaux; les badauds, les astronomes, les grands philosophes et les petits rentiers, gens qui vivent d'habitude le nez en l'air, savent parfaitement que les canards et les oies sauvages voyagent par troupes nombreuses, et cela, à des époques précises. Ce n'est pas ici le lieu de rechercher la cause de ces mouvements réguliers, de ces courses périodiques qui ont tant occupé les ornithologistes anciens et modernes.

Les amateurs de pêche, ceux qui étudient quelque peu les allures des poissons, n'ignorent pas que certaines espèces abandonnent les rivières pour descendre dans la mer, tandis que d'autres quittent la mer pour remonter dans les rivières, toujours avec une merveilleuse exactitude de temps et de saison. Il y a dans le nord une sorte de rat, nommé *lemming*, lequel, tous les ans, forme des caravanes immenses, parcourt des distances considérables, obéissant à l'instinct qui le pousse en avant et lui fait franchir tous les obstacles. Enfin, il n'est pas jusqu'à un malheureux crabe qui ne se livre sur terre à des voyages de long cours, et ne brave, pour arriver à son but, des dangers de plus d'un genre.

Le pourquoi de tout ceci n'est pas chose facile à dire. On parle volontiers

(1) Lu à la Société linnéenne d'Angers.

l'anatomie et de la physiologie, la situation, la structure et les fonctions des testicules retenus dans l'abdomen ou dans le canal inguinal.

Nous avons déjà, dans d'autres travaux, indiqué quelques-uns des détails annoncés dans celui-ci; mais des faits plus nombreux, recueillis depuis nos premières recherches, nous permettront d'étudier plus complétement les altérations si curieuses de ces testicules anomaux.

Là ne se sont point bornées nos nouvelles investigations; nous avons fait appel à l'expérience de vétérinaires placés dans de bonnes conditions d'observation, et nous avons cherché à prouver par la physiologie ce que l'étude anatomique nous avait fait présumer des fonctions de ces testicules. C'est cet accord parfait de la structure et de la fonction que nous cherchérons toujours à mettre en relief dans ce travail qui sera divisé en deux parties : 1° partie anatomique; 2° partie physiologique.

Nous prions MM. Magne, professeur à l'École impériale vétérinaire d'Alfort; Benjamin, vétérinaire à Paris; Mathieu, vétérinaire à Sèvres; Dillon, vétérinaire à Rennes, et Festal (Philippe), vétérinaire à Sainte-Foix-la-Grande (Gironde), de vouloir bien agréer nos remerciments pour les renseignements qu'ils ont bien voulu nous communiquer, et que nous avons mis à profit dans ce travail.

PREMIÈRE PARTIE.

ANATOMIE.

La cryptorchidie, cet état dans lequel l'un des organes testiculaires ou les deux organes testiculaires à la fois restent dans l'intérieur de la cavité abdominale, a depuis longtemps déjà fixé l'attention des médecins et des vétérinaires. Mais c'est en vain qu'on recherche dans les écrits spéciaux des documents touchant la disposition anatomique que présentent alors les testicules. Quant à la physiologie, c'est en vain aussi qu'on y recherche des faits positifs. Sous ce dernier rapport, ainsi que nous aurons l'occasion de le démontrer plus loin, nous n'avons trouvé que des assertions sans preuve relativement à la fécondité ou à l'infécondité des individus qui présentent cette anomalie.

Sous le double point de vue de l'anatomie et de la physiologie, il était donc important que la question de la cryptorchidie fût étudiée avec tout le sérieux qu'il convient d'apporter dans l'examen d'une question scientifique : c'est ce que nous avons fait dans l'homme et dans la plupart des animaux domestiques.

Les documents que nous avons réunis sont assez nombreux et suffisent largement pour que nous puissions poser une conclusion définitive : ils seront exposés ici *in extenso*, suivant la place qu'il convient de leur donner dans ce travail : leur nombre et leur authenticité ne permettront plus de douté sur le fondement de nos premières conclusions.

§ I.

La cryptorchidie doit être considérée comme une anomalie rare; cependant il faut tenir compte que peu de statistiques ont été faites à ce point de vue. Pour l'homme, voici les seuls renseignements que nous ayons pu recueillir à cet égard :

A. Sur une table de 103 enfants mâles examinés par Wrisberg au moment de la naissance, on trouve que chez 73 les deux testicules étaient dans l'abdomen, et chez 21 qu'un ou deux testicules étaient dans l'aine. Sur ceux-ci : 5 avaient les deux testicules dans l'abdomen, 7 avaient le testicule droit dans l'abdomen et 9 le gauche. Enfin, sur 25 cas, 13 cas de cryptorchidie à droite et 12 cas à gauche. (Commentation. soc. reg. scient. Goettingue, 1778.)

B. Le docteur Marsbal rapporte qu'en faisant l'examen de 10,800 conscrits, il en trouva 5 chez lesquels le testicule droit et 6 chez lesquels le testicule gauche n'était pas apparent. Dans deux de ces cas, il y avait une hernie là où le testicule n'était pas descendu. Il rencontra seulement un cas où les deux testicules n'étaient pas apparents (Hints to young medical officers in the army, p. 83).

L'attention des chirurgiens, si elle était dirigée sur ce point, pourrait fournir des données utiles, car rien ne serait plus facile que de faire enregistrer les observations spéciales au moment des visites faites par les conseils de révision. Le dépouillement de ces inscriptions permettrait de pouvoir établir, dans un espace de temps assez court, quelle est, sur un nombre donné, la quantité d'individus chez lesquels on rencontre cette anomalie. A part l'importance scientifique, il s'en trouverait une autre beaucoup plus grande, car elle touche à une question très-grave, à faire augmenter, par la suite le nombre des cas qui sont considérés comme entraînant l'*infécondité* ou la *stérilité*.

Nous ne pouvons qu'émettre ces désirs sur les moyens de constater la fréquence de la cryptorchidie, par la voie de la statistique, en ce qui concerne l'espèce humaine.

Chez les animaux domestiques, on comprend bien que toute statistique soit à peu près impossible dans les conditions ordinaires, et qu'elle ne pourrait être faite que pour certaines espèces dont les individus sont entretenus en grand nombre ou en troupeau. Tout document manque à cet égard; mais, quoi qu'il en soit, on peut aussi, de même que chez l'homme, considérer comme chose rare le séjour des testicules dans la cavité abdominale pendant toute la durée de la vie.

La seule chose que nous puissions faire, c'est de nous élever encore ici contre une assertion de M. Vanbaelst, qui a dit que, chez le cheval, lorsque l'un des testicules reste dans l'abdomen, c'est plus souvent celui du côté droit que celui du côté gauche. A l'appui de cette singulière assertion on ne saurait apporter aucune preuve sérieuse : elle n'a pu se trouver vraie que par le hasard de la comparaison de quelques observations, et elle aurait pu être démentie par le hasard encore, par le dépouillement d'une autre série d'observations. C'est ce qui nous serait arrivé à nous-mêmes s'il n'y avait pas eu d'autres considérations à invoquer pour motiver la négation de cette assertion. Pourquoi, en effet, les organes testiculaires, au lieu de quitter la cavité abdominale à une certaine époque de la vie fœtale pour descendre dans les bourses, restent-ils dans cette cavité pendant toute la durée de la vie?

§ II.

Les causes d'un arrêt dans la descente du testicule n'ont pas été bien recherchées. Elles peuvent consister ou bien dans un défaut de rapports entre le volume des organes et celui des parties qu'ils doivent traverser, ou bien dans un défaut de puissance de l'agent qui produit

---

d'instinct pour se dispenser d'admettre une détermination raisonnée. On attribue à une aveugle nécessité ces mouvements volontaires qui répondent à des besoins intimes, à des désirs passionnés, et l'on ne veut voir dans toutes ces espèces émigrantes, que des machines sans réflexion, cédant à une impulsion spontanée et irrésistible.

Je ne veux pas dire tout ce que je pense là-dessus. Entre des hommes comme Malebranche et Descartes, d'une part, Dupont de Nemours et l'excellent M. Defrance, d'autre part, il y a un monde, et je ne suis pas forcé de porter un arrêt dans ce procès mémorable. Mais au lieu de juger, ce qui est difficile et compromettant, je préfère apporter un nouvel élément dans la cause, un nouveau fait d'une grande portée, selon moi; les savants verront le parti qu'on en peut tirer pour la solution de cette affaire.

Or donc, j'ai découvert que, depuis un certain nombre d'années, les médecins de Paris éprouvent, vers le 1er septembre, un besoin impérieux de quitter la capitale, d'envahir avec une ardeur démesurée, les chemins de fer, pour aller s'abattre sur les pays limitrophes de la France.

Voilà du nouveau, si je ne me trompe, car, qui a jamais parlé, jusqu'ici, de cette particularité si remarquable? Qui s'est avisé, avant moi, de signaler, dans cette classe respectable d'individus, cette fièvre de locomotion dont les accès, à grandes périodes, ne se manifestent que vers la fin du mois d'août? Les auteurs les plus modernes (voyez le recueil intitulé : Les Français peints par eux-mêmes) indiquent bien comme caractère du docteur en médecine, beaucoup de politesse et de sauvagerie, un esprit distingué mais frondeur, un goût très-vif pour les bons dîners, les belles dames et les friandises, un amour-propre excessif et qui ne le cède guère qu'à celui des poëtes, des physiciens, des philosophes, des chimistes, des théologiens, des dentistes et des hommes d'Etat, et enfin, comme caractères plus spéciaux, un costume entièrement noir, des chapeaux de forme bizarre, peu de gants et une cravate assez blanche. Voilà le signalement de l'espèce, et ce portrait, peu flatté, paraît assez ressemblant.

Il faudra désormais ajouter à cette diagnose, que le docteur parisien émigre tous les ans vers le mois de septembre, qu'il élit domicile sur les grandes routes, qu'il dédaigne les malades, les consultations et même les honoraires pendant quelques semaines de ce même mois, enfin qu'il change de peau, de régime, de goûts, et subit une métamorphose complète vers l'équinoxe d'automne.

Voici ma découverte, j'en prends acte, et je déclare réclamer la priorité. Ce fait nouveau doit contribuer, si je ne me trompe, à éclairer la grande question des émigrations périodiques que l'on a constatées dans la série animale. Les animaux ont tant fait jusqu'ici pour l'homme, qu'il est bien juste, qu'à notre tour, nous fassions quelque chose pour ces pauvres bêtes qui peuvent, à bon droit, nous accuser d'ingratitude.

Ceci dit et livré aux méditations des savants de toutes les sociétés linnéennes et autres, je veux essayer de rechercher quelles sont les conséquences de ce fait capital, si l'histoire naturelle peut y gagner quelque chose, et si, plus spécialement, la botanique en a tiré quelque profit.

Omnia mecum porto, a dit un philosophe, affirmation un peu ambitieuse, mais qui me semble très-justement appliquée à tout voyageur. On porte avec

ce déplacement. La première opinion qui appartient à M. Wilson (LECTURES ON THE URINARY AND GENITAL ORGANES, p. 405) se trouve appuyée par les faits desquels il résulte que le testicule est plus souvent trouvé dans l'aine que dans la cavité abdominale, à cause de la petitesse de l'ouverture de l'anneau inguinal externe. Quant à la dernière hypothèse, elle pourrait trouver sa justification dans cette considération, qu'il y a peu de muscles dans le corps humain dont le développement, dans différents individus, varie plus que celui du crémaster. Nous pourrions en dire à peu près autant de celui des animaux domestiques. Or, ne pourrait-on pas accuser, comme étant la cause de cet arrêt on de la non-descente du testicule, un défaut d'action du crémaster?

D'un autre côté on a vu des péritonites (chez l'homme, mais nous n'en connaissons pas d'exemples chez les animaux domestiques) de la vie intra-utérine produire des adhérences entre les différents viscères de l'abdomen; on sait que dans les hernies congénitales, le testicule est fréquemment uni à une portion de l'intestin, et que la formation de ces adhérences est parfois la cause de la hernie, les viscères étant entraînés avec la glande dans le scrotum. Quelques faits paraissent établir que de semblables adhérences sont une cause occasionnelle de la rétention temporaire ou permanente du testicule, le crémaster n'étant point suffisant pour surmonter l'obstacle à la descente. (CONTRIBUTIONS TO INTRA-UTERINE PATHOLOGY; by Simpson. — EDINB. MED. AND SURGIC. JOURNAL, n° 137 and 140.)

Plusieurs faits pourraient être cités à l'appui de chacune de ces explications. Ainsi, par exemple, Curling, en examinant un homme de 60 ans, trouva le testicule droit près de l'anneau inguinal externe; il était d'un petit volume et tout à fait adhérent à une portion d'*omentum*.

Nous avons constaté bien des fois cette adhérence de l'épiploon au testicule, soit sur des cadavres, soit sur des chevaux, au moment où l'on pratiquait la castration; mais nous ne l'avons jamais vue dans les cas de cryptorchidie.

On ne saurait invoquer comme cause de cet arrêt de la descente du testicule un défaut de longueur du cordon testiculaire; car dans plusieurs cas on a, au contraire, noté une augmentation de sa longueur. (Curling, DISEASES OF TESTICLE. — Mayo, HUMAN PHYSIOLOGY, 3e édition, p. 411.)

§ III.

Nous ne pensons pas qu'on puisse reconnaître la cryptorchidie simple ou double au moment de la naissance, chez les individus de l'espèce humaine. Il y a, à n'en pas douter, des cas où les testicules peuvent être engagés dans le trajet inguinal et ne viendront que plus tard dans le fond des bourses, situation que, d'ordinaire, ils ont déjà vers le huitième mois de la gestation ou de la vie intra-utérine.

Chez les animaux domestiques, et dans l'état actuel des connaissances sur ce point, il serait encore plus difficile de se prononcer. En effet, quoique la plupart des auteurs d'anatomie vétérinaire (Bourgelat, Lafosse, Girard) aient dit que les testicules opèrent leur descente *vers le sixième mois après la naissance*, dans l'espèce chevaline, il est certain (mais il nous serait impossible de préciser davantage) que les testicules occupent déjà les bourses avant que le corps ne soit encore couvert de poils (espèce bovine) ou de laine (espèce ovine) : nous l'avons constaté aussi un grand nombre de fois dans l'espèce porcine. Mais, nous le répétons, nous ne saurions dire aujourd'hui à quelle époque de la gestation correspond cette migration des organes testiculaires. Quoi qu'il en soit, nous ne pouvons partager la trop grande réserve de M. Vanbaelst, qui, à cet égard, conseille d'attendre jusqu'à l'âge de trois ans avant de se prononcer sur l'existence ou la non-existence de l'anomalie chez le cheval.

§ IV.

Aux diverses causes que nous avons déjà fait connaître, nous ajouterons que la *cryptorchidie est héréditaire*.

Les faits qui prouvent que cette anomalie des testicules est jusqu'à un certain point héréditaire nous sont fournis pour plusieurs espèces, et ont été recueillis par plusieurs vétérinaires. Nous les exposerons successivement.

A. — Espèce chevaline.

Voici ce que dit M. Pangoué, vétérinaire à la Châtre-sur-le-Loir, dans une *note sur les chevaux anorchides et monorchides :*

« Ayant été appelé, le 21 mars dernier, au haras de Mangé, propriété appartenant à M. le prince Marc de Beauveau, pour opérer de la castration deux poulains de demi-sang, l'un âgé de 25 mois et l'autre de 13 mois, je m'aperçus, lorsqu'on fit sortir le premier, l'animal étant maintenu debout, après avoir exploré la région inguinale, qu'il était anorchide. M. Carter, chargé de la surveillance du haras, me dit qu'en effet il n'avait pu constater l'existence des testicules chez ce cheval, dans leur région normale.

» On fit sortir l'autre poulain, âgé de 13 mois, que j'explorai aussi debout, et chez qui, malgré mes investigations, je n'ai pu constater l'existence que du testicule droit.

» Je demandai à visiter les autres poulains mâles, et l'on m'accompagna dans un pré où étaient à paître deux poulains pur sang. L'un de ces animaux, âgé de 15 mois; est aussi monorchide, et le testicule est du côté droit.

» L'autre poulain, de même âge, est normalement conformé.

» Désirant voir le père de ces jeunes animaux, on me conduisit dans l'écurie de Master-Waggs, cheval anglais pur sang, âgé de 19 ans, qui est monorchide et dont le testicule est du côté droit.

» Enfin, je fus frappé d'étonnement quand j'appris que la Clôture, cheval anorchide, est fils de Master-Waggs....

» Les exemples que je viens de citer en faveur de l'hérédité ne peuvent être révoqués en doute, peut-être même pourrait-on en augmenter le nombre, si l'on pouvait suivre les filiations généalogiques de tous les descendants de Master-Waggs. » (RECUEIL DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE, 1852, p. 664.)

B. — Espèce ovine.

M. Mathieu nous a communiqué sur ce sujet les remarques suivantes :

« Les produits mâles, issus d'un bélier monorchide, ont, en général, deux testicules; mais j'ai souvent observé que ces organes étaient très-peu volumineux. J'ajouterai aussi qu'un bélier ayant deux testi-

---

soi ses goûts, ses passions; c'est dans le voyage qu'éclatent les individualités, que se montrent les secrets mobiles de nos actions; les plus vives amitiés ne résistent pas toujours à cette épreuve, mais les meilleures, les plus fermes, les plus généreuses sont souvent nées au milieu de ces excursions lointaines et dans des circonstances où l'homme se montre tel qu'il est.

Le médecin qui se promène en lointain pays demande à ces nouveaux horizons des satisfactions diverses : l'un n'admire que le paysage, la nature dans son ensemble majestueux; les montagnes le ravissent, les cascades le charment; l'autre a fait sa spécialité des cathédrales, des vieux châteaux, il est fou d'architecture gothique; celui-ci visite tous les musées, il connaît l'œuvre des maîtres en l'art de peindre; celui-là, dédaignant la plastique, n'a des yeux que pour la beauté vivante, il étudie les races humaines, cherche les types de l'Andalousie ou de la campagne de Rome, et s'ingénie en mille comparaisons savantes entre ces beautés étrangères et celles qu'il a le plus admirées dans les salons parisiens, aux premières loges de l'Opéra ou dans les sentiers pittoresques du nouveau bois de Boulogne.

Il en est enfin quelques-uns qui, tout en ne négligeant aucune de ces sources de plaisir, trouvent encore le moyen de cultiver certains goûts plus spéciaux, qui cèdent presque à leur insu à des passions non moins douces qu'impérieuses. Un botaniste, par exemple, peut-il cesser d'aimer les plantes, de les rechercher, de les recueillir? Toute promenade n'est-elle pas une herborisation? Qui ne sait qu'un de nos plus vénérés maîtres, dans son ardeur pour la cryptogamie, avait décrété, dans le domaine de son foyer domestique, qu'aucune bûche ne serait mise au feu sans avoir passé par ses mains habiles? Voyez ce jeune élève du docteur Guépin, qui parcourt les solitudes de la garenne Saint-Nicolas ou du bois de la Haie; sur son bras s'appuie doucement une femme qu'il aime; ce couple s'abandonne aux charmes de cette causerie tendre, de ce bavardage si doux, éternel duo que chantent les jeunes cœurs depuis le jour de la création; ils marchent enveloppés dans ce double égoïsme du bonheur, que l'on ne goûte guère quand on en jouit, que l'on regrette si fort quand il n'est plus; rien ne peut les distraire, rien, si ce n'est peut-être un bel exemplaire de *lathræa clandestina* que l'amant, d'un œil exercé, vient d'apercevoir soulevant la terre qui s'entr'ouvre; rien, excepté ce *cardamine parviflora*, ce *lepidium petræum*, précieux échantillons qu'il cueille d'une main à peine distraite, car, même au milieu de ces joies intimes, de ces épanouissements du cœur, le botaniste ne perd pas de vue son herbier, et parmi les fleurs qu'il convoite, il n'en est aucune qui ait le privilége de faire oublier toutes les autres.

On conserve si bien l'habitude de cette exploration perpétuelle, qu'elle donne à tous les voyages possibles un caractère presque scientifique, même lorsque les événements les plus singuliers semblaient exclure toute préoccupation de ce genre, lorsque les entraînements du devoir ou du plaisir laissent si peu de place aux pensées d'un autre ordre. Dirai-je que pendant quatre mois de séjour dans le fort de Blaye, alors que tant de graves intérêts réclamaient de moi l'attention la plus soutenue, j'ai trouvé moyen de recueillir; de dessécher, de classer la totalité des plantes croissant spontanément dans l'enceinte de ce fort, que j'ai composé ainsi un herbier, sans doute unique, destiné à une princesse captive, et dont chaque acquisition nouvelle

cules, et étant fils d'un bélier monorchide, a donné naissance à beaucoup de béliers anorchides. »

M. Mathieu pense que la consanguinité est la cause la plus fréquente de l'anomalie chez les bêtes ovines. Il a vu beaucoup de mâles anorchides et monorchides dans des troupeaux mérinos améliorés par des accouplements consanguins.

C. — Espèce porcine.

M. Magne nous a fait connaître ce qui suit :

« Pendant les années 1848 et 1849, nous avons eu plusieurs porcs à un seul testicule visible, et deux dont les glandes étaient restées dans l'abdomen.

» Avec des verrats bien conformés, nous avons moins de sujets n'ayant qu'un testicule scrotal, ce qui tendrait à prouver que ce vice de conformation est héréditaire ; car, avant 1848, il n'y avait pas eu, à la porcherie de l'école, de porc dont les deux testicules fussent restés dans l'abdomen, et nous n'en avons pas eu depuis. »

§ V.

Avant d'aller plus loin, il importe d'établir une division de l'anomalie : elle peut être simple, c'est-à-dire qu'elle peut se faire remarquer d'un seul côté ; elle est, au contraire, double lorsqu'elle se fait remarquer des deux côtés à la fois. Le premier cas correspond exactement à cet état qu'on désigne assez généralement, même encore aujourd'hui, sous le nom de *monorchides*, et le second à ce qu'on appelle *anorchide* ou *énorchide*. En d'autres termes, les mots énorchide ou cryptorchide nous paraissent préférables à tous les autres sens : le sens étymologique de chacun d'eux nous dispense de nous expliquer davantage.

§ VI.

Étudions maintenant la situation, le volume et les diverses propriétés physiques des organes testiculaires dans chacun de ces cas. Nous continuerons à exposer d'abord ce qui a trait à l'homme, et ensuite ce qui a trait aux animaux domestiques.

A. — Chez l'homme.

On trouve dans les auteurs beaucoup d'observations relatives à la cryptorchidie. Nous en rapporterons quelques-unes, parce qu'elles nous serviront plus tard pour étudier une autre partie de la question. Mais, tout d'abord, il faut remarquer que chez ces cryptorchides les testicules n'occupent pas toujours la cavité abdominale. A côté des faits où l'on trouve les testicules dans le ventre, on en rencontre d'autres où ces organes sont situés dans le canal inguinal, dans la région crurale et même dans le périnée. Quant à ceux qui sont situés dans le trajet du canal inguinal, il faut savoir qu'ils éprouvent assez souvent une séparation de leurs divers éléments. Ainsi, nous avons pu voir sur des pièces aujourd'hui déposées au musée Dupuytren que le testicule peut rester dans le ventre ou dans le canal inguinal, tandis que l'épididyme et le canal déférent se détachent du corps de l'organe et vont jusque dans les bourses. Quoi qu'il en soit, le fait général qui a inspiré ce travail n'en existe pas moins. C'est ce qu'on verra en comparant les observations que nous allons reproduire :

1° M. Cloquet a trouvé un testicule dans l'abdomen ; il était aussi volumineux que celui du côté opposé, où la glande était descendue dans le scrotum.

2° Un élève de A. Cooper, qui se suicida à cause de cette infirmité, avait les deux testicules dans l'abdomen, près de l'anneau inguinal interne. Ces parties, conservées au musée de l'hôpital de Guy, paraissent d'un volume presque naturel. On aurait établi que les canaux déférents contenaient du sperme. — L'observation ne dit pas à quels caractères on a reconnu que le sperme jouissait de toutes ses propriétés.

3° Sur un jeune homme de 19 ans, dont le testicule gauche fut trouvé par le docteur Bright au niveau du détroit supérieur, cet organe était considérablement plus petit qu'à l'état normal ; le canal déférent et la substance testiculaire paraissaient d'ailleurs sains. (Guy's hospital reports, vol. II, p. 258.)

4° Curling cite le cas d'un enfant de 16 ans qui mourut d'une anasarque à l'hôpital de Londres. Son testicule droit, retenu à environ un pouce et demi au-dessus de l'anneau inguinal interne, n'était pas plus volumineux que celui d'un enfant de deux ans. La glande présentait l'aspect granuleux, comme chez les enfants. (Diseases of testicle.)

5° Le docteur Fischer de Boston a rapporté un exemple curieux d'absence de deux testicules. L'absence fut remarquée dès la naissance, et le sujet de cette difformité, qui fut regardé comme un eunuque naturel, mourut à l'âge de 45 ans. (American journal of the medical sciences, vol. XXIII, p. 352.)

6° M. Turnham en a publié un exemple qu'il a observé lors de la dissection d'un enfant qui mourut à l'âge de 4 mois. Outre un état d'atrophie du rein droit et une remarquable déformation des uretères, on trouva qu'aucun testicule n'était descendu dans le scrotum. Le testicule droit siégeait dans la cavité abdominale, juste au-dessus de l'anneau inguinal interne. Du côté gauche, aucun testicule ne parut avoir été formé. De ce côté, les vaisseaux spermatiques se terminaient dans une petite masse de graisse. Cependant le canal déférent était présent et était d'apparence aussi bien développée que celui du testicule sain. (London medical gazette, vol. XX, p. 717.)

7° Nous devons à l'obligeance de notre collègue et ami M. Broca la description d'un cas très-remarquable de testicule retenu dans le ventre. Nous allons citer textuellement la note qu'il a bien voulu nous communiquer.

« Au mois de mai 1849, je trouvai à l'École pratique un cadavre dont le scrotum attira mon attention. Ce scrotum, peu volumineux, ne renfermait qu'un seul testicule ; il formait une saillie non bilobée, parfaitement médiane ; le raphé des bourses était fortement dévié à gauche.

» En ouvrant l'abdomen, je reconnus que le testicule gauche était situé dans la fosse iliaque, à un centimètre environ au-dessus de l'anneau abdominal du canal inguinal. Le sujet étant fort maigre, je pus, sans aucune dissection, voir que l'artère spermatique, presque filiforme, naissait de l'artère rénale gauche. Introduisant alors une canule dans ce dernier vaisseau, il me fut facile de faire pénétrer une injection de vernis dans l'artère du testicule. L'appareil testiculaire,

---

était saluée par les témoignages les plus vifs d'une satisfaction capable d'atténuer pour un moment les ennuis d'une vie si douloureusement éprouvée ? La philosophie naturelle a des consolations efficaces pour les plus cruelles infortunes, demandez plutôt à l'auteur de Picciola ; mais M. Saintine n'avait pas publié son livre à l'époque où j'usais de ce moyen pour alléger les heures et remplir des journées que la prison rend si longues.

Mais le voyage fournit au médecin amateur de botanique, de merveilleuses occasions de plaisir, même lorsque la rapidité de sa course ne lui permet guère une herborisation méthodique. Il aborde en Sicile, à Palerme, il sent les atteintes du soleil presque africain, il foule cette terre féconde où la chaleur, la lumière et l'eau, également prodiguées, développent des prodiges de végétation ; il admire sans doute ces chefs-d'œuvre de l'architecture arabe ou normande, mais quand il a visité la Ziza et la cathédrale, la chapelle du palais royal et la basilique de Montreale, il sort volontiers de la ville et se promène dans ces riantes campagnes de la *conca d'oro* ; là des champs de *cactus* attirent ses regards, les *oliviers* couvrent la plaine, çà et là s'élèvent des *palmiers* aux longues feuilles courbées en dôme, puis l'*aloès* à la hampe colossale montre avec orgueil sa girandole de fleurs que nos confrères ont contemplée dans sa splendide élégance, un jour que le soleil caressant de notre Anjou avait réchauffé de ses plus doux rayons un individu de cette famille exilé dans nos murs.

Cette végétation presque tropicale au milieu de laquelle se trouve transporté le voyageur qui débarque directement à Palerme produit sur lui une impression des plus vives et des plus agréables. L'air est embaumé des émanations d'une foule de labiées, et c'est même une des choses qui chatouillent le plus délicieusement un organe exercé ; on retrouve cette odeur partout, même au milieu de la ville ; il semble que tous les objets en sont imprégnés, et quand le vent vient de terre, les vaisseaux qui passent au large ressentent ces parfums qui font rêver et rappellent aux matelots certains rivages où le plaisir lui a fait oublier ses dangers et ses fatigues.

Un jour gravissant la colline où repose Taormina, je cueillais les belles fleurs du *capparis spinosa*, qui couvre les rochers, je ne dédaignais pas non plus les bizarres légumes des nombreux *medicago* qui jonchaient le sol tourmenté de cette région volcanique, et l'éclat de la mer immobile, les sommets neigeux de l'Etna, les ruines majestueuses du grand théâtre grec, ne me faisaient pas négliger ces récoltes si chères au futur membre de la Société linnéenne d'Angers. Et lorsque plus tard, à Naples, visitant l'herbier du professeur Gussone, je lui parlais des fruits si singulièrement contournés de cette légumineuse, ce savant professeur me montra une série d'échantillons comprenant toutes les variétés des quarante espèces de *medicago* récoltées en Sicile. Il y avait là une foule de nuances intermédiaires ; le fruit le plus glabre passait successivement au fruit le plus hispide, les aspérités légères se transformaient en pointes acérées, de sorte que les botanistes novices pouvaient découvrir à chaque instant des espèces nouvelles. Cette démonstration fut pour moi un trait de lumière. Que de fois depuis, en mille occasions diverses, j'ai pensé aux *medicago* du professeur Gussone. Celui qui voit tout abrége tout, a dit un grand homme. Bien voir, bien comparer, c'est connaître. A quelle affaire de la vie pareille science n'est-elle pas applicable ?

placé sous le péritoine, se composait de deux parties bien distinctes l'une de l'autre.

» La partie supérieure, continue avec le canal déférent, n'était autre que l'épididyme. Cet organe avait une forme à peu près cylindrique; il était long de trois centimètres, large de un. Il reposait sur l'artère iliaque externe qu'il croisait obliquement; son extrémité interne et supérieure, terminée en canal tortueux, se continuait avec le conduit déférent. Son extrémité postérieure et externe adhérait à la seconde partie de l'appareil testiculaire, c'est-à-dire au testicule proprement dit.

» La structure de cet épididyme ne différait pas de la structure normale; mais la surface était couverte de bosselures, et on pouvait apercevoir dans toute son étendue, sans aucune préparation, le conduit pelotonné qui constitue cet organe. Le testicule proprement dit se présentait sous la forme d'une petite masse elliptique, aplatie, assez semblable à un haricot. Son grand axe presque vertical rencontrait obliquement l'axe de l'épididyme; son extrémité supérieure adhérait, comme je l'ai déjà dit, à l'extrémité postérieure et externe de l'épididyme; son extrémité inférieure donnait insertion à un cordon mince, blanchâtre, placé sous le péritoine. Ce cordon, qu'une légère traction mettait en évidence, descendait vers le pli de l'aine, et, après un trajet d'un centimètre, pénétrait dans le canal inguinal.

» Un conduit séreux, émané du péritoine, plongeait dans ce même canal inguinal avec le cordon précédent, en dedans duquel il était placé. Ce conduit, gros comme une plume de corbeau, avait une longueur de plus de trois centimètres. En explorant avec une sonde cannelée, il me parut qu'il se terminait en cul de sac au niveau de l'anneau inguinal externe. Le canal inguinal était aussi oblique et aussi long qu'à l'état normal.

» L'injection poussée dans l'artère spermatique avait presque entièrement abouti à l'épididyme et l'avait coloré en rouge. Le testicule était resté aussi pâle qu'avant l'injection; j'aperçus seulement un petit vaisseau, presque capillaire, qui aboutissait à l'extrémité supérieure du testicule.

» Le trajet du canal déférent était normal. Les deux vésicules séminales existaient; la droite présentait le développement ordinaire; la gauche, aussi large que la précédente, était moins longue d'un centimètre. Le sujet était adulte (30 ans environ). »

8° Nous avons, dans trois cas, examiné le sperme contenu dans la vésicule séminale correspondante au testicule retenu dans l'anneau, et chaque fois nous avons trouvé une absence complète de spermatozoïdes. L'examen comparatif du côté opposé nous a fait voir que les spermatozoïdes ne manquaient pas dans la vésicule séminale. Dans un quatrième cas, il n'y avait de spermatozoïdes ni d'un côté ni de l'autre. Il s'agissait là d'un homme mort à Bicêtre d'une affection des centres nerveux, datant de longues années; mais ce qu'on trouve constamment dans ce liquide, dépourvu de spermatozoïdes, c'est une abondante production de matière jaunâtre qui se fragmente, comme les matières grasses, en globules arrondis, et nous paraît en avoir quelques-unes des propriétés.

9° Enfin, dans le courant de l'été de l'année 1854, nous avons examiné en commun, à l'École pratique, le cadavre d'un individu âgé de 20 à 22 ans, dont les deux testicules étaient situés au-dessus de l'anneau inguinal interne, et nous n'avons trouvé aucun des caractères du sperme (ni à la couleur, ni à la consistance, ni à l'odeur, ni à l'examen microscopique) dans la petite quantité de liquide que nous avons pu extraire des canaux déférents.

(La suite au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE.

PLAN D'UN COURS SUR LES EAUX MINÉRALES, ENVISAGÉES AU POINT DE VUE DE LA THÉRAPEUTIQUE, lu à l'Académie Impériale de médecine, par le docteur MAX. DURAND-FARDEL, médecin inspecteur des sources d'Hauterive à Vichy.

L'enseignement des eaux minérales et de la thérapeutique thermale n'existe pas. Est-ce parce que les eaux minérales elles-mêmes et leurs applications sont peu connues? Mais comment les apprendre, si elles ne sont pas enseignées?

Cependant les matériaux ne manquent pas à l'étude des eaux minérales, et la littérature hydrologique, tant décriée, peut fournir des documents nombreux et importants à ceux qui se donnent la peine de les chercher. D'ailleurs, l'usage des eaux minérales, tant répandu aujourd'hui, les abords des stations thermales ouvrant un accès facile à de nombreux visiteurs, le grand nombre de médecins qui se consacrent à cette pratique spéciale, tout semble concourir à rendre et possibles et indispensables la constitution scientifique et l'enseignement dogmatique de l'hydrologie médicale.

Il m'a semblé que ce qui nous avait tenus privés jusqu'ici de tout enseignement oral ou écrit, relativement aux eaux minérales, c'était moins le défaut de lumières ou de matériaux, qu'une question de méthode.

Je demande à l'Académie la permission de lui exposer, en peu de mots, celle que j'ai suivie dans le cours que je viens de terminer, à l'École pratique, sur les eaux minérales, c'est-à-dire la méthode qui m'a seule permis d'aborder un pareil enseignement.

Un cours sur les eaux minérales envisagées au point de vue de la thérapeutique doit nécessairement se composer de deux parties:

Étude de la constitution des eaux minérales;

Étude de leurs applications thérapeutiques;

C'est-à-dire: Matière médicale et thérapeutique appliquée.

Je ne m'arrêterai pas beaucoup sur la question de classification des eaux minérales, bien que ce soit là essentiellement une question de méthode. Cette extrême difficulté des études hydrologiques, la classification des eaux minérales, n'importe pas beaucoup à la médecine.

Il ne peut y avoir de doute, en effet, que cette classification ne doive être exclusivement chimique. Or, il n'existe que des relations très-imparfaites entre la composition chimique des eaux minérales et leurs propriétés thérapeutiques.

Je ne veux pas dire qu'il n'existe aucune corrélation entre les applications que nous pouvons faire des eaux minérales et chacune des classes entre lesquelles la prédominance de tel ou tel principe les partage; et je ne nie pas davantage que la prédominance d'un principe

---

Le beau pays que la Sicile! Entre Messine et Catane, au bord de ces rivages qu'un flot amoureux caresse perpétuellement, le long de ces petits torrents qui descendent à la mer, on voit en abondance le *nerium oleander* qui forme des massifs de la plus riche verdure; des buissons de myrte se parent de fleurs, comme aux environs de Terracine, mais cependant je n'ai pas vu, dans ces régions si chaudes, le *chamærops humilis* couvrir de vastes plaines comme on le trouve en Andalousie, entre Séville et Ecija, du côté d'Andojar et de Baylen. Le palmier nain n'envahit pas ces terres qu'il rend meultes, laissant à peine un peu de place à ces *ombellifères* gigantesques, à ces *carduacées* que le soleil blanchit et qui de loin ressemblent aux Arabes enveloppés de leurs burnous. La Sicile, sous ce rapport, est moins africaine que le midi de l'Espagne. On dirait que les Maures, qui ont si longtemps possédé l'Andalousie, Valence et le royaume de Grenade, apportèrent avec eux ces végétaux qui caractérisent les plaines du Maroc et les versants de l'Atlas. L'illusion serait complète si l'on apercevait dans le lointain quelques chameaux rangés en longues files, caravane silencieuse qui se déroule au soleil, comme un convoi de navires qui flottent vers des rivages inconnus.

En 1846, visitant Gibraltar avec Orfila, cet ami si cher, ce maître si regretté, nous attendions qu'un sous-officier d'artillerie vînt nous prendre pour entrer dans la forteresse. Le soleil était brûlant, nous avions trouvé un abri contre ses ardeurs à l'ombre d'un arbre heureusement assez touffu, et quand je voulus savoir à qui nous devions cet ombrage protecteur, je reconnus avec une satisfaction facilement comprise par mes confrères en botanique, que ce végétal était un *ricinus palma Christi*. Cette magnifique *euphorbiacée*, annuelle en France, était là un arbre de belle taille, dont le tronc avait près d'un mètre de circuit, et qui comptait peut-être cinquante ans de durée. Autour du banc sur lequel nous étions assis, je voyais des massifs d'*acanthus mollis*, puis un *palargonium* arborescent, comme il s'en trouve sans doute au cap de Bonne-Espérance, la vraie patrie de cette charmante tribu des *geraniées*.

Et lorsque fatigués outre mesure de cette interminable promenade au sein des galeries creusées dans le roc, après avoir vu des milliers de canons, vrai musée d'artillerie dont l'utilité paraît contestable, lorsque descendus vers la pointe d'Europe, nous demandions un peu de fraîcheur à la brise qui parcourt le détroit, je pus encore admirer là un bel arbre que notre climat plus froid ne laisse pas grandir parmi nous. Une large surface arrondie, rugueuse, brunâtre, sorte de monticule invitant au repos, avait été l'objet de mes préférences; étendu sur ce plan incliné, je traçais du bout de ma canne quelques lignes sur cette croûte inégale, un effort plus considérable vint à la déchirer, et je vis sourdre aussitôt une matière laiteuse abondante. Cet acte presque mécanique, donnant lieu à pareil phénomène, mon attention fut éveillée, et je cherchai la cause de ce fait intéressant. J'étais assis sur la base élargie d'un magnifique *Phytolacca*, le *Dioica*, probablement, originaire du Mexique, et qui trouve à Gibraltar des conditions on ne peut plus favorables à son développement. Il y en a là une collection qui compose une promenade magnifique; ce petit arbre rabougri, qui supporte à peine nos hivers, acquiert dans la colonie anglaise des dimensions énormes; sa racine pivotante sort de terre en partie, forme une base d'où s'élance un tronc de plus de 2 mètres

particulier, tel que le soufre, le chlorure de sodium, le bicarbonate de soude, n'imprime une direction assez déterminée aux indications qui les réclament. Mais il en est de l'hydrologie comme de la botanique médicale : bien que les différentes familles du règne végétal aient une signification thérapeutique ou physiologique très-générale, comme les solanées, les labiées, etc., il faut bien convenir que leurs caractères botaniques seraient tout à fait insuffisants pour donner une idée des applications auxquelles elles peuvent convenir.

Il faut donc prendre pour base de la classification des eaux minérales le principe qui y prédomine; car, si l'on cherchait à y faire entrer quelque chose de leur composition si compliquée, il faudrait leur créer des dénominations dont le moindre inconvénient serait de n'offrir à l'esprit que des idées très-complexes, et des différences très-difficiles à saisir.

J'ai cru devoir suivre, à peu de choses près, en en changeant seulement quelques dénominations, la classification de l'ANNUAIRE DES EAUX DE LA FRANCE, et en établir les divisions d'après la considération des acides prédominants, et les sous-divisions d'après les bases prédominantes, ou sodiques ou terreuses. Ainsi :

Eaux sulfurées, sodiques, calcaires.
— chlorurées, sodiques.
— bicarbonatées, sodiques, calcaires.
— sulfatées, sodiques, calcaires, magnésiques.
— ferrugineuses.

Je me suis séparé seulement de l'*Annuaire* en faisant des eaux *ferrugineuses* une classe à part, au lieu de n'y voir qu'une subdivision des bicarbonatées et des sulfatées, faisant entrer ici, je dois l'avouer, une considération thérapeutique, car le fer ne domine jamais dans une eau minérale d'une manière absolue, et il n'y existe sans doute qu'à l'état de base; et j'ai dû établir cette classe sur la donnée suivante : que tandis que le fer y existerait lui-même en proportion thérapeutique, les autres principes s'y trouveraient en trop faible proportion pour imprimer à ces eaux des caractères spéciaux.

Mais cette classification, en apparence simple et précise, présente plus d'une difficulté.

Celle-ci d'abord : qu'aux deux extrémités de chacune de ces divisions, nous trouvons dans la proportion de l'élément minéralisateur dominant, plus encore que dans la qualité de ceux qui l'accompagnent, de telles différences, que nous avons affaire évidemment à un médicament tout autre.

Vous pouvez opposer en effet, parmi les eaux chlorurées, Néris avec 1 gr. 1/4 de minéralisation, dont 0,2 seulement de chlorure de sodium, aux eaux de Balaruc avec 9 grammes, dont 6,8 de chlorure, de Nauheim, avec plus de 20 grammes de chlorure; parmi les eaux bicarbonatées sodiques, Vichy, qui renferme de 5 à 6 grammes, Vals, 7 gr. de bicarbonate de soude, au mont Dore, qui n'a que 0,3, Chaudesaigues 0,7 du même principe.

En outre, parmi les eaux à bases terreuses particulièrement, il arrive quelquefois que les bicarbonates et les sulfates d'une part, et les sels sodiques et terreux de l'autre, se présentent dans des proportions si rapprochées, qu'on ne sait où classer ces eaux, parmi les sulfatées ou les bicarbonatées, parmi les calcaires ou les sodiques.

Parmi ces eaux à classification incertaine, nous trouvons les eaux de *Plombières*, rangées dans l'*Annuaire* parmi les eaux bicarbonatées sodiques, tandis que MM. O. Henri et Lhéritier affirment qu'elles ne renferment pas d'acide carbonique, et les présentent comme des eaux surtout silicatées, arséniquées aussi, ce qui ne nous permet pas de les ranger dans aucune des classes que nous avons admises. Ces eaux, tout actives qu'elles puissent être thérapeutiquement, sont du reste, comme on le sait, très-faiblement minéralisées, moins que la plupart des eaux douces.

Mais toutes ces difficultés ne sont rien auprès de celles que rencontre l'étude thérapeutique des eaux minérales. Il suffit de lire l'ouvrage si sage et si consciencieux cependant de notre honorable collègue M. Patissier, c'est-à-dire de l'auteur qui a écrit peut-être les choses les plus justes et les plus sensées sur la thérapeutique thermale, pour comprendre comment la connaissance de cette thérapeutique est impossible à acquérir avec la méthode communément suivie.

Il y a là deux cent cinquante eaux minérales, dont les deux tiers sont l'objet d'articles également importants, toutes présentant à peu près les mêmes applications, sans aucun élément de comparaison, de préférence, laissant en un mot l'esprit dans le même embarras, que s'il fallait aller étudier la thérapeutique générale dans une officine où chaque substance porterait, sur une étiquette, le nom de toutes les maladies où elle aurait pu être employée.

Voici, Messieurs, quelques principes à l'aide desquels cette étude deviendra, sinon facile, du moins parfaitement claire et praticable.

Le premier de ces principes, c'est la spécialisation des eaux minérales.

Les eaux minérales, considérées soit dans l'ensemble de leurs divisions chimiques, soit, pour quelques-unes, individuellement, offrent en général une série plus ou moins étendue d'applications qui leur sont propres, spéciales, et qui les indiquent d'une manière particulière dans un certain ordre d'états pathologiques. C'est là ce que nous appelons la spécialisation des eaux minérales.

Ces indications se rapportent quelquefois à un état diathésique, comme les eaux chlorurées dans le traitement des scrofules : d'autres fois aux maladies d'un appareil particulier, comme les eaux sulfurées dans le traitement des affections catarrhales et tuberculeuses de l'appareil respiratoire; d'autres fois à une maladie déterminée, comme les eaux bicarbonatées sodiques dans les coliques hépatiques calculeuses.

Cette spécialité d'action peut quelquefois s'expliquer par la prédominance d'un principe médicamenteux ; ainsi le soufre dans les maladies de la peau, le fer dans la chlorose ou l'anémie, le bicarbonate de soude dans la gravelle urique.

D'autres fois, il y a un rapport beaucoup moins saisissable entre la nature de l'eau minérale et les applications qu'on en fait; ainsi les eaux du mont Dore dans le traitement des catarrhes bronchiques; celles de Contrexeville dans le traitement de la gravelle; d'Évian dans celui des catarrhes urinaires; de Loesche dans les maladies de la peau.

Il est des états pathologiques dans lesquels les indications s'adressent surtout à des propriétés jusqu'à un certain point étrangères à la composition chimique des eaux; ainsi l'on peut dire que le rhumatisme réclame spécialement les eaux à température élevée; les maladies de

---

de circonférence, et d'une hauteur considérable; on dirait un arbre que porte sur son dos un énorme éléphant couché sur le sol; l'écorce brune et chagrinée ressemble assez bien à l'enveloppe des *Pachidermes*, et cette comparaison parut juste à nos jeunes compagnons de voyage.

Mon *Phytolacca* était couvert de fleurs en grappes, doucement odorantes, de fruits commençant à se développer; je cueillis fleurs et fruits, emportant, comme toujours, un souvenir palpable de cette heureuse rencontre. C'est pour moi un puissant moyen mnémonique. Et aujourd'hui, après que huit années ont roulé sur cette date heureuse, 1er septembre 1846, quand le cher maître qui nous faisait les honneurs de l'Espagne, sa patrie, nous a quittés pour toujours, je pourrais, grâce à cette tige de l'immense *Chenopodée*, redire les joyeux propos que nous échangions au pied de ce rocher fameux, sous cette ombre protectrice d'un arbre au feuillage étranger. Ce n'est pas moi qui aurais oublié l'arbre sous lequel se baignait la chaste Suzanne.

Quittons ce rivage, dont le sol largement humecté fournit les éléments d'une végétation luxuriante, montons sur les pentes abruptes du Vésuve, et voyons quelles plantes se développent sur ces cendres à peine refroidies. La famille des *Synanthérées* dont presque à elle seule ces régions brûlées; on trouve jusque sur le cône terminal, vraie pyramide de scories toujours prête à s'écrouler sous l'effort des vapeurs comprimées, des feux grondants, de la lave bouillonnante, on trouve quelques tiges rabougries d'*Arthemisia*, de *Gnaphalium* et une *Achilléenaine*, pauvres semences aux aigrettes plumeuses, que la tempête aura transportées sur ces hauteurs, et qui se sont accommodées, faute de mieux, des hasards d'un sol agité par des convulsions intestines. Celles que j'ai cueillies au pied du cône, près d'un courant de lave dont la croûte me brûlait les pieds, celles-là pouvaient dire en leur patois, comme Regnard :

Sistimus hic tandem nobis ubi defuit orbis !

Mais comment vivre au sein de cette atmosphère empestée, lorsque les acides *sulfureux* et *chlorhydrique* vous menacent d'une asphyxie continuelle, lorsque le sol desséché refuse aux racines la sève nécessaire? Et cependant les *Campi phlegræi* ne sont pas stériles, autour des solfatares végètent des plantes nombreuses, elles font comme les hommes qui travaillent dans ces mêmes lieux, elles luttent contre les obstacles, elles les surmontent, la vie résiste à ces conditions si défavorables, la plante se transforme en quelque sorte, pour s'accommoder aux exigences locales, sa tige devient ligneuse, ses racines s'accrochent aux moindres aspérités de la pierre, les feuilles se couvrent d'un duvet épais, et ainsi prémunie contre les atteintes du vent qui règne sur les hauteurs, des gaz délétères qui séjournent dans les excavations volcaniques, elle se développe, fleurit, donne des graines fécondes, et l'œuvre providentielle est accomplie.

Je pourrais prolonger cette promenade où la science a trop peu de part pour mériter de ce savant auditoire une plus longue perte de temps. J'ai voulu seulement constater un double fait, savoir, que les médecins ont besoin de vacances, qu'ils se décident volontiers à en prendre, surtout depuis que les chemins de fer favorisent les excursions lointaines; et en second lieu, que les hommes qui ont eu le bonheur d'apprendre à aimer la nature,

matrice certaines eaux très-faiblement minéralisées, et à propriétés jusqu'à un certain point sédatives, qu'elles soient sulfurées, chlorurées ou calcaires.

Quelquefois le mode d'administration des eaux paraît jouer un aussi grand rôle dans leur activité thérapeutique que leur nature même; il est probable qu'il en est ainsi de deux eaux minérales que j'ai citées tout à l'heure, le mont Dore avec ses eaux très-chaudes, ses bains très-courts et à haute température, et Loesche, avec ses bains de piscine d'une durée infiniment prolongée.

Il y a des eaux minérales ou des groupes d'eaux minérales qui offrent plusieurs spécialisations dominantes: ainsi les eaux sulfurées sont également spéciales pour le traitement des maladies de la peau et celui des maladies de l'appareil respiratoire.

Les eaux de Bourbon-l'Archambault et de Bourbonne sont spéciales contre le rhumatisme comme contre les paralysies.

Les eaux de Balaruc sont spéciales contre les paralysies; introduisez dans leur application les eaux mères des marais salants qui les environnent, et vous y développerez une autre spécialité relative aux scrofules.

Mais au-dessous ou à côté de ces spécialisations, les eaux minérales sont propres à bien d'autres applications.

Ainsi les eaux sulfurées, eaux spéciales dans les maladies de peau et les catarrhes de la muqueuse respiratoire, rendent encore des services dans le traitement des scrofules, des rhumatismes, de la syphilis; les eaux chlorurées sodiques, très-spécialement usitées dans le traitement des scrofules, peuvent être utilisées dans celui des dyspepsies, des maladies de foie, des engorgements utérins, etc.

La première chose à faire est donc de dégager la spécialisation des eaux minérales, vis-à-vis des principaux faits pathologiques auxquels elle s'adresse, et de la séparer des diverses applications auxquelles elles peuvent encore servir.

Vous voudrez bien remarquer qu'il n'en est pas autrement dans le reste de la thérapeutique.

Les médicaments les plus spéciaux, les plus formellement spécifiques même, ont, en dehors de leur spécialité d'action, une foule d'applications qui ne sauraient plus servir à les distinguer d'un grand nombre d'autres médicaments; il suffit de mentionner, par exemple, le mercure, médicament spécial de la syphilis, le sulfate de quinine, médicament spécial de la fièvre intermittente.

Maintenant si, pour développer le point de vue de la spécialité d'action des eaux minérales, base nécessaire de toute la thérapeutique thermale, vous allez asseoir votre étude sur la considération de la classification, c'est-à-dire de la constitution chimique des eaux minérales, vous ne vous en tirerez pas mieux qu'on ne l'a fait jusqu'ici.

Considérez, en effet, un des groupes les plus naturels d'eaux minérales, les eaux sulfurées sodiques, et parmi elles les eaux les plus rapprochées les unes des autres; vous trouvez les Eaux-Bonnes et de Cauterets, spéciales pour les maladies de l'appareil respiratoire; celles de Baréges pour les maladies de la peau, les anciennes plaies ou blessures; celles de Luchon, également applicables aux maladies de la peau et aux catarrhes bronchiques; celles de Saint-Sauveur, plus spécialement applicables aux maladies de matrice.

Et si, parmi ces applications spéciales, il y a quelque chose d'artificiel, car les Eaux-Bonnes, qui étaient autrefois exclusivement adressées aux blessures, retrouveraient sans doute au besoin aujourd'hui cette spécialisation déplacée; il y a là aussi quelque chose de réel; car essayez de traiter à Baréges les bronchites qu'on guérit à Cauterets, les maladies de matrice qui se trouvent si bien de Saint-Sauveur, et vous n'aurez certainement pas à vous louer de ces tentatives; et M. Fontan affirme que les eaux de Luchon ne conviennent nullement aux plaies que Baréges guérit si rapidement.

Quel avantage pourrez-vous trouver à rapprocher les eaux bicarbonatées sodiques, quand vous verrez qu'au mont Dore on traite le plus souvent les catarrhes pulmonaires par une méthode où l'application violente de douches, de boissons et de bains à une température inusitée paraît avoir surtout pour objet de provoquer des sueurs abondantes; qu'on les traite à Ems par des bains tempérés, sans en appeler à aucun phénomène critique ou même à aucune action physiologique apparente; et qu'enfin à Vichy on ne peut aucunement songer à les traiter?

Mais si vous prenez pour point de départ de votre étude, non plus les eaux minérales, mais les maladies elles-mêmes, suit les états diathésiques, diathèses scrofuleuse, rhumatismale, syphilitique, soit certains groupes de maladies, comme les affections catarrhales de la poitrine résumant le catarrhe simple, la phthisie, l'asthme, qui rentrent surtout par leur élément catarrhal sous l'empire de la médication thermale, soit des maladies particulières telles que le diabète, les coliques hépatiques, etc., vous n'éprouvez plus aucune difficulté à rapprocher la médication de la maladie; à faire ressortir les spécialités dominantes qui désignent d'abord certaines eaux ou groupes d'eaux minérales, puis les applications secondaires d'eaux minérales moins spéciales mais encore utiles; puis les diverses formes d'une même maladie, les influences diathésiques ou constitutionnelles, etc., qui fournissent, parmi cette série d'applications spéciales ou secondaires, les éléments du choix, en un mot les indications déterminées.

Mais il ne suffit pas d'être arrivé à déterminer les applications spéciales des différentes classes d'eaux minérales; il faut, si l'on veut instituer un enseignement, c'est-à-dire une étude possible des eaux minérales, s'attacher à restreindre le nombre de celles que l'on admet dans cet enseignement, ou si l'on veut dans cette étude.

Je m'explique:

Le Manuel des eaux minérales de M. Patissier, devenu fort incomplet aujourd'hui, ne comprend pas moins de deux cent cinquante stations thermales.

L'Annuaire des eaux de la France en présente près de trois cents; et s'il est vrai qu'il a donné place à un certain nombre d'eaux minérales qui ne possèdent point d'établissement thermal, il faut remarquer aussi qu'il ne s'occupe point des eaux étrangères; et, quoique les eaux minérales françaises suffisent beaucoup plus qu'on ne se l'imagine en général à toutes les indications de la médication thermale, on ne peut nier qu'il n'y ait en Allemagne et en Savoie plusieurs stations thermales dont nous ne possédons pas précisément l'équivalent, et qu'il nous importe de connaître.

Mais si nous avons dû insister sur les applications spéciales que l'on peut faire des différentes espèces d'eaux minérales, et de certaines

---

à la connaître, et surtout ceux qui ont le goût de la botanique, éprouvent un grand charme à parcourir des pays où la flore prend un caractère tout nouveau pour ceux qui sont nés sous des zones plus tempérées. Que serait-ce si le temps nous permettait d'aborder aux rivages du Mexique ou du Brésil, là où la végétation étale tant de merveilles? Mais il n'est pas donné à tout le monde d'aller à Corinthe; contentons-nous de peu, c'est le précepte du sage; médecins, si vous voulez voyager,

Que ce soit aux rives prochaines.

Appliquons-nous le bon conseil de la Fontaine, et cependant si nos collègues de la Société linnéenne ont suivi avec quelque bienveillance le voyageur angevin, si ce rapide itinéraire, crayonné à la hâte, ne leur a pas paru trop ennuyeux, le même amateur de ces explorations légères pourra bien un jour reprendre la plume et leur raconter de nouvelles découvertes. A défaut de ces grands voyages qui sont réservés aux aides-naturalistes du jardin des plantes, il pourra en effectuer de petits presque aussi intéressants; il a déjà visité maintes fois la serre aux orchidées exotiques du muséum, la collection de fougères tropicales, l'admirable *Aquarium* où la famille des Nymphéacées étale ses richesses; il dira comment fleurit la *Victoria Regia*, l'*Euryale ferox*, le *Neptunia oleracea*, cette *mimosée* flottante que le Sénégal nous a enfin cédée; il essayera de transporter ses futurs auditeurs au sein de ces grandes serres qui réalisent à nos yeux les splendeurs du paysage tropical, les rives écartées de quelque affluent des Amazones, les marais de la Guyane hollandaise; enfin tout ce qu'un humble disciple de l'école botanique d'Angers a pu admirer, grâce aux leçons savantes de ses maîtres, il le racontera, trop heureux de contribuer pour sa faible part à l'intérêt de ces réunions où la science indulgente cède un moment la place aux récréations plus modestes des amateurs comme moi.

P. Menière.

— La Société médicale des hôpitaux de Paris a procédé, dans sa dernière séance, au renouvellement de son bureau et à la nomination de ses différents conseils et comités.

M. Guérard, médecin de l'Hôtel-Dieu, vice-président l'année dernière, a été nommé président pour 1856-57.

M. Legroux, médecin de l'Hôtel-Dieu, a été élu vice-président.

Ont été réélus: Trésorier, M. Labrie, médecin des Ménages; secrétaire général, M. Roger (Henri), de l'hôpital des Enfants; secrétaire particulier, M. Moutard-Martin, médecin aux Nourrices. M. Woillez, du bureau central, remplace également, comme secrétaire particulier, M. Hérard, démissionnaire.

Ont été nommés du conseil de famille: MM. Beau, Blache, Bouvier, Grisolle et Rostan; du conseil d'administration: MM. Barth, Becquerel, Gillette, Hérard et Léger; du comité de publication: MM. Aran, Labric, Moutard-Martin, Roger et Woillez.

La Société a désigné en outre une commission chargée de rédiger le programme d'une question du prix à décerner en 1858. Les membres de cette commission sont MM. Barth, Becquerel, Bourdon, Dechambre, Legendre, Marrotte et Monneret.

eaux minérales en particulier, il ne faut pas se méprendre sur la signification et la portée de ce précepte.

Ces eaux minérales si nombreuses et dont le catalogue complet est assez étendu pour faire reculer l'observateur le plus laborieux, s'il s'imagine qu'à chacune d'elles appartiennent des propriétés et des applications particulières, il faut bien savoir qu'elles se rapportent à une proportion relativement restreinte de types chimiques et d'applications médicales. Cette multitude d'eaux minérales qui sortent chaque jour de terre, et dont l'analyse sort avec non moins de constance, grâce à l'infatigable activité de son directeur, du laboratoire de l'Académie de médecine, ne représentent pas, comme on pourrait le croire, une richesse pour la thérapeutique. La plupart ne sont qu'une superfluité, beaucoup un embarras même, par leurs prétentions, légitimes ou non, qui tendent à détourner l'attention des stations connues, éprouvées et suffisantes pour la pratique médicale.

Si nous envisageons les eaux minérales au point de vue de leur classification chimique, nous dirons que Enghien, Bonnes, Cauterets, Luchon, Baréges, Saint-Sauveur, Aix (en Savoie), suffisent parfaitement à toutes les indications que la médication sulfureuse peut avoir à remplir. Prenez un seul de ces établissements, Luchon par exemple, ou Ax dans l'Ariége ; la multiplicité des sources qu'il renferme, leurs variétés de température, de sulfuration, d'altérabilité spontanément ou artificiellement obtenue, y réunissent même en un point presque toutes les combinaisons de la médication sulfureuse.

Si l'on veut partir, au contraire, du point de vue de l'application thérapeutique, on pourra s'assurer qu'avec les eaux d'Enghien, de Bonnes, de Cauterets, du mont Dore, d'Ems, on peut parfaitement satisfaire à toutes les indications qui sont relatives au traitement des affections catarrhales bronchiques. Quant au rhumatisme, que réclament toutes les eaux à température élevée, il n'est pas moins certain qu'il n'est aucun cas qui ne trouve dans les eaux de Néris, de Bourbonne, de Bourbon-l'Archambault, d'Aix (en Savoie) ou de Baréges, de quoi remplir toutes les indications qui peuvent ressortir des différentes formes de rhumatisme.

S'il est vrai que l'enseignement et l'étude dogmatique des eaux minérales doivent se borner à remplir ce programme : exposer ou connaître toutes les ressources que la thérapeutique thermale peut offrir dans le traitement des maladies chroniques, on voit que cette étude peut être singulièrement simplifiée, au profit de la netteté des idées, de la mémoire, et par suite des applications qu'on en peut faire.

Quant à cette espèce de triage sans lequel l'étude dont nous parlons est impossible, il ne faut pas croire qu'il offre de grandes difficultés.

La notoriété clinique, la suffisance des ressources thermales, la notion des conditions topographiques et hygiéniques, voilà les trois ordres de considérations qui doivent y présider. Et si les catalogues d'eaux minérales peuvent au premier abord effrayer par leurs dimensions, il faut bien savoir que la proportion des stations thermales qui se recommandent par ces trois chefs est assez restreinte.

Je ne veux pas dire pour cela qu'il faille faire abstraction de toutes les eaux minérales qui, moins favorisées de la fortune (il en est des eaux minérales comme des individus, toutes, à mérite égal, n'arrivent pas au succès avec le même bonheur), n'ont pu acquérir encore ni la notoriété, ni les ressources que d'autres possèdent, sans peut-être les mériter davantage. La multiplicité des stations thermales est d'un véritable intérêt pour les localités qui les possèdent. Tout le monde ne peut pas aller chercher au loin ce qu'il lui serait précieux de rencontrer à sa portée. Ainsi pour les populations fixées au sol, le voisinage d'une source thermale peut offrir une grande importance ; des localités peuvent y trouver une source de richesse. Mais vous voyez que ce ne sont pas là des considérations précisément scientifiques. Au point de vue de l'enseignement dogmatique, la connaissance de ces eaux n'est pas nécessaire ; les praticiens qui les avoisinent n'ont pas besoin qu'on les leur apprenne, pour en connaître l'existence et en apprécier la valeur.

Encore ne suffit-il pas qu'une eau minérale sorte de terre. Il faut qu'elle subisse des aménagements particuliers. Il faut, si elle est destinée à des applications importantes, qu'elle s'écoule en une certaine proportion. M. O. Henry peut mieux que personne vous dire, parmi ces eaux minérales dont la composition réellement thérapeutique vous est soumise chaque année, combien offrent des conditions ou de suffisance ou d'aménagement qui permettent de les classer parmi les stations thermales effectives ; et combien, parmi celles qui parviennent à réaliser ces premières conditions, ne deviennent que des occasions de prospectus et de concurrence, ou végètent misérablement dans un état d'installation vicieuse ou insuffisante.

La conclusion très-générale de ceci, c'est que nous possédons bien assez d'eaux minérales en France, et qu'un des plus grands bienfaits de la fameuse loi sur les eaux minérales, que l'on attend pas, il faut l'espérer, le sort de la loi sur l'organisation de la médecine, serait d'entourer de toutes sortes de difficultés et de garanties toutes les installations nouvelles d'établissements thermaux.

Je dis la conclusion très-générale, car il est certain aussi que la découverte d'une eau minérale d'une constitution rare, soit relativement à l'hydrologie connue, soit eu égard à la région qu'elle occuperait, serait toujours une acquisition heureuse pour la thérapeutique.

Si j'ai su me faire comprendre, messieurs, dans ce court exposé, vous avez saisi les principes sur lesquels j'ai basé mon enseignement sur les eaux minérales, et, pour dire la vérité, auxquels j'ai dû la possibilité de réaliser cet enseignement.

Partir, dans l'étude des eaux minérales, des maladies ou des groupes pathologiques auxquels ces eaux sont applicables, au lieu de rattacher les applications médicales à la considération de la composition chimique et du classement des eaux elles-mêmes; dégager la spécialisation des eaux minérales, soit envisagées en groupes, soit prises isolément, des applications multipliées auxquelles les rendent propres aussi, soit leur constitution elle-même, soit les conditions communes à toutes les eaux minérales, procédés hydrothérapiques, propriétés excitantes, conditions hygiéniques ; enfin, se borner aux eaux minérales que leur nature, la notoriété, les ressources thermales, les circonstances de localité, désignent à l'attention des praticiens, en en étendant le cercle suffisamment pour que toutes les indications que la médication thermale peut avoir à satisfaire puissent se trouver remplies ; réservant ainsi aux ouvrages spéciaux tels que l'ANNUAIRE DES EAUX MINÉRALES, le MANUEL de M. Patissier (dont une seconde édition serait reçue avec grand empressement), l'exposition générale de toutes les eaux minérales et de tout le champ de leurs applications.

L'enseignement des eaux minérales devient ainsi surtout une œuvre de critique; mais les difficultés que lui impose un tel caractère ne sauraient faire reculer devant les éminents services qu'il peut rendre.

Je n'entends nullement présenter cette méthode comme le dernier mot de l'enseignement hydrologique : c'en est le premier, au contraire. Mais on voudra bien, je l'espère, lui accorder ce mérite, de rendre cet enseignement clair, pratique, possible en un mot, ce que l'on ne saurait attribuer aux méthodes précédemment suivies dans l'exposition de cette partie importante de la thérapeutique.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1855, janvier, février et mai 1856 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Rapport sur une fissure congéniale du sternum*; par M. Béhier. 2° *Considérations générales sur l'autoplastie*; par M. Denucé. 3° *Des changements et altérations que présente chez les vieillards l'appareil sécréteur du sperme*; par M. A. Duplay. 4° *De la galvanocaustique*; par M. Middeldorff. 5° *Mémoire sur l'ophthalmie causée par la projection de la chaux dans l'œil*; par M. Gosselin. 6° *Des hydatides de la cavité thoracique*; par M. Vigla. 7° *De l'algidité progressive des nouveau-nés*; par M. Hervieux. 8° *Du développement et de la propagation du choléra*; par M. Huette. 9° *Observation d'hémorrhagie par décollement du placenta inséré sur le col*; par M. Legroux. 10° *De la colique végétale*; par M. Dutrouleau, médecin de la marine. 11° *Mémoire sur une nouvelle méthode opératoire pour le traitement du cancer de la langue*; par M. Chassaignac. 12° *De la paralysie musculaire atrophique*; par M. Cruveilhier. 13° *L'asphyxie et son traitement*; par M. le docteur Faure. 14° *De l'extension des cellules du cancer aux environs des tumeurs cancéreuses*; par M. Schrœder van der Kolk. 15° *De la leucémie*; par M. Virchow, professeur à l'Université de Wurtzbourg. 16° *Recherches expérimentales sur la production d'une affection convulsive épileptiforme à la suite de lésion de la moelle épinière*; par M. Brown-Séquard. 17° *Mémoire sur l'ulcère simple de l'estomac*; par M. Cruveilhier. 18° *Recherches expérimentales sur l'absorption et l'exhalation par le tégument externe*; par M. F. Durian. 19° *De l'hydrocéphale aiguë consécutive à la scarlatine*; par M. Thore fils. 20° *Observation de resection d'un des nerfs pneumo-gastriques, pratiquée accidentellement chez l'homme*; par M. Fano. 21° *Des maladies des capsules surrénales, d'après Addison*; par M. Ch. Lasègue. 22° *Mémoire*

sur la névralgie générale; par M. Fonssagrives. 23° *Du chancre larvé ou ulcération syphilitique primitive urétrale profonde*; par M. Lagneau fils.

RECHERCHES SUR LES CHANGEMENTS ET LES ALTÉRATIONS QUE PRÉSENTE CHEZ LES VIEILLARDS L'APPAREIL SÉCRÉTEUR ET EXCRÉTEUR DU SPERME; par M. A. DUPLAY.

Des nombreuses dissections de M. Duplay on peut tirer quelques conclusions générales qui ne manquent pas d'une véritable importance anatomique et physiologique.

La glande séminale, dans la vieillesse, subit des changements qui consistent surtout en un certain degré d'atrophie. Toutefois ces changements ne paraissent pas tels à M. Duplay qu'ils puissent expliquer l'infécondité des vieillards, car le sperme continue à être sécrété, en quantité un peu moindre, il est vrai, mais avec tous les éléments qui le rendent apte à la fécondation.

Les lésions de l'appareil sécréteur siégent surtout sur les parties accessoires.

Sur 59 sujets examinés, l'auteur a trouvé 58 fois des lésions soit de la tunique albuginée, soit de la tunique vaginale.

De toutes ces lésions l'hydrocèle est la plus fréquente; viennent ensuite les adhérences, les épaississements, etc.

L'épididyme, sur un peu plus de la moitié des vieillards, présente des altérations, dont la plus fréquente est le développement de kystes. Mais cette affection, tout à fait en dehors de l'appareil sécréteur, n'a pas d'influence sur la fécondation.

D'autres altérations de l'épididyme et des canaux afférents ont plus d'importance à ce point de vue: ce sont les oblitérations.

Rares chez l'adulte, elles le sont beaucoup moins chez les vieillards; M. Duplay les a observés 6 fois sur 49 sujets; il les compare aux oblitérations qui se font chez la femme, dans les vésicules ovariennes, également par le progrès de l'âge. C'est là une cause très-importante de stérilité sénile.

L'ossification des canaux déférents est assez rare. Toutefois, en se rappelant combien les dépôts ossiformes se développent fréquemment chez les vieillards, on ne peut se refuser à rapporter cette altération aux progrès de l'âge.

Les vésicules séminales présentent souvent, chez les vieillards, des dimensions moindres que chez l'adulte. Quelquefois hypertrophiées, d'autres fois amincies, ou bien revenues sur elles-mêmes, de manière à n'avoir plus qu'un canal et des lacunes d'une extrême étroitesse, elles ne sont plus aptes, dans tous ces cas, à suffire à des éjaculations régulières ou abondantes.

L'auteur a observé une fois l'oblitération de l'orifice d'un des canaux éjaculatoires.

En résumé, l'appareil sécréteur et excréteur du sperme ne présente, chez les vieillards, aucune modification constante, qui serait l'analogue, par exemple, de ce qu'est pour le poumon la raréfaction du tissu pulmonaire. Et même, en présence des altérations variées énumérées plus haut, il faut attribuer à un ordre de faits autres que les changements anatomiques, la cause la plus fréquente de l'infécondité sénile.

DE L'EXTENSION DES CELLULES DU CANCER AUX ENVIRONS DES TUMEURS CANCÉREUSES ET DE SES CONSÉQUENCES PATHOLOGIQUES; par M. SCHROEDER VAN DER KOLK.

Dans l'épithélium et dans le cancer, ce n'est pas seulement dans la tumeur qu'on observe les nucléoles, les noyaux et les cellules caractéristiques. Les parties voisines, saines en apparence, présentent aussi, sous le champ du microscope, des altérations manifestes. Ce sont de petites cellules, des noyaux, et enfin une substance granuleuse et des molécules de graisse répandues entre les tissus sains en plus ou moins grande abondance, suivant qu'on est plus ou moins loin de la tumeur. On peut même saisir le passage des noyaux et de la substance granuleuse en cellules, et celui des petites cellules en cellules plus grosses, conformément à la description que Schwann en a donnée.

On ignore par quel mécanisme s'opère une production si énorme de cellules. Voici l'hypothèse émise par l'auteur.

Le liquide interposé entre les cellules de la tumeur accidentelle, reçoit de ces cellules des principes nouveaux qui ne se trouvent pas dans celui qui est interposé aux parties saines. Les deux liquides se rencontrent sur la limite des parties altérées, et c'est dans le blastème formé par le mélange des deux liquides que s'opère le premier développement des granulations, des noyaux et des jeunes cellules.

Mais ce n'est pas seulement par infiltration que le liquide intercellulaire, dans l'épithélioma comme dans les autres cancers, propage la maladie, c'est aussi par résorption, soit dans les lymphatiques, soit dans les veines.

Jusque-là la maladie était locale; à partir du moment de la résorption, elle devient générale.

Ainsi, pour l'auteur, l'extension des cancers dans les parties voisines et leur généralisation dans toute l'économie se fait primordialement par l'intermédiaire, non des *cellules*, comme on l'admet généralement, mais du *liquide* cancéreux.

Mais ce n'est là qu'une partie, et la moins sérieuse, du mémoire de l'auteur. Ce mémoire contient une foule d'observations directes sur l'extension locale de la maladie. Celle-ci a été poursuivie séparément dans le tissu fibreux.

Dans les muscles, dans les nerfs,... M. Schrœder van der Kolk a également étudié au microscope les modifications survenues dans la lymphe et dans les vaisseaux lymphatiques, dans le sang et dans les veines chez les cancéreux. Toutefois, ces dernières observations sont moins complètes que les premières.

De celles-ci l'auteur tire une première conclusion qui paraît assez bien déduite: c'est que les douleurs, dans le cancer, sont toujours le signe de l'envahissement des cordons nerveux par la maladie.

Mais ce qui résulte surtout des recherches du célèbre anatomo-pathologiste, c'est que dans l'extirpation de l'épithélioma et du cancer, il faut dépasser de beaucoup la limite du mal.

Quant au conseil d'opérer de bonne heure, avant que les lymphatiques ou les veines soient malades, pour ceux qui regardent le véritable cancer comme étant d'emblée une maladie générale, il n'a pas toute l'importance que lui accorde l'auteur.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'ABSORPTION ET L'EXHALATION PAR LE TEGUMENT EXTERNE; par M. F. DURIAU.

L'auteur établit d'abord que, dans un bain, les phénomènes d'absorption et d'exhalation cutanée varient essentiellement suivant la température du bain. Il y a pour le bain un degré de température où l'absorption s'opère; il y a un degré où l'exhalation cutanée dépasse l'absorption. Enfin il y a un point où l'absorption et l'exhalation cutanée se compensent. Ce dernier point est celui que Kühn a appelé *point isotherme, limite thermique*, ou *température normale du bain*.

Le point isotherme n'est pas le même pour tous les individus. C'est celui où le baigneur ne perçoit aucune sensation de froid ou de chaud. C'est généralement entre 32 et 34° centigr. qu'il se trouve.

Prenant ce premier fait pour point de départ, l'auteur a étudié les phénomènes en question dans des expériences faites successivement au-dessous et au-dessus du point isotherme.

Au-dessous du point isotherme, l'absorption est très-active. Si l'on prend la moyenne des différents cas, on trouve que l'eau du bain étant de 22-25°, la peau absorbe 16 grammes d'eau après un quart d'heure d'immersion, 35 grammes après trois quarts d'heure, et 45 après cinq quarts d'heure.

Mais là ne se sont point bornées les recherches de l'auteur. Ayant acquis la certitude que dans certaines conditions l'eau du bain pénètre dans le corps plongé, il a voulu savoir si l'eau en pénétrant dans l'organisme entraînait les principes salins ou autres qu'elle tient en dissolution.

Les expériences ont été faites avec l'iodure de potassium, le carbonate de potasse, le cyanoferrure de potassium, le sel marin, le nitrate de potasse, le sulfate d'alumine, le sulfate de magnésie, l'acide azotique, le sulfate de quinine, l'infusion de belladone, l'infusion de digitale, etc. Or de toutes ces expériences, l'auteur a cru pouvoir tirer les conclusions suivantes:

1° L'urine devient constamment alcaline à la suite du bain, que celui-ci renferme des alcalis, qu'il n'en contienne pas, ou même qu'on y trouve des principes acides.

2° Les recherches les plus minutieuses ne permettent jamais de trouver dans l'urine de traces d'iodure, de cyanure, etc., lorsqu'on a mis dans le bain de l'iodure de potassium, du cyanure ferropotassique, etc. Les bases autres que la potasse et la soude se dérobent aussi aux recherches dans l'urine des baigneurs.

3° Les matières organiques dont l'action physiologique se traduit toujours nettement dans l'économie n'accusent pas leur présence dans l'organisme, alors que les bains en renferment une notable proportion.

D'autres expériences faites au-dessus du point isotherme, et à ce point même ont démontré à l'auteur:

1° Que les bains dont la température surpasse celle du corps font

prédominer l'exhalation cutanée, laquelle se manifeste par une perte en poids du corps immergé;

2° Que cette perte croît en raison directe de la durée et de l'élévation de la température du bain;

3° Qu'au point isotherme, il y a équilibre, c'est-à-dire qu'on ne constate ni augmentation ni perte de poids.

En présence de ces résultats qui semblent réduire à néant la valeur des bains médicamenteux et ne reconnaître aux eaux minérales qu'une seule action, identique dans tous les cas, nous hasarderions bien quelques objections; mais elles seront mieux placées lorsque nous rendrons compte de la suite des recherches que l'auteur annonce comme devant porter plus spécialement sur le point de la question.

DU CHANCRE LARVÉ OU ULCÉRATION SYPHILITIQUE PRIMITIVE INTRA-URÉTRALE PROFONDE ET DE LA BLENNORRHAGIE SYPHILITIQUE; par M. le docteur LAGNEAU fils.

Personne ne nie qu'après des écoulements urétraux on ait vu des accidents syphilitiques cutanés ou autres; mais tandis que pour quelques syphiliographes ils ne se montreraient qu'après les écoulements déterminés par des ulcérations primitives développées dans le canal, selon la plupart des autres praticiens, la vérole pourrait aussi être le résultat d'une blennorrhagie virulente, non ulcéreuse. Les premiers pensent qu'il n'y a pas de gonorrhée syphilitique sans chancre larvé; les seconds, et M. Lagneau fils est de ce nombre, qu'elle peut être syphilitique sans coexistence d'ulcération urétrale primitive.

L'auteur rapporte d'abord deux observations, dont l'une est un exemple de blennorrhagie avec prostatite suppurée; l'autre un cas assez commun de rétrécissement avec fausse route: toutes deux, du reste, complétement étrangères au sujet.

Ce n'est donc pas sur ces faits que M. Lagneau peut compter pour influer en rien sur l'état de la question.

Mais à ces deux observations en succèdent six autres dont voici le sommaire.

OBS. I. — Malade affecté de vérole constitutionnelle. Il n'a jamais eu antérieurement de maladie vénérienne, si ce n'est un écoulement *il y a dix ans*.

OBS. II. — Malade affecté de vérole constitutionnelle. Il n'a eu pour antécédent qu'une blennorrhagie dont la date n'est pas précisée.

OBS. III. — Malade affecté de vérole constitutionnelle. Pour seuls antécédents plusieurs blennorrhagies à date indéterminée.

OBS. IV. — Malade dans les mêmes conditions que le précédent.

OBS. V. — Malade affecté à 20 ans d'une blennorrhagie, avec bubon suppuré. Symptômes de vérole constitutionnelle traités et guéris par Boyer. Récidive au bout de vingt-cinq ans.

OBS. VI. — Étudiant en médecine d'une vingtaine d'années. La blennorrhagie a ceci de particulier que les douleurs sont surtout très-vives au méat. Engorgements des ganglions inguinaux. Diminution du calibre de l'urètre qui ne cède qu'incomplétement à la dilatation. Quelques mois après le début de la blennorrhagie, symptômes de vérole constitutionnelle.

Les quatre premières observations, il faut bien l'avouer, ne prouvent rien, ni pour ni contre l'opinion soutenue par l'auteur. Il s'agit de véroles constitutionnelles survenues dix ans ou un temps indéterminé après des écoulements. La vérole éclate d'habitude moins longtemps après l'accident primitif. Il est donc probable que les blennorrhagies en question ont été simples, et que le chancre qui a donné lieu à l'infection, de date beaucoup plus récente, a passé inaperçu, qu'il ait siégé dans le canal ou ailleurs.

La cinquième n'est pas plus concluante que les précédentes; elle a été recueillie du temps de Boyer, c'est-à-dire à une époque où il n'était pas question du chancre larvé. Elle n'a pas pu être à l'abri des nombreuses causes d'erreur signalées depuis.

Quant à la dernière, elle est, au contraire, très-précise. La vérole survient chez un étudiant en médecine *quelques mois* après le début de la blennorrhagie, c'est-à-dire comme surviennent la plupart des véroles, *quelques mois* après le début d'un chancre. Seulement une blennorrhagie où le méat est noté comme très-douloureux à l'émission de l'urine, une blennorrhagie accompagnée d'engorgement des ganglions inguinaux, et surtout une blennorrhagie aiguë, amenant de suite un rétrécissement qui ne cède qu'en partie à la dilatation, s'éloigne tellement de la marche ordinaire de la blennorrhagie commune, et se rapproche tellement de la marche habituelle du chancre induré de la fosse naviculaire, que le fait nous paraît plutôt favorable que contraire à l'opinion combattue par l'auteur.

Le mémoire de M. Lagneau, outre ces observations et les conclusions qu'il en tire (conclusions peu fondées, comme on a pu le voir), contient des considérations générales sur les difficultés de la production du chancre larvé, sur la fréquence des véroles sans antécédent chancreux, sur le nombre des auteurs qui regardent la blennorrhagie comme syphilitique; toutes objections auxquelles l'école de M. Ricord a maintes fois répondu.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 21 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. BINET.

PROCÉDÉ OPÉRATOIRE QUI SIMPLIFIE LES CAS GRAVES DE PARAPHIMOSIS.

M. MALGAIGNE adresse sur ce sujet une lettre dont voici un extrait:

« ..... Pour cet étranglement, comme pour les étranglements herniaires, on cherche d'abord à opérer la réduction, et l'on y réussit le plus souvent. Mais quand la réduction est impossible, on conseille alors, de même que dans les étranglements herniaires, de diviser la bride qui étrangle, et au besoin de répéter cette section sur deux ou trois points. Or on diminue bien ainsi les accidents de l'étranglement, mais la réduction n'en demeure pas moins impossible; du moins, pour mon compte, je ne l'ai jamais vu obtenir après une semblable opération. Quelle est la raison de cet insuccès? C'est que l'anneau préputial, en déterminant l'inflammation, l'ulcération, quelquefois même la gangrène des parties qu'il étrangle, commence par épaissir le tissu cellulaire sous-jacent, et par organiser des adhérences étendues entre la couche tégumentaire et les corps caverneux. Le débridement, même répété, ne détruit pas ces adhérences, et ne suffit pas dès lors à la réduction; tandis que la destruction de ces adhérences, même sans débridement, suffit pour permettre de ramener les parties à leur place.

» Ainsi, l'étude de l'affection m'a conduit à distinguer un élément nouveau, laissé jusqu'à présent dans l'ombre, la constatation de cet élément entraînait une indication nouvelle; et voici maintenant comment j'ai rempli cette indication:

» Un jeune homme est entré dans mon service le 11 de ce mois, pour un paraphimosis datant de cinq jours; et déjà on voyait sur le dos du pénis une ulcération superficielle embrassant plus de la moitié de la circonférence de l'organe. Les internes essayèrent vainement la réduction. Le lendemain, à la visite, je ne fus pas plus heureux; les adhérences des téguments avec les corps caverneux y opposaient un obstacle insurmontable. Je glissai à plat entre les téguments et les corps caverneux, un bistouri étroit, à l'aide duquel je divisai ces adhérences dans l'étendue d'un centimètre. Cela ne suffit point. Je reportai dans l'incision un bistouri boutonné, pour compléter la division des adhérences dans toute leur étendue; et la réduction fut obtenue avec la plus grande facilité. Dès le lendemain, l'engorgement du prépuce avait diminué; le troisième jour, l'ulcération était cicatrisée, et l'opéré est sorti le 20 avril, guéri déjà depuis plusieurs jours, et sans avoir éprouvé aucune espèce d'accident. »

NIDS D'HIRONDELLE SALANGANE.

M. HUTIN, médecin en chef des Invalides, envoie plusieurs nids d'hirondelle salangane, recueillis il y a cinq ans dans une grotte des environs de Java, par le voyageur qui lui en a fait don. M. Hutin a pensé qu'en raison des communications qui ont été faites récemment à l'Académie touchant la composition de ces nids, il pourrait y avoir quelque intérêt pour la science à faire examiner ceux qu'il offre aujourd'hui, et qui sont dans un parfait état de conservation.

« Les habitants du pays, dit M. Hutin, pensent généralement que les salanganes composent ces nids avec du frai de poisson, et que l'opinion des personnes qui en regardent la matière comme le produit d'une sécrétion particulière à ces petits oiseaux, est due à ce que l'on voit des fils de cette substance visqueuse pendre souvent de leurs becs à l'époque où ils la ramassent pour s'en servir. Il paraît que chaque nid reçoit habituellement deux œufs seulement. »

(Une commission, composée de MM. Isid. Geoffroy-Saint-Hilaire, Payen et Montagne, est invitée à examiner ces nids.)

— M. WANNER envoie une note ayant pour titre: DE LA CAPILLARITÉ, THÉORIE DE LA CIRCULATION SANGUINE, note qui fait suite à celle que l'auteur avait présentée dans la séance du 31 décembre dernier.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 29 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie:

1 Un rapport de M. le docteur Bérulle, médecin inspecteur adjoint des eaux minérales de Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1854.

2° Un rapport de M. le docteur Niepce, médecin inspecteur des eaux d'Allevard, sur le service médical de cet établissement pendant la même année. (Comm. des eaux minérales.)

3° Les comptes-rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de l'Orne, de la Moselle, de la Vienne et de l'Allier, pendant l'année 1855.

4° Un rapport de M. le docteur Lecadre, du Havre, sur les maladies épidémiques qui ont régné en 1855 dans l'arrondissement du Havre.

5° Un rapport de M. le docteur Lespés, de Saint-Sever, sur une épidémie qui a régné dans la commune de Peyrehorade en 1855.

6° Un rapport de M. le docteur Heulbard d'Arcy, de Clamecy, sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans les communes de Cervon, Brassy et Lormes, en 1855-1856. (Commission des épidémies.)

7° Une note sur une épidémie de choléra, de suette, de fièvre algide pernicieuse et de fièvre typhoïde, par M. le docteur Lavielle (de Peyrehorade). (Comm. du choléra de 1854.)

8° Plusieurs recettes de remèdes secrets. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

— La correspondance non officielle comprend :

Une lettre de M. Pidoux, médecin de l'hôpital Lariboisière, qui se porte candidat à la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale. (Renvoi à la section.)

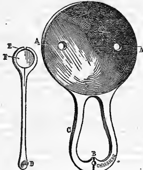
Une lettre de M. Barthez, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, qui adresse une semblable demande pour la place vacante dans la section d'anatomie pathologique. (Renvoi à la section.)

M. Charrière fils présente à l'Académie un ophthalmoscope qu'il a exécuté d'après les indications de M. le docteur Desmarres.

Cet instrument, d'une extrême simplicité, est léger, du diamètre et à peu près du poids d'une pièce de cinq francs.

Construit en acier poli, il a l'avantage d'être d'une grande solidité et d'une fabrication économique.

La figure ci-jointe donne une idée exacte de l'instrument ; c'est un miroir concave de 4 centimètres de diamètre et de 7 pouces de foyer. Il est percé de deux petits trous AA parallèles destinés à l'observateur, selon qu'il examine avec l'œil droit ou avec le gauche.



Un verre lenticulaire d'un pouce trois quarts de foyer renfermé avec le miroir dans un petit portefeuille complète l'instrument.

Quand on veut redresser l'image, on fixe au manche, dans une petite ouverture B ménagée à cet effet, une tige D destinée à recevoir d'autres verres F ; mais M. Desmarres ne la trouve pas nécessaire dans la pratique ordinaire. (Commissaires : MM. Poiseuille, Velpeau et Larrey.)

Une note de MM. les docteurs Mannonry (de Chartres) et Pichot (de la Loupe), sur une éruption vaccinale trouvée sur les mains d'un maréchal ferrant, suivie des expériences d'inoculation qu'ils ont pratiquées. (Comm. de vaccine.)

Un mémoire sur l'orthopédie physiologique de la main, par M. le docteur Duchenne (de Boulogne). (Comm. : MM. Bérard et Bouvier.)

Un mémoire sur le *mytilus edulis* (moule commune) et sur son emploi dans les affections des voies respiratoires, pulmonaires, etc., par M. L. Foucher, pharmacien à Orléans. (Commiss. : MM. Boudet, Blache et Bouilland, rapporteur.)

Un paquet cacheté de M. le docteur O'Rorke, concernant l'étude chimique, physiologique et thérapeutique du Kawa-Kawa.

ÉTIOLOGIE DE LA SURDI-MUTITÉ CONGÉNITALE.

M. le docteur Ménière lit un travail sur les causes de la surdi-mutité congénitale.

Sur 100 sourds-muets de 10 à 15 ans, les deux tiers ont entendu jusqu'à un âge plus ou moins avancé ; dans le tiers restant, tous ne sont pas atteints de surdité au même degré. La médecine ne peut les guérir, mais l'hygiène ne peut-elle prévenir le mal ? C'est ce qui donne à l'étude des causes un immense intérêt. Les impressions vives ressenties par la mère pendant la grossesse jouent le principal rôle ; viennent ensuite les accidents physiques ; l'hérédité paraît n'avoir qu'une influence très-restreinte ; l'absence de l'ouïe peut être la conséquence d'une lésion organique développée chez le fœtus. Mais, en dehors de ces causes matérielles, il existe des circonstances propres à modifier l'organisme et à déterminer chez les enfants la surdi-mutité congénitale. Les pays où l'on rencontre le plus de crétins sont aussi ceux où se trouvent le plus de sourds-muets. Là où il y a altération de l'espèce, il y a aussi diminution de vitalité chez les individus. Parmi les causes générales qui exercent une influence fâcheuse sur l'organisme humain, il en est une acceptée par tout le monde, confirmée par la tradition, la loi civile et religieuse, c'est le mariage entre parents, la consanguinité des deux époux.

La loi de conservation générale de l'espèce est pour l'homme comme pour tous les animaux, le croisement des races, le renouvellement des agents vitaux. Aussi le mariage entre consanguins est une cause puissante de la détérioration de l'espèce, et la surdi-mutité est souvent le résultat de cette coutume meurtrière conservée dans certains pays. La rareté des éléments matrimoniaux dans certains pays rend quelquefois la chose nécessaire. Aux sommets de l'échelle sociale, les familles princières, renfermées dans les obligations de la politique, soumises aux exigences de la raison d'État, gênées, en outre, par des motifs d'un autre ordre, comme la religion dominante des peuples qu'elles gouvernent, ces familles ne peuvent plus choisir leurs alliances que dans un cercle fort étroit, et alors, en dépit des soins les mieux dirigés, ces races royales s'affaiblissent sous l'influence fatale de ces consanguinités ; certains mariages restent absolument stériles, d'autres produisent de tristes rejetons voués à une mort précoce, l'intelligence s'abaisse, l'imbécillité se découvre, l'idiotie elle-même perce à travers tous les prestiges d'un isolement respectueux ; et le peuple, qui croit volontiers que toutes les misères lui sont dévolues, reconnaît avec un secret contentement que le trône ne met pas à l'abri des plus cruelles, et que tous les heureux priviléges ne sont pas le partage des maîtres du monde.

L'histoire de tous les temps contient de terribles leçons en ce genre ; il n'est pas nécessaire de les rappeler ; quiconque voudra réfléchir sur ce point aura bientôt retrouvé dans sa mémoire des exemples fameux à l'appui de cette thèse, et l'on restera convaincu qu'en mariage il est des incompatibilités naturelles, et qu'en transgressant la loi de dispersion des races on s'expose à l'amoindrissement et à la perte de l'espèce. Le mariage dans la consanguinité est une cause certaine de la surdi-mutité congénitale, et l'existence des sourds muets accuse souvent l'imprévoyance de leurs auteurs. (Renvoi à la section d'anatomie pathologique.)

DU SANG A L'ÉTAT PHYSIOLOGIQUE ET A L'ÉTAT PATHOLOGIQUE.

M. Max. Parchappe donne lecture d'un travail dans lequel il expose les résultats de ses recherches sur le sang dans l'état physiologique et dans l'état pathologique.

L'auteur résume lui-même son mémoire dans les termes suivants :

De toute cette discussion, il résulte que l'analyse quantitative des matériaux composants du sang n'offre un véritable intérêt au point de vue des applications physiologiques et pathologiques, et ne peut être considérée comme exacte, même au point de vue chimique, que lorsque, s'appuyant sur la détermination de la quantité réelle des deux parties constituantes du sang, les globules et le plasma, elle évalue les proportions des matériaux composants, en rapportant ces matériaux, non pas à la masse totale du sang, mais bien à celle des deux parties constituantes du sang, à laquelle ces matériaux appartiennent réellement. Pour avoir négligé cette base essentielle de toute analyse rationnelle du sang, les méthodes habituellement employées ont introduit dans les résultats des inexactitudes et des erreurs qui ont vicié les faits d'analyse de manière à diminuer sensiblement leur valeur intrinsèque comme expression de la nature propre à chaque sang, et plus sensiblement encore leur valeur comparative.

Ainsi, dans chaque analyse et par chaque espèce de sang, ces méthodes, en diminuant artificiellement la quantité des globules et en augmentant dans le même rapport la quantité des matières albumineuses, extractives et salines provenant du sérum, altèrent la proportion réelle des principes constituants du sang et donnent une idée inexacte de sa composition.

En négligeant de rapporter la quantité absolue de la fibrine à la partie du sang qui la contient exclusivement, ces méthodes ne fournissent pas la solution de la véritable question d'analyse quantitative, à savoir quelle est la proportion de la fibrine au plasma. Et en rapportant la quantité absolue de la fibrine à la masse du sang, elles font concevoir une idée fausse de la composition du plasma.

Ces altérations artificielles des proportions réelles des matériaux composants du sang dans chaque résultat analytique, sont certes de nature à infirmer d'une manière positive la valeur des déductions qu'on a pu faire sortir de ces faits comparés entre eux.

Mais cette valeur comparative est encore diminuée en ce que l'importance des erreurs et des inexactitudes introduites dans chaque fait varie d'un fait à l'autre, en raison même de l'inégalité du rapport de quantité réelle entre les globules et le plasma.

D'après les résultats d'analyse quantitative des matériaux du sang, qui ont été publiés par divers expérimentateurs, et qui s'éloignent peu de ceux que MM. Dumas et Prévost ont obtenus et que MM. Andral et Gavarret ont pris pour point de départ dans leurs études physiologiques et pathologiques, on devrait concevoir le sang moyen de l'état de santé comme constitué ainsi qu'il suit, en ce qui touche la proportion de ses principaux matériaux.

Le sang serait composé, sur 1,000 parties, de 790 parties d'eau et de 210 parties de substances solides.

La somme des substances solides se répartirait de cette manière :

Globules		127
Fibrine		3
Albumine du sérum	69	80
Matières extractives et salines	11	
		210

En d'autres termes :

Eau	790
Matériaux solides des globules	127
Matériaux solides du plasma	83
	1,000

En admettant que les globules secs soient aux globules humides dans le rapport de 1 à 3.4, cette analyse attribuerait au sang moyen pour proportions, en poids, de ses parties constituantes, 431 de globules, 569 de plasma.

La reconstruction du sang moyen de MM. Dumas et Prevost dans ses parties constituantes réelles, d'après les données mêmes de la méthode employée, donnerait les résultats suivants :

Globules secs 127 + 31, chiffre de la quantité fictive de matériaux solides du sérum attribuée à l'eau d'organisation des globules		158
Fibrine		3
Albumine du sérum	42, 26	49
Matières extractives et salines	6, 74	
		210

En d'autres termes :

Eau	790
Matériaux solides des globules	158
Matériaux solides du plasma	52

Et la proportion des globules humides au plasma, dans ce sang, donnerait 537 pour les globules, 463 pour le plasma.

Les expériences que j'ai faites d'après la méthode ordinaire, modifiée au moyen de la détermination de la quantité relative des globules humides et du plasma par le poids du caillot coupé par tranches et égoutté, donnent les résultats suivants :

Sang d'homme. — Moyenne de douze analyses :

Eau du sang	768
Matériaux solides du sang desséchés	232
Proportion des globules frais et de la fibrine évalués par le poids du caillot égoutté	529
Proportion du sérum	471
Proportion de l'albumine et des matières extractives et salines dans le sérum	103

RÉPARTITION PROPORTIONNELLE, DANS LA TOTALITÉ DU SANG, DE SES PRINCIPES COMPOSANTS, D'APRÈS LES RÉSULTATS DES ANALYSES.

		Eau	Matériaux solides desséchés.
Globules secs, diminués de 3 millièmes pour la proportion moyenne de la fibrine sèche dans le sang	181	»	181
Eau d'organisation des globules diminuée de 7.2 pour l'eau de la fibrine	340.8	340.8	»
Quantité des globules humides	521.8	»	»
Fibrine sèche	3	»	3
Eau d'évaporation	7.2	7.2	»
Albumine, matières extractives et salines sèches	48.0	»	48
Eau d'évaporation du sérum et de ses matériaux	420.0	420.0	»
Quantité du plasma	478.2	»	»
Proportion de l'eau et des matériaux solides secs dans la totalité du sang	768.0	»	232

521.8 de globules humides, d'après la proportion de 3.4 à 1, n'auraient dû produire que 153.4 de globules secs.

Sang de femme. — Moyenne de sept analyses :

	Sur 1000
Eau du sang	794.00
Matériaux solides du sang desséchés	206.00
Proportion des globules et de la fibrine humides évaluée par le poids du caillot égoutté	490.00
Proportion du sérum	510.00
Proportion de l'albumine et des matières extractives et salines desséchées, dans le sérum	98.00

RÉPARTITION PROPORTIONNELLE.

		Eau.	Matériaux solides desséchés.
Globules secs, diminués de 3 millièmes de fibrine sèche	153	»	153
Eau d'organisation des globules diminuée de 7.2 pour l'eau de la fibrine	329.8	329.8	»
Quantité de globules humides	482.8		
Fibrine sèche	3.00	»	3
Eau d'évaporation	7.2	7.2	»
Albumine, matières extractives et salines	50.0	»	50
Eau d'évaporation du sérum et de ses matériaux	457.0	457	»
Quantité du plasma	517.2		
Proportion de l'eau et des matières solides desséchées dans la totalité du sérum	»	794	206

482.8 de globules humides, d'après la proportion de 3.4 à 1, n'auraient dû produire du 142 de globules secs.

Ces résultats ont été plutôt confirmés qu'infirmés par ceux que j'ai obtenus dans une série de recherches entreprises de 1845 à 1848, au moyen de la méthode de détermination directe du rapport des globules au plasma par leur séparation spontanée dans le sang défibriné, méthode pour le perfectionnement de laquelle le temps d'abord et depuis les occasions m'ont manqué.

Ils conduisent à faire admettre que dans le sang à l'état physiologique la quantité des globules humides est en poids à peu près égale à la quantité du plasma, plus considérable chez l'homme, dans le rapport de 520 à 480, plus faible chez la femme, dans le rapport de 483 à 517.

La proportion des globules secs, d'après cette détermination de la quantité relative des globules humides et du plasma, devrait être estimée à 153 chez l'homme, et à 142 chez la femme, si les globules secs sont aux globules humides dans le rapport de 1 à 3.4.

Les résultats des analyses ont fourni en moyenne 181 pour le sang d'homme, 153 pour le sang de femme.

La quantité de la fibrine dans le plasma serait, d'après mes expériences, pour le sang voisin de l'état physiologique, dans le rapport de 6 à 8 sur 1000.

La proportion des matières albumineuses, extractives et salines provenant du sérum, dans la totalité du sang, serait de 48.5 chez l'homme, de 50 chez la femme.

Mais tous ces résultats n'ont, en définitive, qu'une valeur approximative.

Pour arriver à une détermination rigoureuse de la composition du sang, et pour obtenir des faits qui puissent être considérés comme une source pure d'inductions comparatives exactes, il est indispensable de recourir à une méthode d'analyse qui prenne pour point de départ la détermination de la quantité réelle des globules humides et du plasma. C'est la démonstration de cette nécessité que j'ai eu surtout pour but, en publiant des travaux qui, tant qu'ils sont propres à mettre cette nécessité en évidence, n'ont pas perdu tout intérêt, malgré leur ancienneté.

Jusqu'à ce qu'on ait pu réussir à peser exactement les globules humides, non altérés et complétement séparés du plasma, les méthodes d'évaluation par la détermination du poids du caillot ou du volume des globules auront une valeur provisoire et devront servir à éviter ou à corriger les erreurs qui dérivent nécessairement des méthodes d'évaluations fondées, sur le principe erroné qui assimile au sérum l'eau cédée par la totalité du sang au moyen de la dessiccation.

Les déterminations fournies par mes expériences doivent être absolument trop fortes, en ce qui concerne la quantité proportionnelle des globules, et trop faibles en ce qui concerne la quantité proportionnelle des matériaux albumineux extractifs et salins provenant du sérum. Car la méthode qui consiste à évaluer la proportion des globules par le poids du caillot, bien que coupé par tranches et égoutté pendant vingt-quatre heures, attribue à tort aux globules humides la quantité indéterminable de sérum qui demeure encore retenue par le caillot même après cette filtration.

Mais je crois que l'erreur introduite par cette imperfection de la méthode dans les résultats doit être considérée comme assez faible ; et il est certain qu'en tout cas elle est beaucoup moins considérable que celle qui résulte dans les méthodes ordinaires de l'assimilation de toute l'eau des globules humides à du sérum.

D'autre part, la méthode, malgré son imperfection réelle par une détermination absolue de la quantité des globules dans chaque sang en particulier, a l'avantage, à mon avis incontestable, de rendre les faits comparables, la section des caillots par tranches et leur égouttement sur un filtre pendant une même période de temps, ayant pour résultat de supprimer autant que possible dans les divers caillots l'inégalité qu'ils présentent naturellement, quant à la proportion de sérum par eux retenue au moment de la coagulation.

Les vues et les résultats exposés dans ce mémoire, tout en appelant l'introduction d'une méthode plus exacte dans les nouvelles recherches qui seront faites sur les proportions relatives des principes composants du sang, sont dès à présent de nature à jeter quelque lumière sur quelques points encore obscurs de l'histoire physiologique et pathologique du sang, et notamment sur les proportions de la fibrine dans l'état de santé et de maladie.

Les applications qui peuvent en être faites aux résultats jusqu'alors obtenus par le concours de tant de savants expérimentateurs, seront l'objet d'un second mémoire, si, comme je l'espère, l'Académie ne juge pas indigne de son

attention des recherches sur un sujet si difficile et si important. (Renvoi à la section d'anatomie pathologique.)

HISTOIRE DE L'ÉPILEPSIE.

M. le docteur JOZAT lit un travail intitulé : RECHERCHES HISTORIQUES SUR L'ÉPILEPSIE. Il s'est proposé pour but dans ce mémoire d'expliquer les différents noms que cette maladie a portés à travers les âges. Chaque secte, chaque système dominant, chaque école semble avoir voulu donner à cette maladie un nom en corrélation avec ses dogmes ou ses doctrines. Aussi l'histoire de ces nombreuses dénominations forme-t-elle en réalité toute l'histoire de l'épilepsie elle-même. C'est ainsi qu'elle porte d'abord le nom de *mal d'Hercule*, parce que, à une époque reculée, ce demi-dieu passait pour en avoir été atteint; c'est ce que démontre M. Jozat par l'exposé de ses recherches dans les mythologues et dans les auteurs anciens. Plus tard la soudaineté de l'attaque, les phénomènes effrayants qu'elle présente, sa nature mystérieuse font donner à l'épilepsie les noms de *morbus sacer*, *morbus divinus*, parce qu'on la regardait comme un effet de la colère céleste; de *morbus comitialis*, parce que les Romains rompaient immédiatement leurs comices lorsqu'un des assistants venait à être terrassé par ce mal affreux. Le nom de *morbus major* vient-il de ce que ce mal foudroie, de ce qu'il ne ressemble à aucun autre? Au temps de la médecine astrologique, l'épilepsie prend le nom de *morbus astralis*, *morbus astralis cardinalis*, *morbus lunaticus*, parce qu'on la croyait plus qu'une autre encore soumise à l'influence des astres et plus particulièrement de la lune, ce que M. Jozat ne croit pas, soit dit en passant, entièrement dépourvu de vérité. Au dix-septième siècle, à l'époque de la thaumaturgie médicale, l'épilepsie devient la maladie démoniaque, *morbus demoniacus*. M. Jozat ne cite que pour mémoire les dénominations populaires qu'on trouve dans quelques auteurs : *tombeurs*, de Bretagne ; *mal des enfants*, de Sauvages, *morbus sonticus* (mal grave ou funeste), d'Aulu-Gelle ; *morbus viridellus* et *morbus caducus*, de Paracelse; *haut mal*, *mal de terre*, etc. Il s'arrête seulement sur le nom de *mal de saint Jean*, que les uns font dériver de l'analogie que peut offrir la tête d'un épileptique avec la tête de saint Jean-Baptiste apportée à Hérode au milieu d'une orgie, et les autres de ce que saint Jean l'Évangéliste était lui-même épileptique. M. Jozat incline pour la première opinion. L'auteur termine son mémoire par quelques déductions pathogéniques et thérapeutiques qu'il a tirées de ses recherches historiques. (Commiss.: MM. Baillarger, Bricheteau, Roche.)

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE JANVIER 1856; par M. le docteur PORCHAT, secrétaire.

(Suite)

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

III. — PATHOLOGIE.

SUR DES LARVES DE MUSCIDE RENDUES DANS LES MATIÈRES DES VOMISSEMENTS ET DANS LES SELLES PAR UNE FEMME; par M. le docteur JULES DUBOIS. — EXAMEN DE CES LARVES par MM. les docteurs LABOULBÈNE et CH. ROBIN.

Les exemples authentiques de larves vivantes de *muscides* rendues par les malades étant encore rares, nous communiquons à la Société l'extrait d'une lettre adressée à l'un de nous (M. Ch. Robin), par M. le docteur Jules Dubois (d'Abbeville).

Il est à remarquer, cette fois encore, que les larves ont été rendues par une femme hystérique. Cependant il nous paraît infiniment probable que ces larves ont séjourné dans les voies digestives de la malade et n'ont point été mises on ne sont point venues à se trouver accidentellement dans les déjections.

OBS.—Madame C..., âgée de 40 ans, grande, d'une forte constitution, a fréquemment éprouvé des dérangements du côté des organes abdominaux. Elle est, en outre, tourmentée, depuis longtemps, d'accidents nerveux hystériformes. Depuis quatre à cinq mois elle se plaint d'inappétence, de malaise général, de coliques; la langue est chargée, sale, couverte d'un enduit blanc jaunâtre; il y a tantôt constipation, tantôt diarrhée. La malade se sent rongée, dit-elle, au creux de l'estomac; dans d'autres moments, elle accuse des pincements, puis de la brûlure. Ces douleurs ne sont pas continues; elles reviennent par accès; tout d'un coup il survient à l'épigastre du malaise, qui augmente rapidement pour revêtir les caractères déjà indiqués: à cela se joignent des étouffements, quelque chose, au dire de madame C..., qui remonte jusqu'à la gorge, et quelquefois survient une syncope qui dure trois ou quatre minutes; puis tout rentre dans l'état normal. Dans d'autres moments la douleur, toujours la même, occupe l'ombilic. Madame C... prétendait avoir *des vers qui la dévorent*. Il y a trois mois, elle rendit un lombric, et quelques jours après des ascarides vermiculaires. Le calomel, le semen-contra, la mousse de Corse, la tanaisie, furent successivement employés, et la malade se plaignait toujours, elle disait rendre continuellement des vers avec les selles.

Ces jours derniers (7 octobre 1855), mon père, médecin habituel de madame C..., l'engage à prendre de l'huile de ricin à petites doses et pendant plusieurs jours de suite.

Le jour même une des selles renfermait, suivant la malade, des vers d'une nature toute particulière.

L'huile de ricin fut continuée, et, le 12 octobre, sur les huit heures du matin, après des douleurs semblables à celles que nous avons rapportées, après des efforts violents, madame C... *vomissait, au milieu de mucosités, une cinquantaine de petits animaux*, sur lesquels elle crut devoir appeler l'attention de son médecin, puis la mienne. Un grain d'émétique amena l'*expulsion par les vomissements de deux autres petits vers*, par les selles d'une vingtaine d'autres.

Aujourd'hui, 13 octobre, madame C... se sent soulagée, elle a plus d'appétit, le sommeil a été bon.

Interrogée par nous sur la sensation qu'elle éprouvait lorsqu'elle avait rendu par les selles quelques-uns de ces parasites, elle nous répondit que les selles s'accompagnaient alors d'épreintes, de douleurs aiguës, qui subsistaient très-longtemps après l'évacuation.

J'ai examiné attentivement les petits animaux expulsés. Voici le résultat de mon examen :

Ils sont d'une couleur blanc jaunâtre ou gris sale, oblongs; leur longueur est de 8 millimètres, mais l'animal acquiert, dans ses mouvements de reptation, une taille de 10 à 11 millimètres; sa plus grande largeur, prise vers la moitié du corps, est de 3 millimètres; son épaisseur, au même endroit, est de 2 millimètres. Cette épaisseur va diminuant vers les bords, qui sont mousses et armés de poils. La forme est celle d'un ovale arrondi à son extrémité postérieure, effilé à son extrémité antérieure, qui se termine par une sorte de pointe ou de trompe. Douze anneaux complets forment le corps; tous, excepté le premier, sont pourvus de petits mamelons surmontés de poils roides, dont la longueur augmente de la tête à la queue. Ces poils et ces mamelons sont au nombre de six pour chaque anneau : on en compte deux placés sur la face dorsale de chaque côté de la ligne médiane; les quatre autres sont disposés par paires l'un au-dessus de l'autre sur chaque face latérale, de sorte que le pourtour de ces petits animaux en est tout hérissé; tous les poils sont dirigés en arrière. Le segment postérieur, outre les deux poils roides et bien visibles qui surmontent sa face dorsale, est armé de six autres qui protègent sa circonférence. Ce segment, plus large, plus grand que les autres, a la forme d'un demi-cercle à convexité postérieure. Le segment antérieur n'a plus la forme d'anneau, c'est plutôt une trompe excessivement rétractile, semblant douée d'une sensibilité exquise, que l'animal projette en avant lorsqu'il marche ou lorsqu'il explore le terrain sur lequel il s'avance; sa couleur est plus foncée; elle est mince, effilée à la loupe; elle semble se terminer par deux sortes de crochets ou de suçoirs. On distingue aussi, à l'aide de ce grossissement, deux sortes de lignes brunes qui, partant de chaque suçoir, aboutiraient à une ligne également brunâtre, qui se remarque par transparence le long de la face dorsale, exactement sur la ligne médiane, entre les deux rangées de poils que nous avons déjà signalées sur cette même face. C'est aussi à l'aide de la loupe que nous avons pu voir que chaque poil surmontait un petit mamelon de couleur un peu plus foncée que le reste du corps. La face inférieure, que j'appellerai abdominale, est moins colorée; elle est lisse, dépourvue de poils; on y retrouve facilement les lignes de séparation de chaque segment. De ce côté, le segment postérieur porte tout à fait à son extrémité une saillie de même couleur que le reste du corps, une sorte d'excroissance qui semble être l'anus; mais, avec les moyens grossissants dont je disposais, je n'ai pu y distinguer d'orifice. Sur cette face, on aperçoit encore par transparence un renflement brunâtre, qui n'est bien distinct que dans les cinq derniers segments. Est-ce le canal intestinal? Sa position à la partie postérieure du corps, près la petite saillie que nous avons prise pour l'anus, semble le prouver. Je n'omettrai pas de dire qu'une dépression bien marquée, une ligne de couleur plus foncée séparent chaque segment de ceux qui lui sont adjacents. Qu'on se figure un cloporte, dépourvu de pattes, armé d'une trompe protactile effilée, trompe que l'animal peut darder en tout sens; que l'on arme chaque flanc de ce cloporte d'une série de poils, et l'on aura une idée assez exacte du genre d'animal que nous décrivons.

Voici comment s'exécute la progression en avant: c'est un mouvement de reptation assez analogue à celui de la sangsue. Comme elle, l'animal darde sa trompe qu'il projette à une assez longue distance, choisit l'endroit où il doit la poser, et après quelques hésitations la fixe d'une manière solide; puis, se servant de ce point d'appui, il resserre tous ses anneaux qui, par un mouvement ondulatoire, se rapprochent de l'extrémité antérieure. Ce mouvement d'ondulation ou plutôt de reptation part de la queue à la tête; puis l'animal recommence.

Bien qu'il rampe exactement sur le ventre, il est puissamment aidé dans ces mouvements par les deux lignes inférieures de poils que nous avons vus rangés sur les faces latérales; c'est pour lui autant de pattes qui lui fournissent un point d'appui.

Dans la marche en arrière, le petit animal, au lieu de se servir de sa trompe pour entraîner le reste du corps, en use d'une façon tout à fait inverse ; il se fait aussi petit que possible, fixe son appendice antérieur, puis il s'en sert pour pousser, par un simple mouvement d'extension, les anneaux qui suivent. Si l'animal est placé sur le dos, il sait habilement se retourner en rapprochant les deux extrémités du corps.

Ses divers mouvements sont vifs, rapides; c'est surtout avec une promptitude extrême qu'il allonge et ramène sa trompe, douée d'une rétractilité vraiment étonnante.

J'ai plongé ces animaux dans de l'eau de fontaine froide; ils sont bien vite tombés au fond du vase, inertes, mais non dépourvus de vie; l'eau tiède ne les influence nullement, l'air libre, au contraire, semble les ranimer, les rend plus agiles et plus vifs.

J'en ai immergé quatre ou cinq dans de la poudre de semen-contra; ils en sont sortis bien vivants.

Les animaux envoyés par M. J. Dubois étaient vivants quand ils ont été soumis à notre examen. D'après la description assez exacte, nous avions reconnu qu'il s'agissait de larves de *muscides*, et leur étude nous a convaincus qu'elles appartenaient au genre *Anthomyia* de MEIGEN.

L'un de nous (M. Laboulbène) a placé ces larves dans des conditions favorables à leur développement, et il a observé qu'après s'être changées en nymphes dans leur propre peau de larves, il est éclos de l'une d'elles une *muscide* qui nous paraît être l'*Anthomyia* (*Faunia*) *saltatrix* ROB.-DESV. (Myodaires, p. 567.)

BIBLIOGRAPHIE.

ON THE CONSTITUTIONAL AND LOCAL EFFECTS OF DISEASES OF THE SUPRA-RENAL CAPSULES, by THOMAS ADDISON, M. D., senior physician to Guy's hospital. — London, 1856.

Quand la critique porte sur cette partie de la littérature médicale qui se compose d'ouvrages acceptés du public et dont la réputation est pour ainsi dire faite, elle borne son examen à la constatation de progrès déjà accomplis dans une voie déterminée. Alors il est rare qu'elle puisse, s'engageant dans des considérations rétrospectives, faire le procès des directions suivies par les auteurs, des méthodes adoptées et des résultats obtenus. Ces directions, ces méthodes, ces résultats n'appartiennent plus à notre époque: pour les juger, il faudrait faire l'histoire des années antérieures et comparer ces productions à toutes celles de l'époque précise à laquelle elles appartiennent. La littérature médicale se compose, en outre de ces ouvrages classiques, d'un nombre considérable de travaux originaux d'une importance variable, que la presse enregistre chaque jour. Le plus souvent ces œuvres ne portent que sur des parties très-limitées de la science. Destinées à des études de détail, elles n'offrent aucune vue d'ensemble, aucun résumé général; on dirait que chaque observateur cherche à se circonscrire dans un coin de l'organisme, afin de s'y créer un monopole. C'est ainsi que se sont introduites de nos jours bien des prétentions à des découvertes nosologiques. Si l'on recherche avec soin on trouvera que la plupart de ces inventeurs n'ont fait que présenter sous une forme particulière des phénomènes qui étaient imparfaitement connus avant eux. Pour arriver par cette voie, à reconnaître des faits nouveaux, la méthode est facile; il s'agit seulement d'observer attentivement dans une direction quelconque, il est rare que l'esprit n'arrive point ainsi promptement à entrevoir des phénomènes d'un ordre intéressant. C'est ce qui a lieu pour tous les nouveaux observateurs. Le domaine de l'inconnu est tellement vaste dans les sciences médicales que partout où l'esprit dirige ses recherches, il touche à des faits et à des problèmes nouveaux. La multiplicité des faits inconnus, le grand nombre de questions à résoudre, voilà ce qui paralyse le progrès.

Ce que nous pensons aujourd'hui à ce sujet, les premiers historiens le pensaient avant nous et nous pouvons prédire à nos successeurs les plus reculés que le nombre des inconnues que nous laisserons après nous ne sera pas sensiblement diminué par nos découvertes. Est-ce à dire qu'il n'y ait pas de mérite à chercher dans ce fonds inépuisable pour en faire jaillir quelque lumière? Il faut, nous croyons, encourager ces efforts; mais avant cela il serait urgent de prévenir les investigateurs qui sont à la piste des faits nouveaux, et qui s'attellent au char des découvertes de chaque jour et de leurs applications éphémères qu'ils ne rendent à la science qu'un médiocre service. Celui-là se signale plutôt qui, suivant les faits à l'aide de la méthode indicative, cherche à éluder leur corrélation naturelle, leur enchaînement réciproque, à démêler leurs rapports de cause à effet. C'est ainsi qu'ont procédé de tout temps les esprits qui ont fait faire le plus de progrès à la médecine. Démêler dans la complication des phénomènes de l'organisation des lois qui élucident un certain nombre de faits, c'est bien évidemment faire plus que de constater à l'aide des sens physiques les modifications de certains phénomènes. La raison trouvant, d'une part, une œuvre de l'esprit, et de l'autre une œuvre des sens, ne peut manquer d'établir une séparation tranchée entre ces deux genres de production.

Si nous faisons ces remarques générales à l'occasion de l'ouvrage intéressant du docteur Thomas Addison, médecin de l'hôpital de Guy, c'est que l'auteur a eu conscience du peu de valeur qui s'attache aux travaux qui ne reposent point sur un nombre suffisant de faits bien étudiés. Il s'est attaché à bien préciser les conditions de son observation personnelle, et il a cherché à déduire de là un fait général, l'"*existence de certains effets morbides, constitutionnels ou locaux, consécutifs aux différentes altérations des capsules surrénales*. Dans cette voie, à supposer que l'observateur se soit trompé, soit d'une manière générale, soit d'une manière partielle, il restera toujours de son travail une initiative importante à connaître. Dire que certains troubles fonctionnels et certaines lésions organiques sont liés presque constamment à des altérations des capsules surrénales, apporter des observations à l'appui de cette assertion, discuter la valeur séméiologique de quelques-uns des symptômes observés, telle est, en résumé, la marche suivie par notre distingué confrère de l'hôpital de Guy. A-t-il réussi à réunir, en faveur de son opinion des faits assez nombreux ou surtout assez concluants? A-t-il apporté dans l'observation toutes les garanties désirables, et dans la discussion des observations toute la précision voulue? Nous ne le pensons pas; l'auteur lui-même reconnaît, du reste, que son travail laisse à désirer sous le rapport du nombre des faits, que plusieurs observations sont incomplètes, que l'analyse clinique s'applique difficilement à certains symptômes entrevus. Il nous faut montrer quels sont ces desiderata; pour cela nous présenterons d'abord ici le résumé des observations publiées, soit par le docteur Addison, soit par différents médecins des hôpitaux de Londres. Le résumé suivant, qui servira de texte à la discussion, est emprunté au MEDICAL TIMES GAZETTE, n° du 8 mars.

OBS. I. — Il s'agit d'un homme de 32 ans; pas de commémoratifs, on sait seulement que la peau était de couleur normale et blanche dans l'état de santé. Les premiers symptômes ont été une toux fatigante accompagnée bientôt d'affaiblissement et de coloration bronzée de la peau, le tégument externe a pris une couleur brunâtre, le scrotum et le pénis ont une teinte noirâtre. Il survient ensuite une faiblesse excessive, de l'émaciation, une douleur lombaire gauche, de la sensibilité à l'épigastre. La maladie dure ainsi pendant trois ans. La mort a lieu par péricardite et pneumonie aiguë. On trouve à l'autopsie les capsules surrénales d'une dureté de pierre, du volume d'un œuf; leur tissu est complétement altéré. Traces de pneumonie et de péricardite récentes; pas de tubercules; pas d'autres lésions vicérales. (Addison, page 9.)

OBS. II. — Homme de 35 ans; a eu un rhumatisme huit ans avant; d'une santé ordinairement bonne. La maladie a eu une marche aiguë et s'est caractérisée par des vomissements, de la constipation, du délire et une grande débilité. Bientôt on a vu survenir la coloration bronzée de la peau, teint d'un brun olive, dépôts pigmentaires dans la muqueuse buccale. Les symptômes généraux ont été comme il suit: expression anxieuse de la face, vomituritions, pouls sans fréquence, mais très-faible, constipation, épigastralgie, engourdissement momentané des doigts, des jambes, du bout de la langue, accablement extrême par moments. La durée de la maladie est de six mois; on n'a pas noté les accidents qui ont précédé immédiatement la mort. Les deux capsules surrénales contenaient des concrétions fibrineuses compactes. La muqueuse gastrique est enflammée; il n'y a pas de tubercules ni d'autres lésions vicéales. (Addison, page 12.)

OBS. III. — Homme de 36 ans, dont la santé n'a commencé à s'altérer que trois mois avant la décoloration de la peau. Il est survenu d'abord une douleur au dos et à la jambe, suivie d'affaiblissement, d'amaigrissement, de vertiges. La peau a pris une teinte brun olive foncé, plus obscure par places. L'amaigrissement, la paleur de la peau, l'affaiblissement, les syncopes faciles dès que le malade est levé, les vomituritions, le hoquet, la douleur du dos, l'affaiblissement momentané de l'intelligence, tels sont les symptômes présentés par le malade. On note de la leucocythémie et une courbure angulaire du rachis. Cette affection dure sept mois. La mort a lieu dans un état torpide qui se développe graduellement. Les capsules sont complètement détruites et converties en une masse strumeuse. On trouve en outre un abcès dans le psoas, et une carie des vertèbres lombaires, des tubercules pulmonaires, une rate un peu volumineuse. Le sang contenait une grande proportion de globules blancs (Addison, page 15.)

(*La suite au prochain numéro.*)

THOLOZAN.

— M. Sandras, agrégé libre de la faculté, médecin de l'Hôtel-Dieu, vient de mourir.

— NOUVELLES SANITAIRES. — On lit dans le RACCOGLITORE MEDICO DI FANO, à la date du 13 avril 1856:

« Il est arrivé à Gênes deux bateaux à vapeur provenant de la Crimée, infectés de typhus. Ils ont été envoyés à la quarantaine de Varignano. En attendant, la population est dans une grande anxiété, dans la crainte que l'arrivée prochaine du corps expéditionnaire ne donne lieu à une infection typhique plus grande. Le gouvernement a ordonné de préparer 3000 lits à Varignano afin d'y recevoir les hommes atteints par le fléau. »

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE SANITAIRE.

IMPORTATION DES MALADIES ÉPIDÉMIQUES. — IDENTITÉ DU TYPHUS DES ARMÉES AUX DIFFÉRENTES ÉPOQUES HISTORIQUES. — MESURES PROPOSÉES PAR LE CONSEIL DE SANTÉ DES ARMÉES.

(Deuxième article. — Voir le numéro 17.)

Nous avons indiqué quelques faits relatifs à l'importation du typhus par les armées : on pourrait en citer bien d'autres encore. L'importance de ces observations n'est point dans leur nombre ; la manière dont elles sont racontées par des observateurs étrangers aux discussions relatives à la contagion des maladies fait foi de leur exactitude ; et leur valeur dans la question actuelle est attestée par l'impossibilité d'expliquer le développement d'une affection nouvelle dans une localité dont les conditions hygiéniques ne se trouvent pas changées, autrement que par l'importation et la communication d'un principe morbifique. Il reste à savoir si les maladies décrites par les auteurs que nous avons cités sont les mêmes que celles que nous avons vues en Orient, et qui ont causé à l'armée et au corps médical des pertes si cruelles.

En revenant aujourd'hui sur cette question, nous voulons indiquer quelques-uns des caractères généraux du typhus.

La symptomatologie des *fièvres* demande à être étudiée avec des vues plus élevées et des principes p us généraux que ceux qui se résument dans l'observation d'une épidémie particulière. La confusion qui a été introduite par différents observateurs dans l'histoire du typhus, provient en grande partie de ce qu'ils ont pris pour symptôme pathognomonique tel phénomène dont la présence n'est pas constante. Je citerai, par exemple, les *pétéchies* : non-seulement les auteurs ne sont pas d'accord sur ce qu'il faut entendre par pétéchies (1), mais il est bien démontré par l'histoire, que certaines épidémies castrales n'ont point été accompagnées d'éruption, tandis que d'autres en ont présenté de différentes sortes. Comme les autres symptomes restent les mêmes dans ces différents cas ; comme, du reste, dans la même épidémie, il y a des malades qui offrent des éruptions et d'autres qui n'en offrent point, on est bien tenu de ne pas considérer comme pathognomonique ce caractère, important du reste à relever. Je passe maintenant aux descriptions laissées par les anciens auteurs.

Rhumélius (de Munich) a donné comme caractères du typhus qu'il observa, en 1621-22-23, en Allemagne, à la suite des armées : la céphalalgie, les vertiges, les tremblements, l'insomnie suivie de somnolence, les tintements d'oreilles, la paracousie, l'angine, la cardialgie, le hoquet, les nausées, les pétéchies (2). — *Diemerbroeck* raconte que la maladie de Nimègue en 1635-36, débutait souvent par un frisson léger suivi de chaleur, ce qui lui donnait l'apparence d'une simple fièvre intermittente. Il ajoute que vers le septième jour seulement, et même quelquefois plus tard, il survenait de la prostration, de l'accablement, l'anxiété, une céphalalgie vertigineuse, du délire, etc. — Au dire de *Ramazzini*, le typhus qui régna à Modène, en 1692, débutait comme une fièvre tierce et passait à l'état de double tierce, le pouls était petit, déprimé, il y avait une grande prostration des forces, les pétéchies, l'angine, la diarrhée. — *F. Hoffmann* a trouvé dans le typhus pétéchial de 1699 les symptomes suivants : dès le début, grande prostration des forces, vertiges, syncopes, insomnie suivie de somnolence, sueur ou diarrhée bilieuse du premier au second septénaire. — *Richa* (1) a décrit la maladie épidémique qui régna dans le Piémont et dans une grande partie de l'Italie en 1720 ; au début, il y avait des accès fébriles quotidiens ou irréguliers, ou une fièvre continue sans symptomes graves ; vers le dixième ou le douzième jour survenaient l'insomnie, le délire ou la somnolence. — La maladie apportée en Lorraine par les troupes françaises, au retour du siége de Philipsbourg, était caractérisée par la céphalalgie, les lassitudes, les douleurs des membres, les nausées, les vomissements, le lumbago, le délire actif ou soporeux, les pétéchies, etc.

Le typhus qui fit tant de ravages dans l'armée française commandée par le maréchal de Bellisle, après le siége de Prague, s'annonçait par une grande prostration des forces, une céphalalgie atroce, de l'insomnie, du délire, de la diarrhée. — Une remarque importante faite par *Scrincus* et *Bache* sur les lieux (2), c'est que les Français n'eurent pas de pétéchies, tandis que les gens du pays en furent couverts. — *W. Batt* (3) et *Rasori* ont observé dans le typhus de Gênes que la marche de la maladie était irrégulière, que les vrais symptômes typhiques ne survenaient quelquefois qu'au second septénaire, que d'autres fois ils étaient manifestes dès le second jour, que la maladie se jugeait le huitième ou le dixième jour, ou se prolongeait au delà du quatrième et du cinquième septénaire. Batt a signalé au début de la maladie, la langueur, l'abattement, les alternatives de frissons et de chaleur, l'oppression précordiale, la céphalalgie obtuse, les douleurs vagues des membres, des lombes, du cou, les nausées, les vomissements, les sueurs critiques, etc. — *Geoffroy* et *Nysten* ont retrouvé dans le typhus des guerres d'Espagne, le malaise, les alternatives de frissons et de chaleur, les lassitudes, la pesanteur des membres, l'engourdissement des extrémités, la céphalalgie, l'insomnie ou la somnolence, les nausées, les vomissements spontanés. — Sir James M'Grégor (4), cité aussi par Ozanam, a décrit sous les traits suivants la maladie qui se montra à Portsmouth en 1809 sur les troupes revenant d'Espagne : au début, langueur et lassitude extrêmes, douleurs vives à la tête, au dos et dans les articulations, puis chaleur brûlante, agitation et insomnie ou somnolence ; la maladie se jugeait aussi quelquefois par les sueurs, la diarrhée ou les épistaxis.

(1) De telle façon que les uns ont appelé de ce nom les éruptions rosées ou violacées, rubéoliformes, qui existent dans certains typhus, tandis que d'autres ont réservé l'expression de typhus pétéchial pour désigner la maladie qui s'accompagne d'une extravasation sanguine dans le derme, autour des follicules pileux siégeant principalement aux membres inférieurs.

(2) Ozanam, HISTOIRE MÉDICALE, GÉNÉRALE ET PARTICULIÈRE DES MALADIES ÉPIDÉMIQUES, t. III, p. 133.

(1) CONSTITUTIO EPID. TAURINENSIS.

(2) HISTORIA FEBRIS GALLICÆ CASTRENSIS QUÆ IN REGNO BOHEMIÆ, 1742, GRASSABATUR.

(3) Cité par Ozanam, vol. III, p. 180.

(4) OBS. ON THE FEVER WHICH APPEARED IN THE ARMY FROM SPAIN.

FEUILLETON.

DE RE CIBARIA.

(Premier article.)

Un arrêt de la Faculté en 1668, à propos de la préparation et de la police du pain.

Il en est des institutions et des coutumes comme des idées : les plus stables et les mieux établies en apparence peuvent changer. Rien n'est plus difficile que de les apprécier à leur juste valeur, que de les modifier dans un sens déterminé : nous voulons parler des règles hygiéniques des siècles qui ont précédé le nôtre ; elles ont fixé l'attention des historiens de l'époque, et elles sont peu connues de nos jours. Nous aurons occasion d'en traiter ici quelquefois ; elles permettent peut-être de présenter sous un aspect nouveau quelques-uns des problèmes que l'hygiène a résolus de nos jours. En étudiant les idées de nos devanciers à ce sujet, on aura une vue plus complète des progrès que nous avons accomplis. Aujourd'hui, pour commencer ce sujet, nous commenterons un arrêt curieux rendu par la Faculté il y a près de 200 ans, au sujet de l'emploi de la levûre de bière dans la fabrication du pain.

Le hasard, qui a donné lieu à beaucoup de découvertes, a aussi produit très-probablement celle du *levain*. On la doit peut-être à des mains économes qui, pour ne pas perdre quelques morceaux de la vieille pâte, l'auront mélangée avec de la nouvelle. Chez la plupart des peuples, en effet, le premier levain employé ne consistait qu'en un peu de pâte aigrie qu'on délayait dans la nouvelle pâte. Cependant, tout ce qui est capable d'exciter la fermentation, comme présure, verjus, eaux aigrelettes, vinaigre, etc., a servi au besoin à cet usage. On a employé ainsi jusqu'au vin même, et Champier raconte que, de son temps, ce dernier levain était usité en France. « On jette dans l'eau, dit-il, des grappes de raisin ; le lendemain on y écrase celles qui flottent, et cette eau vineuse, qu'on fait entrer dans la confection du pain, le rend plus délicat et plus agréable. D'autres, ajoute cet auteur prennent de la farine de millet qu'ils pétrissent avec de l'écume de vin nouveau, lorsqu'elle fermente et qu'elle sort par la bonde du tonneau. Ils en forment de petits pains qu'ils font sécher au soleil, et qu'ils gardent ensuite pour le besoin quand ils boulangeront. »

Ce dernier procédé se trouve indiqué dans Pline, qui dit que ce levain de millet se conservait une année entière. Suivant cet écrivain (1), le principal usage du millet était d'en faire du levain en le pétrissant dans du moût. Les Romains faisaient aussi du levain avec le fleurage, le son gras de froment, qu'ils pétrissaient avec du moût ou vin blanc doux et de trois jours. Ils en faisaient des espèces de pastilles qu'ils faisaient sécher au soleil, pour les con-

(1) Liv. XVIII, cap. II.

Il faudrait entrer dans de longs développements pour analyser chacun des symptomes cités par les observateurs que nous venons de nommer. On sait que les caractères d'une même affection varient dans certaines limites suivant les constitutions médicales ou épidémiques. Le praticien éclairé sait reconnaître, à travers des différences quelquefois assez marquées, une seule et même affection. On doit tenir compte de ces variations des symptomes dans le typhus; elles sont au moins aussi prononcées que dans la fièvre typhoïde.

Il y a des typhus très-légers et il y a des typhus graves, et on ne sait point si les cas légers ne sont pas susceptibles de se communiquer aussi facilement que les cas graves. C'est ainsi que dans la question d'hygiène publique qui nous occupe les autorités sanitaires ont dû se préoccuper de tous les cas morbides. Quelle que soit la capacité des médecins sanitaires, la loi ne leur a pas reconnu pendant longtemps le droit de décider en temps d'épidémie si une maladie appartenait ou n'appartenait pas à l'espèce morbide incriminée. Il suffisait d'un malade d'une provenance suspecte pour suspendre pendant un certain temps les communications. Cette grande prudence des règlements anciens n'a rien d'excessif pour nous qui considérons les individus sains comme susceptibles de servir à la propagation des maladies épidémiques.

Cet important problème a été l'objet de toute la sollicitude de l'administration, le comité d'hygiène publique s'en est occupé activement; ses prescriptions à ce sujet nous serviront à examiner dans quelque temps la question des quarantaines au point de vue de la législation sanitaire actuelle. Toutefois les premières prescriptions du comité ne dépassaient point la portée de l'arrêté du ministre du commerce et des travaux publics en date du 29 mars dernier. Cet arrêté, suggéré par les résultats de la mission de MM. Mélier et Alquié, prescrivait, entre autres formalités et précautions spécialement relatives à la législation sanitaire en vigueur, le triage des hommes apportés par chaque navire, la catégorisation des malades, leur traitement sur place dans l'isolement; mais il autorisait, il prescrivait même le renvoi immédiat des hommes reconnus bien portants, dans les garnisons de l'intérieur, à la seule condition de recevoir préalablement certains soins de propreté et d'être dirigés immédiatement sur les gares des chemins de fer sans communiquer avec les villes du littoral. L'ensemble de ces mesures n'a pas paru offrir au délégué du conseil de santé au comité d'hygiène les garanties nécessaires à la préservation publique. Si nous sommes bien informé, cet honorable inspecteur du service de santé militaire a beaucoup insisté au sein du comité sur la proximité des foyers typhiques de Crimée par le fait de la navigation à vapeur, qui, par cette saison et en ligne directe, ne laisse qu'un intervalle de huit à dix jours entre le foyer d'origine et le littoral de la France. Il lui a paru que la dissémination presque immédiate des hommes réputés sains au moment de l'arrivée pouvait donner lieu au développement ultérieur de foyers typhiques multiples sur les routes qu'ils avaient à parcourir. Suivant ce membre, que l'expérience de cette campagne même a pu éclairer sur le mode d'extension de certaines épidémies, il était indispensable de soumettre les troupes venant d'Orient à une sorte d'observation sanitaire, qu'il proposait d'instituer entre le point de départ et le point d'arrivée, dans diverses stations méditerranéennes. En faisant valoir avec insistance cette nécessité, il exprimait non-seulement sa conviction personnelle, mais celle du conseil de santé des armées. Le conseil lui-même, agissait simultanément dans le même sens auprès du ministre de la guerre, qui s'est empressé d'adopter les mesures proposées et ne les a modifiées que pour le choix des emplacements destinés à la formation des camps d'observation sanitaire. Nos lecteurs savent qu'au lieu d'avoir été formés au loin, ils s'établissent en ce moment sur le littoral du midi de la France, dans des positions très-favorables du reste à l'isolement des troupes et à toutes les mesures de purification prescrites. Le conseil de santé ne s'en est pas tenu à cette initiative: il vient de soumettre à l'approbation du ministre une instruction relative à la salubrité des camps où stationneront momentanément les troupes. Ce qui nous est revenu de cette instruction nous autorise à croire qu'on ne la trouvera pas inférieure aux instructions analogues, que depuis soixante ans le conseil de santé n'a jamais manqué d'adresser à l'armée, à toutes les époques où l'intervention de sa haute expérience et de ses lumières était indiquée.

Dans les circonstances actuelles cette intervention a une opportunité qui ne saurait être méconnue, car si l'observation démontre que les émigrations de troupes sont dangereuses pour les populations, elle fait voir que pour les armées elles-mêmes le danger est encore plus considérable. Habitant les mêmes casernes, traités dans les mêmes établissements hospitaliers, vivant d'une vie commune, en contact incessant dans les mêmes corps, les uns avec les autres, les soldats sont dans les conditions les plus aptes à réfléchir toutes les influences de la contagion. Arrêter dans une armée qui rentre dans ses foyers les germes d'une maladie épidémique, empêcher le développement immédiat ou ultérieur d'un mal éminemment susceptible d'adhérer à l'organisme, ce problème qui est un des plus difficiles de l'hygiène militaire, et qui ne s'était point présenté depuis longtemps dans les conditions actuelles, a été résolu de la manière la plus complète par un ensemble de mesures et de prescriptions sur lesquelles nous reviendrons prochainement.

THOLOZAN.

ANATOMIE PHYSIOLOGIQUE.

MÉMOIRE SUR LA CRYPTORCHIDIE CHEZ L'HOMME ET LES PRINCIPAUX ANIMAUX DOMESTIQUES; par MM. A. GOUBAUX, professeur d'anatomie et de physiologie à l'École impériale vétérinaire d'Alfort, et E. FOLLIN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux. (Lu à la Société de biologie le 8 mars 1856.)

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

B. — CHEZ LES ANIMAUX DOMESTIQUES.

A. — Espèce chevaline.

M. Vanhaelst, qui a publié les premières observations dans le RECUEIL DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE (NOTE SUR LA CASTRATION DES CHEVAUX MONORCHIDES ET ANORCHIDES; par M. VANHAELST, vétérinaire de pre-

---

server jusqu'au moment où ils les délayaient dans de l'eau pour s'en servir. Dans l'Inde, au dire de Malouin, on se sert du suc de palmier aigri pour faire le pain. Dans plusieurs localités de l'Allemagne, on s'est servi longtemps de la bière même pour faire fermenter la pâte.

Avant tout il faut rappeler qu'au commencement du dix-septième siècle les boulangers de Paris mirent en vogue une nouvelle sorte de pain où il entrait du lait et du sel, et qui était d'un goût plus agréable que le pain ordinaire. La reine Marie de Médicis, dit Delamare, s'en faisait ordinairement servir à table, et on le nomma *pain à la reine*. Le mélange de lait et de sel rendant la pâte plus pesante, le levain ordinaire n'avait plus assez de force pour la faire lever; ils y ajoutèrent de la levûre de bière, ce qui rendit ce pain très-léger et très-délicat. Il y avait plus de soixante ans que les boulangers suivaient cet usage, quand des gens méticuleux alarmèrent le public sur cette découverte et parlèrent de la levûre comme d'un poison; d'autres leur répondirent; on écrivit, on discuta, on s'injuria. L'affaire parut si grave au gouvernement qu'il crut devoir s'en mêler. Le lieutenant général de la police, de la Reynie, en vertu d'une ordonnance du roi en date de 1666, qui lui conférait des pouvoirs étendus en matière de salubrité publique, fit assembler plusieurs médecins, les consulta sur l'introduction de la levûre de bière dans le pain, et leur demanda si cette innovation ne pouvait être préjudiciable à la santé. Ils délibérèrent en sa présence, et leurs avis furent partagés. Le magistrat leur ordonna de traiter cette question à fond dans leur école.

La Faculté, consultée ainsi par le lieutenant général de police, pour savoir si l'usage de la levûre de bière dans le pain devait être permis ou défendu, chargea quatre célèbres docteurs de l'examen de cette question. Ceux-ci firent une enquête complète; ils examinèrent dans les brasseries la qualité de la levûre de bière, et chez les boulangers la manière dont elle était employée dans le pain. Après avoir recherché et considéré pendant près de deux mois tout ce qui pouvait mériter quelque considération sur ce sujet, ils jugèrent que l'on devait proscrire la levûre. Sur ce, en assemblée générale, la Faculté décida que l'usage de la levûre dans le pain était mauvais et malsain.

Il faut dire pourtant que la majorité ne fut pas nombreuse en faveur de cette opinion. Sur 80 docteurs présents, 47 opinèrent contre la levûre et 33 pour. Ce décret, nous apprend Claude Perrault, avait été rendu dans une assemblée qui avait été convoquée pour d'autres affaires, « ce qui fait qu'il ne saurait passer pour authentique, y ayant beaucoup de docteurs qui étaient absents, qui sont d'avis contraire au décret, et même quelques-uns de ceux qui ont changé d'avis après avoir été plus pleinement informés. »

Delamare se trompe donc quand il dit (1) que tous les docteurs de la Faculté furent assemblés le 24 mars 1668, et que la question de l'emploi de la levûre de bière dans la confection du pain y fut beaucoup agitée.

Les motifs de l'arrêt de la Faculté et les détails que nous venons de citer seraient restés tout à fait inconnus si la question n'avait point été reprise

(1) TRAITÉ DE LA POLICE.

mière classe au premier régiment de chasseurs à cheval (Belgique) (Voir tome XXIII, année 1846), dit seulement que ses dissections lui ont démontré que le testicule peut avoir des positions variées, et que ces positions sont les suivantes :

1° Il n'a pas franchi l'anneau inguinal ;

2° Il est engagé en partie dans l'anneau inguinal ;

3° Il a franchi l'anneau inguinal et se trouve appliqué contre son ouverture ;

4° Il s'est éloigné de l'anneau inguinal, mais pas assez pour faire hernie dans sa bourse.

Le travail de M. Vanhaelst, rédigé principalement au point de vue chirurgical, manque de détails anatomiques, et contient même quelques erreurs qu'il était d'une certaine importance de ne pas laisser passer sans quelques observations. Aussi, dans ce double but, c'est-à-dire de faire connaître les détails anatomiques relatifs à ces anomalies et de faire disparaître les erreurs commises par M. Vanhaelst, nous avons publié un premier travail sur la cryptorchidie sous le titre de : QUELQUES MOTS AU SUJET DE LA NOTE SUR LA CASTRATION DES CHEVAUX MONORCHIDES ET ANORCHIDES. (RECUEIL DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE, année 1847, p. 131.)

Voici les observations que nous avons rapportées dans ce travail :

1° Le 17 avril 1844, chez un cheval qui fut sacrifié pour le cours pratique des opérations chirurgicales et qui n'avait qu'un seul testicule descendu dans les bourses (celui du côté gauche), nous avons remarqué que le testicule droit était resté dans la cavité abdominale. Il n'existait pas de gaîne vaginale du côté droit. Le testicule de ce côté descendait verticalement de la région sous-lombaire sur la paroi inférieure de la cavité abdominale où il avait contracté des adhérences. Cet organe était suspendu à l'extrémité d'une portion de péritoine, absolument comme l'intestin grêle. Les vaisseaux et le canal déférent étaient situés entre les deux lames de cette portion péritonéale, comme les vaisseaux de l'intestin grêle entre les deux lames du mésentère. Le canal déférent remontait d'abord verticalement, puis décrivait une courbe à convexité antérieure pour pénétrer dans la cavité pelvienne où il s'abouchait à la vésicule du côté correspondant. Le volume du testicule était très-petit relativement à celui du côté opposé. La substance testiculaire était d'une couleur rouge grisâtre, grasse et comme pulvérulente au toucher.

2° Le 17 février 1845, un cheval extrêmement vieux fut sacrifié pour les travaux anatomiques. Le testicule droit de ce cheval était seul descendu dans les bourses.

Autopsie. — Le testicule gauche était flottant dans la cavité abdominale ; son volume était moins considérable que celui du côté opposé. Les vaisseaux et le canal déférent étaient compris entre deux lames péritonéales assez larges. Il n'existait aucun vestige de gaîne vaginale de ce côté. La substance testiculaire était molle et flasque comme dans le fœtus. La vésicule séminale contenait une matière blanche, épaisse, filante, analogue à celle de la vésicule séminale du côté opposé.

3° Le 29 mars 1845, chez un cheval qui fut sacrifié comme incurable, un seul testicule, celui du côté droit était apparent à l'extérieur. Ce testicule avait un volume un peu considérable relativement à la taille de l'animal.

A l'autopsie, nous avons rencontré le testicule gauche à l'entrée de la cavité pelvienne ; il était flottant dans la cavité abdominale. Les vaisseaux, le canal déférent et le testicule lui-même étaient enveloppés dans une portion de péritoine comme l'intestin grêle. L'épididyme était volumineux. Le testicule allongé dans le sens antéro-postérieur n'était pas plus volumineux que dans le fœtus ; sa substance était molle au toucher.

4° Le 11 avril 1845, chez un cheval très-vieux qui ne présentait à l'extérieur que le testicule gauche, de volume ordinaire, le testicule droit était flottant dans la cavité abdominale, absolument comme dans l'observervation précédente.

5° Le 22 août 1845, chez un cheval âgé de 12 ans environ, qui fut amené à l'École d'Alfort pour servir au cours pratique des opérations chirurgicales, le testicule gauche était seul apparent. A l'autopsie, nous avons constaté que le testicule droit était flottant dans la cavité abdominale, entouré complétement par une portion de péritoine. Une petite gaîne vaginale avait commencé à se former ; sa profondeur était d'environ 2 centimètres, et sa cavité était occupée par la queue de l'épididyme.

Nous avons examiné, à l'aide du microscope, la matière contenue dans les vésicules séminales : il n'existait pas d'animalcules dans celle du côté droit, tandis qu'il en existait un très-grand nombre dans celle du côté gauche.

6° Le 11 mai 1846, nous avons trouvé un testicule flottant dans l'intérieur de la cavité abdominale, c'était celui du côté gauche. Il n'existait pas de gaîne vaginale de ce côté. Du reste, le testicule et les différentes parties qui en dépendent se comportaient exactement de la même manière que dans les observations précédentes.

7° Dans le courant du mois de septembre 1846, chez un cheval qui fut sacrifié pour une maladie incurable, nous avons rencontré les deux testicules flottant dans l'intérieur de la cavité abdominale. Nous n'avons fait aucune remarque particulière que nous puissions ajouter à ce qui précède.

8° Le 26 novembre 1846, sur un cheval hors d'âge, le testicule droit était resté dans l'abdomen. Le testicule gauche n'était pas plus volumineux que dans l'état normal. Le testicule droit, suspendu à la région lombaire, était flottant à l'entrée de la cavité pelvienne. Ce testicule était aussi volumineux que celui qui était descendu dans les bourses ; il était complétement transformé en une matière blanchâtre, dure, résistante, semblable à de la matière encéphaloïde. Un point seul, vers le milieu du bord supérieur, était ramolli en une matière rouge purulente.

Des observations précédentes, nous avons tiré les conclusions suivantes :

1° Que, lorsque les testicules restent dans l'abdomen, ils augmentent ordinairement fort peu de volume ;

2° Que la substance testiculaire, quoique saine, reste molle comme dans le fœtus, et qu'elle peut présenter les mêmes altérations pathologiques que celle des testicules situés dans les bourses ;

3° Qu'il n'existe pas de gaîne vaginale, attendu que celle-ci ne se forme que lorsque le testicule descend dans les bourses ;

4° Que le sperme (1) que contient la vésicule séminale, du côté où

(1) Nous aurions dû dire : *la matière* au lieu de *le sperme.*

---

quelque temps après judiciairement. Voici à quel propos : Il y avait à cette époque un procès pendant au parlement entre les boulangers de petit pain et les cabaretiers. Ceux-là prétendaient que ceux-ci ne pouvaient se servir de gros pains dans leurs cabarets pour le distribuer par morceaux aux buveurs, et se fondaient sur plusieurs anciens règlements qui l'ont ainsi ordonné. Les boulangers de Gonesse et les autres boulangers qui font le commerce de gros pain se trouvant intéressés dans cette affaire, y donnèrent leur requête d'intervention. Les uns et les autres ayant appris ce qui s'était passé dans la Faculté de médecine contre la levûre que les boulangers de petits pains emploient, en firent l'un des moyens de leur cause, et prétendirent que le public était intéressé à rejeter l'usage du petit pain, qui nuit à la santé, et à favoriser le commerce du gros, où il n'entrait pas de levûre.

Cela donna lieu à un arrêt interlocutoire du 31 août 1668, qui portait : « Qu'avant faire droit, six médecins et six notables bourgeois seraient ouïs par le conseiller rapporteur et donneraient leur avis sur la composition du petit pain, et si la levûre que l'on y fait entrer est nuisible au corps humain. » Ces avis furent donnés par-devant Dulaurens, conseiller de la grand'chambre, le 31 janvier 1669. Delamare nous a conservé l'extrait du procès-verbal qui contient tous ces avis, et nous donnons ici *in extenso* celui des quatre premiers docteurs, Guy-Patin, Brayer, Blondel, Courtois, qui représentent l'opinion émise neuf mois avant par la Faculté.

« Nous soussignés, docteurs doyens de la Faculté de médecine de Paris, interpellés de déclarer quel est notre sentiment touchant la levûre ou écume de bière que les boulangers de Paris mettent dans leur pain depuis le commencement du siècle courant, estimons que non-seulement elle n'est ni utile ni nécessaire pour faire du pain, mais même que si on la considère tant en soi que pour ses effets, elle blesse la santé et est préjudiciable au corps humain.

» Pour faire du pain très-bon et très-sain, si l'on en croit Hippocrate et Galien et tous les bons médecins anciens et modernes, il ne faut que de la farine de bon blé, bien moulue et séparée de son son, suffisante quantité de levain et d'eau pure et nette, et si l'on veut quelques grains de sel, dont on forme une pâte, laquelle doit être bien pétrie et broyée, assez levée et enfin mise au four chaud et à tel degré que toute la mie du pain soit également cuite sans que la croûte soit brûlée. Tous les peuples qui habitent les cantons de l'Asie ou de l'Europe où il y a du vin et où on ne boit point de bière, et tous les Parisiens qui vivent de pain de Gonesse, sont trop convaincus de cette vérité. Cela n'a pas, toutefois, empêché que les boulangers de Paris, désireux de gagner beaucoup pour chatouiller le goût des friands, ne se soient avisés de mettre du lait dans leur pain ; mais parce qu'ils rendaient leur pâte pesante, trop tardive à lever, et qu'ils étaient trop longtemps à la pétrir, pour s'épargner cette peine, la faire lever et bouffir promptement, faire plusieurs pains d'un petit morceau de cette pâte, et plusieurs cuites de pain en une nuit. Ils y ont mêlé la levûre ou écume de bière, qui par sa chaleur et âcreté née de la pourriture de l'eau et de l'orge ou autres petits grains dont on fait la bière, rend à la vérité le pain très-léger et poreux, mais ruine et déprave ce qu'il y a de sec, doux, bon et propre à nourrir, le rend, de friable qu'il devrait être, visqueux et pâteux ; et lui imprime tant d'aigreur et d'amertume,

le testicule est dans l'abdomen, n'offre pas d'animalcules spermatiques à l'examen microscopique (1).

Depuis cette époque (1846), nous avons eu plusieurs fois l'occasion de faire de nouvelles observations sur les chevaux : elles sont conformes à celles que nous venons de rapporter, ainsi qu'on le verra ci-après.

A. — Le 11 novembre 1850, deux chevaux monorchides furent sacrifiés pour les travaux anatomiques ; tous deux étaient des chevaux de trait léger ; l'un était âgé de 15 ans et l'autre de 20 ans environ.

Chez l'un, celui de 15 ans, le testicule gauche était resté dans l'abdomen ; et chez l'autre, celui de 20 ans, c'était le testicule droit (2).

Sur ces deux chevaux, la disposition anatomique ne présentait rien de particulier que nous n'eussions déjà vu plusieurs fois, relativement à la situation anomale du testicule. Les testicules situés dans les bourses avaient un volume en rapport avec la taille des sujets.

Le testicule situé dans l'abdomen n'avait pas les mêmes propriétés physiques chez ces deux animaux. Chez l'un, il était très-petit, très-mou, très-flasque, et blanchâtre sur sa coupe ; chez l'autre, il était mou, d'un rouge brun, déprimé sur ses faces comme s'il eût été comprimé ; la coupe en était grenue et ne ressemblait en rien à celle de cet organe dans l'état normal.

Nous avons prié notre honorable collègue et ami M. H. Bouley de vouloir bien examiner avec nous le produit de la sécrétion des organes testiculaires de ces deux chevaux, et voici ce que nous avons constaté à l'aide du microscope :

1° Dans le canal déférent et dans l'épididyme des testicules situés dans les bourses, du sperme et un grand nombre de spermatozoïdes.

2° Dans les parties correspondantes des testicules, situés dans l'abdomen, nous n'avons pu extraire, par la pression, que quelques gouttelettes d'un liquide clair, semblable à de la sérosité, et ne contenant pas d'animalcules spermatiques.

B. — Nous avons fait une observation semblable le 23 janvier 1853, et nous en avons communiqué une autre à société de biologie, dans la séance du 27 mai 1854, c'est-à-dire que du côté où le testicule était resté dans la cavité abdominale, le liquide que nous avons pu retirer du canal déférent était en très-petite quantité, clair, transparent, et ne contenait pas d'animalcules spermatiques, tandis qu'il y en avait un très-grand nombre du côté opposé. (23 janvier 1853.)

Notre honorable collègue M. Delafond a bien voulu contrôler avec nous le fait que nous avions avancé déjà depuis plusieurs années, en examinant au microscope le liquide des voies spermatiques.

C. — Nous ne multiplierons pas davantage ces observations : on verra hientôt que nous aurions pu le faire.

En terminant ce paragraphe, nous devons faire remarquer que dans toutes les observations, à l'exception de la huitième, le testicule qui est resté dans l'abdomen est moins volumineux que celui qui est descendu dans les bourses ; que son volume est à peu près celui qu'il présente dans le fœtus, et enfin que la substance en est molle et flasque.

On pourrait tirer de ce fait exceptionnel (huitième observation) la conclusion que le volume des testicules étant le même, les fonctions doivent être les mêmes ; mais on se tromperait, car il est des chevaux chez lesquels les testicules sont peu volumineux, même lorsqu'ils sont dans les bourses. Nous avions eu le tort autrefois de ne pas faire connaître la différence de poids qu'on observe dans ces circonstances : aujourd'hui nous sommes en mesure pour ne plus laisser de doutes à cet égard.

1° Poids des testicules chez l'espèce chevaline.

Nos d'ordre.	Service de l'animal.	Age.	Taille.	Poids.	Renseignements.	Poids du testicule gauche.	Poids du testicule droit.	Différence de poids en faveur du testicule gauche.	droit.	Observations.
			m	k		gr	gr	gr	gr	
1	Trait léger	8 ans	1,45	»	Châtré, méchant	270	210	60	»	Dans toutes ces recherches, le testicule a été pesé seul, c'est-à-dire après avoir été complétement isolé de l'épididyme.
2	Gros trait	8 ans	1,55	»	*Id.*, *id.*	285	280	5	»	
3	Trait léger	16 ans	1,45	»	*Id.* Expérience	210	190	20	»	
4	*Id.*	18 ans	1,40	»	*Id.* *Id.*	200	150	50	»	
5	*Id.*	9 ans	1,55	»	*Id.*, méchant	181	179	2	»	
6	*Id.*	4 ans	1,65	»	*Id.*, *id.*	232	245	»	13	
7	Gros trait	10 ans	1,65	»	Cadavre.	224	228	»	4	
8	*Id.*	4 ans	1,60	»	*Id.*	168	156	12	»	
9	*Id.*	4 ans	1,60	»	*Id.*	235	188	47	»	
10	Trait léger	20 ans env.	1,50	»	*Id.*	280	265	15	»	
11	*Id.*	15 ans	1,40	»	Châtré. Expér.	175	182	»	7	
12	Gros trait	8 ans	1,65	»	*Id.* *Id.*	250	250	»	»	
13	*Id.*	15 ans	1,50	»	*Id.* *Id.*	199	170	29	»	
14	Trait léger	20 ans	1,40	»	*Id.* *Id.*	144	[illegible]	»	35	
15	*Id.*	*Id.*	1,40	»	*Id.* *Id.*	182	172	10	»	
16	*Id.*	18 ans	1,50	»	*Id.* *Id.*	126	113	13	»	
17	Gros trait	*Id.*	1,60	»	*Id.* *Id.*	240	[illegible]	»	5	
18	*Id.*	4 ans	1,55	»	Cadavre	162	207	»	45	
19	*Id.*	20 ans	1,55	»	*Id.*	140	140	»	»	
20	*Id.*	15 ans	1,65	»	Châtré, méchant	244	295	»	51	
21	Trait léger	*Id.*	1,50	»	Cadavre	131	156	»	25	

(1) Dans une note faisant suite à cette dernière conclusion, nous avons confirmé ce résultat par une observation que nous avons faite pendant l'impression de ce travail.

(2) Cette observation a été communiquée à la Société centrale de médecine vétérinaire, dans la séance du 14 novembre 1850, et est imprimée dans les bulletins de cette société.

---

qu'il communique aux bouillons dans lesquels on le met, qu'il devient insupportable au goût quand il y a deux jours qu'il est cuit, et qu'il fait corrompre le lait des malades ou convalescents à qui les médecins le conseillent pour toute nourriture, et de manger dans chaque jour une ou deux fois un morceau de pain par-dessus et immédiatement après leur lait. Car la bière, dit *Cornelius Tacitus*, De moribus germanorum, cette triste boisson faite de houblon, d'orge ou de froment corrompu et d'eau gâtée, souvent même tirée des mares, n'a pas été plutôt inventée qu'elle a été condamnée par Dioscoride, Galien et les autres médecins et par les hommes les plus éclairés. Tous l'accusent de nuire à la tête, aux nerfs et aux parties membraneuses, d'engendrer un très-mauvais suc, de causer une ivresse plus longue et plus fâcheuse que celle du vin, et tantôt la difficulté, tantôt la suppression d'urine, quelquefois la ladrerie. Quel bien peut-on espérer, ou plutôt quel mal ne doit-on pas craindre de la part de son écume mêlée avec le pain ?

» Dire, comme font ceux qui la défendent, qu'on n'a encore vu aucune personne qui soit morte ou tombée sur-le-champ malade pour avoir mangé de ce pain, n'est pas un bon moyen pour l'affranchir des blâmes dont on la charge. Il en est comme de la pâtisserie, du sucre raffiné avec la chaux et l'alun, des viandes dures, salées, poivrées et épicées, et du vin où l'on jette de la chaux, de la colle de poisson et d'autres choses de soi-même mauvaises, que les hommes qui ont quelque soin de leur santé évitent, quoique aucune de ces choses ne fasse perdre ni la vie ni la santé, le jour même qu'on la prend.

» On veut bien aussi avouer à ceux qui aujourd'hui tâchent de donner quelque crédit à l'écume de hière, qu'on en a fait quelque usage dans le siècle de Pline. Plinius, cap. 7, lib. 18 : *Marina aqua subigi, quod plerique maritimis in locis faciunt occasione lucrandi, salis inutilissimum non alia de causa opportuniora morbis corpora existunt. Gallia et Hispania frumento in potum resoluto quibus diximus generibus spuma ita concreta pro fermento utuntur.* Et dans le suivant, où l'on buvait de la bière parce qu'il n'y avait pas encore de vignes en France, pourvu qu'ils avouent que nos Français, plus polis et mieux instruits, ont avec raison préféré le vin à la bière, et le pain sans levûre et écume à celui dans lequel on en mettait autrefois ; et que ce n'est pas sans sujet que ci-devant la Faculté de médecine de Paris, sise en assemblée, en a fait le même jugement que nous.

» Signé : Guy-Patin, Brayer, Blondel, Courtois. »

Un des hommes de l'époque qui montrèrent le plus de chaleur dans ce ridicule procès fut Guy-Patin. Dans une lettre du 16 novembre 1668, il dit : « Messieurs du parlement ont député six médecins de votre Faculté, dont je suis l'ancien. Nous nous assemblerons l'un de ces jours, et ferons le procès de cette levûre de bière, qui n'est qu'une vilaine écume. »

Les deux autres docteurs régents, Pérault et Rainsant, furent d'un avis complètement opposé ; leurs conclusions sont que la levûre de bière « n'a rien qui puisse être nuisible au corps humain, étant bien conditionnée, mêlée à d'autre levain et en aussi petite quantité qu'on a contume de l'y mettre, qui ne va pas à la pesanteur de 4 grains pour chaque pain, à condition que l'usage de ce pain, de même que de celui qui se fait de levain franc, soit réglé selon

Nos d'ordre.	SERVICE de l'animal.	AGE.	TAILLE.	POIDS.	RENSEIGNEMENTS.	POIDS du testicule gauche.	POIDS du testicule droit.	DIFFÉRENCE de poids en faveur du testicule gauche.	droit.	OBSERVATIONS.
			m	k		gr	gr	gr	gr	
22	Gros trait	6 ans	1,65	»	Cadavre	311	298	13	»	
23	*Id.*	15 ans	1,50	»	*Id.*	215	256	»	41	
24	*Id.*	7 ans	1,75	»	Ch., très-méch.	306	288	18	»	Communication de M. Benjamin.
25	*Id.*	4 ans	1,55	»	Castration	256	240	16	»	
26	Selle-étalon	7 ans	1,50	»	*Id.*	194	190	4	»	
27	Trait léger	2 ans	1,46	»	*Id.*	142	131	11	»	Communication de M. Dillon. — Le cheval n° 30 et celui 31 avaient les testicules malades.
28	*Id.*	3 ans	1,65	»	*Id.*	225	208	17	»	
29	Gros trait	6 ans	1,54	»	*Id.*	232	248	»	16	
30	Trait léger	7 ans	1,55	»	*Id.*	260	253	7	»	
31	Selle	3 ans	1,25	»	*Id.*	62	62	»	»	
32	Gros trait	6 ans	1,48	»	*Id.*	150	155	»	5	
33	*Id.*	4 ans	»	»	*Id.*	250	288	»	38	
34	*Id.*	26 mois	»	»	*Id.*	70	82	»	12	Communication de M. Festal (Philippe).
35	*Id.*	30 mois	»	»	*Id.*	110	90	20	»	
36	*Id.*	4 ans	»	»	*Id.*	124	120	4	»	
37	*Id.*	2 ans	»	»	*Id.*	125	130	»	5	
38	*Id.*	3 ans	»	»	*Id.*	187	156	31	»	
39	*Id.*	4 ans	»	»	*Id.*	125	120	5	»	
40	*Id.*	7 ans	1,65	»	*Id.*, très-méch.	304	306	»	2	
41	*Id.*	12 ans	1,60	»	Cadavre	200	195	5	»	
42	*Id.*	13 ans	»	340	*Id.*	136	78	58	»	— Le testicule droit de ce cheval était atrophié.
43	*Id.*	16 ans	»	445	*Id.*	121	133	»	12	
44	*Id.*	*Id.*	»	363	*Id.*	166	159	7	»	
45	*Id.*	12 ans	»	394	*Id.*	157	156	1	»	

2° Poids des testicules dans les cas de cryptorchidie.

Nos d'ordre.	SERVICE.	AGE.	TAILLE.	POIDS du testicule gauche.	POIDS du testicule droit.	DIFFÉRENCE de poids entre le testicule situé dans les bourses et celui situé dans l'abdomen.	OBSERVATIONS.
			m	gr	gr	gr	
1	Gros trait.	15 ans	1,50	165	18	147	Le testicule droit était dans l'abdomen.
2	*Id.*	»	*Id.*	122	16	106	*Id.*
3	*Id.*	8 ans	1,58	31	260	229	Le testicule gauche était dans l'abdomen.
4	*Id.*	»	1,55	31	254	223	*Id.*

B. — Espèce asine.

Nous n'avons recueilli que peu d'exemples dans l'espèce asine; mais nous avons pu constater, dans chacun des faits que nous avons observés, les mêmes dispositions anatomiques que chez le cheval.

Chez quelques animaux de cette espèce, nous avons pesé les testicules afin de montrer la différence qu'on observe entre ceux qui descendent dans les bourses et ceux qui restent pendant toute la vie dans la cavité abdominale. Voici les résultats de ces recherches :

1° Chez des individus bien conformés.

Nos d'ordre.	AGE.	TAILLE.	POIDS de l'animal vivant.	POIDS du testicule gauche.	POIDS du testicule droit.	DIFFÉRENCE de poids en faveur du testicule gauche.	droit.	OBSERVATIONS.
		m.	k	gr	gr	gr	gr	
1	10 ans	1,25	»	109	115	»	6	Les testicules ont été pesés après avoir été complétement détachés de l'épididyme.
2	18 ans	1,20	»	71	66	5	»	
3	5 ans	1,30	»	191	191	»	»	
4	6 ans	1,069	97	95	107	»	12	
5	vieux	0,920	96	90	92	»	2	

les lois de la médecine, sans lesquelles il n'y a rien qui ne soit nuisible. » Ils remarquent avec beaucoup de raison que dans toute l'Angleterre, les Pays-Bas et généralement dans tous les pays du Nord, on ne se servait point d'autre levain; « que toutes les communautés de Paris qui ne mangent point d'autre pain, ni les princes à qui on en sert tous les jours, n'ont point été avertis de la malignité qu'on prétend être cachée dans cette sorte de nourriture. »

L'amertume que le pain de levûre a quelquefois, disent-ils, ne saurait aussi témoigner autre chose, sinon que la levûre qu'on y a employée est mal conditionnée ou a été trop longtemps gardée, ce qui lui fait perdre la force fermentative, et oblige les boulangers d'en employer une plus grande quantité. Claude Perrault avait fait plus, il avait écrit quelque temps avant pour soutenir un avis contraire à celui de la Faculté. Il faut ajouter à l'honneur du corps médical que la plus grande partie des médecins regarda cette innovation qui rendait le pain agréable et léger par le moyen de la levûre comme une des plus utiles.

Malgré les opinions opposées, le lieutenant général de police et le procureur du roi, dans leur rapport au parlement, se prononcèrent contre la levûre; ils pensèrent « qu'il était au moins incertain et douteux si la levûre de bière dans le pain est bonne ou mauvaise; qu'en telle matière un seul doute était suffisant pour la faire condamner; qu'on ne pouvait douter que cet usage n'ait été repris par les boulangers de Paris pour leur profit et leur intérêt particulier. » En conséquence, il décidèrent que l'usage de la levûre de bière dans le pain devait être entièrement défendu, aussi bien que le lait et tout autre mélange de cette qualité.

Cet avis motiva un arrêt du 21 mars 1670 qui décida la question : « il fait défense aux boulangers d'employer d'autre levûre en bière dans le petit pain, que de celle qui se fait dans la ville, faubourgs, banlieue, prévôté et viscomté de Paris. » Cette interdiction ne fut pas complète, comme on le voit. Du reste, on continua à demander aux boulangers et à manger sans aucun accident ces petits pains mollets si friands.

S'il est vrai, comme le dit Pline, que les Gaulois employaient la levûre dans la préparation du pain, il est probable que cet usage ne se généralisa jamais beaucoup et même qu'il se perdit, car à la fin du seizième siècle on ne s'en servait plus que dans les pâtisseries. Dans les premiers temps de l'usage de la levûre, dit le docteur Malouin (1), on ne l'employait que pour faire les pains à café et autres petits pains. Ensuite on s'en servit pour faire tout pain mollet, tout pain de pâte molle.

THOLOZAN.

— Par arrêté ministériel, en date du 6 mai 1856, M. Orfila, agrégé en exercice de la Faculté de médecine de Paris, a été autorisé à ouvrir pendant le deuxième semestre de la présente année scolaire, dans l'amphithéâtre de la Faculté, un cours complémentaire de toxicologie.

(1) Collection des arts et métiers.

2° Chez des individus cryptorchides.

N° d'ordre.	Age.	Poids de l'animal vivant.	Poids du testicule gauche.	Poids du testicule droit.
	vieux	»	gr 11	gr 12

OBSERVATIONS.

Les deux testicules étaient dans la cavité abdominale. La petite quantité de liquide qui a pu être extraite des canaux déférents était très-claire et très-transparente. Elle a été examinée au microscope; elle ne contenait aucun animalcule spermatique. M. Colin, chef de service d'anatomie à l'École impériale vétérinaire d'Alfort, a été témoin de cette constatation.

Nous avons communiqué à la Société de Biologie, dans la séance du 23 décembre 1854, le fait d'un âne cryptorchide d'un côté où il n'existait pas d'animalcules spermatiques.

C. — Espèce bovine.

Nous n'avons observé aucun exemple de cryptorchidie chez les animaux de cette espèce; nous ne pouvons que rappeler ici l'observation qui en a été publiée.

Dans un *cas d'hermaphrodisme masculin complexe observé par M. le docteur Rayer chez un taureau* qui fut sacrifié aux abattoirs (Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de Biologie, 2e série, t. 1, 1854, p. 112) on a noté ce qui suit :

« Les organes mâles étaient au complet, mais plusieurs étaient peu développés. Les deux testicules, situés dans la cavité de l'abdomen, dans l'endroit où l'on rencontre ordinairement les ovaires chez la vache, n'avaient qu'un très-petit volume, surpassant à peine celui des testicules d'un homme adulte bien conformé. Ils étaient reconnaissables à la tunique fibreuse qui leur servait d'enveloppe, à l'existence de l'épididyme et au canal déférent qui en partait. Rien d'ailleurs ne rappelait, dans ces organes, la structure des ovaires. Le tissu de ces testicules était évidemment altéré.

» A la coupe, la substance de ces glandes était d'un jaune-abricot, et les conduits séminifères ne se déroulaient pas en filaments, comme dans l'état sain; plusieurs points de ces conduits, examinés à un fort grossissement, n'ont point montré de zoospermes. Un de ces testicules contenait dans son intérieur un caillot de sang volumineux. Les canaux déférents, partis de l'épididyme, se rendaient derrière la vessie, communiquaient avec les vésicules séminales, se terminaient par les canaux éjaculateurs qui s'ouvraient dans le canal de l'urètre, par un très-petit orifice, de chaque côté du verumontanum.

» Les conduits déférents contenaient un liquide opalin dans lequel on distinguait en abondance un épithélium nucléaire, sans trace de zoospermes. Les vésicules séminales, situées a leur place ordinaire, étaient peu volumineuses. L'humeur qu'elles renfermaient avait à l'œil nu et à un fort grossissement la même apparence que celle des conduits déférents. Le canal de l'urètre et le pénis étaient bien conformés. »

D. — Espèce ovine.

Dans l'impossibilité où nous sommes encore ici de faire connaître nos observations personnelles, nous rapporterons celles que notre honorable confrère et ami M. Mathieu, vétérinaire à Sèvres, a pu faire pendant plusieurs années, alors qu'il habitait Ancy-le-Franc, département de l'Yonne, et celles de M. Festal (Philippe).

« Quant aux testicules conservés dans le ventre pendant toute la vie, nous dit M. Mathieu dans une lettre, je n'en dirai rien; les observations que vous avez faites rendent superflu tout ce que je pourrais écrire ici. »

Voici les poids des testicules chez quelques individus de l'espèce ovine qui étaient cryptorchides des deux côtés :

N° d'ordre.	Race.	Age.	Poids du testicule gauche.	Poids du testicule droit.	Observations.
1	Mérinos	28 mois	gr 35	gr 30	Communication de M. Festal.
2	Poitevin	15 mois	22	18	*Id.*
3	Mérinos	30 mois	42	46	*Id.*

E. — Espèce porcine.

Une seule occasion s'est présentée à nous d'observer un individu de l'espèce porcine dont l'un des testicules était resté dans la cavité abdominale. Cet animal avait été châtré du côté opposé. La disposition anatomique était la même que nous avons fait connaître pour le cheval. Il n'y avait pas d'animalcules spermatiques dans le liquide clair et transparent que contenait le canal déférent.

Dans un fait observé par M. Reynal à l'autopsie d'un porc chez lequel les deux testicules étaient restés dans l'abdomen, ces deux organes, qui étaient très-petits, mous et flasques, étaient situés au milieu d'une masse de graisse à la région sous-lombaire et en arrière des reins. (Société nationale et centrale de médecine vétérinaire, séance du 24 avril 1851.)

Notre collègue M. Magne, professeur à l'École impériale vétérinaire d'Alfort, qui avait dans son service une assez grande quantité de porcs (1), a fait, depuis nos premières observations sur le cheval, plusieurs remarques fort importantes sur lesquelles il a bien voulu nous communiquer quelques notes dont nous nous servirons dans ce travail.

M. Magne nous dit dans sa note :

« Le testicule abdominal est toujours plus mou et plus petit que le scrotal. La différence entre ces organes, quant au volume au moins, augmente à mesure que les animaux deviennent plus âgés. Elle est d'un sixième à deux mois, et d'un quart à quatre mois et demi, cinq mois. »

Chez des individus qui avaient les deux testicules dans la cavité abdominale M. Festal a trouvé les poids suivants :

N° d'ordre.	Race.	Age.	Poids du testicule gauche.	Poids du testicule droit.	Observations.
1	Saintongeais	5 mois	gr 48	gr 35	
2	Chinois	8 mois	54	42	

L'individu que nous avons examiné avait été châtré du côté droit. Le testicule gauche a été trouvé dans la cavité abdominale, à l'entrée de la cavité pelvienne; il était mou et flasque. Son poids était de 47 grammes (24 novembre 1852).

F. — Espèce canine.

Pour cette espèce nous avons recueilli trois observations.

1° Chez un chien basset à pattes torses, qui était cryptorchide du côté droit, le *testicule gauche* (scrotal) *pesait* 8 *grammes et le droit* 2 *grammes seulement*. Le testicule abdominal était mou et flasque. Nous avons pu faire voir à quelques élèves de l'École d'Alfort que, du côté gauche, le liquide contenu dans le canal déférent était pourvu d'un grand nombre d'animalcules spermatiques, tandis que celui qui a été recueilli dans le canal déférent du côté droit était moins abondant, moins épais, plus transparent et ne contenait pas d'animalcules spermatiques (4 juin 1855).

2° Chez un chien braque, âgé de quatre mois environ, le testicule droit était situé dans la cavité abdominale, et y était maintenu flottant entre le rein et l'entrée de la cavité pelvienne. Le testicule gauche, qui était dans les bourses, pesait 0 gr. 412, et celui du côté droit, qui était dans l'abdomen, pesait 0 gr. 372. Il n'y avait pas d'animalcules spermatiques ni d'un côté ni de l'autre, et cette particularité doit être attribuée, en ce qui concerne les organes du côté gauche, au jeune âge de l'animal (19 février 1856).

3° Chez un vieux chien caniche, le testicule droit était resté dans la cavité abdominale. Il n'y avait rien de particulier à noter relativement à sa situation. Il n'y avait pas d'animalcules spermatiques ni d'un côté ni de l'autre; mais il importe de faire remarquer que le testicule gauche, qui était situé dans les bourses, était aussi mou et flasque que celui du côté droit; qu'il avait une teinte jaune pâle, et que la lésion de fonction était la conséquence d'une lésion de la structure de cet organe.

Le testicule gauche ou scrotal pesait 2 gr. 260, et celui du coté droit 0 gr. 710.

(1) La porcherie de l'École a été supprimée depuis deux ans.

Les vaisseaux testiculaires du côté gauche étaient assez volumineux, tandis que ceux du côté droit étaient excessivement petits (19 février 1856).

EN RÉSUMÉ :

Dans les paragraphes précédents, nous avons prouvé par un certain nombre d'observations que, lorsque les testicules demeurent pendant toute la vie dans la cavité abdominale :

A. — Ces organes sont flottants et sont suspendus à l'extrémité d'un repli péritonéal, de la même manière que l'intestin grêle à l'extrémité du mésentère.

B. — Dans quelques cas, la partie postérieure de l'épididyme a commencé à refouler la portion pariétale du péritoine vers la partie supérieure du trajet inguinal, et, dans cette ouverture, la gaîne vaginale commence à se former, tandis que dans le premier cas elle manque absolument.

C. — De ces faits, il devient évident que la formation de la gaîne vaginale est la conséquence de la descente ou de la migration des testicules. Dans le premier cas, cette descente n'a pas commencé à s'opérer. Dans le second, elle a été arrêtée alors qu'elle commençait à se faire.

D. — Les testicules, qui sont pris dans les bourses, n'ont pas toujours le même volume et le même poids : il n'y a rien d'absolu sous ces deux rapports, c'est-à-dire que ce n'est pas, ainsi qu'on l'a prétendu, le gauche qui présente le volume et le poids les plus considérables, puisque les faits prouvent que c est tantôt le gauche, tantôt le droit.

E. — Les testicules qui restent pendant toute la vie dans l'intérieur de la cavité abdominale sont peu volumineux, et toujours moins volumineux que ceux qui descendent dans les bourses.

F. — Sous le rapport du poids, les testicules qui restent dans la cavité abdominale sont toujours beaucoup moins pesants que ceux qui sont situés dans les bourses.

G. — Les testicules qui restent dans la cavité abdominale sont toujours mous et flasques, comme ils le sont, du reste, pendant la vie fœtale, tandis que ceux qui sont situés dans les bourses ont toujours une consistance beaucoup plus ferme. La différence qu'il y a entre ces testicules, sous ce rapport, et dans les situations diverses dont nous faisons le parallèle, est tellement remarquable et frappante, que l'on peut les distinguer les uns des autres facilement, même lorsqu'on les présente à l'état de complet isolement du cadavre.

Nous n'étendrons pas davantage ce résumé pour le moment, attendu qu'il nous paraît indispensable de porter l'attention sur quelques points importants, et particulièrement sur la structure des testicules dans les cas de cryptorchidie.

§ VII. — STRUCTURE DU TESTICULE.

1° Chez l'homme.

Sur tous les sujets qui nous ont offert une rétention du testicule, soit à l'anneau inguinal, soit dans l'étendue du canal, nous avons toujours trouvé une diminution très-notable dans le volume de l'organe. Sur le vivant comme sur le cadavre, la chose est facile à vérifier.

Mais l'altération du testicule ne se borne pas, dans ce cas, à une diminution de volume, la structure se modifie profondément; l'organe subit ce qu'on peut appeler, dans un langage vicieux, une sorte de transformation fibreuse, c'est-à-dire que les parois des canaux séminifères s'affaissent et ceux-ci prennent le caractère de ligaments fibreux très-minces. Ce qui contribue encore à rendre cette apparence fibreuse plus marquée, c'est que les cloisons celluleuses du testicule, par le retrait de la substance séminifère, deviennent plus visibles. Ce retrait, auquel ne s'accommode pas la capsule si résistante qui enveloppe le testicule, donne à cet organe une sorte de flaccidité. Aussi cette espèce de testicule est-elle mollasse, et même, à travers les téguments, on ne sent plus la rénittence normale.

Une altération plus profonde de cette structure du testicule, c'est la transformation graisseuse complète, et par transformation graisseuse, nous entendons le dépôt d'une matière grasse, qui, comme dans le tissu musculaire, se substitue à l'élément normal de l'organe. Nous avons eu l'occasion d'examiner sur un vieillard un testicule retenu dans le canal inguinal. Il ne contenait qu'une masse graisseuse jaune; sa forme était celle du testicule, et la tunique albuginée, quoique amincie, en délimitait bien les contours. Cette graisse était traversée en différentes parties par des vaisseaux veineux assez développés. En un point seul de ce globe cellulo-graisseux, on apercevait très-distinctement un noyau blanchâtre, gros comme un petit pois et formé par un peloton de canalicules séminifères aplatis; ces vaisseaux nous ont paru correspondre à l'un des cônes des *vasa efferentia*. Une partie de l'épididyme et du canal déférent, descendu en avant du testicule, dans le scrotum, était bien développé et s'est laissé facilement pénétrer par de la matière colorante. On trouvait un liquide sécrété par cette portion de l'épididyme, et dans le canal déférent, comme dans la vésicule séminale, on voyait un liquide brunâtre, *sans spermatozoïdes*, mais très-abondamment fourni de globules jaunes, dont nous parlerons plus tard. Curieux de suivre au microscope ce changement dans la structure du testicule, nous avons soumis à l'examen certains fragments de cette matière cellulo-graisseuse.

On pouvait étendre facilement sur une plaque de verre ces diverses portions, et on n'y apercevait à l'œil nu aucune trace d'une structure régulière; elles se laissaient déchirer et aplatir comme du tissu cellulo-graisseux ordinaire. A un faible grossissement, on n'y distinguait aucune trace de canaux séminifères, et avec le secours des plus fortes lentilles, on n'apercevait que de très-minces filaments de tissu cellulaire et de globules graisseux.

Une observation, que nous avons publiée ailleurs, montre combien le système vasculaire était peu développé dans un cas analogue. (ARCH. GÉN. DE MÉD., n° de juillet 1851.) Cette diminution est loin d'être toujours aussi considérable. Nous avons même pu nous assurer que, dans un de ces faits, le système veineux était assez bien marqué, mais le système artériel est toujours resté à l'état d'atrophie. Nous n'avons pas fait de recherches sur les lymphatiques et sur les nerfs.

2° Chez les animaux domestiques.

Chez plusieurs individus, nous avons pu faire les mêmes observations touchant la structure du testicule. Quoi qu'il en soit, nous n'oserions pas encore affirmer que, chez tous les animaux cryptorchides, on trouve une semblable diminution des canaux séminifères. Il est facile de comprendre qu'on doit rencontrer des degrés intermédiaires. Tandis que, sur quelques testicules, la disparition des canalicules séminifères sera complète, sur d'autres, on pourra encore trouver quelques-uns de ces vaisseaux qui n'ont point encore subi la transformation graisseuse et qui conservent leur élément fibreux et leur couche épithéliale, mais l'observation établit que, dans tous les cas, l'expression la plus marquée d'une altération dans la structure du testicule, c'est l'absence de spermatozoïdes dans le liquide sécrété.

(*La suite au prochain numéro.*)

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR L'EMPLOI DU DRAINAGE CHIRURGICAL DANS LE TRAITEMENT DU PHLEGMON DIFFUS; par M. CHASSAIGNAC, chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

Nous ne conseillerions pas à celui qui voudrait s'engager dans une étude sérieuse du phlegmon diffus, de le faire sans avoir préalablement une opinion bien arrêtée sur quelques points que nous allons indiquer; autrement il courrait risque de se faire des idées tout à fait fausses sur le véritable caractère de la maladie qui nous occupe. Il faut bien s'entendre avant tout sur ce que nous appellerons l'*érysipèle œdémateux*, l'*œdème douloureux* et le *phlegmon par diffusion*, trois états morbides qui ont des affinités séméiologiques avec le phlegmon diffus, mais qui ne sont pas le phlegmon diffus.

Érysipèle œdémateux. — Le propre de l'érysipèle simple, c'est de présenter une rénitence, une élasticité de la peau et du tissu cellulaire, en vertu de laquelle, aussitôt que la pression du doigt cesse, le niveau de la surface se rétablit. Voilà un des caractères essentiels de l'érysipèle simple. Si, au contraire, l'empreinte du doigt reste indiquée par une dépression qui persiste, c'est qu'il y a un autre élément qui se joint à l'érysipèle. Cet élément, c'est l'œdème.

Comme l'œdème, en cas d'érysipèle, coïncide souvent avec la présence du pus dans le tissu cellulaire, on en a conclu, mais à tort, que cette circonstance, jointe à un état inflammatoire non douteux, impliquait la présence nécessaire du pus ou, du moins, l'existence suffisamment démontrée d'un phlegmose diffus. Or c'est là une grave erreur.

Il faut savoir qu'il y a des érysipèles œdémateux qui ne sont point des commencements de phlegmon diffus. C'est une variété d'érysipèle dont le mécanisme s'expliquera tôt ou tard, mais qui se termine par résolution, même en l'absence de tout traitement.

Nous sommes arrivé à reconnaître la réalité de cet état pathologique par trois voies différentes.

Tantôt nous avons cru franchement à l'existence d'un phlegmon diffus commençant; nous avons fait une première incision; nous avons bien trouvé une infiltration séreuse du tissu cellulaire coïncidant avec l'érysipèle, mais nullement ce caractère opalin, cet œdème subflavescent ou verdâtre propre à l'œdème du phlegmon diffus. Nous nous sommes arrêté à notre première incision qui atteignait jusqu'à l'aponévrose exclusivement. Nous avons reconnu notre erreur diagnostique et nous avons dit : C'est un érysipèle œdémateux qui se résoudra par de simples cataplasmes ou même sans aucun moyen de traitement, et l'événement nous a donné raison.

Dans d'autres cas, et par une prévision dont les motifs ne sont pas faciles à déduire parce qu'ils prennent leur origine dans un ensemble de circonstances plutôt que dans une circonstance particulière bien nette et bien déterminée, nous avons prononcé qu'il y avait érysipèle œdémateux et non phlegmon diffus; mais, pour vérifier ce diagnostic toujours difficile, nous avons fait une incision exploratrice jusqu'à l'aponévrose, et l'événement a confirmé ce que nous avions annoncé.

Enfin, dans d'autres cas, le diagnostic de l'érysipèle œdémateux ayant été porté, nous avons abandonné la maladie à elle-même, sans aucune incision, et nous avons vu la résolution s'en opérer spontanément. Il est donc pour nous parfaitement démontré qu'il existe bien réellement un érysipèle œdémateux qui n'est point le début du phlegmon diffus.

Nous nous contenterons de mentionner ici un fait propre à servir de critérium dans les cas de ce genre.

Obs. I. — Un malade (Brûlé (Jacques), 67 ans), se présente portant tous les caractères d'un phlegmon diffus, occupant tout l'avant-bras gauche et une partie du bras. Il n'y a pas d'autres antécédents qu'une chute faite il y a quelques semaines, et dans laquelle il y a eu plaie de tête. La phlegmasie œdémateuse dont l'avant-bras et le bras sont le siége, présente tellement bien les caractères du phlegmon diffus à sa première période que, trompé par des apparences aussi frappantes, je n'hésite pas à faire plusieurs incisions analogues à celles que je pratique dans les cas de phlegmon diffus bien avéré. Chacune de ces incisions va jusqu'à l'aponévrose. Nulle part on ne rencontre ni pus ni trace d'aucune sérosité trouble ou lactescente. Les incisions ne donnent autre chose qu'une sérosité limpide. La surface de l'aponévrose a sa coloration normale. Ces incisions, faites au milieu d'un tissu cellulaire infiltré et sous un tégument atteint d'érysipèle, ont présenté ceci de très-remarquable et de particulièrement important dans la question actuelle, qu'elles n'ont donné lieu à aucune suppuration circonscrite ou diffuse dans le tissu cellulaire. Restées béantes à cause du gonflement de la partie, ces plaies ont guéri comme des plaies simples, n'offrant que la faible suppuration dévolue inévitablement à toute surface traumatique ouverte. A cette première circonstance, qui nous présentait bien incontestablement l'existence d'un érysipèle œdémateux local, devait s'en joindre un autre bien plus décisive encore; ce fut l'envahissement successif et de proche en proche : 1° de l'épaule, 2° des parois de la poitrine, 3° de la tête et du cou, 4° des autres parties du corps.

Or, dans toutes ces parties, le même caractère œdémateux rendant l'affection tout à fait semblable au phlegmon diffus, tant par les conditions locales que par l'état général dont elle s'accompagnait, nous a prouvé, d'une manière définitive, qu'il existait bien réellement ici un érysipèle œdémateux; que rien ne pouvait le faire distinguer cliniquement du phlegmon diffus, et que sa véritable nature n'a été dévoilée dans le cas particulier que par l'emploi des incisions joint à cette autre circonstance, non moins décisive, de la déambulation de l'érysipèle passant successivement d'une partie du corps à l'autre, toujours avec son caractère œdémateux.

Ce fait a été pour nous d'une grande importance au point de vue des opinions que nous cherchons à faire prévaloir.

Admettez, en effet, que cet érysipèle, au lieu d'être ambulant, se fût limité dans son foyer primitif, c'est-à-dire au bras et à l'avant-bras, et qu'on l'eût traité dans cette région par tel ou tel des moyens proposés contre le phlegmon diffus, la compression, par exemple, ou les onctions mercurielles coup sur coup, n'eût-on pas fait honneur à ces moyens de la guérison d'un phlegmon diffus?

Chez un autre malade, qui nous fut envoyé des salles de médecine, et qui avait été considéré comme présentant un phlegmon diffus du bras et de l'avant-bras gauche, je portai pour diagnostic : érysipèle œdémateux; et afin de vérifier cette assertion, je fis une incision peu étendue et couche par couche jusqu'à l'aponévrose. Il n'y eut, comme chez le sujet de l'observation précédente, d'autre suppuration que celle de la surface traumatique proprement dite. Ici, l'érysipèle ne fut pas ambulant; mais je dois faire remarquer que, dans ce cas comme dans l'autre, l'érysipèle œdémateux mit beaucoup plus de temps que l'érysipèle ordinaire à parcourir ses périodes. Ainsi, chez le premier malade, il était bien ambulant, en ce sens qu'il s'étendait d'un lieu à un autre; mais il ne s'éteignait pas dans son siége primitif, au moment même où il se déclarait sur d'autres points.

Enfin, comme complément de la démonstration qui précède, nous demandons qu'on nous permette de rapporter encore une très-courte observation, établissant qu'avec les apparences les mieux accusées d'un érysipèle phlegmoneux ou d'un phlegmon diffus, on peut n'avoir affaire qu'à un œdème inflammatoire du tissu cellulaire sous-cutané.

APPARENCES D'UN PHLEGMON DIFFUS SANS PHLEGMON DIFFUS; ABSENCE DES CARACTÈRES SPÉCIFIQUES CONSTATÉE PAR L'INCISION; GUÉRISON RAPIDE.

Obs. II. — Dunand (François), 50 ans, entré le 24 janvier 1854 à l'hôpital Saint-Antoine, est d'une bonne constitution, mais se livre fréquemment à l'abus des alcooliques.

Vers le 15 janvier, et sans cause connue, il lui survient à la jambe gauche une éruption dont le caractère n'a pu être défini, le malade n'étant point encore dans nos salles.

A partir de ce moment, tuméfaction de plus en plus marquée jusqu'au 24 janvier.

A ce moment, le gonflement occupe toute la longueur de la jambe; il est plus considérable dans le tiers inférieur du membre et sur le dos du pied. La peau est violacée, parsemée de phlyctènes noirâtres, elle garde d'une manière très-prononcée l'impression du doigt. Le membre est douloureux à la pression.

Dans la crainte d'être surpris par le développement d'un phlegmon diffus que semblent indiquer les caractères dont nous venons de parler, nous faisons une incision explorative qui donne issue à un liquide parfaitement limpide. (Larges cataplasmes.)

A partir de ce moment, la tuméfaction de la jambe diminue, et, le 28, l'état du membre s'est tellement amélioré que le traitement ne consiste plus qu'en quelques coups de scarificateur.

Le 6 février, guérison.

Plegmon par diffusion. — Une autre distinction très-importante et sans laquelle on s'expose à commettre de nombreuses erreurs dans l'appréciation clinique des faits qui se rattachent à l'histoire du phlegmon diffus, c'est celle qui consiste à établir une différence capitale entre le *phlegmon diffus* et le *plegmon par diffusion*, ou, si l'on veut, entre le phlegmon diffus primitif et le phlegmon diffus secondaire. Voici le sens qu'il faut attacher à cette distinction.

Soit pris pour exemple un phlegmon circonscrit primitivement dans la paume de la main, sous l'aponévrose palmaire; admettons que ce phlegmon ne soit pas ouvert en temps opportun, que voit-on survenir en pareil cas? Le pus rompt ses digues du côté du poignet et finit par se faire jour au-dessous du ligament annulaire. Arrivé par cette voie dans la profondeur de l'avant-bras, il se répand dans les interstices musculaires, sous l'aponévrose; il envahit même les articulations et conduit quelquefois à la nécessité de l'amputation. Examinet-on les désordres anatomiques, on trouve le pus infiltré partout, et il n'y a pas aux yeux de l'anatomo-pathologiste de différence entre de pareils désordres et ceux que peut présenter un phlegmon *diffus vrai*. C'est là pourtant pour nous un exemple de phlegmon par *diffusion*, puisque nous avons admis qu'à son début le plegmon était circonscrit dans la profondeur de la paume de la main, et que c'est par infiltration successive qu'il a envahi de proche en proche toutes les couches et tous les tissus.

Il nous suffirait peut-être de ce qui vient d'être dit pour faire bien comprendre la différence qui existe entre la production simultanée du pus sur une foule de points dans le cas de phlegmon diffus et sa migration successive lorsqu'il s'agit du phlegmon par diffusion.

Toutefois, pour rendre encore plus précis le sens de nos observations, nous rapporterons ici un cas de phlégmon par diffusion arrêté dans sa marche à l'aide d'une incision unique.

Obs. III. — Petit (Jean), 44 ans, entré le 13 avril 1853, à l'hôpital Saint-Antoine.

Cet homme a été amputé par moi de la cuisse gauche il y a trois ans, à l'hôpital Saint-Antoine, pour une fracture compliquée de la jambe. Ces temps derniers, pendant qu'il marchait à côté d'un trottoir, sa béquille gauche glissa. Il tomba par terre et se blessa le coude gauche, point sur lequel il porta dans la chute. Il se fit dans cet endroit une petite écorchure qui saigna quelque peu. La douleur fut vive. Cet accident lui arriva il y a trois semaines. La plaie du coude se cicatrisa bien, mais il se développa de l'inflammation au pourtour de la solution de continuité, d'abord sur le bras, ensuite sur l'avant-bras. Aujourd'hui l'œdème s'étend jusqu'à la main. Avant l'entrée du malade à l'hôpital, le traitement a consisté dans des applications de cataplasmes. Voici l'aspect que présente actuellement le membre : le gonflement s'étend de l'épaule à la main. Tout le bras est rouge et enflammé. En palpant, on laisse profondément imprimée sur le bras la trace des doigts. A la partie postérieure du bras, tout autour du coude, existe comme un centre ovale de

fluctuation occupant une plus grande étendue sur le bras que sur l'avant-bras.

Au-dessous du coude, sur l'avant-bras, à la partie postérieure, existe un bourrelet à concavité inférieure qui semble être formé par quelque bride que le pus n'aurait pu franchir. Il ne reste plus aucune trace de la plaie faite au moment de l'accident. M. Chassaignac pratique sur la région du coude un large débridement. Il ne trouve pas l'olécrane dénudée. De cette incision s'échappe une grande quantité de pus mélangé de sang. Le membre débarrassé de tout le pus que la pression peut faire sortir, est recouvert de cataplasmes.

17 avril. Le dégorgement s'opère très-bien; il ne reste presque plus rien de l'inflammation ni du gonflement.

25 avril. Le malade va très-bien. Rien à signaler.

2 mai. Nous substituons la cuirasse aux cataplasmes.

9 mai. Le malade peut être considéré comme guéri; il sortira dans quelques jours.

Ainsi chez ce malade l'infiltration œdémateuse occupait, dans une grande étendue, la face postérieure de l'avant-bras et du bras, et cependant une seule incision a suffi pour déterminer la cessation des accidents et la guérison. Il est très-rare, au contraire, que dans un véritable phlegmon diffus, un pareil résultat puisse être obtenu; il faut des incisions multiples. On voit donc que, non-seulement le phlegmon diffus se différencie du phlegmon par diffusion par le mécanisme de la production du pus qui est simultanée dans l'un et successive dans l'autre, mais qu'il en diffère aussi par son traitement, puisque l'étendue et le nombre des incisions nécessaires sont beaucoup moindres dans le second cas que dans le premier.

Ainsi le phlegmon diffus est une maladie *sui generis;* il attaque d'emblée et simultanément dans une certaine étendue telle ou telle couche d'un membre; le pus y est concret; il s'y forme de très-bonne heure. Dans le phlegmon par diffusion, il y a un foyer de suppuration primitif et ordinairement circonscrit; le pus est constamment liquide, il se répand d'une manière successive et de proche en proche à partir du point initial; les accidents qu'il occasionne peuvent être instantanément conjurés par une seule incision faite à propos. Il s'agit ici d'un phénomène purement mécanique de migration purulente, tandis que dans le phlegmon diffus, il y a prise d'emblée d'une grande étendue en surface, et simultanéité de production purulente sur un très-grand nombre de points à la fois. Dans le phlegmon par diffusion, il y a, au contraire, unicité du foyer primitif. De plus, dans le phlegmon par diffusion, vous ne voyez jamais de tissu cellulaire sphacélé; rien de plus fréquent dans le phlegmon diffus.

Un autre résultat de nos études, c'est qu'il n'y a point de phlegmon diffus sans suppuration, c'est que toutes les phlegmasies du tissu cellulaire, et elles sont nombreuses, qui ne débutent pas par la purulence d'emblée, ne sont pas des phlegmons diffus, et ici se révèle la partie vraiment originale de nos recherches au point de vue de la thérapeutique; car nous n'hésitons point à dire que toute méthode de traitement autre que celle des incisions, et à laquelle on a attribué des guérisons de phlegmon diffus, ne s'adressait qu'à de *faux phlegmons diffus.* Pour que la possibilité me fût démontrée de guérir un phlegmon diffus autrement que par les incisions, j'exigerais l'épreuve que voici :

Vous me présentez une maladie que vous qualifiez de phlegmon diffus; vous m'accordez de faire sur un point quelconque de l'étendue des parties malades une petite incision. Je constate l'existence de la couche verdâtre concrète, je vous abandonne le malade: il est soumis à l'un, quel qu'il soit, des traitements autres que les incisions multiples; vous le guérissez; le fait est pour moi sans réplique; mais tant que pareille démonstration n'existe pas, tant qu'il n'y a pas un diagnostic incontesté, je révoque en doute comme guérisons de phlegmon diffus tous les cas qui n'ont pas subi l'épreuve d'un examen direct. J'admets que vous ayez eu affaire à une de ces nombreuses phlegmasies du tissu cellulaire, depuis celle qui représente le phénomène vulgaire, connu sous le nom de fluxion jusqu'à celle qui se caractérise par la zone indurée des phlegmons circonscrits ou des alentours de l'anthrax, etc., etc.; mais ce ne sont point là pour moi de véritables phlegmons diffus. Nous ajouterons que dans la *phlegmasia alba dolens* il y a un œdème tout à fait analogue à celui du phlegmon diffus.

Nous croyons donc avoir démontré par les considérations et les faits qui précèdent que certaines phlegmasies diffuses du tissu cellulaire et certains phlegmons primitivement circonscrits, mais qui, faute d'être ouverts en temps opportun, font irruption dans les parties ambiantes, peuvent donner lieu à des méprises diagnostiques qui deviennent elles-mêmes l'origine d'illusions thérapeutiques, celle, par exemple, qui consiste à croire de très-bonne foi, qu'on a fait avorter des phlegmons diffus par telle ou telle médication autre que les incisions.

MANIÈRE D'ÉTUDIER LE PHLEGMON DIFFUS.

Par les prémisses que nous avons posées, nous croyons avoir déjà dégagé quelques-unes des inconnues du problème à résoudre. Nous avons établi que certaines affections qui simulent le phlegmon diffus doivent être sévèrement écartées de l'histoire générale de cette maladie.

Le grand vice des travaux entrepris sur le phlegmon diffus tient à l'absence d'une méthode arrêtée pour l'étude de cette maladie. Si nous croyons avoir fait faire quelques progrès à ce point de pathologie, c'est surtout par l'esprit dans lequel ont été dirigées nos recherches.

Nous avons pensé d'abord que pour bien tracer l'histoire de la maladie dans ses caractères essentiels, il fallait n'accepter que des éléments homogènes, non équivoques et parfaitement caractérisés. Nous nous sommes attaché ensuite à faire pénétrer dans l'appréciation des faits historiques une critique sévère, afin de rejeter les documents mauvais et contestables. Nous avons montré que certains caractères cliniques du phlegmon diffus pouvant se rencontrer dans des affections qui ne sont pas des phlegmons diffus, il était indispensable d'isoler ces affections de celles qu'on avait pour but d'étudier.

Maintenant nous avons à compléter l'exposé de le manière d'étudier le phlegmon diffus au lit du malade, d'après des données qui nous ont servi à signaler des faits d'une grande importance et dont il sera parlé plus tard.

Le chirurgien qui veut étudier sérieusement le phlegmon diffus doit agir de la manière suivante: aussitôt que les signes cliniques ordinaires du phlegmon diffus sont suffisamment constatés, au lieu de se borner à quelques incisions dont il examine à peine les détails anatomiques, il doit observer pas à pas le résultat de la division des tissus. Pour cela, il doit se munir d'éponges fines, largement imbibées d'eau, et avec lesquelles il fait nettoyer avec soin, après chaque coup de bistouri, la surface de la plaie, afin d'observer minutieusement toutes les particularités qui vont se présenter à lui.

C'est en agissant ainsi que nous avons pu établir avec quelque précision les diverses variétés de phlegmon diffus dont nous allons donner la description.

VARIÉTÉS DU PHLEGMON DIFFUS.

Nous avons dit que le propre du phlegmon diffus, c'est de présenter l'occupation simultanée du tissu cellulaire par du pus concret, dans une étendue plus ou moins considérable de l'épaisseur des membres; mais cette occupation purulente ne débute pas toujours par la même couche; elle commence tantot par l'une, tantot par l'autre; elle peut en attaquer plusieurs à la fois.

Quoique la maladie abandonnée à elle-même soit susceptible d'envahir successivement toutes les couches quand elle ne les a pas envahies d'emblée, il n'en est pas moins très-important, autant pour bien comprendre la marche de l'affection que pour en diriger le traitement d'une manière intelligente et efficace, de connaître : 1° les diverses variétés du phlegmon diffus; 2° celles qui s'observent le plus fréquemment.

Sous ce rapport, nous dirons que les variétés du phlegmon diffus se rattachent à quatre chefs que nous désignerons ainsi : 1° phlegmon diffus par nappe purulente, 2° phlegmon diffus panniculaire, 3° phlegmon diffus sous-aponévrotique, 4° phlegmon diffus total. C'est celui qui consiste dans l'existence simultanée et initiale des trois variétés précédentes. Nous examinerons successivement ces diverses variétés, en indiquant comment nous avons été conduit à en reconnaître l'existence et de quelle manière nous les avons étudiées.

1° PHLEGMON DIFFUS PAR NAPPE PURULENTE. — C'est l'espèce la plus fréquente. Nous avons même cru dans le principe qu'elle constituait la période initiale constante et obligée de tout phlegmon diffus. En effet, nous avons été un certain temps à ne rencontrer que des cas offrant cette forme.

Ici nous devons nous arrêter un instant sur un détail anatomique de la plus haute importance dans la question présente.

Tandis que la peau qui répond à des saillies osseuses effectue son glissement par l'entremise de ces cavités closes désignées sous le nom de bourses muqueuses, la peau qui répond à la surface des aponévroses d'enveloppe, glisse sur elles avec le pannicule graisseux qui la double par l'intermédiaire d'un tissu cellulaire lâche, filamenteux. Ce tissu ne s'infiltre jamais de graisse; il est d'une transparence parfaite; il n'est pas susceptible, à moins d'une dissection bien délicate, d'être isolé par ses

deux surfaces, la cutanée et l'aponévrotique, de manière à représenter une lame distincte. Il nous paraît avoir la plus grande analogie avec le tissu séreux des paupières et celui du prépuce, que nous ne confondons pas complétement avec le tissu dartoïde, parce que, dans ce dernier, s'ajoutent quelques éléments et quelques propriétés qui ne se rencontrent pas dans le tissu séreux du prépuce et des paupières.

C'est dans cette couche celluleuse que se trouve, pour l'immense majorité des cas, le point initial, le foyer primitif du phlegmon diffus. C'est donc une suppuration concrète occupant simultanément, dans une plus ou moins grande étendue, la couche celluleuse dont il vient d'être parlé.

Voici donc ce que nous avons observé : dans la grande majorité des cas où nous avons pu prononcer, qu'il y avait phlegmon diffus, tantôt nous avons trouvé, même à travers un pannicule graisseux et une peau à peine altérés, le tissu cellulaire de glissement infiltré de matière purulente non douteuse, parfaitement reconnaissable à son aspect jaune ou verdâtre, tantôt nous avons trouvé le pus à l'état déjà liquide; d'autres fois à l'état parfaitement concret, soit qu'il tînt cette condition de lui-même, soit qu'il la dût à son mode d'infiltration intime dans le tissu cellulaire dont nous avons parlé.

Ce fait si remarquable de la couche purulente mince et concrète du tissu celluleux de glissement nous avait paru tellement constant et tellement primitif dans l'évolution du phlegmon diffus, que nous avions cru d'abord que là se trouvait le fait caractéristique et fondamental de la maladie. A partir de ce moment, toutes les idées que nous nous étions faites d'après la lecture des savants articles qui ont été publiés sur cette maladie se sont profondément modifiées; il nous a semblé que la clarté se faisait dans notre esprit, que la maladie perdait ce caractère vague et confus qu'elle avait eu jusqu'alors, pour prendre les formes d'un phénomène pathologique bien arrêté. Ce qui nous a confirmé dans la pensée que nous étions dans le vrai, c'est qu'une fois ces premières données admises, l'explication des singularités de cette affection se présentait naturellement comme le corollaire des prémisses que nous avions posées.

Du reste, rien ne fera mieux comprendre nos idées sur ce sujet que l'exposé d'une observation choisie parmi plusieurs autres recueillies avec un soin particulier, et dans laquelle se trouvent décrites les altérations que nous venons de signaler.

COUP SUR LE GENOU ; PHLEGMON DIFFUS ENVAHISSANT LA PARTIE SUPÉRIEURE DE LA JAMBE ET LA PARTIE INFÉRIEURE DE LA CUISSE ; INCISIONS MULTIPLES ; COUCHE PURULENTE VERDATRE ET CONCRÈTE AU CONTACT DE L'APONÉVROSE ; ÉTAT COUENNEUX DES PLAIES D'INCISION, GUÉRISON.

Obs. IV. — Richard (Alphonse), domestique, âgé de 21 ans, rue de la Roquette, 54, entré le 3 avril, salle Saint-François, n° 7, à l'hôpital Saint-Antoine.

4 avril. Il y a deux jours, le malade a commencé à ressentir dans le genou droit une douleur vive accompagnée de frissons. Dix jours avant, le même genou avait assez fortement heurté contre un meuble, mais la douleur avait été passagère et le malade avait pu continuer ses occupations.

Aujourd'hui le genou est rouge, douloureux, tuméfié; il a 41 centimètres de circonférence, tandis que le genou sain n'en a que 36 et demi; la douleur est très-vive, surtout au niveau de la bourse muqueuse prérotulienne qui contient probablement déjà un peu de pus. A la partie interne, il y a des phlyctènes qui indiquent une tendance érysipélateuse. Du genou à l'aine, il y a des traînées rouges d'angioleucite; les ganglions inguinaux sont engorgés et douloureux. Le pouls est fréquent et tendu. (16 ventouses sur le trajet de l'angiolencite, trois pots de limonade, diète, éméto-cathartique.)

5. Les douleurs sont moins vives qu'hier, mais il y a toujours de la fièvre, et la tuméfaction du genou a augmenté ; il a 43 centimètres de circonférence. Les traînées d'angioleucite ont disparu. Il n'y a pas encore certitude absolue d'existence du pus. (8 ventouses autour du genou, cataplasmes.)

6. La tuméfaction et la rougeur ont gagné au-dessus et au-dessous du genou, toutes les parties sont tendues et douloureuses, surtout à la région externe où l'on pratique une incision qui donne issue à du sang mélangé d'une très-petite quantité de pus. Le pus paraît, d'après cela, être encore inclus dans les aréoles du tissu cellulaire. La tension et la fréquence du pouls persistent. (Cataplasmes, boissons.)

7 avril. Je fais deux incisions au-dessous de l'articulation du genou, à la partie externe, une autre au-dessus de l'articulation sur la bandelette du fascia lata. Cette dernière incision laisse voir le tissu cellulaire verdâtre, non-seulement mélangé de pus, mais déjà sphacélé et dont j'enlève plusieurs lambeaux. On arrive ainsi jusqu'à l'aponévrose, qui conserve sa couleur blanche nacrée. Les deux autres incisions faites au-dessous de l'articulation présentent un tissu cellulaire dans le même état, la partie la plus superficielle est blanc jaunâtre, la plus profonde est jaune tirant sur le vert, mais l'aponévrose n'est pas malade. Le caractère essentiel du phlegmon diffus est bien constaté.

8 avril. La rougeur et l'empâtement phlegmoneux ont gagné la partie supérieure et externe de la cuisse. On pratique un nouveau débridement allant jusqu'à l'aponévrose fascia lata. Au fond de l'incision, on découvre un tissu cellulaire verdâtre indiquant la présence du phlegmon. (Douches abondantes dans les incisions, cataplasmes.) La fièvre continue.

9. Les premières incisions donnent issue à un pus jaune verdâtre très-épais. Le phlegmon paraît s'arrêter dans sa marche. Drainage par les douches. (Cataplasmes.)

10. La fièvre est moins vive que les jours précédents. Le pus continue à s'écouler par les incisions ; constipation. (Eau de Sedlitz.)

11. Ecoulement plus abondant de pus à travers les incisions. On commence à extraire des lambeaux de tissu-cellulo-graisseux sphacélés. Ces lambeaux ressemblent assez à de l'albumine coagulée ; au milieu se trouvent des noyaux jaunes qui, eux-mêmes, ressemblent à des parcelles de jaune d'œuf concrété. L'état général du malade est assez bon et la fièvre est beaucoup moins vive. (Drainage par des douches abondantes dans les clapiers.)

12. Le pus qui s'écoule à travers les incisions est mêlé à des gaz qui apparaissent sous formes de petites bulles. Le décollement des tissus s'étend à peu près depuis le tiers supérieur du tibia jusqu'au tiers inférieur du fémur. Les tissus sous-aponévrotiques ont été respectés. Le gonflement du membre est moindre et l'état général continue à s'améliorer.

13. Les douleurs qui précédemment se faisaient sentir dans toute l'étendue du phlegmon, se sont maintenant localisées dans le genou où elles sont surtout très-vives à la partie interne. Le pus continue à s'écouler très-abondamment.

14. Du côté interne du genou, il existe une collection fluctuante et très-douloureuse au toucher ; il y a de plus, deux ulcérations de l'étendue d'une pièce de 50 centimes. (Cataplasmes.)

15. On fait une incision sur le foyer et l'on a un écoulement du pus abondant. On n'aperçoit pas trace de liquide synovial.

16. L'état du membre est beaucoup meilleur. Les douleurs ont cessé sur tous les points. En faisant exécuter quelques mouvements à la rotule, on ne sent aucune espèce de frottement rugueux. D'un autre côté, il n'y a aucun écoulement de synovie à travers l'incision faite au côté interne du genou. D'après cela, il est à peu près certain que l'articulation du genou est intacte.

17. Les plaies ont un bon aspect et donnent issue à un pus bien lié et qui n'est plus mélangé de gaz. Depuis quelques jours il est survenu de la toux qui est très-forte, surtout le soir. Il n'y a rien dans les antécédents du malade ni même dans les signes physiques actuellement appréciables, qui puisse indiquer l'existence de tubercules. Cependant, en raison de la maladie qui vient d'avoir lieu, il est bon de se tenir sur ses gardes. (Loock kermès, alcoolature d'aconit.)

18. Le mal va toujours en diminuant. D'après la série des accidents qui se sont succédé, on peut dire que l'on avait affaire à cette variété de phlegmon diffus consistant dans une inflammation sphacélique et purulente en nappe du tissu celluleux lâche qui facilite le glissement de la peau à la surface de l'aponévrose. Cette variété de phlegmon diffus doit être distinguée de celle qui envahit les couches profondes et dissèque les muscles.

19. Le mieux persiste.

21. La toux a cessé ; les plaies de la cuisse sont couvertes de bourgeons charnus qui arrivent au même niveau que les parties environnantes.

22. Les plaies qui, hier encore, étaient vermeilles, ont pris un aspect diphtéritique, les bourgeons charnus une teinte violacée. Ils sont boursouflés, saignants, ils se déchirent facilement et laissent voir au-dessous d'eux des caillots sanguins baignant dans un liquide puriforme et glutineux ; l'incision faite au côté interne du genou donne issue, par suite de la pression, à une quantité assez considérable d'un liquide clair, jaunâtre, à la suite duquel est venu du sang en quantité notable. Tout le pourtour du genou est redevenu le siége d'un gonflement inflammatoire, et le malade éprouve de vives douleurs à la pression. Point de frissons, mais fièvre assez vive. Pouls à 100 ; langue fuligineuse. (Eau de Sedlitz, quinquina, alcoolature.)

24. Fièvre. Pouls à 102. Plusieurs épistaxis ; céphalalgie. L'aspect des plaies est le même qu'hier, les bourgeons charnus saignent avec la plus grande facilité, et tout porte à admettre une altération profonde du sang. Néanmoins le malade éprouve moins de douleurs dans le membre affecté, l'articulation du genou exécute des mouvements qui ne sont accompagnés d'aucune sensation pénible. (Eau de Sedlitz, cataplasmes.) Le pouls moins tendu qu'hier, 100 pulsations. Le soir, redoublement fébrile. Pas de nouvelles évacuations alvines. Plaies facilement saignantes. La douleur et le gonflement inflammatoire ont disparu. (2 grammes de ratanbia en pilules.)

26. Hier soir le malade a eu une fièvre intense, accompagnée de dyspnée et de céphalalgie ; les hémorrhagies nasales se sont également reproduites. Aujourd'hui on constate qu'un érysipèle est survenu sur le membre malade ; il occupe la moitié inférieure de la jambe, dans toute sa circonférence ; quelques plaques érysipélateuses se remarquent aussi au tiers supérieur de la cuisse. La sensibilité des parties envahies par l'érysipèle est très-vive, mais elle est superficielle et elle éloigne l'idée d'une inflammation du tissu cellulaire sous-jacent. Les plaies ont toujours un aspect diphtéritique ; elles sont cependant moins facilement saignantes.

27. Ce matin la fièvre est moindre ; le pouls est tombé à 92 ; l'érysipèle continue sa marche vers le pied ; les plaques de la cuisse ne s'étendent pas ; les fausses membranes se détachent, le gonflement a diminué, et les bourgeons charnus reprennent un meilleur aspect.

28. L'amélioration dans l'état général et local continue. Le pouls est à 85. La céphalalgie et les hémorrhagies nasales ont cessé. Au-dessous des fausses membranes blanchâtres qui recouvrent la surface des plaies, on voit des

bourgeons charnus encore un peu mollasses il est vrai, mais qui ne saignent plus et qui n'offrent plus cette teinte violacée des jours précédents. L'érysipèle continue sa marche; il a presque atteint les orteils.

29. Pouls à 105. L'état local est le même qu'hier. Sur quelques plaies, il y a encore de ces fausses membranes que l'on peut comparer à celles qui se produisent dans le croup, dans l'angine couennense, dans la pourriture d'hôpital, selon M. Robert. L'érysipèle occupe tout le pied; il suffit pour expliquer la fréquence du pouls.

30. Les plaies conservent toujours un aspect diphtéritique; l'érysipèle et la fièvre persistent.

2 mai. L'érysipèle paraît toucher à sa fin. La fièvre est moins vive. Le pouls est tombé à 85. Les fausses membranes se sont détachées dans certains points; elles persistent dans quelques autres.

Notons ici la différence qui existe entre ces plaies diphtéritiques et les plaies affectées de pourriture d'hôpital où il y a de la gangrène.

3. L'état local est à peu près le même; l'état général s'améliore. La fièvre et la céphalalgie ont presque complétement disparu. Sommeil.

5 mai. L'appétit revient et la langue s'est parfaitement nettoyée. La fièvre a cessé; le sommeil est bon et le malade peut être considéré comme entrant en convalescence.

12. Les plaies du membre inférieur sont presque entièrement fermées. La toux a cessé. (Deux portions.)

19. Toutes les fonctions sont rétablies; n'était encore un peu de faiblesse, le malade serait en état de sortir. (Cinq portions.)

6 juin. La guérison est complète; seulement le membre qui a été malade est sensiblement amaigri. (*Exeat.*)

Au nombre des plus belles observations de phlegmon par nappe purulente que nous ayons recueillies se trouve celle d'un jeune homme actuellement élève en médecine, M. Braconnot, qui, atteint d'un énorme phlegmon diffus occupant le membre thoracique gauche, ne dut son salut qu'à neuf incisions de deux à trois travers de doigt de longueur et à un drainage extrêmement actif au moyen de douches abondantes et lancées avec force dans le trajet des incisions et dans la profondeur du tissu cellulaire. J'ai été assisté dans le traitement par M. le docteur Sarrail. Ce malade a été vu par M. Pelletan, mon collègue à Lariboisière, et par le docteur Desjardins (de Morainville).

L'observation suivante est encore un exemple assez concluant, ce nous semble, quoique l'affection fût infiniment moins grave que chez M. Braconnot.

PIQURE PAR UNE ÉPINE DANS LA PAUME DE LA MAIN CHEZ UN HOMME DE 71 ANS PHLEGMON DIFFUS PAR NAPPE PURULENTE; EXAMEN MICROSCOPIQUE DES ÉLÉMENTS DE CETTE NAPPE; DRAINAGE PAR LES DOUCHES ABONDANTES ET LE LARGES INCISIONS; GUÉRISON RAPIDE.

OBS. V. — Duval (Ambroise), 71 ans, jardinier, rue Marcadet, 30, est couché au n° 7, salle Sainte-Jeanne, hôpital Lariboisière, le 15 avril 1854.

Deux jours auparavant, le 13 avril, cet homme s'était enfoncé une épine dans la paume de la main gauche; malgré l'extraction immédiate du corps étranger, la main est prise d'une tuméfaction générale et considérable.

A la face dorsale, au niveau de l'articulation digito-métacarpienne de l'index, existe un bouton de mauvais aspect. C'était le prélude d'un phlegmon diffus qui gagne l'avant-bras.

16 avril. Deux fortes applications de sangsues sont faites sans résultat. Insomnie, fièvre violente, soif vive, imminence d'un envahissement de tout le membre supérieur.

18. La tuméfaction atteint jusqu'au coude et envahit le bras; trois longues incisions sont aussitôt pratiquées, l'une sur le dos de la main, les deux autres sur l'avant-bras; l'une parallèlement à la partie supérieure et postérieure du cubitus, l'autre un peu plus en dehors près du radius.

Le fond de ces incisions, examiné avec soin au moyen du lavage et de l'éponge, fait apercevoir une *nappe purulente* très-manifeste, formée dans le tissu cellulaire lâche extérieur à l'aponévrose. Cette nappe renferme du pus déjà fluide dans quelques points, encore concret dans la plus grande partie de la nappe. L'état de l'aponévrose constaté au-dessous de la couche couenneuse et purulente est normal; l'aspect nacré se conserve.

Une petite portion de la trame blanchâtre enlevée à la surface de l'aponévrose a présenté au microscope des globules purulents non douteux, mais clairsemés dans les mailles d'une espèce de gelée amorphe.

Drainage au moyen de douches abondantes, matin et soir dans le champ des incisions; cataplasmes; médication générale tonique et anti-septique.

Quoique l'érysipèle phlegmoneux paraisse arrêté dans sa marche, un vaste foyer purulent apparaît sur le dos de la main et nécessite une nouvelle et longue incision.

Sous l'influence du drainage par les douches lancées avec force, l'élimination des produits morbides s'effectue avec rapidité, l'appétit revient, la fièvre diminue, les nuits sont plus calmes.

Enfin, le 8 mai, les choses sont assez avancées pour que l'on puisse recourir au pansement avec les cuirasses de sparadrap.

10 mai. Accidents diarrhéiques qui cèdent aux opiacés.

16. Renouvellement de la cuirasse.

22. Ouverture d'un petit foyer fluctuant au dos de la main. Issue de lymphe plastique complétement exempte de toute trace de pus. Toutes les autres plaies marchent rapidement vers la cicatrisation.

Le 27 mai, le malade quitte l'hôpital dans un état de guérison parfaite et ne conservant plus qu'une petite plaie au niveau de l'articulation métacarpo-digitale de l'index.

Quoique l'analyse chimique et microscopique n'ait pas encore confirmé de tout point l'identité de l'exsudation que renferme la nappe purulente et des produits couenneux que présentent les membranes muqueuses, nous croyons devoir établir très-nettement l'analogie du travail pathologique qui préside à la formation de la production nouvelle dans l'un et l'autre ordre de faits. C'est à ce point de vue que plus d'une fois, dans nos leçons cliniques, nous avons qualifié le phlegmon diffus de *diphtérite du tissu cellulaire, diphtérite interstitielle, inflammation couenneuse du tissu cellulaire.* Maintes fois aussi nous avons annoncé que le temps n'était peut-être pas éloigné où l'on rapprocherait dans une même famille le phlegmon diffus, le furoncle, l'anthrax, les inflammations couenneuses de la gorge et de la trachée, ainsi que, mais sous la forme chronique seulement, les tumeurs gommeuses du tissu cellulaire.

(*La suite au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite.)

II. REVUE MÉDICALE.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1855, janvier, février et mars 1856, contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Étude sur la circulation chez l'homme et les animaux*; par le docteur Joire. 2° *De l'action des eaux sulfureuses dans les affections pulmonaires*; par M. A. Sabos. 3° *De l'ablation curative des loupes sans opération sanglante*; par M. A. Legrand. 4° *Protestation contre la ponction de la vessie*; par M. Guillon. 5° *Orthopédie de la main*; par M. Duchenne (de Boulogne). 6° *De l'hydrothérapie*; par M. Gibert. 7° *Nouvelle interprétation des bruits du cœur*; par M. Brachet. 8° *Des otites dans les fièvres graves*; par M. Triquet. 9° *Des vapeurs térébenthinées dans le rhumatisme et la phthisie*; par M. Sales-Girons. 10° *Nouveau procédé pour l'opération du phymosis*; par M. Bonnafont. 11° *De la fièvre puerpérale épidémique*; par M. le docteur Zandick.

DES OTITES DANS LES FIÈVRES GRAVES ET DE LA SURDITÉ QUI PEUT EN ÊTRE LA SUITE; par M. le docteur TRIQUET.

L'auteur rapporte six observations où brille un très-grand luxe de recherches anatomo-pathologiques. Ces faits lui ont permis d'aller plus loin que ses prédécesseurs dans l'étude des lésions inhérentes à l'otite. Il s'en est aussi servi pour combattre certaines opinions émises par Krauser et qui touchent de près à la pratique, comme on va le voir.

Depuis les travaux d'Itard, l'inflammation de l'oreille moyenne était bien connue, mais on ignorait si l'oreille interne participait à l'inflammation.

Les recherches de M. Triquet ne laissent aucun doute sur ce point : le labyrinthe peut s'enflammer, suppurer même, et à la fin la phlegmasie peut envahir les divisions du nerf auditif.

Toutefois, c'est le plus souvent dans l'oreille moyenne que débute la phlegmasie. La caisse se remplit de pus. Par où ce pus va-t-il s'écouler?

M. Triquet a reconnu, comme ses devanciers, que le tympan se perforait presque toujours. Pour lui, ce travail morbide de perforation a trois phases :

1° Inflammation du tympan avec rougeur et vascularisation.

2° Tuméfaction et ramollissement de son tissu.

3° Perforation par absorption ulcérative, par sphacèle dû à l'intensité de la phlegmasie, ou par rupture mécanique déterminée par la pression du pus.

Mais pendant que s'opère ce travail du côté de l'extérieur, il s'en opère un autre analogue du côté des cellules mastoïdiennes et du labyrinthe. C'est de là que vient le danger, d'autant plus, qu'au dire de M. Triquet, l'inflammation a pour effet d'amener l'oblitération de la trompe. La membrane muqueuse de la trompe étant enflammée, il en résulte une tuméfaction de son propre tissu, et cette tuméfaction,

si faible qu'elle puisse être, a pour effet immédiat de rendre le tube imperméable.

Il est donc nécessaire de chercher à combattre l'inflammation dès le début par tous les moyens appropriés. Si malgré l'emploi de ces moyens, du pus se produit et s'accumule dans la caisse, il faudra, pour éviter la perforation du tympan, et l'extension de la maladie à l'oreille interne, faire le cathétérisme de la trompe.

Telle n'est pas l'opinion de Krauser, qui nie l'oblitération de la trompe et l'accumulation du pus dans la caisse; aussi ne parle-t-il pas de cathétérisme dans ce cas. Telle n'est pas non plus l'opinion générale. Aussi l'auteur ajoute-t-il que sa proposition pourra sembler étrange tout d'abord, et que, comme à toute idée nouvelle, il lui faudra du temps pour s'accréditer. Mais il insiste sur ce point de pratique et conseille, lorsque la sonde ne peut pas pénétrer et que le cathétérisme est impossible, d'en venir à la perforation de la membrane du tympan.

Il compare l'état auquel on a à remédier ici, à la rétention d'urine dans la vessie. Faire d'abord le cathétérisme, et si celui-ci est impossible, vider l'organe par une ponction. La propagation de l'otite au labyrinthe et au nerf auditif; en un mot, l'infiltration profonde du pus dans ce cas lui paraît un danger aussi imminent que l'infiltration urineuse dans le cas de rétention d'urine.

NOUVEAU PROCÉDÉ POUR PRATIQUER L'OPÉRATION DU PHYMOSIS; par M. BONNAFONT.

Ce procédé consiste à remplir la cavité prépuțiale de charpie ou de ouate; et lorsque le prépuce est fortement distendu en tous sens, d'en opérer la section circulairement avec un bistouri, en comprenant dans cette incision la peau ainsi que la muqueuse.

Le point d'appui que présente à l'instrument le corps étranger introduit dans la cavité du prépuce rend cette section on ne peut plus facile, très-prompte et peu douloureuse pour le malade. Voici du reste la manière de procéder.

Un aide saisit l'extrémité du prépuce et le tire en haut en cherchant à élargir autant que possible son ouverture par laquelle l'opérateur introduit avec un porte-mèche ou une sonde cannelée, soit de la charpie fine, soit de la ouate, jusqu'à ce que toute la cavité en soit remplie. Cela étant fait, il devient très-facile à l'opérateur de choisir le point du prépuce qu'il veut exciser, et cela sans crainte aucune de blesser le gland refoulé en bas par le remplissage.

La section faite, on panse simplement la plaie sans points de suture ou de serre-fines. Pendant les premières vingt-quatre heures, M. Bonnafont se contente d'appliquer des fomentations froides sur la plaie. Il fait ensuite le pansement simple ordinaire.

III. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1855, janvier, février et mai 1856 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *De l'utilité du mouvement dans certaines maladies*; par M. le docteur Rotta. 2° *Du lactate de zinc dans l'épilepsie*; par M. le docteur Herpin. 3° *De l'injection de la liqueur iodo-tannique dans les varices*; par M. Desgranges. 4° *Des salles d'aspiration à introduire dans les hôpitaux comme moyen de traitement des maladies pulmonaires*; par M. Tessier. 5° *De l'hydrophthalmie et de son traitement par l'injection iodée*; par M. Chavanne. 6° *Epanchement péricardique, traité avec succès par la ponction et l'injection iodée*; par M. F. A. Aran. 7° *De la cautérisation dans les infiltrations urineuses*; par M. Philippeaux. 8° *Des exutoires*; par M. le docteur Marotte. 9° *Nouvelles recherches sur le traitement de la gale de l'homme*; par M. Bourguignon. 10° *Des bons effets de l'opium à haute dose contre les ulcérations syphilitiques*; par M. Rodet. 11° *Traitement du phlegmon péri-utérin chronique par les tampons iodurés*; par M. Gosselin. 12° *Des goîtres suffocants et de leur traitement*; par M. Bonnet. 13° *De l'opération du bec-de-lièvre*; par M. Goyrand (d'Aix). 14° *De l'étranglement herniaire*; par M. Seutin. 15° *Considérations pratiques sur les crampes des nourrices*; par M. J. Verdier. 16° *De l'emploi de la glycérine simple ou médicamenteuse dans le traitement des maladies de la peau*; par M. Devergie. 17° *De l'ipécacuanha dans la fluxion de poitrine muqueuse*; par M. le docteur Cade. 18° *Du phymosis et de l'opération qu'il nécessite*; par M. Vidal (de Cassis).

DE L'INJECTION DE LA LIQUEUR IODO-TANNIQUE DANS LES VARICES; par M. le docteur DESGRANGES.

Après quelques considérations générales sur l'opportunité qu'il y a, malgré les récidives, à soumettre certaines varices à un traitement chirurgical; après avoir éliminé toutes les méthodes autres que la cautérisation et les injections coagulantes, M. Desgranges soumet ces deux dernières à une appréciation comparative. Sans repousser d'une manière absolue la cautérisation, surtout la cautérisation avec le chlorure de zinc, il donne cependant la préférence aux injections coagulantes. Au moyen des injections, on obtient des caillots durables (l'auteur en a vu de plusieurs mois et même d'une année), et qui doivent, selon toutes probalités, oblitérer la veine aussi bien que l'escarre produite par le caustique. L'injection est beaucoup moins douloureuse que la cautérisation. Elle ne laisse pas de cicatrices; elle donne des résultats plus prompts, etc.

Mais à quelle espèce d'injections faut-il avoir recours? Au perchlorure de fer? Les preuves de cet agent si remarquable de coagulation sont faites. L'auteur ne cherche pas à le mettre en discrédit. Toutefois il a soumis à des essais répétés un autre liquide, la liqueur iodo-tannique normale, qui possède aussi une grande puissance de coagulation.

Sept malades ont été soumis à cette nouvelle injection, qui se pratique du reste à un peu plus forte dose, mais suivant les mêmes règles que l'injection au perchlorure. Aucun des sept malades n'a éprouvé le moindre accident. Le résultat des opérations a été on ne peut plus satisfaisant.

Voici, du reste, les conclusions du mémoire :

1° L'injection coagulante, dans les varices, constitue une méthode innocente, soit qu'on emploie le perchlorure de fer ou de la liqueur iodo-tannique.

2° L'inflammation consécutive à l'injection est un peu moins vive avec 5 à 7 gouttes de liqueur iodo-tannique qu'avec 2 gouttes de perchlorure de fer à 30° de Baumé.

3° Le coagulum tannique semble se resserrer plus vite, plus fort, et finalement se réduire à un moindre volume.

4° Le caillot iodo-tannique montre plus de tendance à se propager dans les veines droites que le caillot de perchlorure; mais dans les flexuosités variqueuses, il n'y a pas à ce sujet de différence tranchée.

5° La persistance du caillot du perchlorure prouvée par quelques cas est un argument en faveur de la résistance du caillot iodo-tannique, joint à ce que la diminution si remarquable de ce dernier met la veine dans des conditions éminemment favorables à une oblitération définitive.

TRAITEMENT DU PHLEGMON PÉRI-UTÉRIN CHRONIQUE PAR LES TAMPONS IODURÉS; par M. GOSSELIN.

Des faits de plus en plus nombreux ont démontré que le tissu cellulaire du ligament et celui qui entoure l'utérus au-dessous de ses culs-de-sacs péritonéaux étaient assez fréquemment atteints, dans le cours ou à la suite des métrites, d'une inflammation à marche lente, comme on en rencontre rarement dans les autres régions, et qui mérite le nom de phlegmon péri-utérin. C'est pour combattre cette affection que M. Gosselin a imaginé d'introduire et de laisser en place dans le vagin des tampons de charpie imbibés d'une solution d'iodure de potassium (10 grammes d'iodure sur 100 grammes d'eau).

Un long fil est attaché au tampon, afin que le malade puisse le retirer au besoin. Une fois appliqué au moyen du spéculum, il reste en place pendant un temps plus ou moins long. M. Gosselin ne le laisse pas plus de trente-six heures. Le malade, après l'avoir retiré, fait pendant douze heures deux ou trois injections émollientes; après quoi un nouveau tampon est introduit. On en place donc ainsi trois par semaine.

Six malades de l'hôpital Cochin ont été soumises à ce traitement. On a remarqué d'abord que le tampon n'occasionnait ni souffrance, ni chaleur dans le vagin, ni picotements à la vulve. Toutes les malades ont éprouvé l'appétit et l'augmentation de forces que procure l'iodure de potassium pris à l'intérieur. Chez toutes, l'urine contenait des traces évidentes du médicament.

Chez quatre malades, les tampons ont été employés pendant six semaines, et la résolution qui avait commencé peu de temps après était complète à leur sortie, c'est-à-dire deux mois après leur entrée.

Une des six malades est sortie au commencement du traitement.

Une autre, qui avait un phlegmon péri-utérin *à droite*, présentait un commencement de résolution, lorsqu'elle contracta un phlegmon aigu *à gauche* avec suppuration. La maladie s'accrut rapidement; puis le choléra survint qui emporta la malade.

A l'autopsie, on constata une collection purulente à gauche, mais aucune trace de phlegmon à droite, c'est-à-dire du côté primitivement affecté.

M. Gosselin n'attribue pas le phlegmon aigu intercurrent au tampon. Il regarde le traitement qu'il préconise comme aussi inoffensif qu'efficace. Et, à vrai dire, les faits cités par lui ne sont peut-être pas assez nombreux pour permettre de porter sur la méthode un jugement définitif, mais on ne saurait dès à présent leur refuser une grande valeur.

MOYENS D'ASSURER LA CICATRISATION DE LA SUTURE LABIALE DANS LE BEC-DE-LIÈVRE COMPLIQUÉ; par M. GOYRAND (d'Aix).

M. Goyrand est partisan de l'opération du bec-de-lièvre faite dès le bas âge. Toutefois ce n'est pas dans les premiers jours de la vie, mais dans les premiers mois, qu'il conseille d'y recourir. Les raisons qu'il en donne ont été pour la plupart exposées à la Société de chirurgie dans la discussion dont ce point de pratique a été l'objet.

La partie importante du mémoire de M. Goyrand n'est donc pas là. Mais depuis longtemps on avait remarqué que le bec-de-lièvre compliqué d'un écartement de la voûte palatine et du bord alvéolaire, ou bien avec saillie du tubercule incisif, était toujours opéré sans succès chez les jeunes enfants.

A la Société de chirurgie on a expliqué ces insuccès en disant que, dans ces cas, la suture repose sur une fente et n'est pas *soutenue* en arrière. Or M. Goyrand est allé plus loin dans sa recherche de la cause, et, une fois la cause trouvée, il a indiqué le moyen de la neutraliser, c'est-à-dire de pratiquer l'opération avec succès, chez les plus jeunes enfants, même dans les cas qui présentent cette complication.

Ce qui empêche la réunion, c'est l'action de la langue, qui se porte instinctivement chez l'enfant contre la plaie, et en écarte les bords de haut en bas.

Pour empêcher ces mouvements, l'auteur a imaginé un appareil dont voici la description.

C'est une pièce de tôle disposée en godet, de manière à s'adapter au menton. Le bord supérieur de cette mentonnière solide s'élève au niveau de l'ouverture de la bouche. A ce bord est fixée par des clous rivés une lame d'ivoire, sorte de spatule qui se porte horizontalement dans la bouche jusque vers le milieu de la langue. Des bords latéraux du godet mentionné, se détachent des prolongements en peau, flexibles, terminés chacun par un ruban qui sert à fixer l'appareil.

Par ce moyen, la langue de l'enfant est maintenue en place. Il faut, avant de procéder à l'opération, habituer l'enfant à porter son appareil et à boire à la cuiller. Dans le cas rapporté par l'auteur, l'habitude fut de suite prise, et l'opération ne présenta aucune difficulté.

Il s'agissait précisément d'un enfant opéré une première fois, et chez qui la réunion ne s'était pas faite. La seconde opération, pratiquée de la même manière que la première fois, mais avec le secours de l'appareil, eut un plein succès.

« J'ai l'intime conviction, dit M. Goyrand, que ce que j'ai observé dans ces cas est ce qui doit se passer habituellement. *J'ai saisi sur le fait la langue* détruisant l'union des bords de la plaie; et tout en convenant que le tiraillement que subissent les parties quand l'écartement des os est considérable, et le défaut d'appui des parties rapprochées par la suture sont des conditions défavorables à la réunion, je suis convaincu que la langue, sans cesse attirée par la sensation de cuisson ou de prurit, est l'agent principal de la désunion. Je ne doute pas que l'appareil que je propose et que j'ai mis en usage, en empêchant la langue de se porter sur la face postérieure de la lèvre pendant tout le temps nécessaire à la cicatrisation, ne diminue de beaucoup la proportion des revers dans les opérations de becs-de-lièvre compliqués d'écartement du bord alvéolaire; ce qui permettra d'opérer dans les premiers mois de la vie, même dans ces cas graves. »

DE L'ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE ET DES MOYENS DE LE FAIRE CESSER SANS OPÉRATION SANGLANTE; par M. SEUTIN.

Voici le procédé mis en usage par M. Seutin.

Le malade est couché sur le dos, dans la position ordinaire du taxis. Le chirurgien s'assure que la hernie habituellement réductible ne peut être refoulée dans l'abdomen que par des efforts soutenus. Il cherche avec le doigt indicateur d'une main l'ouverture qui a donné passage à l'intestin, en prenant la peau d'assez bas et la refoulant afin de ne pas être arrêté par sa résistance. Il introduit l'extrémité du doigt entre le viscère et l'orifice herniaire. Pour y parvenir, il a soin de déprimer avec la pulpe de ce doigt l'intestin ou l'épiploon, de manière à pouvoir pénétrer lentement entre la partie herniée et l'anneau. Alors on recourbe en crochet l'indicateur, et on exerce sur l'anneau une traction suffisante pour en rompre quelques fibres. Cette rupture est annoncée par un craquement très-sensible au doigt, parfois même à l'oreille.

Lorsqu'on ne parvient pas à obtenir ce craquement significatif des fibres, on leur fait subir une extension continue et forcée qui, en les distendant au delà de la limite de leur élasticité, suffit généralement pour faire cesser l'étranglement. Cette opération exige quelquefois le déploiement d'une force considérable, et va jusqu'à fatiguer l'indicateur.

L'anneau est donc élargi par son éraillement ou sa distension, comme s'il avait été divisé par l'instrument tranchant. Alors la réduction s'opère immédiatement et avec la plus grande facilité sous les efforts du taxis exercé selon la manière ordinaire.

Lorsque l'étranglement s'exerce sur une masse intestinale considérable, et reconnaît pour cause l'accumulation des matières fécales, il convient de chercher à dégager d'abord l'une des extrémités de l'anse, et à en expulser les gaz par quelques malaxations, ou de pétrir modérément les matières durcies, afin d'affaisser la tumeur et de rendre par là plus facile et plus sûre la réduction.

Cependant, si l'on ne parvenait pas à introduire le doigt entre le viscère et l'anneau, on pourrait pratiquer une petite incision à la peau et y faire passer le manche d'une spatule ou un autre instrument, tel que, par exemple, le ténotome herniaire de M. J. Guérin. En appuyant ce manche sous le bord de l'anneau, en évitant l'intestin, on érailerait ou on dilaterait avec facilité et sans danger cet orifice.

M. Seutin a déjà mis un grand nombre de fois son moyen en pratique.

Il cite aussi plusieurs observations que lui ont communiquées ses confrères. Aussi, malgré les objections dont la méthode est susceptible *à priori*, croyons-nous qu'on ne doit pas la confondre avec ces excentricités que se permettent quelquefois les chirurgiens les plus autorisés.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 28 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. BINET.

M. MASSART présente au concours, pour le prix de médecine et de chirurgie de la fondation Montyon, un mémoire intitulé : TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DE L'ANGINE DE POITRINE, D'APRÈS LA DÉCOUVERTE DE SON SIÉGE ORGANIQUE. (Renvoi à la future commission des prix de médecine et de chirurgie.)

PROPRIÉTÉS DES SOLUTIONS AQUEUSES SATURÉES DE SULFATE DE ZINC POUR LA CONSERVATION DES SUBSTANCES ANIMALES; par M. STRAUSS-DURCKHEIM.

J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie une tête de roussette, poisson de la famille des squales, conservée depuis seize ans dans un liquide conservateur que j'ai fait connaître pour la première fois comme antiputride dans mon TRAITÉ PRATIQUE D'ANATOMIE COMPARATIVE, publié en 1842. Cette liqueur est composé de 14 parties de sulfate de zinc dissoutes dans 10 parties d'eau (saturée).

On peut voir par cette préparation que le corps des animaux vertébrés se conserve si bien dans ce liquide, que ce poisson présente en apparence toutes les qualités d'un animal frais, et cela jusqu'à son odeur de marée fraîche. Pour mieux reconnaître la propriété conservatrice de cette solution, j'ai laissé pendant les seize années cette tête de poisson dans un bocal ouvert à l'air libre, en y remplaçant de trois en trois mois à peu près le liquide évaporé par de l'eau ordinaire que j'y versais. Je vais maintenant soumettre cette préparation à la dessiccation pour la momifier, convaincu qu'elle se conservera indéfiniment dans cet état.

Je pense que cette communication peut avoir quelque intérêt pour l'Académie; cette liqueur pouvant servir, d'une part, à conserver les préparations anatomiques destinées aux dissections, et, d'autre part, à la momification des corps, en l'injectant dans les artères.

— M. BOUROS adresse d'Athènes une réclamation de priorité relative à deux communications faites, en 1854, par M. Gommaille, sur les propriétés toxiques de l'*atractylis gummifera*, et sur plusieurs cas d'empoisonnement observés en Algérie chez des enfants qui avaient mangé de la racine de cette plante.

La priorité réclamée par M. Bouros est parfaitement constatée; les COMPTES RENDUS HEBDOMADAIRES DE L'ACADÉMIE contiennent en effet, t. VI, p. 340, l'indication d'un mémoire sur ce sujet adressé par lui, et qui fut présenté à la séance du 12 mars 1838. Aujourd'hui, en reproduisant cette première communication, M. Bouros y joint l'observation toute récente de cas d'empoisonnement qui ont présenté des symptômes tout semblables, et qui paraissent dus à la même cause. Nous disons qui paraissent, car la plante que l'on a envoyée comme échantillon de ce qu'avaient mangé les trois enfants empoisonnés est un échinops et non un atractylis. Mais, comme le remarque M. Bouros, rien ne prouve que l'échantillon que l'on a été chercher dans la localité où les trois enfants égarés dans la campagne avaient fait ce funeste repas, et d'après les indications assez vagues données par celui des trois qui

succomba le dernier, appartienne réellement à la même espèce que celle qui a causé l'accident. D'autre part, l'atractylis n'est pas rare dans ces parages, et rien n'empêche de supposer que ce ne fût l'espèce de chardon désignée par l'enfant.

La nouvelle note de M. Bouros est renvoyée à l'examen des commissaires nommés pour les deux mémoires de M. Commaille, MM. Dumas, Pelouze, Bayer, auxquels est invité de s'adjoindre M. Serres, qui faisait partie de la commission nommée dans la séance du 12 mars 1838.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 6 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

1° Un rapport de M. le docteur Mantreyt, médecin inspecteur des eaux minérales du Maska et de Savardens (Gers), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1854.

2° Un rapport de M. le docteur Pénissat, médecin inspecteur des eaux minérales de Châteanneuf (Puy-de-Dôme), sur le service de cet établissement pendant l'année 1854.

3° Un manuscrit intitulé : CLINIQUE RÉTROSPECTIVE DE L'HOSPICE CIVIL DE BOURBON-L'ARCHAMBAULT, par M. le docteur Caillat, inspecteur adjoint des eaux minérales de cette localité.

4° Un mémoire de M. le docteur Fabas, médecin inspecteur des eaux minérales de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), sur l'action de ces eaux, appliquées au traitement des maladies de l'utérus. (Commission des eaux minérales.)

5° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1855 dans le département des Ardennes.)

6° Un rapport de M. le docteur Faton, médecin des épidémies de l'arrondissement de Vendôme, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune d'Authon. (Comm. des épidémies.)

7° Plusieurs recettes de remèdes secrets. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

— La correspondance officielle comprend :

Une lettre de M. le docteur MANDL et une lettre de M. le docteur H. ROGER, qui prient l'Académie de les comprendre au nombre des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

Une lettre de M. le docteur GUBLER, qui adresse une semblable demande pour la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicales.

Un rapport de M. Laforêt, médecin vaccinateur du canton de Lavit (Tarn-et-Garonne), sur les vaccinations de 1855 et des observations sur la petite vérole.

Le tableau des vaccinations pratiquées en 1855 dans le département de Tarn-et-Garonne. (Comm. de vaccine.)

M. L. MATHIEU soumet à l'examen de l'Académie un nouveau genre de pince-érigne qu'il a fabriqué d'après les indications de M. Lefort, interne des hôpitaux.

Cette nouvelle pince est destinée à faciliter l'avivement dans les solutions de continuité, telles que la staphylorapbie, les fistules vésico-vaginales, etc. Cet instrument peut être utilisé avec avantage dans le passage des fils pour opérer la réunion, car alors chaque branche de la double érigne fixe un des côtés de la plaie, et comme ces deux branches sont réunies par un axe ou pivot, il s'ensuit qu'on rapproche les deux lèvres en fermant les anneaux comme ceux de la pince à pansement ordinaire; en se servant d'une aiguille demi-courbe, on peut traverser les deux lambeaux d'un seul coup, avec certitude qu'ils ne fuiront pas, et que les points de suture se correspondront exactement, puisqu'ils sont ajustés d'avance et placés au même niveau par l'action de cette pince-érigne.

M. OSCAR RÉVEIL prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un paquet cacheté contenant quelques faits relatifs à l'analyse de l'opium. (Accepté.)

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la mort de M. le docteur Gilbert-Savigny, membre correspondant à Reims.

— M. le professeur LUDWIG (de Stuttgard), membre correspondant de l'Académie, assiste à la séance.

— M. BOUILLAUD, qui avait réclamé la parole dans la précédente séance à l'occasion de la lecture de M. Parchappe, demande à remettre son argumentation après la communication de la deuxième partie de ce travail.

RECHERCHES MÉDICO-LÉGALES SUR L'ACIDE CYANHYDRIQUE ET SES COMPOSÉS.

M. le docteur OSSIAN HENRY fils lit, en son nom et au nom de M. le docteur ÉMILE HUMBERT, un mémoire sur l'acide cyanhydrique et ses composés.

Les liqueurs cyanurées sont aujourd'hui employées en grande quantité dans l'industrie de la dorure et de l'argenture par la voie humide, et déjà plusieurs empoisonnements par les cyanures ont été signalés, depuis que les procédés de MM. Ruolz et Elkington sont tombés dans le domaine public. C'est ce qui a conduit les auteurs de ce mémoire à entreprendre de nouvelles recherches sur la toxicologie de l'acide cyanhydrique et des cyanures.

Après avoir rappelé les caractères de l'acide cyanhydrique et des cyanures les plus connus, la composition des bains cyanurés employés dans les arts, les auteurs abordent la question de la formation spontanée de l'acide cyanhydrique, qui est incontestable dans certains cas de décomposition avancée des matières animales : en médecine légale, la présence d'un métal serait de nature à lever bien des doutes.

MM. Henry et Humbert passent ensuite en revue les procédés suivis jusqu'ici pour reconnaître l'acide cyanhydrique dans les empoisonnements, et ils provoquent enfin de nouveaux procédés, qui consistent à obtenir d'abord du cyanure d'argent, d'après les modes connus, puis ce cyanure soigneusement lavé et desséché est chauffé dans un tube avec environ la moitié de son poids d'iode. On voit bientôt se déposer sur les parties froides du tube de belles aiguilles d'iodure de cyanogène, qu'on fait voyager à volonté par l'action de la chaleur, et qu'il est facile de reconnaître aux réactions qui lui sont propres. Le brome, employé au lieu de l'iode, donnerait une réaction analogue.

Dans une seconde opération, on recherche dans le résidu le métal qui aurait pu se trouver combiné à l'acide cyanhydrique ; l'attention doit être appelée surtout sur les métaux qui entrent dans la composition des bains Elkington et Ruolz, zinc, cuivre, mercure, argent, or. Si l'on n'est parvenu à découvrir aucun des métaux précédents, on pourra supposer que l'empoisonnement a été produit par l'acide cyanhydrique ou par un cyanure alcalin. La méthode indiquée par Orfila pourra, dans certains cas, donner des présomptions en faveur de l'une ou de l'autre de ces hypothèses, mais il sera difficile d'arriver à une certitude absolue.

Après quelques semaines, on peut encore reconnaître l'existence de l'acide cyanhydrique et surtout des cyanures composés plus fixes ; mais, s'il s'est écoulé plusieurs mois, il ne sera plus possible d'en constater la présence, mais on pourra toujours isoler le métal du cyanure d'une manière non douteuse.

MM. O. Henry fils et E. Humbert ont appliqué avec succès à la recherche de proportions fort petites d'iode ou de brome une méthode dérivée de celle qu'ils proposent pour constater l'existence du cyanogène ; ils transforment ces métalloïdes en iodure ou en bromure de cyanogène en les chauffant avec du cyanure d'argent. Les produits obtenus sont recueillis isolément, séparés, puis facilement étudiés. (Comm. : MM. Boutron et Wurtz.)

DES CAUSTIQUES A LA GUTTA-PERCHA.

M. E. ROBIQUET lit un mémoire sur l'application de la gutta-percha à la préparation des caustiques à base de potasse et de chlorure de zinc.

Dans le courant du mois de novembre dernier, M. le docteur Mannoury, chirurgien de l'hôpital de Chartres, me fit l'honneur de m'écrire pour me demander plusieurs caustiques dont la préparation ne laissa pas que de me jeter dans un grand embarras.

M. Mannoury me disait, en effet, en propres termes :

« Je désire avoir deux caustiques : l'un à base de potasse, qui ramollirait » les tissus en fluidifiant l'albumine: l'autre, à base de chlorure de zinc, qui » les durcirait par la coagulation du même principe protéique.

» Mon but principal serait de faire pénétrer ces caustiques à travers des » fistules plus ou moins profondes, à des profondeurs plus ou moins considé- » rables, voire même jusqu'aux os, de les laisser agir le temps convenable » et de les retirer à volonté sans que leur forme première soit altérée.

» La gutta-percha, qui est souple et résistante, qui est inaltérable dans les » acides et les alcalis les plus puissants pourrait, je pense, servir d'excipient » à ces caustiques si déliquescents, les rendre portatifs, faciles à découper, » ductiles sous les doigts du chirurgien et réguliers dans leur action.

» Avec ces deux caustiques fluidifiant et coagulant, il me sera facile de cau- » tériser l'intérieur des fistules sinueuses et profondes, de détruire chimi- » quement les caries osseuses, d'enlever des tumeurs considérables et » même, dans certaines circonstances, de faire l'amputation d'un membre » jusqu'à l'os. »

Un aussi brillant programme ne pouvait me laisser indifférent; je me mis à l'œuvre sur-le-champ, et, après de longs tâtonnements dont je me garderai bien d'infliger le récit à l'Académie, je parvins à trouver des formules qui ont permis à l'ingénieux chirurgien de Chartres d'atteindre le but qu'il s'était proposé.

Rien n'est plus facile maintenant que d'unir, par fusion, la gutta-percha au chlorure de zinc et à la potasse caustique. On obtient ainsi une pâte parfaitement malléable, qu'on peut mouler en cylindres, comme le nitrate d'argent, en plaques comme la pâte de Canquoin, et en pastilles, comme la pierre à cautère.

J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie les échantillons de ces nouveaux caustiques, et j'ai consigné, à la suite de cette note, tous les détails de leur préparation.

Ces combinaisons conservent la souplesse de la gutta-percha et peuvent être introduites dans les cavités à cautériser, sans éprouver la moindre déformation, quelque prolongée qu'y soit leur séjour.

On peut se les représenter comme une éponge retenant dans ses pores la matière caustique et pouvant bien la défendre contre l'action hygrométrique

de l'air, mais n'étant plus capable de la retenir lorsqu'intervient la force de capillarité des tissus organiques vivants.

Pour faire usage de ces caustiques, il suffit de les tremper quelques secondes dans l'alcool, avant leur application, les escarres qu'ils produisent sont très-nettes et conservent exactement la forme que le chirurgien a jugé convenable de leur assigner.

Tous contiennent exactement la moitié de leur poids de substance, active, et leur conservation ne paraît présenter aucune difficulté sérieuse.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que je serai charmé de mettre à la disposition de l'Académie les échantillons qui seront nécessaires pour fixer son opinion à l'égard de ces caustiques dans l'efficacité desquels j'avoue avoir confiance d'après les résultats déjà obtenus par les chirurgiens qui ont bien voulu les expérimenter.

Ces recherches pratiques m'ont amené naturellement à étudier de nouveau la préparation des caustiques de M. le docteur Filhos.

On sait que M. Boudet, mon honorable prédécesseur, a publié sur ce sujet, il y a déjà plusieurs années, une notice fort précise. Jusqu'à présent on a préparé le caustique Filhos, en coulant dans des lubes de plomb de la potasse fondante contenant environ un dixième de chaux vive, en poids.

Tout en conservant les mêmes proportions entre les poids des deux bases alcaline et terreuse, j'ai changé légèrement le mode opératoire. Je coule ce mélange dans des lingotières de fer forgé, ce qui me permet d'opérer la fusion à une température beaucoup plus élevée; les cylindres une fois refroidis, sont rapidement enveloppés de gutta-percha, soudés à chaud et renfermés dans des bocaux parfaitement secs.

La forte chaleur à laquelle la potasse calcaire a été soumise la rend très-homogène et lui donne beaucoup plus de dureté; enfin, la légèreté de l'enveloppe permet au chirurgien d'opérer la cautérisation sans aucune fatigue et avec une singulière facilité. (Comm. : MM. Depaul, Boudet.)

DES SIGNES DES ALTÉRATIONS DU SANG FOURNIS PAR LA PEAU.

M. Piorry, au nom d'une commission composée de MM. Bousquet, Bouillaud et Piorry, donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. le docteur Bayle relatif à un signe général des altérations du sang dans les maladies et aux signes particuliers pour chacune de ces altérations.

Les altérations du sang, étudiées par un grand nombre d'auteurs, sont aussi évidentes que les lésions des organes solides; chacun a apporté à leur étude son contingent de travail et s'est livré au genre de recherches le plus en rapport avec ses occupations habituelles. Les uns s'en sont principalement occupés au point de vue de la clinique et des faits physiques facilement appréciables par les sens; les autres ont demandé à l'analyse chimique quelles étaient les modifications que le sang éprouvait; d'autres enfin ont séparé les éléments de ce liquide, ont apprécié le poids de chacun d'eux et signalé les modifications de forme et de volume que présentent au microscope les globules et les autres corps solides contenus dans le fluide sanguin. De l'ensemble de ces travaux est résulté un faisceau d'observations qui a éclairé un grand nombre de points de la médecine pratique.

Ces documents ont fait voir que les phénomènes rapportés aux maladies générales, aux diathèses, aux cachexies, aux épidémies de cause toxique, aux influences générales des virus sur l'organisation se rapportent presque toujours à des altérations, à des modifications survenues dans le sang, ou au mélange avec ce liquide de substances plus ou moins délétères.

M. le docteur Bayle, persuadé de l'importance de l'étude des altérations du sang, paraît aussi y rapporter les affections dites générales, dans il vient d'être question. Ce médecin a recherché, d'une part, s'il n'y avait pas une donnée générale qui pût fournir un signe spécial, destiné à faire reconnaître qu'il existe une anomémie, et de l'autre si l'on pouvait saisir des signes spéciaux propres à chacune des altérations du sang isolément considérées.

Or M. le docteur Bayle, qui porte si dignement le nom de son oncle, a cru trouver ces signes dans les éruptions qui se déclarent à la peau et dont les variations de coloration que le tégument peut offrir. A l'occasion de certaines de ces éruptions, M. Bayle fait, après Sydenham, l'apologie de la nature médicatrice, de l'expulsion par les phlegmasies et les sécrétions qui leur sont consécutives de la matière morbifique, etc.

Nous ne suivrons pas l'auteur sur ce terrain, car les divers membres de la commission pourraient bien différer d'opinion à ce sujet. Mais il est inévitable que les éruptions de causes internes, dont la peau est le siége, soient les conséquences d'altérations du sang ou, si l'on veut, de certaines substances venues du dehors ou provenant de l'organisme lui-même et qui portent sur le tégument leur effet toxique. Les médecins de toutes les opinions sont à peu près d'accord sur ce fait, et M. Bayle n'a fait qu'admettre une proposition juste et tont à fait d'accord avec l'observation.

Les colorations variées que la peau présente dans beaucoup de cas sont évidemment des résultats des teintes que le sang donne aux téguments; le derme exsangue est d'une couleur jaunâtre et terne; les vaisseaux sont-ils pleins au contraire d'un sang bien oxygéné, le derme offre ta nuance rosée propre à la santé. Dans l'asphyxie par le charbon, le derme prend une coloration rouge toute spéciale; dans les affections cancéreuses, la peau est décolorée et jaunâtre, etc.

M. Bayle attribue à ces faits un rôle de premier ordre dans le diagnostic des altérations du sang. Mais les colorations de la peau ne sont que l'un des signes de ces altérations, et partout où le sang traverse des tissus transparents, il montre pour ainsi dire par les nuances qu'il présente certaines modifications dont il est susceptible. C'est principalement aux scléroliques, sur les membranes muqueuses labiales, buccales, linguales, que ces apparences sont manifestes, et, dans l'opinion de votre rapporteur, c'est principalement sous ce rapport que l'examen attentif de la langue, de la bouche et des lèvres peut être utile. L'inspection de la peau fournit cependant des résultats moins précis que l'examen direct du sang par l'analyse chimique ou microscopique. L'intention de M. Bayle n'a pas été sans doute de proscrire ces moyens d'étude, pas plus qu'il n'a pensé avoir été le premier à signaler l'importance de l'inspection du tégument dans le diagnostic des anomémies. Ce qu'il a désiré, c'est de jeter un coup d'œil d'ensemble sur les caractères présentés par la peau pour en déduire des réflexions utiles.

Du reste, les deux circonstances dont M. Bayle fail mention comme signes d'anomémies, c'est-à-dire les éruptions et les colorations, n'ont aucune similitude et se rapportent à des phénomènes si différents, que les considérations diagnostiques qui se rapporteraient aux unes ne seraient en rien applicables aux autres; la peau, sous le rapport des éruptions, n'éclaire pas plus la séméiotique que les phlegmasies des membranes muqueuses, des synoviales, des organes parenchymateux qui se manifestent en même temps qu'elles, et l'on peut dire, en dépassant de beaucoup la proposition de M. Bayle, que toute affection aiguë et même chronique qui se manifeste se déclare à la fois dans divers organes avec des caractères identiques, est le résultat de quelque anomémie. Telles sont les réflexions qu'a fait naître dans l'esprit de votre commission le travail de M. le docteur Bayle, qui termine par celle proposition : « La peau est le miroir du sang, » que nous modifierons de cette façon : l'examen direct du sang, l'inspection de la peau, des membranes muqueuses extérieures, celui des organes profonds, l'analyse et la pondération, l'étude microscopique de ce liquide et de ses divers éléments, l'appréciation des modifications organiques et fonctionnelles, sont les moyens de reconnaître les altérations du sang et d'en spécifier les caractères.

Nous nous proposons, messieurs, de remercier M. Bayle de sa communication, et de renvoyer son travail au comité de publication.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

DU PASSAGE DE L'IODE PAR ASSIMILATION DIGESTIVE DANS LE LAIT DE QUELQUES MAMMIFÈRES.

M. le docteur Labourdette lit en son nom et au nom de M. le docteur Dumesnil, directeur et médecin en chef de l'asile public des aliénés de Quatre-Mares, un mémoire sur le passage de l'iode dans le lait de quelques mammifères par assimilation digestive.

Les auteurs se sont proposé de charger le lait des animaux d'iode ou d'iodure de potassium, en neutralisant par des correctifs leur action nuisible sur ces animaux. Ils ont eu pour but d'obtenir ainsi une substance médicamenteuse à l'état le plus normal possible, le plus rapproché de l'assimilation digestive.

L'iodure de potassium a été donné à des vaches laitières à la dose de 3 grammes au moins, quelquefois 6 et jusqu'à 10 grammes, d'après la quantité de lait fournie par l'animal en vingt-quatre heures. En même temps que l'iodure, on fait prendre à l'animal une proportion variable de ce que les auteurs appellent le brouet correctif, composé, suivant les cas, de chlorure de sodium, de nitrate de potasse, d'alun, d'extrait de ratanhia ou de cachou, ou bien de sulfate de soude et de magnésie et de l'albumine fraîche ou coagulée. Mais il est nécessaire, pour amener les vaches à prendre cette préparation, de les soumettre à un mode particulier d'entraînement.

En se tenant dans les limites indiquées quant à la dose du médicament et quant à son mode d'administration, la constitution des animaux laitiers n'est pas sensiblement atteinte et leur lait ne diminue pas pendant une période de six à huit mois d'une quantité appréciable.

La combinaison intime de l'iodure dans le lait, par voie d'assimilation digestive, lui imprime des caractères physiques et chimiques spéciaux qui le différencient nettement du lait simplement additionné de ce même sel. C'est ainsi qu'il se conserve mieux; que, dans le magma obtenu par la coagulation, au moyen des acides il devient impossible de séparer la matière grasse et caséeuse par l'alcool et l'éther; le caillot chauffé jouit d'une ductilité et d'une élasticité remarquables. Du reste, aucune saveur métallique propre à l'iode ou à l'iodure de potassium ne trahit leur présence, lorsque ce lait contient jusqu'à 20 ou 25 centigrammes d'iodure.

L'analyse chimique a démontré que le lait des vaches soumises au traitement de MM. Labourdette et Dumesnil contient une quantité considérable d'iode, jusqu'à 257 milligrammes par litre. La présence de l'iode et sa quantité approximative sont assez faciles à constater, pour peu qu'on ait l'habitude des manipulations chimiques. Le lait naturel et le lait additionné après coup ne présentent ni les caractères physiques ni les caractères chimiques de celui qui est ioduré par assimilation digestive.

L'examen des urines et des fécès des animaux soumis au traitement de MM. Labourdette et Dumesnil y démontre la présence de l'iode en quantité notable.

L'analyse quantitative du lait ioduré au moyen de l'azotate palladeux a prouvé que l'iodure de potassium n'excède pas 257 milligrammes, c'est-à-dire les vingt-cinq centièmes de la dose administrée aux vaches laitières.

MM. Labourdette et Dumesnil ont obtenu de très-bons résultats de l'administration du lait ioduré dans les cas de débilitation des enfants et des jeunes femmes, dans les engorgements mésentériques (*carreau*), dans les blépharites scrofuleuses, les engorgements strumeux, chez les nouveau-nés soumis à l'allaitement artificiel. Ils l'ont aussi employé avec avantage chez les enfants ou les femmes affaiblis par de longues maladies, chez ceux qui sont convalescents d'affections éruptives. Bien des sujets délicats, nerveux, ont dû à l'emploi de ce médicament un soulagement inespéré. Le lait ioduré modifie

d'une manière aussi prompte que remarquable la constitution des individus lymphatiques et scrofuleux; il devra probablement remplacer avec avantage dans le traitement des phthisiques peu avancés, l'administration du chlorure de sodium proposée par M. Amédée Latour. L'action médicatrice ne ressemble en rien à celle produite par de fortes doses d'iodure de potassium ou d'iode; l'action visible sur la peau et sur les muqueuses ne se manifeste jamais, car la dose est en réalité faible, mais semblable à l'huile de foie de morue de bonne qualité. Le lait ainsi préparé produit un effet tonique, stimulant et résolutif très-favorable dans les engorgements strumeux. (Commissaires : MM. P. Dubois, H. Bouley, Lecann.)

La séance est levée à quatre heures et demie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE JANVIER 1856; par M. le docteur Porchat, secrétaire.

(Suite et fin.)

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

IV. — Matière médicale.

1° NOTE SUR UNE NOUVELLE APPLICATION DE LA GLYCÉRINE; CONSERVATION DES MATIÈRES ORGANIQUES AU MOYEN DE CETTE SUBSTANCE; par M. A. Luton, interne des hôpitaux.

Les résultats remarquables obtenus dans le pansement des plaies avec la glycérine, et signalés à la Société de biologie dans une note antérieure, excitaient assez d'intérêt pour que l'on cherchât à se rendre compte de cette action, dont l'efficacité est incontestable.

Les propriétés antiseptiques de la glycérine, son intervention heureuse contre la pourriture d'hôpital et les ulcères putrides ou spécifiques, indiquaient naturellement la marche qu'il fallait suivre pour arriver à comprendre le mode d'action du nouvel agent thérapeutique. On mit des matières organiques en contact avec la glycérine, et celle-ci la préserva de la putréfaction.

Tel est en peu de mots le résultat des essais qui ont été entrepris par M. Demarquay dans ces derniers temps; et nous avons d'autant plus volontiers participé à ces essais que certaines notions chimiques, relatives à la glycérine, nous donnaient une grande confiance dans la réussite. Nous allons donc résumer ici les principales expériences que nous avons déjà faites, et nous les ferons suivre de quelques interprétations succinctes.

1re série d'expériences. — Le 26 octobre, nous avons plongé de la chair musculaire de bœuf et de mouton, ainsi que des parties de végétaux, d'une part dans de la glycérine pure, d'autre part dans de l'eau ordinaire. Bientôt les tissus plongés dans l'eau se sont putréfiés, et aujourd'hui ils sont complétement dissous; tandis que la glycérine a conservé intactes les matières qu'elle recouvrait. Elle-même n'a subi dans sa constitution aucune modification sensible; aucune odeur ne s'exhale des vases d'expériences qui la renferment.

2e série. — Ces premiers essais ont été faits en petit. Ils furent répétés bientôt sur de plus larges bases.

Le 10 novembre, on plongea dans de grands bocaux, au milieu de la glycérine pure, des côtelettes de mouton, des tranches de bœuf cru, un pigeon tout entier. Jusqu'à ce jour, c'est-à-dire après un intervalle de plus de quarante jours, la conservation est parfaite. Les tissus se sont un peu contractés; ils sont demi-transparents, comme gélatineux et cependant très-fermes. La fibre musculaire striée a conservé sa structure d'une manière encore très-évidente. Aucune odeur ne s'exhale des vases.

Dans une autre expérience, on a employé un mélange en proportions égales de glycérine et d'eau. La liqueur s'est un peu troublée, comme si elle avait dissous quelques substances organiques; mais cependant la putréfaction ne s'est nullement manifestée dans ce cas.

3e série. — Dans toutes ces expériences, les matières ont été plongées au milieu de la glycérine; on essaya ensuite de conserver les tissus en injectant cette substance dans les artères.

Le 19 novembre, le pied d'un homme, mort le 13 du même mois, fut injecté avec de la glycérine pure. L'injection fut poussée jusqu'à ce qu'elle revînt par les veines. Aujourd'hui encore, un mois après l'injection, ce pied paraît aussi frais que le jour où il a été détaché du cadavre. La peau a conservé sa couleur normale; toutes les articulations sont souples et les tissus ont une fermeté naturelle. Sur la surface de section, on voit les muscles durcis, racornis et couverts de moisissures; ces apparences excluent l'idée de la décomposition ammoniacale.

Le 5 décembre, on a injecté deux autres pieds et un avant-bras tout entier. La conservation jusqu'à ce jour est parfaite.

Cet essai est moins concluant que l'autre, puisqu'il y a une différence de quinze jours entre les deux; mais il ne remonte pas moins lui-même à quinze jours de date, et par conséquent n'est pas sans valeur.

L'un des deux pieds a été disséqué en partie le mardi 18 décembre, c'est-à-dire il y a cinq jours. La préparation a fourni des résultats très-satisfaisants. On a pu voir que les tissus imbibés de glycérine avaient conservé leur humidité et leur couleur normales, et présentaient un très-bel aspect.

4e série. — Le 9 décembre, deux fœtus de 5 mois et demi, jumeaux et mort-nés, ont été injectés avec de la glycérine pure par le cordon ombilical. Le résultat, bien que l'expérience soit encore un peu récente, a encore été le même. La conservation jusqu'à ce jour est complète.

Quant aux conditions physiques auxquelles toutes ces pièces ont été soumises, les voici :

Elles ont toujours été à l'abri des froids de cette saison et exposées à la température d'une chambre habitée.

Les vases, dans les premières expériences, n'ont jamais été couverts.

Ainsi donc, les influences qui favorisent le plus la putréfaction n'ont pas cessé de s'exercer dans le cours de ces expériences.

La glycérine est donc un agent conservateur des matières organiques. Mais pour quel intervalle de temps son action est-elle efficace? C'est ce que la suite apprendra.

Pour rechercher maintenant de quelle manière agit la glycérine pour conserver ces matières, on peut se guider sur le mode d'action ordinaire des moyens dits conservateurs. Or on préserve les matières organiques de la décomposition putride par l'une des méthodes suivantes :

1° En les mettant à l'abri du contact de l'air, comme dans les procédés d'Appert;

2° En les plongeant dans des substances avides d'eau (alcool, sel marin);

3° En les traitant par des substances qui forment entre elles des composés imputrescibles (sublimé corrosif, tannin, créosote).

On hésite pour savoir auquel de ces deux derniers modes d'action il faut comparer celui de la glycérine. Peut-être s'exercent-ils tous deux en même temps lorsque des matières animales sont en contact avec cette substance. D'abord la glycérine est très-avide d'eau, à la manière des alcools solubles dans ce liquide; or cette matière est très-voisine de la famille des alcools et se range sans doute parmi leurs dérivés. Puis les alcools n'agissent pas seulement par leur avidité pour l'eau dans ce cas; ils exercent aussi une certaine influence sur les ferments, soit en les rendant insolubles, soit en les détruisant chimiquement par leur combinaison intime avec eux. Ceci nous conduit à la classe des agents conservateurs que nous avons rangés en troisième lieu.

Il est possible que la glycérine forme, avec les matières organiques, une combinaison à laquelle elle communiquerait son inaltérabilité. M. Ch. Robin a signalé dernièrement l'action lentement dissolvante opérée par la glycérine sur les tissus organisés. C'est là un phénomène bien différent de la putréfaction, puisqu'il ne se dégage aucun produit de décomposition. M. Ch. Robin fait observer, avec beaucoup de raison, que cette action, tout à la fois chimique et physique, peut expliquer jusqu'à un certain point l'efficacité de la glycérine dans les plaies putrides. Sur les tissus vivants, le mode d'action doit être bien différent; la glycérine est absorbée sans doute. Toutefois, elle peut exercer sur la fibre une action styptique qui modifie heureusement l'état d'une plaie de mauvaise nature.

Nous devons encore signaler les moisissures qui ont apparu sur les parties dépouillées d'épiderme et exposées à l'air. Cette circonstance indique une tendance à l'acidité des matières imbibées de glycérine, exclut l'idée de fermentation ammoniacale et donne encore plus de certitude pour la conservation intégrale des matières organiques au moyen de la glycérine.

Ces essais demandent à être répétés sur une plus grande échelle. M. Demarquay doit injecter des cadavres d'adultes avec de la glycérine pure ou étendue d'eau; et on verra alors quel parti on pourra tirer de cette substance pour l'embaumement des morts, ou tout au moins pour la conservation temporaire des cadavres destinés aux dissections.

2° NOTE SUR LES ARBRES QUI FOURNISSENT LA GOMME ADRAGANTE; par M. Léon Soubeiran.

Les *Astragalus tragacanthæ* sont très-communs dans toutes les montagnes alpines et sous-alpines de l'Asie Mineure. Ils y forment des touffes arrondies et hautes de 15 à 30 centimètres, dont les rameaux sont entre-croisés pour ainsi dire en tous sens. Leur tige, extrêmement filandreuse, laisse exsuder par la section quelques gouttelettes d'un liquide très-épais et visqueux qui se concrète rapidement. Dans les environs de Tarsous, ce n'est que dans la chaîne de l'anti-Taurus (*ala-dagh* des Turcs) que l'on récolte la gomme adragante. Ce sont plusieurs espèces très-voisines de l'*Astragalus creticus* Lamk. qui sont employées à cet effet, et leur extrême ressemblance, qui permet tout au plus de les distinguer comme espèces, les fait employer indifféremment par les Turcs pour faire la gomme.

Ce sont les villages qui avoisinent la petite ville de Bereketly, à moitié chemin entre Tarsous et Césarée, qui se livrent à cette industrie vers le mois de juin ou de juillet, quand les fruits sont parvenus à leur maturité et que la végétation est arrivée à son terme, les habitants de ces villages vont sur la montagne, et là, avec leur couteau, il font à la base des tiges des *A. tragacanthæ* une incision perpendiculaire à la direction de l'axe caulinaire. Le suc, constitué en grande partie par de l'adragantine, insoluble et seulement gonflée par des liquides, ne sort de la plaie qu'avec une extrême lenteur. Ce n'est qu'une quinzaine de jours après cette opération que les Turcs récoltent la gomme qui provient de ces incisions. Cette gomme a l'aspect de rognures de corne plus ou moins longues, marquées de protubérances correspondant, au dire des gens du pays, chacune à l'écoulement d'une journée.

La quantité de gomme adragante, récoltée dans l'anti-Taurus, peut s'élever à 3 ou 4,000 kilogrammes, qui, sur le marché de Mersina, se vendent à raison de 4 fr. le kilogramme. Je tiens tous ces renseignements de M. Balansa, botaniste explorateur, qui vient de parcourir avec grand soin toute la chaîne du Taurus.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE FÉVRIER 1856 ;
par M. le docteur A. VULPIAN, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

1° NOTE SUR DEUX PIÈCES ANATOMIQUES RELATIVES A DEUX CAS D'IMPERFORATION DU RECTUM ; par M. GOBARD, interne des hôpitaux.

OBS. I. — Madenbousch (Jules-Adolphe), né le 18 septembre 1855, est entré à l'hôpital Necker dans le service de M. le professeur Natalis Guillot (salle Sainte-Cécile, n° 12).

Fils unique. Pas d'anomalie du même genre dans la famille.

Le 19 septembre, la mère de ce nouveau-né remarque que cet enfant, qui a le ventre dur et ballonné et qui paraît beaucoup souffrir, refuse le sein, ne rend pas de méconium et n'urine pas.

20 septembre. Vomissements de matières verdâtres. L'abdomen est plus volumineux que la veille.

21 septembre. Même état.

22 septembre. Pour la première fois, l'enfant nous est montré. Comme jusqu'à présent il n'a pas eu de selles et que le ventre est météorisé et sonore à la percussion, supposant que ces phénomènes morbides dépendent d'une imperforation du rectum, nous examinons le petit malade, et nous constatons que l'anus est parfaitement formé. Par cette ouverture, nous introduisons une sonde de femme qui ne peut arriver à plus de 25 millim. de hauteur. Une sonde de gomme élastique de petit diamètre ne peut parvenir plus loin.

Sur notre demande, M. Désormeaux veut bien venir examiner l'enfant. D'abord il pratique le cathétérisme et s'assure ainsi que la vessie est vide. Après avoir répété sans succès les tentatives que nous avons faites, il introduit dans le rectum une bougie fine sur laquelle il fait glisser la canule d'un trocart, retire la bougie et fait pénétrer dans la canule le poinçon, qu'il enfonce pour traverser l'obstacle.

Aussitôt les gaz et les matières s'échappent au dehors. Plusieurs lavements sont administrés pour nettoyer l'intestin. Une sonde est glissée sur le trocart et est maintenue en place, ce qui permet l'écoulement facile du méconium. L'opéré paraît tout à fait soulagé, toutefois il refuse le sein.

Dans la soirée, deux autres lavements sont administrés. Les vomissements ont cessé. Le méconium coule facilement par la canule. Le ventre est moins tendu que le matin.

23 septembre. Même état. Plusieurs lavements sont donnés dans la journée. L'enfant continue de refuser le sein.

24 septembre. Lavement ; le nouveau-né ne prend pas le sein.

25 septembre. Le ventre devient ballonné et dur.

26 septembre. Les phénomènes augmentent d'intensité.

27 septembre. M. Guillot, pour faire cesser ces accidents, qu'il attribue à la canule restée en place depuis le 22, fait retirer cet instrument.

A la visite du soir, je constate que les matières ont cessé de couler par le rectum. L'enfant paraît cependant soulagé ; l'abdomen est moins météorisé.

28 septembre. Même état que la veille ; absence de selles.

29 septembre. L'abdomen est de nouveau tendu ; rien ne passant par l'anus, j'essaye de donner un lavement. Le liquide ne pénétrant pas, alors j'introduis une sonde dans le rectum ; aussitôt du méconium et des gaz s'échappent par l'instrument. Je profite de la présence de la sonde pour administrer plusieurs lavements. L'instrument est ensuite retiré.

Dans la journée, l'enfant est très-affaissé. Il refuse de prendre le sein.

30 septembre. Même état que la veille ; le ventre est de nouveau tendu. Absence de selles. J'essaye sans succès de donner un lavement sans mettre de sonde ; je ne puis y parvenir.

1er octobre. L'enfant meurt à six heures du matin. Jamais les urines n'ont été mélangées avec du méconium.

2 octobre. L'autopsie est pratiquée à neuf heures du matin.

CAVITÉ ABDOMINALE. — Le jéjunum, l'iléon et le colon distendus par des gaz. Au niveau de l'S iliaque, perforation de l'intestin due probablement à une mortification. Le rectum qui paraît normal remplit le petit bassin. Afin de pouvoir en étudier la terminaison, j'enlève l'os iliaque du côté droit jusqu'à la symphyse. Je décolle le péritoine, puis, couche par couche, je détache les parties molles sous-jacentes à la séreuse, et alors je puis disséquer jusqu'au niveau du plancher périnéal. Le rectum ne présente rien de spécial, si ce n'est une diminution de calibre au niveau de la dernière vertèbre coccygienne. Dans ce point, l'intestin, mesuré sur sa face externe, paraît avoir 5 à 6 millim. de diamètre, tandis qu'au niveau de la deuxième vertèbre sacrée il atteint 25 millim.

Je pratique une ouverture sur la partie droite du rectum, j'enlève les matières qu'il renferme, et je vois que l'intestin volumineux à la partie moyenne du petit bassin diminue de calibre et se replie pour se terminer en formant un cul-de-sac étroit placé au devant de la dernière vertèbre coccygienne. A la partie antérieure de l'intestin, au niveau de la région prostatique, on voit un petit pertuis ovalaire.

J'introduis une sonde de femme par l'anus ; alors la partie antérieure du rectum que nous décrivons est repoussée en arrière, et on aperçoit l'instrument par le petit orifice déjà décrit. J'incise la partie droite du conduit dans lequel je fais pénétrer la sonde de femme, et je vois alors l'orifice anal bien conformé, plissé à son pourtour, se continuant avec un canal de 25 millim. de longueur, qui dépasse en haut le bord supérieur de la prostate et communique en arrière avec le rectum postérieur et qui offre les rapports suivants :

1° En avant avec l'urètre et la prostate ;

2° En arrière avec le rectum postérieur dont il est séparé par une membrane épaisse et ramollie qui présente un trou fait par le trocart ;

3 En bas, avec le sphincter externe qui lui appartient en propre.

Ainsi donc il a deux rectums parallèles, l'un antérieur et l'autre postérieur, le postérieur descendant presque au niveau de la dernière vertèbre coccygienne ; l'autre antérieur dépassant le bord supérieur de la prostate.

Il paraîtra peut-être extraordinaire que nous donnions le nom de rectum à ces deux conduits juxtaposés. Mais comment appellerons-nous la continuation du tube digestif dans le petit bassin ? sous quel nom désignerons-nous le canal qui se termine à l'orifice anal ?

Nous avons dit plus haut que la membrane qui séparait les deux conduits intestinaux était jaunâtre, assez épaisse, mais ramollie. Si l'enfant qui présentait cette curieuse anomalie eût pu vivre quelques jours de plus, il aurait été probablement sauvé ; car la cloison qui commençait à se gangréner aurait été détruite, et alors le cours des matières se serait rétabli.

L'examen de la pièce nous a fait comprendre pourquoi cet enfant ne pouvait rendre du méconium sans canule ; car alors, sous l'influence des efforts, les matières s'accumulaient dans le rectum postérieur et repoussaient en avant la cloison qui faisait l'office de valvule, tandis que l'écoulement des matières était facile quand une sonde établissait une communication entre les deux portions du tube digestif.

L'urètre et la vessie ayant été ouverts, je ne trouve aucune communication entre le tube digestif et l'appareil urinaire.

PÉRITOINE. — Après avoir tapissé la partie supérieure de la face antérieure du rectum postérieur, la séreuse se porte sur la face postérieure de la vessie en formant un cul-de-sac distant de 4 centim. du plancher périnéal.

OBS. II. — Pontsy, né le 2 octobre 1855. Premier enfant. Pas d'anomalie du même genre dans la famille.

3 octobre. Le lendemain de l'accouchement, la femme Pontsy, étonnée de voir que son enfant n'avait pas sali la couche, l'examine avec soin, et ne trouvant pas d'orifice anal, envoie chercher un médecin qui constate l'absence de l'ouverture inférieure du tube digestif, mais il refuse d'opérer.

5 octobre. On porte le nouveau-né à la consultation du docteur Guersant. Le chirurgien de l'hôpital des Enfants fait une incision périnéale, et pratique sans succès plusieurs ponctions dans la direction probable du rectum.

10 octobre. La femme Pontsy entre à l'hôpital Necker, service de M. le professeur Natalis Guillot. Jusqu'à présent l'enfant n'a pas vomi ; il a le ventre dur et ballonné ; les urines sont claires et ne contiennent pas de méconium. Sa mère ne lui a pas donné le sein, il prend seulement de l'eau sucrée. L'état général est bon.

11 octobre. Même état que la veille.

12 octobre. M. Guillot agrandit la plaie faite au périnée et essaye, mais en vain, de trouver le bout inférieur de l'intestin ; le ventre du petit malade est fortement distendu ; il est bleuâtre. Sclérème. État général satisfaisant.

13 et 14 octobre. Rien à noter.

15 octobre. Les lèvres de la plaie faite au périnée deviennent gangréneuses ; pas de suppuration.

16 octobre. L'enfant meurt. Il a pu vivre 14 jours sans prendre rien autre que de l'eau sucrée. Il n'a jamais vomi. Dans aucun temps les urines n'ont été mélangées avec du méconium.

L'autopsie est pratiquée le 17.

CAVITÉ ABDOMINALE. — Pas de péritonite. Les intestins sont distendus par des gaz. L'extrémité inférieure de l'S iliaque dilatée, remplie de méconium, arrivée au point de jonction de la dernière vertèbre lombaire avec le sacrum, se rétrécit brusquement pour ne plus former qu'un petit colon aplati d'avant en arrière, du volume d'une petite plume de pigeon. Ce changement brusque de diamètre se voit surtout quand on regarde l'intestin de face.

Ayant ouvert le cul-de-sac qui termine l'S iliaque, je vois que la partie inférieure de la muqueuse est ridée, plissée, peut se continuer avec la membrane la plus interne du petit conduit indiqué plus haut.

Afin de savoir si ce canal anormal s'ouvre dans la vessie ou dans l'urètre, je fends ces deux organes ; mais à leur surface je ne trouve rien qui indique la moindre communication ; je fais alors passer un stylet très-fin dans le petit conduit, et bientôt je vois la pointe de l'instrument soulever, puis détacher une lamelle épithéliale de la muqueuse de la vessie sur la ligne moyenne, 4 millim. en arrière de la crête urétrale.

Le petit canal que nous décrivons ne renferme pas de méconium ; il suit la direction du sacrum, auquel il adhère en arrière.

En avant et en haut, sur une longueur de 4 millim., il est recouvert par le péritoine ; plus bas, il reprend à la vessie, dans l'intervalle qui sépare les

vésicules séminales, puis à la prostate, dans l'épaisseur de laquelle il s'engage. Je n'ai pu étudier les rapports précis de la terminaison de ce canal anormal avec les conduits éjaculateurs.

La paroi en est épaisse. On distingué facilement la muqueuse, puis deux faisceaux musculaires longitudinaux, l'un antérieur, l'autre postérieur, qui, supérieurement, se continuent avec les fibres longitudinales du gros intestin.

Péritoine. — La sérense tapisse presque complétement la terminaison de l'S iliaque, puis couvre une faible portion de la face antérieure du petit canal, pour se porter sur la face postérieure de la vessie. Le cul-de-sac recto-vésical est à 4 centim. du plancher du périnée.

2° Imperforation du rectum chez un nouveau-né du sexe féminin; observation; par M. E. Gonard, interne des hôpitaux.

Andréa-Emilie Gesgo est née le 10 décembre 1855.

Le lendemain on remarqua qu'elle n'a pas rendu de méconium.

12 décembre. Absence de selles; un lavement huileux est administré à l'enfant, qui ne peut le conserver. Or, comme à ce moment elle a le ventre tendu, ballonné, qu'elle a eu plusieurs vomissements, elle est portée chez le docteur Legroux, qui, ayant constaté l'existence de l'anus et une imperforation du rectum, essaye de faire pénétrer une sonde dans l'intestin, et, après plusieurs tentatives inutiles, conseille aux parents de montrer la petite malade à M. le docteur Guersant.

Dans la soirée du 12, la tension du ventre augmente; vomissement de matières jaunâtres.

13 décembre. L'enfant est portée à M. le docteur Guersant, qui fait plusieurs ponctions infructueuses.

Mêmes accidents que le 12.

14 décembre. Les phénomènes morbides deviennent plus intenses, les vomissements sont tellement répétés que la mère cesse de donner à boire à l'enfant.

15 décembre. La petite malade est amenée dans le service de M. le professeur Natalis Guillot, alors remplacé par M. le docteur Delpech. Les accidents indiqués plus haut persistent.

Dans la soirée, je vois l'enfant, qui est très-affaissé; le ventre est fortement météorisé. Des nombreuses veines gorgées de sang forment des stries bleuâtres sous la peau de l'abdomen. Plus de vomissements.

La mort paraît imminente.

J'apprends que la petite malade n'a jamais pris le sein et qu'on ne lui a jamais donné de lait.

L'enfant meurt le 15, à neuf heures du soir.

L'autopsie est pratiquée le 17.

Avant d'ouvrir l'abdomen, je constate l'existence d'un orifice anal; seulement 5 millimètres plus haut le rectum est fermé par un diaphragme membraneux mince, assez résistant, percé de trois petits trous qui résultent des coups de trocard portés dans cette région.

Cavité abdominale. — Pas d'épanchement, péritonite avec adhérences entre les circonvolutions, des gaz distendent le tube intestinal. Le colon descendant est normal quant au volume et à la coloration; seulement l'extrémité inférieure de cette portion de l'intestin, d'un rouge verdâtre, se termine, dans le grand bassin, au niveau de l'union de la dernière vertèbre lombaire avec le sacrum, en formant brusquement une dilatation considérable, parfaitement arrondie, et d'un volume supérieur à celui d'un œuf de poule.

Rectum. — Pour étudier cette portion de l'intestin, que je crois devoir rencontrer, j'enlève l'os iliaque du côté droit, je décolle le péritoine du même côté, je détache avec soin les parties molles que recouvre la séreuse, puis introduisant un petit stylet dans un des trous que présente le diaphragme qui oblitère le rectum, je me sers de cet instrument pour me guider, et je parviens à disséquer complétement le rectum rudimentaire, qui commence à l'anus pour se terminer en s'effilant à 6 millimètres de l'ampoule que présente la fin de l'S iliaque, et au niveau de l'union de la première avec la deuxième vertèbre sacrée.

Ce conduit, dont le diamètre est de 3 millimètres, répond en arrière au sacrum, en avant il adhère au vagin.

En outre du diaphragme indiqué plus haut, il présente, à 22 millimètres de l'anus, un repli valvulaire semi-lunaire des plus manifestes. La structure de ce conduit diffère de celle du tube digestif, car tandis que l'S iliaque et l'ampoule présentent quatre tuniques, le rectum rudimentaire n'est formé latéralement que par la muqueuse, doublée peut-être par une légère couche fibreuse, et renforcée en avant et en arrière par un faisceau de fibres musculaires longitudinales qui, venant de l'ampoule, constitue un cordon manifeste qui unit la fin de l'S iliaque avec le commencement du rectum.

Péritoine. — Au niveau du grand bassin, la séreuse enveloppe l'ampoule qui termine l'S iliaque pour se porter en avant sur la partie inférieure de la face postérieure du vagin et de l'utérus. Ainsi le cul-de-sac vaginal est à 42 millimètres du périnée.

3° Anatomie pathologique de l'épididymite blennorrhagique aiguë; diminution notable du volume de la vésicule séminale correspondant à l'épididyme affecté, et coïncidant avec l'absence d'animalcules spermatiques dans le liquide qu'elle renferme; deux observations; par M. E. Godard, interne des hôpitaux de Paris. (Les pièces ont été montrées à la Société.)

Dans le courant du mois de janvier 1855, M. Nassaris, interne de M. Ricord, ayant bien voulu me donner les organes génitaux de deux hommes, entrés à l'hôpital du Midi porteurs d'épididymite blennorrhagique, l'un du côté gauche, l'autre du côté droit, et qui avaient succombé rapidement l'un et l'autre à une péritonite; je fus frappé de voir que chez ces deux sujets les vésicules séminales étaient dissemblables, et que celle qui correspondait à l'épididyme affecté était notablement plus petite. J'avais espéré pouvoir recueillir d'autres faits, et c'est après avoir attendu plus d'une année que je me suis décidé à mettre ces deux observations sous les yeux de la Société de biologie.

Obs. I. — Vitreux, 23 ans, sculpteur, entré le 5 janvier 1855, atteint d'épididymite blennorrhagique du côté gauche, meurt de péritonite le 25 janvier 1855.

Autopsie. — L'épididyme du côté affecté est encore tuméfié.

Rien du côté droit.

Prostate saine.

	Côté droit.	Côté gauche.
Vésicules séminales.	Longueur. 51 millimètres. Largeur. . 11 millimètres.	Longueur. 31 millimètres. Largeur. . 11 millimètres.

EXAMEN MICROSCOPIQUE.

	Côté droit.	Côté gauche.
Testicules.	Pas d'animalcules spermatiques.	1° Pas d'animalcules spermatiques. 2° Globules de sang.
Partie moyenne du canal déférent.	1° Animalcules spermatiques privés de mouvement. 2° Têtes et queues libres. 3° Epithélium cylindrique.	Pas d'animalcules. Granulations à bords foncés.
Vésicules séminales.	1° Quantité considérable de spermatozoaires morts. 2° Têtes et queues libres. 3° Epithélium cylindrique.	Pas d'animalcules. Epithélium cylindrique.

Obs. II. — Leroch (Félix), coiffeur, 31 ans, entré le 6 janvier 1855, salle 5, lit n° 6, pour une épididyme; pris d'une péritonite le 19, meurt le 24 janvier 1855.

Autopsie. — Epididyme droit enflammé et augmenté de volume.

Rien du côté gauche.

Le canal de l'urètre renferme du pus.

Prostate saine.

	Côté droit.	Côté gauche.
Vésicules séminales.	Longueur. 37 millimètres. Largeur. . 9 millimètres.	Longueur. 48 millimètres. Largeur. . 14 millimètres.

EXAMEN MICROSCOPIQUE.

	Côté droit.	Côté gauche.
Testicules.	1° Animalcules spermatiques rares et morts. Têtes et queues libres. 2° Quantité considérable de globules sanguins.	1° Grande quantité d'animalcules morts. Têtes et queues libres. 2° Rares globules sanguins.
Tête de l'épididyme.	1° Epithélium cylindrique. 2° Globules sanguins. Pas d'animalcules.	Pas d'animalcules. Globules de sang.
Canal déférent à 10 centimètres de la terminaison.	Pas d'animalcules. Epithélium cylindrique.	1° Grande quantité d'animalcules morts. Têtes et queues libres. 2° Epithélium cylindrique.
Vésicules séminales.	Pas d'animalcules. Epithélium.	Grande quantité d'animalcules normaux ou déformés. Epithélium et globules sanguins.

Les autopsies de sujets morts pendant le cours d'une épididymite blennorrhagique aiguë sont excessivement rares. A ce titre, les deux observations qui précèdent offrent un certain intérêt.

Elles montrent :

1° Que le testicule qui correspond à l'épididyme enflammé, bien qu'il renferme un plus grand nombre de globules sanguins que celui du côté opposé, peut cependant continuer à sécréter des spermatozoaires (obs. II) (1);

2° Que du côté affecté, les voies spermatiques sont oblitérées (2). Ainsi, dans

(1) Ayant eu l'occasion d'étudier les organes génitaux d'un homme mort pendant le cours d'une épididymite blennorrhagique, avec orchite parenchymateuse, j'ai pu voir que la sécrétion spermatique était complétement arrêtée. Le liquide que l'on faisait sourdre du testicule enflammé ne renfermait que des globules sanguins. Du côté opposé, au contraire, le parenchyme glandulaire contenait des spermatozoaires.

(2) Dans un travail qui a été couronné par l'Académie des sciences en 1850, et dans un second mémoire publié en 1853, M. Gosselin a appelé l'attention

les deux cas, du côté malade, il n'y avait pas d'animalcules, ni dans le canal déférent, ni dans la vésicule séminale, tandis que du côté sain j'ai pu en rencontrer une notable quantité.

3° Enfin, et c'est le fait qui motive cette note, la vésicule séminale du côté correspondant à l'épididyme affecté, quoique parfaitement saine, avait notablement perdu de son volume. Or, dans les deux cas, elle ne renfermait pas d'animalcules, tandis que celle du côté sain en contenait un grand nombre. Or, comme deux fois déjà, chez deux individus stériles, j'ai observé une double atrophie des vésicules séminales, je serais porté à croire qu'une vésicule séminale s'atrophie, incomplétement il est vrai, quand elle cesse de recevoir le liquide sécrété par le testicule.

4° TUMEUR ÉRECTILE DE L'ARTICULATION DU GENOU; par M. E. BOUCHUT.

Une fille de 3 ans, couchée au n° 14 de la salle Sainte-Rosalie, à l'hôpital Sainte-Eugénie, faible, chétive, anémique, est entrée avec une tumeur du genou faisant saillie à la partie interne des condyles du fémur.

Cette tumeur était molle, élastique, sans changement de couleur à la peau, et on y sentait une résistance semblable à de la fluctuation. Une ponction exploratrice fut faite; il ne sortit que deux ou trois gouttes de sang et il n'y eut pas d'inflammation consécutive.

Un mois après, l'enfant mourut de diarrhée colliquative.

L'articulation du genou disséquée avec soin montra : 1° la peau saine ; 2° sous la peau, une couche de tissu cellulaire à travers laquelle on voyait les inégalités d'une tumeur molle et noire faisant saillie en dedans de la rotule, en dedans des condyles du fémur et du tibia, et pénétrant dans l'articulation du genou ; 3° une articulation fémoro-tibiale saine, sans liquide intérieur, des cartilages intacts et une séreuse naturelle ; 4° une tumeur noirâtre spongieuse pénétrant entre les condyles internes du fémur et du tibia, jusqu'aux ligaments croisés de l'articulation, et recouvrant au dehors ces condyles dans une étendue de 4 centimètres environ,

Cette tumeur, en tout du volume d'une petite noix, est formée d'une trame fibreuse aréolaire, formant des petites cavités inégales communiquant les unes avec les autres et remplies de sang. Cette trame remplie de sang à l'aspect du tissu des corps caverneux ou du tissu hémorrhoïdal ; en raclant avec le scalpel, on fait circuler le sang d'une cavité à l'autre ou on le fait sortir au dehors par les ouvertures faites au moment de la préparation.

On ne saurait mieux donner l'idée de ce tissu singulier qu'en le comparant à une éponge très-fine remplie de sang.

On ne trouve dans cette trame aucun élément vasculaire, et elle paraît, au microscope, exclusivement composée par les éléments du tissu cellulaire. Une pression faite avec soin a pu enlever tout le sang contenu dans son intérieur.

Ce qu'il y a de curieux dans ce produit morbide, c'est l'absence de tout élément hétéromorphe, et sa constitution par un élément anatomique normal offrant une disposition très-rare et qui n'a pas encore été signalée. Ce n'était pas un tissu érectile vasculaire proprement dit, avec des vaisseaux distincts, qu'on a désigné sous le nom de tissu fongueux ou de fongosités sanguines : c'était un tissu celluleux érectile spongoïde rempli de sang noir, fluide, facile à enlever.

II. — PHYSIOLOGIE.

INFLUENCE DE L'ALCOOL ET DE L'ÉTHER SUR LES SÉCRÉTIONS DU TUBE DIGESTIF, DU PANCRÉAS ET DU FOIE; par M. CL. BERNARD.

M. Cl. Bernard communique à la Société quelques-uns des résultats qu'il a obtenus dans ces derniers temps sur l'action de diverses substances sur l'économie animale ; il se propose de revenir sur ce sujet et de compléter sa communication ; aujourd'hui il ne veut parler que de l'action de l'alcool et de l'éther sulfurique.

On sait que l'action de ces deux substances a déjà été étudiée par différents physiologistes, mais jusqu'ici les recherches ont eu surtout pour but de faire connaître l'influence de ces agents sur le système nerveux. M. Cl. Bernard s'est proposé d'étudier les modifications que l'alcool et l'éther font subir aux sécrétions.

1° *Alcool*. Si, à l'aide d'une sonde œsophagienne, on introduit, dans l'estomac d'un chien, une petite quantité, 5 ou 6 centimètres cubes, par exemple, d'alcool étendu de moitié d'eau, toutes les sécrétions du tube digestif augmentent. Qu'on tue l'animal au bout de quelques instants, et l'on trouvera l'estomac plein d'un liquide qui sera en très-grande partie du suc gastrique; de même, les sécrétions intestinales et la sécrétion pancréatique se seront considérablement accrues. L'alcool aura donc produit une excitation suivie des mêmes résultats qui eussent suivi l'ingestion de matières alimentaires.

Il était intéressant de voir ce qui arriverait pour la sécrétion sucrée du foie. Dans l'état ordinaire des choses, la quantité de sucre augmente généralement dans le foie pendant la digestion, même lorsque le régime est exclusivement composé de viande. Or, dans ce cas, deux hypothèses peuvent être faites : ou bien la digestion n'agit que comme un excitant de la sécrétion sucrée qui se ferait aux dépens du sang dans le foie, ou bien elle verse dans la veine porte et conduit au foie des principes susceptibles de se transformer en sucre par l'élaboration hépatique. On pouvait déjà *à priori* rejeter la dernière supposition, et adopter an contraire la première, en faisant ainsi rentrer la sécrétion sucrée du foie dans la règle commune des autres sécrétions qui, de l'avis de tous les physiologistes, se font aux dépens du sang ; mais une preuve démonstrative en faveur de cette première hypothèse peut être tirée des expériences faites avec l'alcool.

Deux chiens adultes, de taille égale, sont d'abord soumis à un régime exclusivement composé de viande, puis mis à jeun pendant huit, dix ou quinze jours. Au bout de ce temps, l'un d'eux est sacrifié. On soumet son foie au lavage anatomique qui le débarrasse entièrement du sang qu'il contenait. Dans les conditions normales, il reste dans le foie, après un semblable lavage, une certaine quantité de la matière découverte par M. Cl. Bernard, matière insoluble qui se transforme peu à peu, comme on le sait, en glycose : or le foie de ce chien ne contient qu'une très-petit quantité de cette matière, car le lendemain, on ne trouve dans le foie que des traces de sucre. On laisse vivre l'autre chien deux ou trois jours de plus, pendant lesquels il continue à jeûner, et pendant lesquels on lui introduit chaque jour, dans l'estomac, par la sonde œsophagienne, 5 à 6 centimètres cubes d'alcool mêlé par parties égales avec de l'eau. On le sacrifie, on fait subir à son foie le même lavage, et le lendemain, on constate une grande quantité de sucre produit par la transformation de la matière qui se change en sucre, matière qui, par conséquent, s'était formée en plus grande abondance chez ce chien que chez le précédent. Ce n'est pas, à coup sûr, l'alcool qui, dans ce cas, porté dans le foie par la circulation, s'est transformé directement en sucre; la chimie se révolte contre une pareille explication, et il faut bien admettre que l'alcool n'a agi que comme un excitant. Ce chien avait jeûné deux ou trois jours de plus que le précédent, et certainement, si on ne lui avait pas introduit de l'alcool dans l'estomac, son foie, au moment de la mort, aurait contenu une proportion plus faible de la matière qui forme le glycose que le foie du chien précédent. Mais sous l'influence provocante de l'alcool, le foie excité a pu produire aux dépens du sang une quantité assez considérable de cette matière. Il n'y a pas d'autre explication possible : cette expérience démontre bien le mécanisme de la sécrétion glycosique du foie, et la manière dont le travail de la digestion influe sur cette sécrétion.

Il est très-important, dans cette expérience, de ne donner qu'une dose faible d'alcool mêlé d'eau : si la quantité du mélange était trop grande, ou si l'alcool était pur, si, en un mot, il résultait de l'ingestion alcoolique un état d'ivresse, l'effet serait inverse. L'excitation serait trop forte, et alors il y aurait arrêt de la formation de la matière qui se transforme en sucre, et de toutes les sécrétions, intestinales et gastrique.

2° *Éther*. L'éther a été introduit par dans les voies digestives de plusieurs chiens à l'aide d'une sonde œsophagienne. Un premier fait a été constaté : c'est que l'on a pu introduire ainsi de fortes doses d'éther, jusqu'à 30 centimètres cubes, sans produire aucun phénomène d'éthérisation. Cependant l'éther se répand rapidement dans toute l'économie. Il produit une vive excitation de l'intestin, car si on ouvre un chien en expérience au bout de quelques instants, on trouve l'intestin assez fortement injecté, mais cette injection disparaît très-rapidement pendant la vie de l'animal. Un résultat constant de l'introduction de l'éther dans les voies digestives est une grande augmentation dans toutes les sécrétions et une action sur le foie tout à fait semblable à celle que détermine l'alcool ; seulement cette action est encore plus vive, et, de même que pour les sécrétions intestinales, elle ne dépend pas de la dose donnée : sa conséquence est toujours une activité plus grande imprimée à la production de la matière qui se transforme en sucre.

M. Cl. Bernard signale encore à la Société le fait suivant sur l'explication duquel il n'est pas encore fixé, c'est que, chez des animaux à jeun pendant dix, douze et quinze jours, et auxquels il introduisait de l'éther dans l'estomac quelques moments avant de les sacrifier, il a vu les vaisseaux chylifères d'un très-beau blanc laiteux. L'alcool ne produit rien d'analogue (26 janvier 1856).

(La suite prochainement.)

sur la stérilité qui est quelquefois consécutive à l'épididymite double, et a démontré qu'elle était due à la suppression du passage du sperme dans la queue de l'épididyme, oblitérée à la suite du travail inflammatoire; mais cet auteur ne s'est occupé que des troubles de l'excrétion, et n'a pas étudié les modifications que l'épididymite peut apporter dans la sécrétion, soit pendant la période aiguë de la maladie; soit ultérieurement.

Les recherches que depuis deux années nous avons entreprises sur le même sujet, nous ont montré que les faits avancés par le chirurgien de l'hôpital Cochin étaient de la plus rigoureuse exactitude.

BIBLIOGRAPHIE.

ON THE CONSTITUTIONAL AND LOCAL EFFECTS OF DISEASES OF THE SUPRA-RENAL CAPSULES. (DES EFFETS CONSTITUTIONNELS ET LOCAUX DES MALADIES DES CAPSULES SURRÉNALES) ; par le docteur THOMAS ADDISON, médecin de l'hôpital de Guy. — Londres, 1856.

(Deuxième article. — Voir le numéro précédent.)

Nous continuons aujourd'hui le résumé des observations relatives aux maladies des capsules surrénales et à leur signe le plus constant, la coloration bronzée de la peau.

Obs. IV. — Homme de 24 ans, mort le lendemain de son entrée à l'hôpital. Pas de commémoratifs; on sait seulement qu'il était sujet à de la douleur épigastrique et aux vomissements. La face, les aisselles, les mains, sont d'un brun très-foncé. Il présente à l'hôpital les nausées, les vomissements, une grande prostration, un peu d'émaciation. On sait que la maladie durait depuis plusieurs mois, la mort a lieu dans le collapsus, sans cause organique appréciable. On ne trouve rien de notable à l'autopsie dans les différents organes.

Les capsules surrénales sont atrophiées, altérées, et pèsent ensemble seulement 2 grammes et demi. (Addison, p. 19.)

Obs. V. — Jeune femme dont on ne connaît ni les commémoratifs ni les premiers symptômes; on sait seulement que la peau était très-foncée en couleur. Il y avait une extrême débilité, des vomissements bilieux, une émaciation considérable, un abcès de la poitrine et un gonflement de la parotide droite. L'état de la malade ne fournissait pas d'autre indication que celle de relever les forces. On ne connaît pas la durée totale de la maladie. La malade s'affaissa graduellement, eut des vertiges, de la céphalalgie, un délire passager.

Les deux capsules surrénales étaient augmentées de volume, lobulées et infiltrées de matière tuberculeuse. Elles avaient quatre fois la grosseur naturelle; celle du côté gauche était suppurée. (Addison, p. 23, et Bright's Reports.)

Obs. VI. — Homme de 40 ans environ. Pas de commémoratifs; on ne connaît pas les premiers symptômes de la maladie. La peau est généralement brune et foncée en couleur. La face, le cou, les bras sont couverts de tache d'un brun chatain, la peau interposée restant blanche. Il y avait un peu d'amaigrissement, une grande anémie, une langueur extrême, beaucoup d'irritabilité de l'estomac, des vomissements douloureux et opiniâtres, le pouls de grandeur naturelle, mais extrêmement mou et compressible.

La durée de la maladie est évaluée à un an. La mort eut lieu assez brusquement. Les deux capsules surrénales étaient notablement augmentées de volume, elles présentaient une surface irrégulière et indurée; elles n'avaient plus leur structure ordinaire; les autres organes n'étaient pas notablement altérés; les vomissements étaient si persistants chez ce malade qu'on crut un moment à l'existence d'une affection organique de l'estomac. (Addison, p. 25.)

Obs. VII. — Femme de 60 ans. Pas de commémoratifs. On sait seulement que la malade avait depuis assez longtemps un cancer du sein. La peau des bras, de la poitrine et de la face offrait une coloration brunâtre particulière. Les symptômes n'ont pas été relevés. On sait seulement que la mort survint par suite des progrès du cancer du sein. La durée de la maladie n'est pas connue. Les deux capsules présentaient une infiltration cancéreuse considérable qui avait détruit leur tissu.

La teinte bronzée de la peau et le cancer des capsules surrénales ne furent notés qu'à l'autopsie. (Addison, p. 30.)

Obs. VIII. — Un homme de 53 ans, sans embonpoint, mais jouissant d'une bonne santé antérieurement, eut d'abord une éruption particulière sur la peau; quatre mois après sa disparition il survint, pour la première fois, des troubles gastriques. La peau est partout d'une teinte obscure, les aisselles, le pourtour de l'ombilic sont remarquablement foncés en couleur; il y a sur le tégument des taches plus brunes que les parties environnantes.

Le malade est émacié et très-faible. Il y a une grande irritabilité de l'estomac. La maladie ne dure que quatre mois. Le malade meurt d'épuisement (exhaustion) trois jours après son admission à l'hôpital. Il y a un cancer du pylore. La capsule surrénale gauche est détruite par une infiltration cancéreuse. (Addison, p. 32.)

Obs. IX. — Homme de 53 ans, santé antérieure bonne, constitution forte. Deux mois avant son entrée à l'hôpital, il éprouva du malaise et perdit l'appétit. La peau est d'un jaune bronzé; cette coloration devient de plus en plus foncée à l'hôpital. Il se plaint de vomituritions, d'affaiblissement, d'anorexie; il éprouve des frissons toutes les cinq ou six heures, pas de douleurs, 80 pulsations plutôt faibles. Le malade s'affaiblit de plus en plus sans cause appréciable, et la mort a lieu après trois mois de maladie. On trouve un dépôt tuberculeux dans l'une des capsules surrénales; il y avait de la matière tuberculeuse dans la rate, les reins étaient aussi altérés; les poumons ne furent pas examinés; dépôts mélaniques dans le mésentère, l'épiploon, le tissu cellulaire de l'abdomen. (Addison, p. 35.)

Obs. X. — Femme de 28 ans, morte d'un cancer de l'utérus; la peau avait chez elle une teinte brunâtre particulière, mais qu'on ne remarqua pas pendant la vie. Les symptômes particuliers ne furent pas notés. La durée de la maladie n'est pas connue. La mort eut lieu par épuisement à la suite du cancer utérin.

La capsule surrénale droite était saine; la veine surrénale gauche était comprimée par une production cancéreuse, la capsule surrénale de ce côté contenait du sang récemment extravasé. (Addison, p. 38.)

Obs. XI. — Homme adulte, mort de cancer des poumons. La face présentait une teinte brune. Ephélides sur le visage et teinte brune de la base du nez et des angles des lèvres. Les symptômes particuliers n'ont pas été relevés. Le cancer du poumon fut la cause de la mort. L'une des capsules surrénales était désorganisée par le cancer, l'autre était saine.

Dans ce cas, on avait remarqué pendant la vie la couleur particulière de la peau. (Addison, p. 39.)

Obs. XII. — Homme de 24 ans. Éprouva d'abord une douleur au dos, suivie d'amaigrissement et de couleur bronzée de la peau. La peau du pénis et du scrotum était presque noire; celle du reste du corps avait une teinte cuivrée foncée et était parcourue par des espaces moins colorés. Il y avait de l'irritabilité de l'estomac (nausées et épigastralgie) sans vomissements; la douleur dorsale, un grand affaiblissement, de l'amaigrissement, l'anorexie. La maladie dura huit mois, le malade s'affaiblissant de plus en plus chaque jour.

Les deux capsules surrénales contenaient du pus et des tubercules durs; pas de lésions des autres viscères. (Docteur Burrows, Med. Times and Gazette, 1855, p. 597.)

Obs. XIII. — Homme de 24 ans, robuste, éprouva de l'affaiblissement, de la dyspnée, des nausées. La peau était d'un brun olive, jaunâtre, la teinte brune était surtout marquée à la partie interne des genoux; la face interne des lèvres était tachetée de dépôts pigmentaires.

Il y eut des nausées, des vomissements, un grand malaise et une grande prostration, de l'émaciation; le sang contenait beaucoup de globules blancs. La mort survint assez brusquement après cinq mois de maladie. Les deux capsules étaient atrophiées et détruites, la gauche contenait des kystes, la droite des concrétions dures. Les autres organes ne furent pas examinés. (Docteur Gall, Med. T. and G. 1856, p. 60.)

Obs. XIV. — Homme de 28 ans, sans commémoratifs, les premiers symptômes de la maladie ne sont pas notés. La peau est partout d'un brun obscur ou bronzé. Cette coloration est surtout marquée sur les cuisses. On sait que le malade a été pendant quelques semaines dans un état très-grave; pas d'amaigrissement. La durée de la maladie n'est pas connue; la mort survient brusquement à la suite d'un petit voyage. Les deux capsules étaient complétement atrophiées et contenaient des concrétions calcaires.

Il y avait de l'emphysème pulmonaire et une dégénérescence graisseuse du cœur. (Docteur Bakewell, 1856, Med. T. and G., p. 62.)

Obs. XV. — Homme de 20 ans, d'une bonne santé habituellement. Le premier symptôme noté fut la couleur bronzée de la peau, elle avait une teinte spéciale d'un brun sale. Le sujet devient tout à coup languissant, tomba dans un collapsus profond, et mourut après trois jours de maladie. On compta quarante jours entre le décès et la décoloration de la peau remarquée par les amis du malade.

Chaque capsule surrénale avait la moitié du volume du rein; leur tissu était détruit et converti en une matière d'aspect tuberculeux, ramollie par places; pas de tubercules dans les autres organes. (Docteur Thompson, Med. T. and G. 1856, p. 189.)

Obs. XVI. — Homme de 20 ans, de constitution et de santé délicates, présentant une peau bronzée, tachetée de points de couleur plus foncée. Il avait une maladie du genou; sa santé était bonne du reste; il avait conservé ses forces et son embonpoint. La couleur bronzée de la peau datait de 8 mois, quand il survint une diarrhée accompagnée d'accès épileptiformes, de vomissements incessants et de délire. Ces accidents entraînèrent la mort au quatrième jour. Les deux capsules surrénales étaient détruites et contenaient un dépôt caséeux et demi-purulent. L'examen complet du cadavre ne révéla pas d'autre maladie viscérale. (Docteur Rowe, Med. T. and. G., 1856, p. 190.)

Obs. XVII. — Homme de 37 ans. Avait eu un an avant la maladie actuelle des douleurs lombaires. Il entra à l'hôpital dans le délire alcoolique chronique. La peau avait une teinte d'un brun jaunâtre. Il mourut vers le quinzième jour, des suites de l'intoxication alcoolique. Quelques jours avant la mort, il tomba dans un état typhoïde avec subdélire. Les deux capsules surrénales contenaient du pus; leur substance corticale n'était pas entièrement détruite. On trouva un abcès circonscrit du foie. (Docteur Farre, Med. t. and g., 1856, p. 233.)

Obs. XVIII. — Homme de 60 ans. On ne connaît ni l'histoire du malade, ni les prodromes. La peau, généralement brune et bronzée, est couverte de taches blanchâtres. Les symptômes sont ceux de l'anémie. Le cœur bat faiblement; il y a du malaise, de l'irritabilité de l'estomac, un léger œdème des extrémités supérieures. La durée de la maladie est indéterminée. On soupçonnait un cancer du médiastin. La mort eut lieu par affaiblissement. L'autopsie ne put être faite. (Addison, p. 29.)

Obs. XIX. — Homme de 56 ans, médecin, dyspeptique. Les premiers symptômes furent le malaise général, l'irritabilité de l'estomac, avec débilité croissante, l'amaigrissement. On nota d'abord des taches d'un brun foncé sur les mains, le cou, l'abdomen; ces taches augmentèrent d'étendue, mais la face resta de couleur naturelle. L'émaciation et l'affaiblissement marchèrent graduellement. La maladie dura six mois. L'autopsie ne put être faite. (Docteur Stocker, Med. t. and g., 1856, p. 233.)

Obs. XX. — Enfant de 12 ans. Avait eu des abcès au cou et une toux légère, mais était du reste fort et robuste. Il perdit graduellement ses forces et son embonpoint, eut l'appétit irrégulier; la peau offrait partout une teinte d'un brun cuivré plus foncée à la face et au cou. Il y avait de l'amaigrissement, un grand affaiblissement, une physionomie anxieuse. La maladie dura neuf mois. La mort survint à la suite d'une diarrhée accompagnée d'attaque épileptiforme (succession de spasmes convulsifs). Pas d'autopsie. (Docteur Startin, Med. T. and. g., 1855, p. 594.)

Obs. XXI. — Enfant de 14 ans. Santé bonne antérieurement. Éprouva d'abord de la fatigue et une toux légère. Sa peau prit une teinte d'un brun sale, plus foncé sur la face, les mains, les épaules. Il y a de l'émaciation, un

grand affaiblissement, des syncopes fréquentes, et de courts accès. La maladie dura dix-huit mois; le malade allait s'affaiblissant quand la mort survint tout à coup dans un accès épileptiforme. On trouva une concrétion tuberculeuse dans la moelle allongée; les capsules étaient saines. (Docteur Peacock, Med. t. and g., 1855, p. 648.)

Obs. XXII. — Femme de 28 ans, de constitution délicate, qui eut des hémorrhagies utérines abondantes et une grande débilité deux ans avant que le changement de couleur ne se manifestât. La peau avait une teinte jaunâtre, analogue à celle du cuir tanné; cette coloration était très-marquée sur la face, les bras et les membres inférieurs. Quelques parties étaient décolorées par places. Les autres symptômes furent l'anorexie, la soif, un grand affaiblissement, la douleur lombaire, l'hémorrhagie utérine, l'expression languissante et anxieuse de la face. La maladie dura sept mois. Il n'y eut pas d'autopsie. (Docteur Burrows, Med. t. and g., 1856, p. 61.)

Obs. XXIII. — Homme de 45 ans, de constitution robuste, présente dans différentes parties du corps des taches brunes dont l'apparition ne coïncide avec aucun symptôme morbide. Cette coloration plus foncée dans certaines parties que dans d'autres est analogue à celle de certains mulâtres. Du reste, la santé se maintient bonne pendant trois ans avec cette teinte anormale de la peau. Quelques semaines avant la mort, il survint de la prostration, de l'anorexie, une grande irritabilité de l'estomac, la perte de la mémoire. Il y eut immédiatement avant la mort des vomissements incessants et du délire. On trouva des tubercules dans les poumons, les capsules surrénales ne furent pas examinées. (Docteur Rowe, Med. t. and g., 1856, p. 191.)

Obs. XXIV. — Femme de 42 ans. Santé antérieure bonne; les accidents prodromiques sont la teinte brune de la peau, suivie d'un typhus fever de trois semaines, après lequel la coloration bronzée augmente. Certaines parties de la peau offrent une couleur plus foncée que d'autres; la teinte générale est analogue à celle des Indiens de l'Amérique du Nord. Huit mois après l'apparition de la teinte bronzée, la malade s'affaiblit et maigrit, il survint une toux fatigante, des symptômes gastriques, une anémie et une débilité extrêmes. Pas d'autopsie. (Docteur Budd, Assoc. journ., 1856, p. 42.)

Obs. XXV. — Femme de 40 ans. Aucun renseignement sur son état antérieur. Coloration très-bonne de la peau; taches noires sur la muqueuse buccale. La malade anémique, d'une extrême faiblesse, éprouve des nausées et a des vomissements. La durée de la maladie n'est pas déterminée. La mort a lieu graduellement. Il n'y a pas eu d'autopsie. (Docteur Budd, Assoc. journ., 1856, p. 43.)

Obs. XXVI. — Femme de 33 ans. Santé antérieurement bonne. D'abord douleurs à paroxysmes siégeant dans l'abdomen, perte des forces, aménorrhée, puis changement de couleur de la peau survenu rapidement; la teinte ainsi produite est d'un brun sale, en même temps on voit augmenter la prostration. Cette affection dure cinq semaines. La malade guérit par l'emploi des toniques et la peau reprit sa teinte primitive. (Docteur Thompson, Med. t. and g., 1856, p. 189.)

Obs. XXVII. — Femme de 58 ans, de constitution forte, éprouva d'abord de l'affaiblissement et de l'amaigrissement. La face et les mains sont d'un brun foncé olivâtre. Les seuls symptômes notés sont le malaise épigastrique, les nausées, la perte complète de l'appétit, l'affaiblissement progressif, la faiblesse du pouls. La malade vivait encore à l'époque où l'observation a été publiée. (Docteur Rankin, Med. t. and g., 1855, p. 629.)

Après avoir reproduit toutes les observations publiées en Angleterre en les traduisant presque littéralement, du résumé fait par J. Hutchinson dans le Medical times and gazette, il faut les comparer entre elles afin d'en faire ressortir les analogies et de voir si l'on peut en déduire légitimement quelque loi pathologique.

Il faut définir d'abord ce qu'il faut entendre par *couleur bronzée de la peau*. Les observateurs anglais ne comprennent pas sous cette dénomination les cas dans lesquels il n'y a qu'une teinte brune diffuse de la peau (*diffused muddiness*), ni ceux où la coloration tient à un certain degré d'ictère. Le changement d'aspect qui caractérise la peau bronzée est due, suivant eux, à une augmentation du pigment cutané. Dans tous les cas où cette teinte a été bien caractérisée, elle n'était pas également répartie dans toutes les parties du tégument externe, elle formait dans certains points des plaques plus foncées et donnait lieu à un aspect tacheté. Cette altération de la peau commence par des taches dont les contours ne sont pas nettement définis, et qui se montrent au cou, sur le dos des mains, sur la face antérieure des cuisses, sur les bras. Elle est plus prononcée autour du mamelon et dans les autres parties du corps où la matière pigmentaire est plus développée. La paume des mains, la matrice des ongles, les régions qui ne contiennent pas ou qui ne contiennent que très-peu de matière pigmentaire, ne brunissent jamais. La conjonctive conserve généralement la teinte pâle et nacrée.

Les autres symptômes indiqués sont:

1° L'*amaigrissement*. Peu de malades ont conservé leur embonpoint jusqu'à la mort; chez la plupart il y a eu au moins un commencement d'émaciation; quelques-uns offraient un amaigrissement considérable. La *flaccidité des chairs* est signalée par Addison.

2° L'*anémie*. On a reconnu cet état à la pâleur des parties non colorées; à la flaccidité des muscles, à la couleur nacrée des conjonctives et la faiblesse des battements du cœur, à la dyspnée occasionnée par les exercices ordinaires. Dans deux cas, le sang examiné au microscope a présenté une proportion considérable de globules blancs.

3° L'*affaiblissement*. Après la couleur bronzée de la peau, c'est le symptôme qui mérite le plus de fixer l'attention. Sans maladie organique appréciable, avant toute usure du système musculaire, les malades perdent toute énergie, toute activité de corps et d'esprit. Dans presque toutes les observations, ce signe a été relevé. On a noté cependant dans la quatorzième et la quinzième observation que la diminution des forces ne s'est montrée que quelques jours avant la mort.

4° *La dyspepsie*. — Nous avons noté souvent sous l'expression d'irritabilité de l'estomac, les troubles organiques ou fonctionnels de ce viscère, qui se révèlent par de l'anorexie, des nausées plus ou moins persistantes, des vomissements occasionnels, une douleur ou une pesanteur à l'épigastre.

Les écrivains anglais comprennent souvent ces symptômes sous les noms d'*états bilieux* (*biliousness*), d'*irritabilité de l'estomac*, d'*indigestion*.

5° L'*urine*, examinée souvent, n'a pas paru altérée; mais je ferai remarquer qu'on s'est borné à constater l'absence d'albumine et de glucose, et qu'on n'a dosé l'urée dans aucun cas.

6° La *langue* n'a rien présenté de notable. Le *pouls*, ordinairement de fréquence normale, a toujours été très-mou ou faible.

7° *Douleur lombaire*. — Ce symptôme a été inscrit dans un grand nombre d'observations, et il mérite une sérieuse attention, suivant nous. Mais, pour l'interpréter à sa juste valeur, il faut éliminer les deux cas dans lesquels il y a maladie des vertèbres, et il faudrait à l'avenir que les caractères de cette douleur fussent précisés. Est-ce une douleur osseuse, musculaire, névralgique?

8° *Convulsions, accès épileptiformes*, etc.—Trois fois des convulsions épileptiformes précédèrent la mort, une fois il y eut perte de la mémoire, une fois engourdissement des mains, des pieds, de l'extrémité de la langue. Ces symptômes ne paraissent pas avoir fixé suffisamment l'attention de nos confrères d'outre-Manche. Ils révèlent cependant un trouble particulier très-significatif du système nerveux, qui ne s'observe que dans certains états morbides bien déterminés. Ces états morbides, que nous définirons dans un prochain article, nous donneront la clef des symptômes observés, et nous permettront de les expliquer à un certain point et de les rattacher à des maladies bien connues.

Que les capsules surrénales soient altérées dans ces affections, c'est ce qu'on ne saurait nier depuis les recherches du docteur Addison. Les observations publiées montrent, en effet, que sur 19 cas où les capsules surrénales furent examinées à l'autopsie, on trouva: 1 fois leur suppuration; 7 fois leur atrophie accompagnée de dépôts fibrino-calcaires ou des altérations diverses dépendant probablement d'une phlegmasie chronique; 2 fois leur augmentation de volume avec induration; 3 fois des dépôts tuberculeux ou fibrineux; 6 fois des dépôts cancéreux consécutifs à des dégénérescences cancéreuses d'autres organes. Faut-il conclure de là que les altérations des capsules surrénales jusqu'ici à peine connues, mal définies par les anatomistes, complétement ignorées des pathologistes, donnent naissance à un état morbide particulier, ou se développent parallèlement à cet état morbide n'ayant avec lui que des rapports de coïncidence, ou bien encore que c'est fortuitement qu'on a rencontré avec la peau bronzée, avec l'affaiblissement, la dyspepsie, les nausées, les vomissements opiniâtres, les convulsions, etc., des altérations chroniques ou aiguës des capsules surrénales. Cet examen mérite un article spécial.

Tholozan.

VARIÉTÉS.

— Par décret du 4 mai, M. Lévy (Michel), du conseil de santé des armées, a été nommé directeur de l'École impériale de médecine et de pharmacie du Val-de-Grâce, en remplacement de M. Alquié, nommé inspecteur des eaux minérales de Vichy.

— Par décision ministérielle, M. le docteur Goffres, médecin principal de 1re classe et agrégé de la Faculté de Montpellier, a été chargé du service des salles militaires à l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi.

— M. le docteur Duroziez est nommé chef de clinique de M. le professeur Bouillaud, en remplacement de M. E. Auburtin, dont les fonctions sont expirées.

— Par décret du 9 avril, une médaille d'honneur d'or a été décernée à

M. Serre, médecin civil à Port-au-Prince (Haïti), en récompense des services qu'il a rendus à des marins français atteints par les épidémies de fièvre jaune.

— Sur la demande de M. le doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg, M. le ministre de l'instruction publique a accordé 14,000 fr. pour l'ameublement de nouvelles salles de dissection, des salles de cours et d'examen, des cabinets pour le prosecteur et les professeur qui voudront faire des recherches néoroscopiques ou micrographiques, enfin des salles pour des musées spéciaux destinés à la démonstration.

—M. Alph. Dubrueil, fils du regrettable professeur de ce nom, a été nommé aide d'anatomie de la Faculté de médecine de Montpellier.

M. Camille Bertrand a été nommé aide d'anatomie adjoint.

— Une médaille d'or a été décernée à M. Micé, une médaille d'argent à MM. Bossoutrot et Cassou, une médaille de bronze à M. Durand, tous élèves de l'École de médecine de Bordeaux, pour le dévouement qu'ils ont montré à soigner les cholériques.

— Concours pour le majorat de la charité de Lyon. — Le concours pour la place de chirurgien en chef de l'hospice de la Charité s'ouvrira le 1er décembre 1856. Le programme de ce concours est une nouvelle sanction du règlement de 1848, sous l'empire duquel les concours de 1849 et de 1854 pour le majorat de l'Hôtel-Dieu ont déjà eu lieu. Il contient, comme corollaires, deux clauses nouvelles: la première, c'est que le nouvel élu fera son aide majorat à la Charité; la seconde, c'est qu'outre ce service permanent il pourra être appelé à suppléer *momentanément*, sur la réquisition de l'administration, les chirurgiens des autres hôpitaux. Ces modifications, qui ont pour but de mettre plus d'unité dans le service, n'atténuent en rien le prestige de la place de chirurgien en chef de l'hospice de la Charité, comme le prouveront surabondamment le nombre et le mérite des candidats qui aspirent à la disputer.

— Concours pour une place de médecin agrégé et pour une place de chirurgien agrégé aux hospices civils de Marseille. — Deux concours seront ouverts successivement à l'Hôtel-Dieu de Marseille :

Le premier, pour une place de médecin agrégé, le lundi 3 novembre 1856, à trois heures.

Le deuxième, pour une place de chirurgien agrégé, le lundi 17 novembre 1856, à la même heure.

Ces concours auront lieu devant la commission administrative, assistée d'un jury médical.

Epreuves du premier concours : Médecine. 1° Question d'anatomie et de physiologie avec ses applications à la pathologie.

2° Question de pathologie médicale avec les applications hygiéniques et thérapeutique qu'elle comporte.

3° Examen clinique de trois malades atteints de maladies internes.

La question d'anatomie et de physiologie sera traitée oralement, après une heure de préparation, à huis clos et sans livres.

Les concurrents auront cinq heures pour traiter par écrit, à huis clos et sans livres, la question de pathologie médicale.

L'examen des trois malades ne durera pas plus de trois quarts d'heure. Après l'interrogation, les candidats auront vingt minutes pour donner leur avis développé sur le diagnostic, le pronostic et les indications thérapeutiques ressortissant à deux des malades examinés à leur choix; le compte rendu du troisième malade formera le sujet d'une consultation écrite, ou d'un mémoire à consulter, pour la composition duquel il sera accordé une heure.

Epreuves du deuxième concours : Chirurgie. — 1° Question d'anatomie et de physiologie avec les applications et considérations chirurgicales et obstétricales qui en ressortent.

2° Question de pathologie chirurgicale ou d'obstétrique, avec les indications thérapeutiques ou de médecine opératoire qui en ressortent.

3° Examen clinique de trois malades atteints d'affections chirurgicales.

4° Deux opérations de grande chirurgie à pratiquer sur le cadavre (amputations, ligatures d'artères, autoplastie, etc.).

La première question sera traitée oralement, après une heure de préparation, à huis clos et sans livres.

Les concurrents auront cinq heures pour traiter, par écrit, à huis clos et sans livres, la deuxième question.

L'examen clinique des trois malades ne durera pas plus de trois quarts d'heure.

Après l'interrogation, les concurrents auront vingt minutes pour donner leur avis développé sur le diagnostic, le pronostic, et les indications thérapeutiques ressortissant à deux des malades examinés, à leur choix. Le compte rendu du troisième malade formera le sujet d'une consultation écrite, ou d'un mémoire à consulter pour la composition duquel il sera accordé une heure.

Les candidats auront vingt minutes pour pratiquer les deux opérations de chirurgie.

Après le rapport du jury d'examen, la commission administrative nommera les médecin et chirurgien, agrégés.

Les médecins et chirurgiens agrégés forment le premier degré du corps médical des hôpitaux; ils sont appelés à succéder aux médecins et chirurgiens-adjoints de l'Hôtel-Dieu, aux médecins et chirurgiens de la Charité, et aux médecins et chirurgiens en chef de l'Hôtel-Dieu, suivant le rang de leur nomination et conformément aux dispositions réglementaires de la délibération de la commission administrative en date du 23 février 1856, approuvée par M. le préfet, le 14 mars suivant.

Les candidats pourront prendre connaissance de cette délibération, avant les concours, au bureau de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu.

Les candidats devront se faire inscrire, huit jours au moins avant l'ouverture du concours, au secrétariat de la commission administrative, à l'Hôtel-Dieu.

Ils auront à produire :

1° Leur diplôme de docteur, délivré par l'une des trois Facultés de médecine en France.

2° Un certificat de moralité, récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence.

— La Société de pharmacie de Paris a mis au concours la question suivante :

« Etude de la composition des eaux distillées et de leurs altérations spéciales. »

Les concurrents pourront choisir trois eaux distillés médicinales, telles que celles de fleur d'oranger, de menthe, de laitue pour en étudier d'une façon complète la composition et les altérations spontanées.

Le prix est de la valeur de 2,000 fr.

— Le professeur Riberi ayant été récemment malade, S. M. Sarde a mis à sa disposition un appartement du palais de Montcalieri pour y passer le temps de sa convalescence.

— M. le docteur Mérielle, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Saint-Yon et professeur adjoint de clinique interne à l'École de médecine de Rouen, vient de succomber à une hémorrhagie intestinale dans la convalescence d'une fièvre typhoïde.

— M. Daraignes, ancien élève de l'hôpital Saint-André, vient de succomber au typhus, à l'armée d'Orient.

— On lit dans le Progrès d'Ypres, le fait suivant :

« Une fatale coïncidence s'est fait remarquer dans le décès de quatre personnes atteintes de petite vérole. Il y a trois à quatre semaines, une partie de carte se trouvait installée au cabaret la *Bascule*, hors de la porte de Menin, quand, tout à coup, un enfant atteint de la petite vérole et délirant par suite d'un fort accès de fièvre, fait irruption dans la salle où se trouvait le public. Nos quatre joueurs sont saisis de voir ce petit malheureux. Celui-ci est remis au lit dont il s'est échappé. Le premier moment passé, nos joueurs ne songent plus à cette aventure; mais quelques jours après un d'entre eux gagne la petite vérole et meurt; un second se trouve atteint de la même maladie qui a également une fin fatale. Le troisième est frappé à son tour et éprouve le même sort que les précédents. Enfin, le quatrième joueur aux cartes vient de mourir hier dans la soirée.

» L'événement paraît aussi triste que singulier, et fait le sujet de nombreux commentaires du public. »

— Etablissement thermal de Forges-les-Eaux (Seine-Inférieure). — Au nombre des établissements thermaux qui jouissent dans le nord de la France d'une réputation justement méritée, se trouve celui de Forges-les-Eaux (Seine-Inférieure).

Les fontaines minérales de Forges-les-Eaux (*ferro-crénatées*) se rattachent à des souvenirs qui ne sont pas sans intérêt. On sait qu'elles ont été, tant sous l'ancien régime que sous l'empire, le rendez-vous de l'élite de la société, qui venait y chercher la santé et des distractions.

La forme ferrugineuse (*crénate de protoxyde de fer*) qui les minéralise essentiellement a été découverte en 1834 par l'illustre chimiste Berzélius dans les eaux minérales de Porla (Suède) et reconnue ensuite dans celles de Forges-les-Eaux, ainsi que le constate l'analyse chimique qu'a faite de ces dernières M. Ossian Henry en 1845, envoyé sur les lieux mêmes par l'Académie de médecine, d'après la demande qu'en avait adressée le médecin-inspecteur de l'établissement à Son Excellence le ministre de l'agriculture et du commerce.

Cette forme ferrugineuse naturelle que nous venons de signaler agit nécessairement sur l'économie animale d'une manière différente de celle des autres substances ferrugineuses.

L'expérience a démontré, en effet, que la modification thérapeutique produite par son usage consiste dans la neutralisation des qualités trop astringentes et souvent styptiques du fer, par *l'acide organique crénique*, tout en lui conservant ses propriétés toniques et fortifiantes.

Il résulte de cette neutralisation naturelle de l'action irritante du fer sur les organes de l'économie que la forme ferrugineuse qui nous occupe peut être administrée sans inconvénient et utilement aux personnes nerveuses et délicates qui, bien que chez elles l'indication en existe, ne pourraient supporter toute autre substance ferrugineuse.

— M. le docteur Cazenave a commencé mercredi dernier, à l'hôpital Saint-Louis, ses leçons cliniques sur les maladies de la peau, et les continuera le mercredi de chaque semaine.

A huit heures, la visite des salles; à neuf heures, la leçon à l'amphithéâtre.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

DES GLOBULES INCOLORES DU SANG, DE LEUR VALEUR PHYSIOLOGIQUE ET PATHOLOGIQUE (LEUKOCYTHÆMIE) DU SANG BLANC (LEUKÆMIE).

(Suite. — Voir les nos 14, 15 et 16.)

§ VI. — DÉSORDRES QUI CARACTÉRISENT LA LEUKOCYTHÆMIE.

Toutes les dyscrasies sanguines ne rentrent cependant pas dans le cadre que nous venons de tracer, puisque notre critique ne s'étend qu'à celles qui découlent de l'anomalie de l'un des éléments du sang; il y aurait à former, s'il s'agissait de faire un traité complet d'hématologie pathologique, une deuxième espèce tout aussi grande, c'est celle qui renferme toutes les modifications que le sang éprouve sous l'influence d'une substance, d'un agent, d'une cause d'origine étrangère à sa constitution normale. La leukocythæmie, qui appartient essentiellement à la première classe, peut se compliquer de ces altérations secondaires; elles sont engendrées dans la masse du fluide nourricier, quoique n'en formant aucun des éléments normaux, et rendent plus obscur le diagnostic et plus grave encore le pronostic. Ce ne sont pas là des vues hypothétiques, nous nous en défendons autant qu'il dépend de nous; d'ailleurs les faits acquis à la science, nonobstant leur rareté, nous dispensent de toute justification à cet égard.

L'accumulation des globules incolores dans les capillaires de la rate, du foie, du poumon ou de tout autre organe, ne peut-elle pas être une cause de stagnation, d'irritation et d'inflammation des parois vasculaires? La matière *crémeuse, granuleuse, purulente, semblable au pus*, ou comme on voudra l'appeler, mais que les plus grandes autorités en pathologie dénomment de cette façon sans oser affirmer, l'œil étant même armé d'un microscope, que le liquide qu'elles étudient soit du sang altéré par l'exagération dans la proportion des globules incolores, ou bien un mélange de sang et de pus, cette matière ne peut-elle pas être rapportée à des phénomènes complexes, à l'accumulation des corpuscules incolores et à la présence du pus à la fois? Quelles sont les observations assez précises, en exceptant celle du professeur Vogel, qui ne nous autorisent pas à suspecter quelques foyers purulents dans le système veineux? Nos lecteurs se rappellent que c'est là, jusqu'à présent, le seul moyen de distinguer sûrement la pyæmie de la leukocythæmie.

Dans l'état actuel de nos connaissances, il ne peut être question de chercher une explication plausible de la présence de l'hypoxanthine, de l'acide formique, de l'acide acétique et d'une substance gélatiniforme que le professeur Scherer (1) a signalée dans le sang cadavérique d'un individu atteint de leukocythæmie, qui est mort dans la clinique de Würzburg. De la même manière nous attendrons de l'avenir des éclaircissements suffisants pour interpréter l'existence de l'acide urique, que Parkes paraît avoir constatée dans un cas semblable.

H. Meckel (2) nous a transmis une des plus curieuses observations de mélancolie terminée par la démence chez une malade qui, pendant la dernière année de sa vie, a présenté les symptômes non équivoques de la leukocythæmie; il a trouvé, par l'analyse numérique du sang pendant la vie, que le rapport entre les globules incolores et les globules rouges était :: 97 : 727, ou bien :: 2 : 15 pour le sang du poumon, des intestins et du psoas, tandis que la rate, considérablement hypertrophiée, lui a donné pour résultats de plusieurs expériences les moyennes suivantes :

Globules incolores.	Corpuscules pigmentaires.	Globules rouges.
434	34	98
13	1	3

Les corpuscules pigmentaires, dont la grosseur était entre 0,002''' et 0,007''', ne paraissaient offrir aucune trace de structure; 1, 2, 4 et plusieurs granulations de pigment englobées dans une substance transparente, voilà ce que le microscope montrait à peu près constamment; par-ci, par-là une cellule pigmentaire avec un noyau. Cette matière mélanique se retrouvait dans tous les capillaires, mais plus abondamment dans ceux de la substance grise du cerveau et de la moelle. Son accumulation considérable dans le sang splénique, tandis que, dans l'état normal, le pigment y est à peine appréciable, d'après les recherches ultérieures de Meckel lui-même, l'énorme diminution des globules rouges dont la proportion y était 4 fois moindre que celle des globules incolores, tandis que ces derniers corpuscules sont moins abondants et les premiers plus dans le reste du système circulatoire, tout cela fait croire, avec ce savant pathologiste, que ces corpuscules de pigment ont été engendrés dans la rate même aux dépens des globules rouges.

En attendant que l'avenir explique l'analogie intime que nous entrevoyons entre ces dépôts pigmentaires et ceux qui accompagnent le sang extravasé, nous enregistrerons un second fait semblable que le savant hématologiste Virchow a rapproché de celui de Meckel. Pendant son séjour à Prague, un médecin militaire lui a cité le cas d'un individu qui a succombé à une affection gastro-intestinale, et qui a offert des désordres semblables dans le cerveau, la rate et le foie. Virchow, qui a examiné les pièces pathologiques, dit que la substance corticale du cerveau était d'un gris ardoisé; que la rate lui a paru avoir un pied de long; que le foie était également hypertrophié et que le parenchyme des deux organes était poisseux et noir. L'examen microscopique a découvert une proportion considérable de corpuscules pigmentaires dans ces organes et dans tous les vaisseaux capillaires.

M. de Pury (de Neuchâtel) (1), qui prétend avoir été à l'école de Moleschott, aurait dû profiter davantage, il nous semble, des savantes et consciencieuses leçons de ce physiologiste; il n'aurait pas confondu les ravages, les conséquences d'une cachexie tuberculeuse avec la leukocythæmie; il aurait appris à mettre plus de rigueur dans ses observations, et après les faits précédents, longuement rapportés dans les recueils allemands, il n'aurait pas pris pour une nouveauté, en 1856, l'existence de matières pigmentaires dans la rate. Il est étonnant que le docteur Strohl (2) propage de ces choses sans même les accompagner de quelques mots de critique.

(1) Verhandl, D. PHYSIK. MED. GESELL. Zu Wurzburg, 1852.
(2) *In* ALLG. ZEIT. F. PSYCHIATRIE. Bd IV, 1847.

(1) ARCH. PATHOLG. ANAT. U. PHYSIOLG. U. F. KLIN. MED., 1856.
(2) UNION MED., 1856, n° 47.

FEUILLETON.

ESSAI SUR L'HISTOIRE DE LA CHIRURGIE A LYON.

Par M. PÉTREQUIN, ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, professeur à l'École de médecine de la même ville, chevalier de la Légion d'honneur, etc.

(Suite et fin. — Voir les nos 16 et 17.)

On voit de quelle prodigieuse activité était pénétré l'esprit public et quel brillant essor s'opérait dans le travail de la pensée.

C'est à Lyon que prit alors naissance l'une des plus grandes découvertes médicales des temps modernes. C'est dans notre cité que son auteur, Michel Servet, recueillit pendant ses divers séjours (vers 1530, puis en 1536, en 1540 et 1543) les matériaux de l'ouvrage qu'il publia à Vienne en 1553 sous le titre de CHRISTIANISMI RESTITUTIO, ouvrage dans lequel il découvrit le phénomène de l'hématose et de la circulation pulmonaire, et en devina la théorie (1). Le réformateur Calvin poursuivit Servet à outrance et le fit brûler vif à Genève, le 27 octobre 1553, à l'âge de 44 ans : le fanatisme étouffa ainsi les élans de la science.

Ce fut à la même époque que parut à Lyon Michel Nostradamus, plus connu de nos jours en astrologie qu'en médecine. Sa grande réputation le fit appeler par nos ancêtres pour une épidémie meurtrière. Il eut beaucoup de vogue et beaucoup de succès. C'est à Lyon que Nostradamus publia en 1555 les sept premières centuries de ses prophéties.

Le corps des chirurgiens suivit l'essor général : il s'était organisé en communauté, mais il restait toujours sous l'étreinte d'une législation défectueuse : c'était encore des chirurgiens barbiers : une lettre du consulat de 1586 ne les nomme pas autrement.

Les hôpitaux entrèrent les premiers dans la voie des réformes : en 1618, Louis XIII, sur les instances des administrateurs de l'Hôtel-Dieu, octroya des lettres patentes qui ont fait époque dans l'histoire de la chirurgie locale. Elles établissent que dorénavant celui des élèves-compagnons qui aura été choisi par les recteurs pour être chirurgien principal de l'Hôtel-Dieu sera, à la fin de son exercice, gratifié du privilège de maîtrise, à la condition d'avoir accompli un service de six années et de subir à sa sortie un examen de capacité. Telle est l'origine du majorat de nos hôpitaux.

Cette innovation portait une atteinte profonde aux statuts et prérogatives de la communauté des chirurgiens. Elle souleva de leur part une opposition des plus vives. Le collège de médecine et la corporation des apothicaires descendirent aussi dans la lice. Les lettres patentes ne purent être enregistrées. On

(1) C'était un grand pas pour la science. Ce fut à Harvey, riche des observations de Servet, de Césalpin et de son maître Fabrice d'Acquapendente, que revint l'honneur de découvrir (1619) et de démontrer (1628) la circulation générale. Elle ne fut admise dans aucune faculté avant 1650, c'est-à-dire un siècle après la publication de Michel Servet.

Tels sont les désordres que les auteurs ont déjà signalés dans la masse sanguine, d'une manière concomitante, peut-être seulement coïncidante, en même temps qu'ils ont insisté sur les altérations des éléments constituants qui caractérisent la leukocythæmie ; il nous reste donc à examiner en ce moment combien l'ensemble de l'organisme souffre dans cette espèce morbide, et à chercher par là à éclairer les relations de cause à effet environnées encore de tant d'obscurité.

B. — ALTÉRATION DES ORGANES DANS LA LEUCOCYTHÆMIE.

Si les considérations physiologiques dans lesquelles nous sommes entré, relativement aux expériences de Beck et de Molescholt (1), méritent toute l'importance que nous leur avons donnée, nous allons les voir confirmées par des troubles organiques ou fonctionnels de la rate, du foie et des vaisseaux lymphatiques. Si les corpuscules incolores sont réellement engendrés dans la rate et dans le système lymphatique, si leur transformation en globules rouges nécessite l'intervention du foie et du poumon, il s'ensuit forcément que leur accumulation pathologique, ou présuppose une activité plus considérable dans les fonctions de la rate, ou une vitalité plus grande dans les vaisseaux lymphatiques, les fonctions du foie et du poumon restant normales, ou bien que, les globules incolores continuant à se produire normalement, les globules rouges cessent d'être formés dans les mêmes proportions, par suite de troubles survenus dans les fonctions du foie, et peut-être aussi dans le poumon.

Dans les 31 observations incontestables de leukocythæmie essentielle, sur lesquelles nous basons notre appréciation, les auteurs notent d'une manière aussi constante que l'accumulation des globules incolores, une hypertrophie plus ou moins considérable de la rate ; la plupart même n'ont été frappés d'abord que de l'altération profonde de cette glande, et tous ceux qui, imitant la précision apportée dans le diagnostic par le professeur Vogel, ont reconnu cette dyscrasie du sang sur le vivant, n'y ont été conduits que parce qu'ils ont remarqué l'existence d'une tumeur dans la région splénique. Cet organe remplit quelquefois, non-seulement l'hypocondre gauche, mais encore le flanc correspondant, et s'étend jusque dans la région sous-ombilicale ; le professeur Virchow parle de rates qui avaient jusqu'à un pied de long. Qu'on juge de leur volume énorme quand elles pèsent 3, 4, 5 et 6 livres, comme nous le voyons dans presque tous les cas rassemblés par Virchow et Bennett ; ce n'est cependant qu'exceptionnellement qu'elles pèsent près de 8 livres, comme dans l'observation de Craigie, et le fait du professeur Velpeau est l'unique où le poids de la rate se soit élevé jusqu'à 10 livres ! En face de pareilles lésions, notre savant maître se demande si le phénomène protopathique réside plutôt dans l'altération du sang que dans la modification morbide de la rate.

En général, le parenchyme de cet organe est moins gorgé de sang que dans l'état sain ; sa coloration, semblable à celle du foie normal, est d'un brun jaunâtre, quelquefois violacé, rarement brun foncé ou noirâtre : « Son tissu, d'un rouge brun, dit M. Barth, est dense, compacte, comme carnifié ; on n'y retrouve plus la trame celluleuse, aréolaire de l'état normal ; on n'en fait rien sortir par la pression ni par les lavages les plus forts, et l'on ne peut la réduire à une trame comme les rates ordinaire. » La description que les autres auteurs, Velpeau, Virchow, Bennett, Rokitansky, etc., donnent du tissu splénique s'accorde à peu près avec celle que nous venons de rapporter ; mais nous ne voyons pas sur quelles preuves M. Legroux base son jugement quand il avance, à propos d'un de ses faits publié plus de vingt ans après avoir été observé, que ce développement de la rate est une hypertrophie du ***tissu propre*** de l'organe avec ***atrophie du tissu lamineux***. Une pareille assertion a d'autant plus besoin d'être appuyée et garantie, autrement que par l'autorité du maître, que les études histologiques modernes s'accordent à prouver que le tissu conjonctif est, de tous, celui qui se produit avec le plus de facilité et la plus grande abondance. D'ailleurs l'hypertrophie de la rate peut être très-prononcée, comme dans l'observation si complète du professeur Vogel, où cette glande ne pesait pas moins de 5 livres 1/2, sans que pour cela la structure de l'organe se trouve altérée soit dans sa coloration, soit dans sa consistance, soit même dans ses éléments constituants, ainsi que l'examen microscopique le prouve. Les rapports, dans ce cas, restent les mêmes, quoique les termes de comparaison changent. Dans cette dernière observation, la veine splénique, par exemple, avait pris un calibre tellement considérable, qu'elle pouvait recevoir un doigt ordinaire, et ses parois étaient parcourues par des vaisseaux lymphatiques dont quelques-uns avaient le diamètre d'une plume d'oie.

Dans la première observation de Bennett, le volume de la rate était encore plus considérable, puisqu'elle pesait près de 8 livres ; cependant son parenchyme n'offrait point d'autre particularité qu'un petit foyer apoplectique logé vers la périphérie du lobe gauche. Il ne faudrait pas croire toutefois que ce développement soit physiologique et qu'il s'accomplisse sans retentir sur le reste de l'économie ; il nous paraît, au contraire, amener des phlegmasies périspléniques secondaires, sans nul doute ; ce que prouvent surabondamment toutes ces adhérences avec les parties voisines et toutes ces traces de pseudomembranes qui tapissent, dans des étendues variables, la périphérie de cette glande dans nombre d'observations.

Du reste, les lésions qu'on rencontre dans la rate sont tellement peu uniformes et constantes que nous ne pouvons nous dispenser de rappeler celles du moins qui nous paraissent les plus authentiques. Ainsi, dans l'observation de Craigie, elle était hypertrophiée considérablement dans tous ses éléments ; sa texture était ferme, carnifiée ; ses coupes donnaient des surfaces brunâtres parsemées d'un pointillé blanchâtre formé d'innombrables corpuscules amorphes qui semblaient disposés en cloisons au milieu de la substance brune. Quand on apprend par la description nécropsique que les vaisseaux étaient gorgés par un sang veineux peu coagulé, grumeux, contenant des masses blanchâtres semblables à des mélanges de pus et de lymphe, on est naturellement amené à considérer les corpuscules blanchâtres du parenchyme splénique comme appartenant à ces masses, de telle manière que la lésion organique se réduit encore ici à l'hypertrophie. La même altération a été notée dans l'observation du professeur Mohr (1), ainsi

(1) GAZ. MÉD., n° 15.

(1) Virchow's ARCH., 1852, dans le mémoire du professeur Virchow.

ne saurait aujourd'hui se faire une idée de l'animation des débats ; des jugements contradictoires furent rendus (pour les détails, voy. Pétrequin, MÉLANGES DE CHIRURGIE, p. 71), et ce ne fut qu'après dix ans d'une procédure longue et compliquée que les lettres patentes eurent enfin force de loi (1).

Elles ouvrirent une ère nouvelle : l'Hôtel-Dieu posséda ainsi sa *charte chirurgicale*. Ce fut une révolution complète qui s'opéra dès lors dans la position jusque-là précaire de l'homme de l'art à l'hôpital. Ce ne fut plus un passage que chacun à l'envi s'efforçait d'abréger ; en attachant un privilége aux fonctions chirurgicales les lettres patentes en rehaussèrent l'importance ; elles relevèrent la valeur sociale du majorat, et ce poste, jusque-là méconnu et que chacun semblait délaisser, fut bientôt ambitionné par tous (*id.*, *ibid.*).

Ce fut l'inauguration d'un progrès réel : le service devint plus régulier et plus complet ; des chirurgiens distingués se formèrent à cette école ; parmi les noms recommandables qui apparurent dans cette deuxième période, on distingue ceux de Louis Malherbe, Henry Charavel, Horace Pantbot, Henry Lermitte, Pierre Gimon, Gabriel Parisot, etc., qui ont laissé d'honorables souvenirs dans les archives de l'hôpital.

Je voudrais, messieurs, pouvoir ici raconter en détail la belle conduite des chirurgiens de Lyon au milieu des épidémies qui vinrent si fréquemment ravager notre ville durant le quinzième, le seizième et le dix-septième siècle (1).

Dans les sciences comme la médecine où la vie se consume en actes de dévouement et d'humanité, les mentions de l'histoire sont souvent la seule justice rendue à l'homme de l'art. Aussi la biographie médicale, quand elle n'enseigne pas de découvertes, peut-elle encore servir à la fois de récompense au mérite et à la vertu, et d'exemple à la postérité.

Dans la peste meurtrière de 1629, Lyon perdit 8 médecins et 70 chirurgiens (Montfalcon, *ibid.* p. 760). Les noms de la plupart ont été perdus avec leurs belles actions. Nous pourrions, toutefois, rapporter plus d'un trait de philanthropie et de courage scientifique dont s'honorent les praticiens. Au nombre de ceux qui périrent victimes de leur dévouement, on nomme Chevelu (1610) François de Lacoste (1628), l'élève Pierre Chassaigne (1628), etc. Nous pouvons citer encore, parmi les chirurgiens de l'hôpital, Anthoine de Brioude (1628), Louis Malherbe (1631 et 1637), Henry Charavel (1642 et 1643), etc. dont les ar-

(1) Les lettres-patentes de Louis XIII, obtenues sur les instances de M. Cardon, ancien recteur de l'Hôtel-Dieu, sont datées de Paris, août 1618. La cour de Lyon rendit, en 1624, une sentence portant que : « Nonobstant les oppositions, les lettres patentes seront enregistrées, pour jouir, par les impétrants, de l'effect et bénéfice d'icelles », et en août 1626 une deuxième sentence confirmative. Enfin, le 2 sept. 1626, le parlement de Paris rendit un arrêt définitif dans le même sens. Mais elles n'eurent réellement leur premier effet que le 2 juillet 1628, pour la nomination de François Lacoste (voy. Pétrequin, MÉLANGES DE CHIRURGIE, p. 66 et 87).

(1) Pour ce point d'histoire, voyez Pétrequin, MÉLANGES DE CHIRURGIE, p. 117 ; REVUE DU LYONNAIS, 1845, et GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, 1845, p. 209.

que dans une troisième du mémoire que le professeur Virchow publia en 1852. Elle s'est présentée aussi dans l'observation de M. Goupil, qui, outre l'hypertrophie et l'induration du parenchyme de la rate, y a trouvé des petits corpuscules durs, brillants, jaunâtres, à forme cristalline, qu'il croit être des cristaux de cholestérine. Dans une autre, empruntée au professeur Rinecker, le parenchyme de la rate constituait, au contraire, une véritable pulpe sanieuse; mais l'hypertrophie était encore considérable. L'observation XI du mémoire de Bennett donne la description d'une rate très-volumineuse dont le parenchyme, normal d'ailleurs, contient un grand nombre d'anciens foyers hémorrhagiques.

Le phénomène prédominant du côté de la rate dans la leukocythæmie, c'est donc l'hypertrophie, soit simple, de toutes ses parties constituantes, avec un véritable état anémique, soit accompagnée de désordres consécutifs, secondaires et variables; mais, dans tous les cas, l'activité vitale, les fonctions de l'organe, ont dû être augmentées, et par suite, un plus grand nombre de globules incolores ont été versés dans le torrent circulatoire.

En séparant de ces corpuscules ceux du pus, on croit encore pouvoir leur attribuer une double origine, ou splénique ou lymphatique; peut-être faudra-t-il un jour confondre les deux sous une seule; peut-être les vues de Hewson et de Mayer (1), qui font rentrer la rate dans le système lymphatique se trouveront-elles confirmées. Après avoir extirpé la rate sur des animaux qui ont encore vécu un et deux ans, Mayer a trouvé les ganglions lymphatiques de la région splénique plus ou moins engorgés, ayant une teinte rouge, violacée et noirâtre même. Il a vu sur des chèvres et d'autres ruminants, de même que sur de gros oiseaux auxquels il avait enlevé la rate, se montrer d'abord à la place de cet organe des petites glandes qui sont devenues peu à peu plus riches en vaisseaux, puis les plus vascularisées se sont accolées et fusionnées en un seul corps, de manière qu'elles ont fini par former une nouvelle rate. Si nous ne pouvons encore admettre une conformité intime entre la rate et les lymphatiques, quoique les travaux de Beck, dont nous avons parlé plus haut (2), nous laissent déjà apercevoir une grande analogie entre ces organes, nous ne devions cependant pas laisser passer sous silence les relations assez étroites que l'anatomie pathologique vient confirmer.

L'état des ganglions lymphatiques n'est pas mentionné dans toutes les observations de leukocythæmie; nous le trouvons seulement signalé dans une dizaine de cas dans lesquels ils sont hypertrophiés 8 fois; ils coïncident d'ailleurs toujours avec un développement plus ou moins considérable de la rate. La justice que nous nous plaisons à rendre aux travaux remarquables du professeur Virchow ne nous permet pas de taire le peu de sympathie que nous éprouvons pour sa subdivision de la leukocythæmie en *liénale* et *lymphatique*, parce qu'il a observé, dit-il, en 1847, un cas de cette dyscrasie dans lequel la rate était saine, complétement normale, tandis que les ganglions lymphatiques étaient considérablement hypertrophiés. Quand nous voyons Bennett, dont le talent d'observation rivalise avec celui du professeur de Würzburg, placer au nombre des faits de leukocythæmie, rassemblés dans son mémoire de 1855, deux cas de *cachexies tuberculeuses* et *cancéreuses*, en se basant seulement sur l'accumulation de corpuscules incolores dans le sang et sur l'hypertrophie des ganglions lymphatiques (ce qui porterait la leukocythæmie lymphatique à 3 cas), quand nous avons des erreurs pathologiques aussi graves à combattre, nous ne pouvons admettre, même sur l'autorité de l'honorable et savant professeur Virchow, un fait sur lequel nous avons d'ailleurs vainement cherché, dans les annales de la science, des détails clairs et précis de pathogénie et d'anatomie pathologique. Cette sévérité, cette impartialité qui ne fléchit que devant le fait rigoureusement observé, *numerandæ et perpendendæ observationes*, ne nous empêche cependant pas de croire, surtout après avoir rappelé les analogies que les physiologistes trouvent entre la rate et le système lymphatique, que l'accumulation des globules incolores dans le sang ne puisse être liée simplement à l'hypertrophie des ganglions lymphatiques. Mais l'avenir en décidera!

A mesure que nous avançons dans cette revue critique, surgissent des difficultés de plus en plus embarrassantes, pour la solution desquelles nous sommes loin d'avoir des éléments suffisants. Ce sont les auteurs qui ont le mieux étudié les phénomènes qui caractérisent cette dyscrasie, Bennett, Virchow, Robertson, etc., qui nous apprennent que des tumeurs, des gonflements chroniques de la rate peuvent exister sans que pour cela la proportion des globules incolores du sang soit troublée. Les expériences de M. de Pury, qui a examiné le sang de malades atteints récemment de fièvre intermittente et qui conservaient encore une tuméfaction prononcée dans la région splénique, semblent prouver également que toute hypertrophie de la rate n'est pas un symptôme pathognomonique de la leukocythæmie. Mais qu'est-ce qu'un rouage dans le grand système de la mécanique humaine? Combien y a-t-il d'instruments dont nous connaissions le jeu et les usages? D'ailleurs la solidarité n'est-elle pas au moins aussi grande entre les organes qui concourent à l'entretien de la vie qu'entre les diverses pièces qui composent une montre, une locomotive ou tout autre appareil? C'est a cette solidarité que nous faisons appel en ce moment pour étendre un peu notre horizon pathogénique et pour franchir, en nous aidant du raisonnement, les limites trop étroites où se sont enfermées les auteurs que nous venons de nommer.

Si l'hypertrophie chronique de la rate ne donne pas lieu à l'accumulation des corpuscules incolores dans le sang, cela peut dépendre de ce que les éléments surajoutés à la glande sont désorganisés à mesure qu'ils se produisent, ou bien de ce que l'activité d'autres organes, du foie et du poumon, est augmentée dans une proportion analogue et les transforme en globules parfaits, suivant les lois de la physiologie normale : *deux quantités égales ajoutées aux deux termes d'une équation ne changent pas les rapports.* Par contre également, si le foie joue un rôle dans la transformation des corpuscules en globules rouges, les troubles qui surviennent dans ses fonctions doivent forcément retentir sur cette métamorphose; aussi trouvons-nous signalée 22 fois une altération de cet organe dans les 31 observations de leukocythæmie essentielle que nous possédons jusqu'à ce jour. Cette proportion n'est pas exacte même, puisqu'un certain nombre de ces observations gardent un silence complet sur l'état du foie.

(1) Berichh, ü. das ANAT. INSTIT., z. BONN., 1830. U. Rhein D. Westf. MED. CORRESPBL., 1843.

(2) V. GAZ. MÉD., nº 15.

---

chives manuscrites de l'Hôtel-Dieu signalent avec éloge le zèle et l'abnégation; parmi les maîtres chirurgiens de la ville, Michel Malo (1628), Antboine (1638), Jean Lepère (1638-1639), etc., qui les secondèrent dans leur périlleuse mission; et parmi les élèves, Jean Guillard (1629), Pierre Massin et Jean Duchiet (1643), etc., qui suivirent leur noble exemple.

Ces grandes épreuves ennoblissaient l'art et ses adeptes; l'heure de la réhabilitation approchait; c'est à la France qu'en revient tout l'honneur; le grand siècle de Louis XIV, qui porta si haut la gloire des lettres françaises, en avait préparé les éléments. Il était réservé au règne de Louis XV d'exécuter cette œuvre de réparation. La chirurgie lyonnaise pendant le dix-huitième siècle pouvait s'enorgueillir d'avoir produit une série d'hommes de mérite, comme Laurès, les deux Flurant, Garniés, Grassot, Pouteau, Puy, Guérin, Bouchet, Charmetton, Buytouzac, Dussaussoy, Rey, etc., dont les noms vivent encore dans la mémoire publique. La littérature locale s'enrichit d'une foule d'ouvrages recommandables (1) qui figurent avec honneur dans nos bibliothèques; et elle exerça une incontestable influence sur le mouvement général dont Paris devint le centre.

En 1724, Lapeyronie inspira à Maréchal, premier chirurgien de Louis XV, l'idée d'établir cinq démonstrateurs royaux aux écoles de chirurgie de Saint-Côme, et en 1731 de faire ériger les principaux chefs de la communauté en corps académique. Ce fut l'origine de l'illustre Académie de chirurgie. Ses mémoires, dont la publication, dédiée au roi, commença vers 1742, devinrent le code des chirurgiens. Toute l'Europe médicale s'émut à l'impulsion qu'elle recevait de la France.

Lyon avait conquis un rang élevé dans l'opinion publique : les plus illustres membres de l'Académie royale de chirurgie se faisaient gloire, messieurs, d'être correspondants de votre compagnie, comme Quesnay, Louis, Caumont, Hévin, etc.

La chirurgie lyonnaise vit les noms de ses principaux représentants inscrits avec distinction parmi les associés de l'Académie de chirurgie de Paris, tels que Grassot, Charmetton, Flurant, Pouteau, etc. Les travaux de quelques-uns d'entre eux eurent l'honneur de figurer dans les mémoires de cette compagnie savante; citons ceux de Guérin sur l'extirpation de l'œil, de Puy sur les hernies, de Pouteau sur la ligature de l'épiploon, etc.

(1) Je me bornerai à citer le TRAITÉ DE SPLANCHNOLOGIE RAISONNÉE RÉDIGÉ EN DEMONSTRATIONS par C. M. Flurant (Paris, 1752, 2 vol. in-12) ouvrage dédié à l'Académie de chirurgie et approuvé par elle; les ŒUVRES POSTHUMES de Pouteau, publiées avec des notes par Colombier sous le patronage de la Société de médecine de Paris, avec un rapport du célèbre Vicq d'Azyr (Paris, 1783, 3 vol. in-8º); — le TRAITÉ DES MALADIES DES YEUX de J.-J. Guérin (1769), qui fut avec les MÉMOIRES SUR L'ŒIL de Janin de Lyon (1772) un des meilleurs livres du dix-huitième siècle sur l'ophthalmologie; — Le TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE de J.-S. Dufieu (2 vol.); — Le TRAITÉ DE L'HYDROCÈLE de A.-C. Dussaussoy, et le TRAITÉ DE LA POURRITURE D'HOPITAL du même auteur, etc. — On verra plus loin les ouvrages lyonnais couronnés par l'académie de chirurgie.

La modification la plus habituelle de cette glande est encore l'hypertrophie qui peut être telle que l'organe pèse jusqu'à 10 et même 12 livres, comme dans l'observation de Bennett et de Robertson ; si le tissu hépatique paraît rester sain dans quelques cas, comme dans l'un de ceux de M. Legroux, de Bennett, dans la plupart de ceux de Virchow, dans celui de Craigie, celui de Vogel et celui du docteur Charcot, il a été trouvé, au contraire, un peu ramolli chez les sujets examinés par M. Barth, par Walshe, par le docteur Gonpil, de même dans l'une des autopsies de M. Legroux. Les renseignements que nous possédons sur ces altérations du foie sont d'ailleurs trop vagues pour que nous puissions nous en servir dans la discussion actuelle.

Le professeur Vogel pense qu'il y a des cas de leukocythæmie dans lesquels non-seulement la rate et les ganglions lymphatiques sont dégénérés, mais aussi les autres glandes sanguines, la thyroïde et les glandes sus-rénales, comme cela s'est présenté dans l'observation qu'il rapporte. Le poumon et les viscères des autres cavités ne sont, en général, pas mentionnés, et quand on en parle, c'est sans y insister d'une manière suffisante pour que nous puissions y chercher quelque chose de positif.

Ainsi, en résumant les données fournies jusqu'à présent par l'anatomie pathologique, nous dirons que la dyscrasie sanguine qui caractérise la leukocythæmie se reconnaît sur le cadavre, par une altération du sang, distincte de celle de la pyæmie, seulement en ce que les vaisseaux renferment des caillots jaunâtres, blanchâtres ou des masses grumeuses de même coloration, non adhérentes aux parois vasculaires et ne constituant pas de foyer purulent ; que l'accumulation des corpuscules incolores et la diminution dans la proportion des globules rouges sont appréciées d'une manière très-inexacte, de telle sorte que l'examen microscopique est bien loin d'être le critérium infaillible, comme le pensent un grand nombre de pathologistes ; qu'il existe d'autres altérations des éléments du sang que la chimie décèle ; que ce liquide peut être altéré également par des substances étrangères à sa composition ; que les vues physiologiques que nous avons émises plus haut paraissent devoir se confirmer par les faits pathologiques qui établissent évidemment une relation de cause à effet entre les fonctions de la rate, du système des ganglions lymphatiques et la production des globules incolores ; que le foie semble bien évidemment exercer une certaine influence sur l'accumulation morbide de ces corpuscules, sans que pour cela les faits connus jusqu'ici permettent de les préciser nettement ; qu'enfin l'anatomie pathologique de la leukocythæmie n'est pas entièrement à faire, mais qu'elle attend d'observations bien suivies des documents qui élucideront une foule de questions que nous n'avons pu qu'indiquer.

Avant de discuter d'autres faits relatifs aux cas de leukocythæmie essentielle sur lesquels nous avons basé les désordres que nous venons de rappeler, nous devons avertir nos lecteurs que nos investigations nous conduisent déjà à séparer de la dyscrasie précédente une foule d'autres états dans lesquels il existe également une accumulation de globules incolores dans le sang, avec des modifications plus ou moins sensibles dans les éléments de ce liquide, sans qu'on ait affaire à une leukocythæmie ; ces états étant symptomatiques des cachexies tuberculeuse, cancéreuse, scrofuleuse, paludéenne, syphilitique, etc , ou bien des pyrexies, de la fièvre typhoïde, du choléra, altérations générales qui sont souvent accompagnées d'engorgements hypertrophiques de la rate, des ganglions lymphatiques ou des follicules intestinaux ; ou bien enfin l'accroissement de la proportion des globules incolores étant lié à la grossesse ou à l'état puerpéral, il est évident pour tout pathologiste un peu sérieux que, dans toutes ces circonstances, la présence des corpuscules incolores n'est qu'un phénomène d'outéropathique, un symptôme secondaire d'une maladie générale ou d'une disposition organique distincte de la leukocythæmie, de la même manière que la présence de l'albumine dans les urines, chez un scarlatineux ou dans une affection du cœur, n'est qu'un épiphénomène que nous n'avons garde de confondre avec la maladie de Bright.

En éliminant ainsi de la dyscrasie sanguine idiopatique un grand nombre d'états leukocythæmiques, en vertu des principes que nous venons de rappeler et qui doivent former le préliminaire de toute éducation médicale, nous ne croyons pouvoir mieux fixer l'état actuel de la science qu'en énumérant ici, par ordre de dates, tous les faits de leukocythæmie essentielle que nous possédons jusqu'à ce jour, ou du moins que nous connaissons et que nous jugeons assez authentiques.

I. Hypertrophie énorme de la rate ; hypertrophie du foie ; altération du sang ; par le professeur Velpeau. (REV MÉD., 1827.)

II. Hypertrophie de la rate et du foie ; altération du sang ; par le docteur Legroux. 1830. (Communiquées en 1856.)

III. Hypertrophie de la rate et du foie ; altération du sang ; par le même. 1833. (Communiquées en 1856.)

IV. Altération du sang remarquable par la prédominance des globules blancs ou muqueux ; hypertrophie considérable de la rate ; foie volumineux ; par le docteur Barth. Examen microscopique, par M. Donné. 1839.

V. Hypertrophie de la rate, du foie et des ganglions lymphatiques ; altération du sang ; état puerpéral ; par Oppolzer et Lichmann. (KLW. V. ROTT. ; Prague, 1840).

VI. Hypertrophie de la rate et du foie ; altération du sang ; par Craigie. 1841. (Publiées en octobre 1845 *in* EDINB. JOURN.)

VII. Hypertrophie de la rate, du foie et des ganglions lymphatiques : altération du sang ; par Bennett. 1844. (Publiées en octobre 1845 *in* EDINB. JOURN.)

VIII. Hypertrophie de la rate et du foie ; altération du sang ; par Rokitansky. 1845. (*In* ZEITSH. WIEN. AERT.)

IX. Hypertrophie de la rate ; altération du sang ; par le professeur Virchow. 1845. (*In* FRORIEP H. N. NOT.)

X. Hypertrophie de la rate et du foie ; altération du sang. Examen microscopique ; globules anormaux ; par John Fuller. 1846.

XI. Hypertrophie de la rate et des ganglions lymphatiques ; foie normal ; altération du sang ; par le professeur Rinecker. 1846. (*In* VIRCH'S ARCH., 1852.)

XII. Hypertrophie de la rate et des ganglions lymphatiques ; foie normal ; sang altéré ; par le professeur Mohr. 1847. (*In* VIRCH'S ARCH., 1852.)

XIII. Hypertrophie de la rate et du foie ; altération du sang par des corpuscules pigmentaires ; accumulation des globules incolores ; diminution des globules rouges ; par H. Meckel. 1847. (*In* ALLG. ZEIT. F. PSYCH.)

XIV. Hypertrophie de la rate ; foie normal ; altération du sang par des globules incolores reconnue pendant la vie ; par le professeur Muller. 1847. (*In* VIRCH'S ARCH., 1852.)

XV. Hypertrophie de la rate, du foie et des ganglions lymphatiques ; corpuscules incolores et masse pigmentaire dans la rate ; par le professeur Virchow. 1851. (*In* VIRCH'S ARCH., 1852.)

XVI. Hypertrophie de la rate, du foie et des ganglions lymphatiques ; altération du sang par des corpuscules incolores ; par le professeur Virchow. 1851. (*In* VIRCH'S ARCH., 1852.) Analyse chimique ; par Scherer.

Il y a plus : l'Académie de chirurgie ouvrit des concours auxquels elle convia tous les chirurgiens de l'Europe. Lyon eut la gloire de remporter un grand nombre de couronnes : en 1744, Grassot obtint le premier prix (*sur les émollients*) ; il avait pour concurrent le célèbre Louis qui fut plus tard secrétaire perpétuel de l'Académie de chirurgie. En 1748, le premier prix fut décerné à Charmetton (*sur les caustiques et les dessiccatifs*) ; le fameux Nannoni (de Florence) était du nombre de ses compétiteurs. En 1749, Flurant partagea le premier prix avec Louis (*sur les détersifs*). En 1752, Faure mérita le premier prix (*sur les tumeurs scrofuleuses*) ; l'illustre Bordeu n'eut que le second prix.

Chaque année apportait un triomphe à la chirurgie lyonnaise.

L'Académie royale de chirurgie, présidée successivement par Maréchal (1731 à 1736), Lapeyronie (1736 à 1747), et La Martinière (1747), se signala par des travaux remarquables. La science prit un essor jusque-là inouï : les notabilités se multiplièrent. L'œuvre de régénération marcha vite : dès 1743 la chirurgie fut totalement séparée de la barberie. Les mémorables paroles que Louis XV prononça à ce sujet méritent d'être rappelées ici : « Nous » avons cru, dit-il, devoir accorder de plus grandes distinctions à l'art de la » chirurgie qui a été porté dans notre royaume à un haut degré de perfec- » tion ;... c'est dans cet esprit que nous avons jugé à propos de séparer en- » tièrement l'exercice de la barberie du corps des chirurgiens qui se trouvait » avili par le mélange d'une profession si inférieure. » (1748, lettres patentes confirmant l'établissement de l'Académie).

La chirurgie, dégagée de cette fâcheuse alliance, changea de face ; elle brilla tout à coup d'un éclat inattendu ; on la vit s'élever rapidement à un degré de considération que depuis le moyen âge elle avait cessé d'atteindre : ce fut une véritable transformation ; le dix-huitième siècle fut pour notre art ce que le seizième avait été pour les lettres lyonnaises lors de la brillante époque de la renaissance.

Le mouvement était donné ; d'importantes réformes allaient s'accomplir. Nous avons fait voir, en parcourant le moyen âge, combien le défaut de lettres et de philosophie avait nui au progrès scientifique ; jusque-là les chirurgiens savants et lettrés étaient d'honorables, mais trop rares exceptions. Il était besoin de modifier l'organisation des écoles ; il fallait, de ce qui n'était qu'une exception, faire une règle générale : on éleva le niveau des études professionnelles. Le baccalauréat, qui réalisait d'heureuses garanties de savoir, fut la première des épreuves que l'aspirant devait franchir pour arriver au sanctuaire. La science se trouva ainsi élevée sur un terrain nouveau où elle pouvait se développer à l'aise. Désirons, pour l'honneur de l'art, qu'on n'abandonne plus cette voie sûre et fertile, et qu'on ne retranche jamais les racines de l'arbre scientifique qui ne peut ni prospérer ni fleurir sans cette sève littéraire : elle seule possède une force intrinsèque capable de résister à toutes les vicissitudes humaines et de vivifier toujours les semences que l'expérience des siècles apporte dans son sein.

L'influence des études littéraires fut immense : la chirurgie, rehaussée par les diplômes universitaires, prit un essor rapide dont le dernier terme n'a point encore été atteint. Ai-je besoin de vous rappeler, messieurs, que vous admîtes alors dans vos rangs des chirurgiens lyonnais de cette école qui

Du mémoire de Bennett (*in* MONTHLY JOURN., jan. and april 1851), résumant an nombre de 19 les observations connues jusqu'alors, nous n'en rapportons que les suivantes parce qu'elles seules sont nouvelles.

XVII. Hypertrophie de la rate, du foie et des ganglions lymphatiques. Examen microscopique ; analyse chimique ; par Robertson.

XVIII. Hypertrophie de la rate et du foie ; par Bennett.

XIX. Hypertrophie énorme de la rate ; par le professeur Parkes.

XX. Hypertrophie de la rate et du foie ; par Fuller.

XXI. Hypertrophie de la rate ; par Chambers.

XXII. Hypertrophie de la rate et du foie ; par Bennett.

XXIII. Hypertrophie de la rate et du foie ; par Quain.

XXIV. Hypertrophie de la rate et du foie. Examen microscopique ; par Walshe.

XXV. Hypertrophie de la rate ; par le même.

XXVI. Hypertrophie de la rate et du foie. Examen microscopique ; par Bennett.

XXVII. Hypertrophie de la rate et du foie. Examen microscopique ; par le même.

Les autres observations du travail de Bennett, ou bien sont rapportées plus haut, ou bien elles ne rentrent pas, suivant nous, dans la leukocythæmie essentielle. En général, les faits enregistrés par le médecin anglais sont peu complets.

XXVIII. Hypertrophie de la rate et du foie ; altération des glandes sus-rénales. Examen microscopique et analyse chimique du sang pendant la vie ; diagnostic de la leukocythæmie ; par le professeur Vogel. (*In* V. u. R's ARCH., 1851.)

XXIX. Hypertrophie de la rate ; foie et ganglions lymphatiques normaux ; par le docteur Charcot. Examen microscopique ; par le docteur Robin. (*In* MÉM. DE LA SOC. DE BIOL., 1853.)

XXX. Hypertrophie de la rate et du foie ; par le docteur Leudet. (*In* MÉM. DE LA SOC. DE BIOL., 1853.)

XXXI. Hypertrophie de la rate et du foie ; ganglions lymphatiques normaux ; par le docteur Goupil. (*In* UNION MÉD., 1855.)

Sans vouloir contester le mérite de toutes les autres observations qui ont été produites au grand jour dans ces derniers temps, mais qui n'ont qu'une analogie, plus ou moins éloignée, avec la maladie dont nous venons de faire l'inventaire scientifique, nous trouvons cependant un certain nombre d'entre elles qui sont entourées de garanties insuffisantes pour pouvoir porter un diagnostic rigoureux et certain ; il en est plusieurs qui rentrent dans la leukocythæmie symptomatique, et nous en ferons mention dans la suite de cette appréciation critique.

B. SCHNEPF.

(La fin au prochain numéro.)

ÉTIOLOGIE.

DU MARIAGE ENTRE PARENTS CONSIDÉRÉ COMME CAUSE DE LA SURDI-MUTITÉ CONGÉNITALE (lu à l'Académie de médecine, séance du 29 avril 1856) ; par M. MENIÈRE, agrégé de la Faculté, médecin de l'Institut impérial des Sourds-muets, etc.

Un sourd-muet étant donné, est-il possible d'arriver à la détermination des causes qui ont produit cette infirmité si grave ?

Tel est le problème que je vais essayer de résoudre ; mais ainsi posé et dans sa vaste étendue, il comporterait des développements hors de toute proportion avec le temps que l'Académie accorde aux médecins désireux de faire connaître le résultat de leurs recherches ; je vais donc en restreindre les limites par voie d'élimination, afin d'arriver aux causes principales, à celles qui ont pour ainsi dire un caractère spécifique et qui peuvent devenir l'occasion de mesures préventives efficaces.

Prenons au hasard un nombre de 100 sourds-muets de l'âge de 10 à 15 ans, prenons-les intelligents, instruits et munis d'un dossier contenant des renseignements positifs sur tous les points de leur histoire, on verra que les deux tiers de ces enfants ont entendu jusqu'à un âge plus ou moins avancé, et qu'ils appartiennent à la grande catégorie des surdi-mutités accidentelles. Nous ne nous en occuperons pas ici, attendu que les causes qui ont détruit l'audition sont du domaine de la pathologie ordinaire.

Le tiers restant, c'est-à-dire les sourds-muets n'ayant jamais entendu, ceux que l'on peut regarder comme affectés de surdité congénitale, et par conséquent de mutisme, ne sont pas sourds au même degré ; il y en a parmi eux qui sont accessibles à certains ébranlements sonores, qui perçoivent des bruits et même des sons ; mais ces légères différences ne changent rien à leur état général, ce sont bien des sourds-muets que l'art médical ne peut guérir, du moins jusqu'ici n'a-t-il pas encore modifié utilement cette manière d'être.

Mais si la thérapeutique proprement dite est restée insuffisante, ce n'est pas à dire qu'il faille abandonner ces infortunés ; l'art peut intervenir d'une manière efficace en cherchant à prévenir le mal, et c'est pour arriver à ce résultat si désirable que la recherche des causes de la maladie est si intéressante. Là où la thérapeutique est en défaut l'hygiène offre des ressources notables ; tâchons de montrer que l'absence congénitale de l'ouïe appartient plus spécialement à cette grande division de l'art de guérir.

Quand on interroge avec soin les parents d'un enfant sourd-muet de naissance, à l'effet d'obtenir des renseignements sur les causes probables de cette infirmité, on voit que les mêmes accidents sont presque toujours indiqués. Les impressions vives ressenties par la mère pendant la grossesse jouent le rôle principal ; mais si l'on insiste pour connaître ces faits, pour en apprécier la valeur, on comprend bientôt le peu d'importance de ces histoires, arrangées pour la plupart après coup. L'esprit humain est quêteur de sa nature : il crée facilement des circonstances capables d'expliquer les phénomènes ; il accepte plus volontiers celles qui sont d'un ordre mystérieux, et il y tient d'autant plus qu'elles sont moins explicables.

---

avaient pris place parmi les littérateurs, et qui ont eu l'honneur de voir, comme Marc-Antoine Petit, leurs productions couronnées par l'Académie française (1) ?

La voie était ouverte : une nouvelle conquête, en complétant l'œuvre si heureusement commencée, vint dignement mettre le sceau à toutes les réformes précédentes. En démontrant que la science est une, nous avons déploré la division qui ne faisait que la scinder en deux corps isolés. Un décret de 1794 la rappela à son unité primitive, en réunissant dans une même école la chirurgie et la médecine. On l'a dit avec raison : « En mettant la chirurgie au niveau de la médecine, le législateur fit un acte de haute sagesse » (Pointe, HISTOIRE TOPOGR. DE L'HÔTEL-DIEU DE LYON, 1842). Il fit plus : ce fut un acte de justice pour l'art ; ce fut un grand bienfait pour la société (2).

Dans les hôpitaux de Lyon, le chirurgien avait été jusqu'alors réduit à un rôle subalterne ; il se trouvait dans un état de vasselage vis-à-vis du docteur. Celui-ci, chargé de la direction du service, faisait la visite des malades que l'autre se bornait à opérer ou à panser sous ses ordres. L'hôpital avait ainsi un chirurgien en deux personnes (Pétrequin, MÉLANGES DE CHIRURGIE, p. 168). Il serait superflu aujourd'hui de faire ressortir les vices d'une pareille organisation.

La chirurgie graduée se trouva dès lors affranchie de ce contrôle qui n'était qu'un joug asservissant, et qui ne pouvait qu'apporter d'indignes entraves à son élan. Du moment que les grades universitaires devinrent les mêmes pour tous, les choses changèrent d'allure, les chirurgiens trouvèrent leur palladium dans l'égalité devant la loi. Le diplôme de docteur, en témoignant d'un degré élevé d'éducation et de savoir, leur assigna dans la hiérarchie sociale la place honorable que mérite à juste titre celle de toutes les professions libérales qui exige le plus d'études et de connaissances.

Sans prétendre qu'aujourd'hui les positions sont interverties (et en ceci nous ne voulons nullement soulever une question de préséance), nous devons faire une remarque en faveur du chirurgien qui s'est profondément pénétré de l'importance de sa mission : il a besoin, pour bien exercer son art, de posséder toutes les connaissances médicales nécessaires pour traiter convenablement ses malades avant, pendant et après l'opération ; en un mot, il a

(1) La MÉDECINE DU COEUR, de Marc-Antoine Petit, de Lyon (1806), renferme quatre épîtres en vers, qu'il lut dans les séances publiques de Lyon ; sur LES CHAGRINS ATTACHÉS A L'EXERCICE DE LA MÉDECINE (1800) ; SUR LA CONFIANCE EN MÉDECINE (1801), ouvrage qui fut mentionné honorablement dans le concours de 1804 ; SUR LA RECONNAISSANCE ENVERS LES MÉDECINS (1802) ; enfin sur LA DOULEUR (1805). — P. Laurès avait fait paraître en 1757 un SUPPLÉMENT AUX LYONNOIS DIGNES DE MÉMOIRE, parodie de l'ouvrage de Pernetti : « c'est, dit un critique, une satire parfois ingénieuse et assez méritée. » P. Laurès est connu comme auteur de chansons facétieuses.

(2) « La médecine et la chirurgie n'étoient pour ainsi dire que deux branches qui sortoient de la même tige, ou plutôt c'étoient deux noms différents du même art. La chirurgie n'étoit qu'une médecine plus étendue : car les chirurgiens joignoient aux remèdes internes les secours de la main » (RECHERCHES SUR L'ORIGINE DE LA CHIR., p. 14).

Nous n'avons aucune raison pour nier absolument que les impressions très-vives perçues pendant la grossesse puissent exercer une influence fâcheuse sur le fœtus; mais comme rien dans la science ne nous a démontré que les causes de cette espèce aient une action spécifique sur le sens de l'ouïe, on nous permettra de ne pas nous arrêter davantage sur ce point gros de controverses.

Après les impressions morales viennent les accidents physiques, et les mères les invoquent souvent comme cause de l'infirmité de l'enfant. Les chutes, les coups agissant immédiatement sur l'utérus distendu, ayant déterminé la cessation pendant un temps plus ou moins long des mouvements de l'enfant, peuvent avoir une action directe sur celui-ci; mais en quoi cette action peut-elle nuire aux oreilles? comment la surdité en devient-elle le résultat? Rien jusqu'ici n'a conduit à l'appréciation régulière d'un fait semblable, par conséquent nous sommes autorisés à n'en pas tenir compte.

Reste l'hérédité, car on est tout naturellement porté à croire que la perte ou plutôt l'absence d'un organe comme l'oreille, est la conséquence d'un état congénital primitif, et l'on se demande si les parents n'avaient pas eux-mêmes une infirmité semblable. Pendant longtemps les recherches faites dans le but d'éclairer ce point de l'histoire des sourds-muets ont fourni un résultat négatif, c'est-à-dire qu'il a été reconnu que les enfants sourds-muets de naissance provenaient d'un père et d'une mère entendant. Mais la vérité en statistique est rarement absolue, les chiffres ont cessé d'être favorables à cette opinion, des faits nouveaux bien observés sont venus démontrer que des sourds-muets avaient donné le jour à des enfants sourds-muets comme eux; mais je me hâte d'ajouter que ces faits peu nombreux ne constituent qu'une exception à la règle précédemment indiquée.

Des observations instituées avec le plus grand soin démontrent que l'enfant, pendant la vie intra-utérine, peut être affecté de lésion cérébrale; ceux qui survivent à ces maladies si graves, les hydrocéphales, les microcéphales sont ordinairement idiots, paralytiques; chez quelques-uns on a pu reconnaître l'absence d'audition; mais alors c'est bien moins l'oreille que le cerveau qui est lésé, l'intelligence manque plutôt que l'ouïe, de sorte que le diagnostic de la surdité est difficile à établir. Cependant des faits de ce genre, bien qu'en petit nombre, ont une importance réelle; ils conduisent à reconnaître que, dans certains cas, l'absence de l'ouïe peut être la suite d'une maladie organique développée avant la naissance. On peut même admettre que des enfants complètement sourds en venant au monde doivent cette infirmité à des accidents cérébraux survenus pendant la vie intra-utérine, et l'analogie suffit pour cela; mais dans beaucoup de cas il n'existe aucune trace de lésions semblables, par conséquent aucun motif suffisant pour recourir à cette supposition.

Cependant quand une grossesse aura été troublée par des accidents graves, quand les mouvements du fœtus jusque-là réguliers auront offert tout à coup des variations considérables, insolites, ou bien auront cessé pendant un temps assez long, on sera autorisé à penser que cet enfant a éprouvé les atteintes d'un mal grave, et si après sa naissance on constate promptement le défaut d'audition, si la tête présente quelque disposition anomale, ou même si rien d'analogue ne se rencontre, on pourra regarder la surdité comme une conséquence directe de ces accidents, et je ne sache pas que les esprits les plus sévères puissent rien objecter de sérieux à cette manière de voir.

Dans le plus grand nombre des cas, les sourds-muets de naissance ne rentrent dans aucune des catégories précédentes; les recherches les plus attentives, les plus persévérantes, ne mettent sur la voie d'aucune de ces causes matérielles capables de légitimer le résultat; il faut donc aller plus loin, remonter plus haut, c'est-à-dire jusqu'à l'organisme humain, et voir s'il n'existe pas des circonstances propres à le modifier de telle sorte que certains états morbides pourront manifester la puissance de ces causes primitives.

Il existe des arguments invincibles à l'appui de cette proposition : *L'homme ou plutôt l'espèce humaine se détériore dans des conditions appréciables.* Tout le monde sent que cela est vrai, l'histoire de tous les temps et de tous les pays est pleine de faits qui sont de notoriété publique, chacun a vu et connu des races d'hommes dégénérées, abâtardies, des familles qui s'éteignent, et la science n'en est pas à se demander aujourd'hui à quelles causes il faut attribuer ces calamités publiques et privées.

On a signalé l'influence des climats, la plus générale de toutes, car elle entraîne à sa suite non-seulement le physique, mais encore le moral, la nourriture et l'éducation, la forme du gouvernement, et tout ce qui constitue l'organisation des sociétés.

Abandonnons ces hauteurs pour arriver tout simplement à la constatation de certains faits capables de fournir des arguments légitimes; demandons à la statistique des documents positifs, et cherchons par exemple quels sont les pays en Europe qui comptent le plus grand nombre de sourds-muets.

Depuis le commencement de ce siècle, la plupart des gouvernements sollicités par le zèle de quelques âmes généreuses et enfin par l'opinion publique, ont recherché les misères pour les soulager; ils ont fait l'inventaire de leurs richesses en ce genre, et par des éclaircissements successifs on est arrivé à savoir combien de sourds-muets existent dans chacun des États du centre de l'ancien monde. Des chiffres officiels ont été produits, publiés dans divers ouvrages; j'en ai indiqué les principaux résultats dans un travail imprimé il y a plus de quinze ans, et j'ajoute que depuis cette époque ils n'ont pas varié sensiblement.

Il ressort de ces documents un fait général, à savoir que le nombre des sourds-muets varie beaucoup dans chaque pays, que tantôt on en compte 1 sur 3000 individus, tantôt 1 sur 2000, et que certaines localités en comptent 1 sur 200, et même davantage. Ces différences si grandes ne peuvent être attribuées à l'inexactitude des relevés administratifs; seulement peut-on tenir compte du défaut de précision dans la détermination de l'infirmité. Trop souvent, en effet, on confond les idiots avec les sourds-muets; mais cette cause d'erreur n'est pas assez grande pour vicier les produits d'une statistique approximative, comme elles le sont toutes plus ou moins quand il s'agit de l'élément humain.

S'il y a des pays qui possèdent dix fois plus de sourds-muets que d'autres, il est impossible de ne pas croire qu'il y ait là des causes locales capables de produire un pareil résultat. Or ces régions si tristement privilégiées sont aussi celles où l'on compte le plus de crétins, celles dans lesquelles l'espèce humaine offre les caractères d'une dé-

---

besoin d'être médecin consommé, sans quoi il ne sera jamais lui-même qu'un chirurgien incomplet. — Le médecin, au contraire, n'est pas dans l'obligation d'être aussi chirurgien; il peut appeler à son aide (et cela est dans la nature des choses) toutes les fois qu'un accident ou un cas chirurgical l'exigeront (1).

Un autre progrès était encore réservé à la chirurgie lyonnaise : les lettres patentes de 1618 avaient été pendant deux siècles la sauvegarde de nos hôpitaux, mais elles conféraient un privilége, et l'on était à une époque où toute idée de privilége commençait à émouvoir les esprits. Le don de maîtrise fut remis en question, et les lettres patentes elles-mêmes, à la fin du dix-huitième siècle, devinrent, comme à leur origine, l'objet des plus vives contestations. Il en sortit un dernier perfectionnement, ce fut l'institution du concours, qui fut décrétée en 1788.

Le premier essai dépassa toutes les espérances, et, en donnant d'emblée une grande valeur à ce nouveau mode d'élection, il en assura à jamais l'avenir. Ce fut M.-A. Petit qui *ouvrit brillamment* la série des élus (2).

(1) Nul n'est bon chirurgien s'il n'est médecin (Lanfranc).

(2) Le programme du concours pour l'Hôtel-Dieu parut en avril en 1788; le premier concours eut lieu en juin 1788; la nomination de M.-A. Petit eut lieu le 12 juin 1788.

Le concours fut institué la même année pour la Charité; le premier élu fut Aimé Martin aîné, de Saint-Rambert, qui n'entra en fonctions que le 23 octobre 1795; François Bugnard fut installé en son absence comme chirurgien provisoire, le 3 août 1793.

Le concours devint la source d'une splendeur nouvelle pour la chirurgie lyonnaise; il éleva le majorat de nos hôpitaux à un rang de premier ordre en y appelant tous les mérites et toutes les capacités chirurgicales.

C'est de cette pépinière féconde qu'est sortie cette foule d'hommes distingués dont notre art et notre cité s'honorent également; l'Académie a accordé les honneurs de l'hospitalité à la plupart d'entre eux (1); il en est plusieurs autour de moi dans cette enceinte; parmi eux, nous remarquons avec douleur une place vide, qui rappelle une perte récente et irréparable que déplore l'Académie; nous voulons parler d'un homme qui fut longtemps parmi nous le patriarche de la chirurgie : type parfait des traditions antiques, véritable personnification de la confraternité médicale, M. Viricel possédait toutes les qualités du cœur et de l'esprit; nul ne réunissait plus de bonté à plus d'intelligence. Je n'oublierai jamais avec quelle bienveillance il accueillit mes débuts dans la carrière et applaudit à mes premiers succès! Des voix éloquentes lui payeront un juste tribut d'éloge devant cette Académie. Pour moi, je n'ai pu résister au besoin de déposer, en passant, ce pieux hommage à sa mémoire vénérée.

Messieurs, si nous reportons maintenant nos regards sur le passé, il se déploie sous nos yeux un spectacle bien différent de celui du moyen âge; que de progrès accomplis en un siècle!

(1) M.-A. Petit, Cartier, Viricel, etc., pour l'Hôtel-Dieu; Martin, Imbert, etc., pour la Charité; Gauthier, pour l'Antiquaille; enfin, Gilibert, Sainte-Marie, Pravaz, etc., en dehors des hôpitaux.

térioration plus profonde. Tâchons donc de remonter à la vraie source de cette calamité publique.

La durée moyenne de la vie n'est pas la même dans tous les États de l'Europe. Si elle atteint 38 et 40 ans chez les nations les plus robustes et les mieux pourvues de toutes les choses nécessaires, elle tombe à 30, à 28 dans des pays les moins favorisés sous ce rapport. Là aussi meurent un plus grand nombre d'enfants en bas âge, là aussi la jeunesse est moins riche en sujets valides, et l'on voit que parmi les adultes le nombre des individus propres au service militaire diminue dans une proportion considérable. Partout où il y a beaucoup de crétins, partout où les enfants meurent communément avant la quatrième année, partout où les cas de réforme pour infirmité sont très-nombreux chez les conscrits, c'est aussi là que l'on compte les sourds-muets en plus grande quantité. Il est impossible de ne pas établir un rapprochement entre ces faits, ils sont concordants; les mêmes causes générales tendent à les produire; il y a connexité entre toutes ces expressions d'un même état, à savoir, l'altération de l'espèce, la diminution de vitalité des individus.

Nous arrivons ainsi au point culminant de cette grande question, la détermination des causes générales qui exercent une influence fâcheuse sur l'organisme humain. Parmi ces causes, il en est une qui joue un rôle important; elle est en quelque sorte reconnue par tout le monde; elle forme une de ces idées traditionnelles que le temps consacre, que certaines lois confirment, que tout chacun accepte et qui cependant ne sont pas assez nettement formulées pour donner lieu à des prescriptions officielles. Je veux parler du mariage entre parents, de la consanguinité des époux.

Il ne serait pas difficile de trouver, dans les plus anciens monuments religieux ou littéraires des peuples, la trace de cette idée; les législateurs primitifs ont donné des règles à suivre pour la constitution civile de la famille, et ces ordonnances sont fondées sur la considération des inconvénients qui résultent du rapprochement d'individus provenant d'une même origine. Le croisement des races est la conséquence naturelle de ces vues pratiques; il a dû entrer peu à peu dans l'esprit des peuples que la nécessité de s'allier avec des étrangers était une garantie de perfectionnement pour l'espèce humaine; mais entre ces croyances vagues et une loi, il y a loin, et il a fallu mettre ce précepte fécond sous la protection du christianisme pour lui assurer tout le développement dont il était susceptible.

Pendant une longue suite de siècles, le mariage fut absolument interdit à tous les individus parents à un degré quelconque, l'Église se réservant le droit d'enfreindre la règle posée par elle-même dans les rares circonstances dont elle voulait apprécier la valeur. Mais ces rigueurs de la discipline furent sujettes, comme tant d'autres choses, à un relâchement déplorable, et aujourd'hui toute trace de ces interdictions a disparu. Si l'on sollicite encore les dispenses ecclésiastiques, on sait fort bien qu'il n'existe plus de cas dirimant, que le mariage civil, par respect pour les libertés individuelles, est autorisé à tous les degrés de consanguinité, et qu'à l'exception de sa mère et de sa sœur un homme peut prendre pour femme toutes celles qui voudront bien de lui. La loi religieuse a dû suivre la loi civile, elle apporte la consécration nécessaire à un acte désormais accompli, et quelques difficultés qu'elle oppose à cette union, il lui faut ratifier ce que l'état civil a permis.

Les conséquences de cette liberté sont fâcheuses, plus fâcheuses qu'on ne saurait le croire, car il est facile de démontrer que là se trouve la principale cause de la détérioration des races. L'expérience a prouvé surabondamment que, dans le travail de la reproduction des êtres vivants, à quelque degré de l'échelle qu'on se place, il y a des conditions utiles qui favorisent le résultat, assurent la vitalité des produits, non-seulement pour le présent, mais pour l'avenir; car, plus l'individu se perfectionne, plus la durée de l'espèce est garantie. Ne sait-on pas qu'en agriculture, tous les végétaux que l'on sème, que l'on cultive, sont soumis à des lois basées sur une expérimentation séculaire? N'en est-il pas de même en économie domestique, pour la reproduction de tous les animaux utiles à l'homme, et n'obéit-on pas en ces circonstances à des coutumes qui établissent la valeur absolue du croisement des races?

On ne peut nier l'analogie de fonctions entre tous les êtres vivants; il n'est pas nécessaire d'être un grand physiologiste pour comprendre que le blé, le chanvre, le maïs, toutes les plantes alimentaires, textiles, etc., se détériorent quand on ne renouvelle pas leurs semences, quand on ne varie pas les assolements; l'expérience la plus vulgaire démontre que, dans les races animales, les produits, pour être robustes, doivent être le résultat de l'introduction dans les troupeaux d'un sang étranger. Or pourquoi n'en serait-il pas de même dans la famille humaine? Si notre orgueil souffrait de ces rapprochements, il faudrait cependant les subir, car ils sont nécessaires, et les titres de noblesse inscrits sur notre front ne détruisent pas le lien de parenté qui nous rattache au reste de la création. Donc, l'homme est soumis à la loi fatale qui pèse sur tous les êtres vivants; il ne peut se continuer dans le temps et dans l'espace qu'à l'aide de procédés qui lui sont communs avec tout ce qui respire, et la loi de conservation générale est pour lui, comme pour les autres, le croisement des races, le renouvellement des agents vitaux.

Ceux qui sont en contravention flagrante avec ces règles universelles ne tardent pas à porter la peine de leur faute, à subir les conséquences désastreuses d'un fait en opposition avec les préceptes de l'expérience. Or le mariage entre consanguins ne se rencontre jamais plus fréquemment que dans les localités où naissent les sourds-muets en plus grand nombre. J'ai décrit ailleurs certaines vallées du canton de Berne où des populations agglomérées et presque sans moyen de communication avec les pays voisins, offrent toutes les conditions favorables à ces unions entre parents. Là, en effet, les hommes se marient très-jeunes, pour éviter les ennuis d'un célibat sans compensation; ils épousent leurs cousines, car depuis longtemps toutes les familles sont alliées, les enfants des deux frères, du frère et de la sœur, s'unissent par convenance d'état et de fortune; on tient à conserver les héritages intacts, et la nouvelle famille se fonde dans des conditions physiques on ne peut plus mauvaises. C'est au sein de ces populations isolées que l'on observe dans toute sa laideur, la dégradation de l'espèce, l'abâtardissement de la race; là règnent le crétinisme, l'idiotie, la surdi-mutité de naissance, de sorte que la démonstration du fait que j'ai avancé brille ici de tout son éclat. L'expérience est instituée depuis longtemps; elle est faite en grand, sur des masses; les conséquences qui en décou-

---

Affranchissement de la profession; réhabilitation de l'homme de l'art; complément de la chirurgie par son union à la médecine; enseignement professionnel plus complet et plus élevé; perfectionnement de l'art par un appel à toutes les sciences et par de fortes études littéraires; institution du concours, noble émulation à tous les degrés de la hiérarchie médicale, qui stimule et concentre les efforts de tous les travailleurs dans les diverses tribunes des écoles, du journalisme et des recueils académiques.

Voilà l'immense travail qui s'est opéré en faveur de notre art; telles sont les conquêtes modernes que la chirurgie peut inscrire sur sa bannière, conquêtes dont Lyon peut revendiquer une part glorieuse. L'histoire dira quels fruits lui sont réservés dans l'avenir et quelles pages brillantes elle doit ajouter encore aux annales lyonnaises!

Pour moi, messieurs, me voici arrivé au terme de ma tâche; je dois déposer ici la plume de l'historien.

Vous voudrez bien excuser la longueur de cette esquisse, trop heureux si j'ai réussi à vous intéresser à l'histoire locale d'un art et d'une science auxquels je me suis dévoué.

La chirurgie (1) est pour moi comme une idole : je lui ai consacré mon temps et ma pensée : la plus belle partie de ma vie, je l'ai passée à étudier ses secrets dans les écoles et les bibliothèques, et à appliquer ses enseignements dans les hôpitaux.

Que ne lui dois-je point? Les inépuisables émotions de l'art, les plaisirs émouvants de l'intelligence, le bonheur de découvrir quelque nouveau secours pour la souffrance, la satisfaction du peu de bien qu'on a fait et de celui qu'on enseigne à faire à cette généreuse jeunesse médicale qui retourne prodiguer à la société le fruit de ces leçons, toutes ces impressions indicibles que j'ai laissées derrière moi comme des jalons dans ma carrière, je retrouve tout sur la route de cette science à laquelle je suis lié par tout ce que l'homme peut recevoir du Créateur.

Elle n'a point été ingrate ni marâtre pour moi, et je ne saurais regretter de lui avoir consacré ma jeunesse et mon existence entière. Si je lui ai beaucoup donné, elle m'a tout rendu avec usure. Succès, position, palmes académiques, je lui dois tout, tout, messieurs, jusqu'à l'insigne honneur de siéger parmi vous; c'est à elle que je rapporte cette haute faveur qui est venue pour moi mettre le comble à toutes celles qui m'ont été si généreusement départies.

Si donc je l'ai servie avec un dévouement sans bornes, avec un amour tout filial, si je lui ai voué un culte qui ne finira qu'avec ma vie, vous comprendrez, messieurs, que j'avais un besoin du cœur à satisfaire, j'avais à payer une de ces dettes de reconnaissance qu'on ne saurait jamais acquitter trop libéralement.

---

(1) On voudra bien se rappeler, d'après ce qui a été dit plus haut, que l'auteur entend ici la science entière, et que pour lui la chirurgie ne peut ni ne doit être isolée de la médecine; comme science, elle a les mêmes principes et fait partie du même corps de doctrine; comme art, elle associe incessamment les médications médicales aux pratiques chirurgicales.

lent sont aussi claires qu'affligeantes, enfin il faudrait se refuser à toute évidence pour ne pas y voir la condamnation de ces coutumes meurtrières.

Le mariage entre parents est une cause de détérioration de l'espèce, cela est certain; mais comment la surdi-mutité congéniale peut-elle être considérée comme une preuve de l'altération du produit de ces unions? Je ne prétends pas éclaircir tous ces mystères, seulement on peut dire en thèse générale que le système nerveux qui tient le premier rang dans l'organisation humaine, est aussi celui qui subit les altérations les plus graves, la petitesse de la taille, la lenteur et l'imperfection du développement; l'enfance prolongée bien au delà de ses limites ordinaires, ainsi que l'a si bien prouvé M. le docteur Baillarger, et enfin l'obtusion des sens, et plus particulièrement la faiblesse ou même l'abolition de l'ouïe, tels sont les désastres que l'on observe dans le cerveau et dans ses dépendances. C'est l'homme réduit à ses conditions végétatives, n'offrant plus que la trace rudimentaire de l'intelligence, triste objet de dégoût pour tous, excepté pour les tendresses inépuisables de l'instinct maternel.

Si l'on nous reprochait de forcer un peu les traits de ce tableau, d'attribuer à une seule cause cette dégradation de l'organisme, tandis qu'elle peut être le résultat d'un concours rare de circonstances exceptionnelles, il serait facile de prouver qu'il n'y a rien là d'exagéré, et que le fait du mariage entre consanguins est le plus important de ceux qui peuvent être invoqués en pareil cas. Il existe en effet des familles qui, vivant au sein du luxe et de l'abondance, entourées des soins les plus éclairés, n'en offrent pas moins le triste spectacle de ces infirmités du corps et de l'esprit, et cela parce que ces familles, au lieu de rechercher dans des alliances étrangères un nouvel élément capable de revivifier ces organismes usés, s'obstinent à contracter des mariages avec des branches issues du même tronc, ferment sans cesse le cercle au lieu de l'agrandir, concentrent dans ces unions intimes la double influence d'une origine déjà débilitée, et subissent la loi de dégénérescence imposée à ceux qui marchent dans cette voie de perdition. Si, dans les localités restreintes, isolées, que je viens d'indiquer, on épouse son cousin germain, si l'oncle se marie avec sa nièce, parce que la rareté des éléments matrimoniaux rend la chose nécessaire, d'autres considérations déterminent des choix analogues, surtout aux sommets de l'échelle sociale; les familles princières enfermées dans les obligations de la politique, soumises aux exigences de la raison d'État, gênées par des motifs d'un autre ordre, comme la religion dominante des peuples qu'elles gouvernent, ces familles ne peuvent plus choisir leurs alliances que dans un cercle fort étroit, et alors, en dépit des soins les mieux dirigés, ces races royales s'affaiblissent sous l'influence fatale de ces consanguinités; certains mariages restent absolument stériles, d'autres produisent de tristes rejetons voués à une mort précoce, l'intelligence s'abaisse, l'imbécillité se découvre, l'idiotie elle-même perce à travers tous les prestiges d'un isolement respectueux, et le peuple, qui croit volontiers que toutes les misères lui sont dévolues, reconnaît avec un secret contentement que le trône n'est pas à l'abri des plus cruelles, et que tous les heureux privilégiés ne sont pas le partage de ceux qui sont les maîtres du monde.

L'histoire de tous les temps contient de terribles leçons en ce genre; il n'est pas nécessaire de les rappeler; quiconque voudra réfléchir sur ce point aura bientôt retrouvé dans sa mémoire des exemples fameux à l'appui de cette thèse, et l'on restera convaincu qu'en mariage il est des incompatibilités naturelles, et qu'en transgressant la loi de dispersion des races, on s'expose à l'amoindrissement et même à la perte de l'espèce.

En formulant d'une manière aussi nette ce précepte d'hygiène publique, nous avons pour but de prévenir le développement d'une des plus déplorables infirmités; nous voulons tarir dans sa source la cause de ces altérations organiques dont le secret se révèle à l'observateur attentif. L'anatomie pathologique du système nerveux, quelque soin qu'on y apporte, ne montre pas toujours la lésion qui détermine la surdité congéniale; mais en prenant conseil de l'expérience, on détruira l'une des causes les plus efficaces de cette imperfection organique, on diminuera le nombre de ces infortunés auxquels la médecine la plus éclairée, la plus consciencieuse, n'a pu jusqu'ici apporter le moindre soulagement, on préviendra des maux redoutables, ce qui vaut mieux encore que de les guérir, enfin les familles n'auront plus à déplorer l'existence de ces créatures imparfaites qui accusent l'imprévoyance de leurs auteurs.

THÉRAPEUTIQUE THERMALE.

DE LA MÉDICATION PURGATIVE EN GÉNÉRAL ET DES EAUX MINÉRALES PURGATIVES EN PARTICULIER; par le docteur J. KUHN, correspondant de l'Académie impériale de médecine.

En général, lorsqu'une substance est absorbée d'une manière prompte et facile, cette substance n'a pas d'action purgative et ne peut pas en avoir. Pour qu'il y ait purgation, il faut toujours qu'il y ait de la part des organes digestifs une sorte de refus, une sorte de répulsion de la matière ingérée.

Si un corps a peu d'affinité pour les membranes digestives, s'il les pénètre ou les imbibe difficilement, s'il leur est en quelque sorte antipathique, ce corps se prête naturellement peu à l'absorption. Il ne pénètre point dans les secondes voies, ou bien il n'y arrive que d'une manière brute et incomplète. Par cela même qu'il gêne ou qu'il entrave l'activité fonctionnelle des membranes muqueuses, il devient un embarras, une cause de malaise, et dès lors il détermine un mouvement de réaction par suite duquel il est éliminé.

L'albumine, la gomme, le sucre, les corps féculents, les boissons chargées d'acide carbonique, le vin, les aromates, etc., sont des substances pour lesquelles la muqueuse digestive possède une grande attraction moléculaire; aussi ne jouissent-elles d'aucune propriété purgative.

Les huiles, au contraire, beaucoup de résine et de gomme-résine, certaines matières végétales plus ou moins nauséeuses, telles que la cathartine et la rhabarbarine, plusieurs substances minérales, comme les sels neutres, les préparations antimoniales, le calomel, tous ces corps sont plus ou moins antipathiques, tous affectent plus ou moins désagréablement la sensibilité de la muqueuse digestive; en raison de ce caractère, ils sont refusés, ou du moins peu agréés par l'absorption, et par suite ils déterminent un mouvement éliminatoire, ou autrement un effet purgatif.

Si la substance ingérée est insoluble et par conséquent inapte à être absorbée, elle devient également évacuante, lors même qu'elle ne possède aucune qualité antipathique ou nauséeuse. Ainsi la poudre de charbon végétal devient apéritive de cette manière; le pain noir, contenant beaucoup de son, devient relâchant, tandis que le pain blanc, entièrement gommeux, resserre plutôt. Les fruits et les légumes facilitent les évacutions, non-seulement en raison des acides tartrique, malique et autres qu'ils contiennent, mais encore en raison de la fibre végétale, insoluble, qui s'y trouve en plus ou moins grande quantité.

Que l'on administre une substance, un liquide ou une solution qui présentent les conditions voulues pour ralentir ou arrêter l'absorption, et cette substance, ce liquide ou cette solution agiront comme évacuants. Du moment où l'absorption cesse, les déjections commencent (1).

Cependant il ne suffit pas qu'un corps se prête mal à l'absorption pour devenir purgatif, il faut encore qu'il soit donné à une certaine dose ou qu'il se présente sous un certain volume. Si la dose est trop faible, l'agent médicamenteux, délayé dans les fluides digestifs, est peu à peu absorbé ou se perd dans le bol alimentaire; il faut nécessairement, s'il doit opérer comme évacuant, qu'il soit administré à une dose suffisante pour pouvoir affecter d'une manière désagréable ou pénible les surfaces muqueuses et provoquer ainsi dans le tube intestinal la réaction nécessaire pour chasser le contenu.

Lorsque le médicament est actif sous un petit volume, il faut toujours qu'il soit suffisamment délayé: autrement il deviendrait irritant et même toxique. Pour cela, on l'étend avant de l'administrer, ou bien on fait boire force liquide peu après l'ingestion. Une dilution convenable est une chose essentielle dans la médication purgative; c'est faute d'avoir observé cette règle qu'on a vu survenir les plus graves accidents. Il y a un certain nombre d'années qu'une dame est morte à Paris par suite de l'administration d'une solution concentrée de sulfate de potasse donnée comme purgative. La dilution a le double avantage d'enlever au médicament toute action irritante et d'augmenter le volume de l'agent purgatif; le volume de la matière ingérée donne toujours plus de prise à la réaction intestinale et rend l'évacuation plus facile.

Si l'agent purgatif est une solution ou une eau minérale, la tempé-

(1) Ce fait s'observe également dans l'état pathologique; ainsi l'on sait que dans la période algide du choléra l'absorption gastro-intestinale est à peu près nulle.

rature du liquide devient encore une circonstance importante pour le succès de la médication. On sait que les boissons fraîches sollicitent fortement l'absorption stomacale; ainsi l'eau fraîche, prise à une certaine dose, est rapidement absorbée et bientôt éliminée par la diurèse. Mais élève-t-on la température de la boisson, l'absorption se ralentit aussitôt. Si l'eau est prise à une température tiède ou indifférente (1), elle est mal supportée; l'estomac se refuse à l'absorber et la rejette pour peu qu'elle soit ingérée en quantité un peu notable. De là résulte ce fait, d'ailleurs connu, que les liquides tièdes provoquent moins l'absorption que les liquides frais. Les liquides tièdes doivent par conséquent être plus appropriés à la méthode purgative que ces derniers; c'est ce que l'expérience a d'ailleurs démontré.

Que l'on ne croie cependant pas que l'aptitude purgative d'une solution augmente avec la température du liquide; ce serait une erreur. La meilleure température d'une solution purgative est de 18° à 28° ou 30° centigr. Si la solution est d'une température plus élevée, par exemple de 40 à 60°, elle devient stimulante par son calorique et sollicite de nouveau l'absorption. Au lieu d'opérer sur le tube digestif, elle porte alors son action vers la peau et produit un état de surexcitation dans l'appareil circulatoire.

Une solution, pour devenir facilement purgative, ne doit donc être ni chaude ni froide, afin de ne pas trop exciter l'activité des bouches absorbantes; elle doit être faiblement tiède, d'une température en quelque sorte indifférente pour l'estomac. A une pareille température, elle offre, en outre, l'avantage de pouvoir être ingérée aux doses et aux intervalles voulus; car comme la médication purgative exige toujours des doses plus ou moins fortes et rapprochées, l'on aurait à craindre soit des refroidissements de l'estomac avec des solutions de basse température, soit de l'agitation ou de la surexcitation sanguine avec des solutions trop chaudes.

Une autre circonstance dont il importe également de tenir compte, c'est la présence du gaz acide carbonique dans les solutions employées comme laxatives. Le rôle de ce corps n'a pas toujours été convenablement apprécié; l'abus qu'on en fait en le mêlant à toutes les eaux et limonades purgatives semblerait du moins le prouver. Il n'y a pas de corps pour lequel les membranes digestives aient une plus grande affinité et qui s'absorbe plus vite ou plus facilement que le gaz carbonique. Sa présence dans un liquide fait toujours que ce liquide est bien mieux agréé; le contact d'une boisson gazeuse produit toujours sur la muqueuse digestive une sensation de bien être par suite duquel le liquide ingéré est mieux et plus longtemps conservé. L'effet le plus immédiat de ce gaz est de tempérer ou de ralentir tous les mouvements contractiles et anormaux du tube alimentaire, et de favoriser l'absorption en prolongeant le contact du liquide avec la muqueuse digestive. On voit donc qu'en sollicitant l'absorption gastro-intestinale et en ralentissant la contractilité et par conséquent le travail de réaction du tube alimentaire, le gaz acide carbonique tend directement à amoindrir l'effet purgatif. Aussi l'addition de ce corps à toutes les solutions plus ou moins laxatives constitue-t-elle un véritable nonsens, une absurdité pharmacologique. De plus, comme la médication purgative exige toujours l'ingestion de quantités de liquide plus ou moins grandes, la présence de gaz acide carbonique a cet autre désavantage de congestionner la tête et de produire une ivresse minérale qui peut avoir ses dangers.

A cela j'entends répondre que le gaz acide carbonique aide à mieux faire supporter la solution saline, absolument comme s'il s'agissait d'une substance alimentaire dont il conviendrait de favoriser la digestion. Une boisson purgative ne saurait jamais devenir une boisson d'agrément, et tout ce qu'on fera pour la rendre agréable au goût sera au détriment de ses propriétés évacuantes. En voyant que certaines sources salines et purgatives contenaient de l'acide carbonique, on a eu sans doute l'idée de rendre gazeuses les solutions artificielles, à l'imitation de la nature. Mais il suffit d'y regarder un peu de près pour voir aussitôt que l'agrément du gaz a dû être racheté par une forte saturation saline, ce qui, au point de vue de l'application pratique, ne laisse pas que d'avoir ses inconvénients.

Lorsqu'un corps n'est que faiblement purgatif, il faut toujours qu'il soit administré dans les bonnes conditions de dose, de volume, de température et d'absence de gaz, autrement il perdrait en partie, sinon totalement, ses propriétés évacuantes. Je dirai plus même : il y a des substances qui, sans être véritablement purgatives, le deviennent si elles sont données dans les conditions voulues. Le sel commun est dans ce cas. S'il s'agit donc de produire, à l'aide de ces agents faibles, un effet purgatif, il faut toujours (en supposant qu'il soit soluble) le donner de manière que l'ingestion dans l'estomac soit plus rapide que le travail des absorbants : l'accumulation de liquide finit alors par provoquer de la part de l'intestin une réaction éliminatoire plus ou moins forte, plus ou moins rapide.

L'action purgative n'est donc, comme nous venons de voir, qu'une sorte de répulsion intestinale. Un corps devient purgatif parce qu'il est inapte ou peu apte à être absorbé, parce qu'il a peu d'affinité pour les membranes digestives, parce qu'il leur est antipathique, qu'il les embarrasse ou qu'il leur est à charge. Aucun corps n'est absolument purgatif s'il n'est donné à la dose convenable. Le volume de la substance ingérée et la température faiblement tiède du véhicule contribuent à l'efficacité du médicament. Le gaz acide carbonique, mêlé aux solutions purgatives, agit en sens inverse du but qu'on se propose. Moins une substance est purgative par elle-même, et plus il importe, si elle doit agir, qu'on en favorise les effets par les conditions requises de volume, de température et de gaz. Plus, au contraire, un médicament jouit de propriétés purgatives, et moins il est nécessaire qu'on ait égard aux circonstances en question.

Ces propositions établies, il devient facile de déterminer les caractères que doit présenter une bonne eau purgative.

La meilleure eau minérale purgative serait celle qui contiendrait par litre 6 à 12 grammes de matières salines; celle dont l'agrégat chimique consisterait dans un mélange convenablement proportionné de sels purgatifs (sulfate de soude ou de magnésie) et de sel commun; celle dont la température ne serait pas inférieure à 18 ou 20° centigr., ni surtout supérieure à 30°, celle enfin qui ne contiendrait point de gaz acide carbonique, ou qui, du moins, n'en contiendrait que des proportions modérées.

Je dis 6 à 12 grammes de matières salines par litre d'eau : il faut, en effet, un certain degré de saturation saline pour qu'une eau agisse, et ce n'est guère qu'au terme de la saturation sanguine (qui est de 5 à 6 grammes par litre) qu'un mélange salin commence à manifester des effets laxatifs un peu marqués. Il faut, d'un autre côté, que la saturation ne soit pas trop forte non plus, pour qu'elle ne devienne pas excitante, ce qui arriverait facilement avec des solutions de passé 12 grammes; car, qu'on ne s'y trompe point, une eau minérale purgative n'est pas à considérer comme une médecine ordinaire, devant produire ses effets à point nommé. Une eau minérale suppose toujours une médication plus ou moins prolongée; son usage doit être continué pendant une certaine série de jours, pendant ce qu'on appelle une *saison*, et dès lors une saturation un peu concentrée surexciterait ou fatiguerait à la longue, et n'aurait pas cette action douce et uniformément continue qui doit être le caractère propre des cures minérales.

J'ai dit aussi qu'il fallait un agrégat minéral composé en partie de sels purgatifs et en partie de sel commun. Les eaux qui ne contiennent que du sel commun ont l'inconvénient d'exiger une saturation trop forte pour devenir laxatives; celles, au contraire, qui contiennent exclusivement des sulfates de magnésie ou de soude, débilitent trop facilement les organes de la digestion par un usage prolongé, et deviennent trop vite hyposthénisantes. Une certaine proportion de sel commun relève toujours les propriétés digestives d'une eau minérale, la rend plus tonique et contre-balance l'action un peu énervante des sulfates. Sans le chlorure de sodium, le liquide minéral ne se prêterait pas facilement à des cures d'une certaine durée. Ce sel devrait toujours entrer pour un quart ou moins dans l'agrégat chimique.

Il n'existe peut-être pas une seule eau minérale qui ne laisse quelque chose à désirer au point de vue de la médication purgative; il n'y en a pas une seule, à ce que je sache, qui réunisse toutes les conditions voulues, tellement il est vrai que les eaux ne sont pas à considérer comme des médicaments donnés par la nature dans un but déterminé, mais comme de simples matériaux dont il est libre à l'esprit humain de tirer le parti le plus avantageux!

Dans l'examen des eaux minérales purgatives, il convient de faire deux catégories, selon qu'elles sont pourvues d'établissements pour recevoir les visiteurs ou selon qu'elles en sont privées.

Celles qui n'ont pas d'établissements sont généralement des eaux froides, fortement saturées, et qui ne se boivent que transportées. Leur constitution physico-chimique étant telle qu'elles se prêtent difficile-

(1) La température que j'ai désignée sous le nom d'*indifférente* (voy. EAUX LAX. DE NIEDERBRONN; Paris, 1854) n'est pas la température du sang ou une température isotherme, ainsi qu'on a bien voulu le dire. La température indifférente est celle qui ne fait éprouver à l'organisme aucune sensation de chaud ou de froid; elle est toujours inférieure à la température sanguine. Un liquide se trouve être au terme de l'indifférente lorsque, dans un temps donné, il soustrait au corps une somme de calorique égale à celle que produit le corps dans l'état normal; l'indifférente suppose toujours un équilibre parfait entre la perte et la production du calorique.

ment à des cures minérales d'une certaine durée, elles perdent leur rôle d'agent thermal pour rentrer dans la catégorie des moyens pharmaceutiques ordinaires.

Les eaux pourvues d'établissements sont en général des eaux moins chargées de matières salines, et par conséquent moins franchement purgatives. Leur température est fréquemment supérieure à celle des eaux communes; leur constitution chimique les rend presque toujours aptes à des cures régulières et suivies; mais elles présentent à peu près toutes ce caractère qu'en dehors des propriétés laxatives elles ont d'autres propriétés qui les font plus particulièrement rechercher pour certains cas déterminés, tels que les engorgements scrofuleux, les dermatoses, les irritations chroniques de la muqueuse aérienne, les névropathies, etc. La propriété purgative ne se présente pour ainsi dire nulle part comme caractère unique et fondamental : elle se lie à d'autres propriétés dont elle devient en quelque sorte l'auxiliaire ou le complément. Les eaux de cette seconde catégorie doivent toutes être considérées et jugées du point de vue de la médecine thermale. Un établissement suppose toujours des traitements sur place et un usage méthodique de la boisson minérale avec tous les accessoires qu'entraîne le régime des eaux. Ici, il ne suffit plus qu'il y ait certains principes chimiques et un certain degré de saturation; la température du liquide, le goût, l'odeur, l'état gazeux et une foule de choses, qui pourraient paraître insignifiantes, gagnent de l'importance. Il ne faut même pas que les eaux de cette catégorie soient aussi saturées que celles de la première, parce que l'emploi suivi auquel on les destine entraînerait trop facilement une excitation minérale.

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite.)

IV. REVUE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1855, janvier, février et mars 1856 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *De l'emploi de l'alun dans les maladies des organes génitaux de la femme*; par M. Gautier. 2° *Tumeur enkystée simulant une tumeur lacrymale*; par M. Cormier. 3° *Observation d'hémorrhagie de la luette*; par M. Smith. 4° *De l'avortement provoqué*; par M. Labouverie. 5° *Du climat de l'Algérie comme moyen préventif de la phthisie*; par M. Cadenet. 6° *Applications des ponctions sous-cutanées aux lipômes*; par M. Thierry. 7° *De quelques maladies de la luette*; par M. Ancelon. 8° *De la cautérisation dans le traitement des varices*; par M. Verneuil. 9° *Appréciation des différents procédés du taxis*; par M. Malgaigne. 10° *Influence de l'imagination sur la production des monstres*; par M. Turck. 11° *Du séton en médecine vétérinaire*; par M. Bouley. 12° *De l'amputation de la verge par la méthode de l'écrasement linéaire*; par M. Chassaignac. 13° *De la suture profonde*; par M. Heurteloup. 14° *Des adhérences et des cicatrices vicieuses des doigts*; par M. Verneuil. 15° *Blessure artérielle traitée par la compression*; par M. Delpeuch. 16° *Nævus guéri par le perchlorure de fer*; par M. Leclerc. 17° *Du rhumatisme articulaire aigu guéri par la vératrine*; par M. Reymondaud. 18 *De l'hématocèle rétro-utérine*; par M. Fenerly. 19° *Du phosphate de chaux pour hâter la consolidation des fractures*; par M. Gosselin. 20° *Opération d'une hernie étranglée au cinquième jour de l'étranglement*; par M. Béraud. 21° *Observation de rétroversion de l'utérus pendant la grossesse*; par M. Bleycère. 22° *Des causes productrices des varices*; par M. Tscharner. 23° *Nouvelle théorie sur le mode d'action de la digitale dans les maladies du cœur*; par M. Beau.

APPLICATION DES PONCTIONS SOUS-CUTANÉES AUX LIPÔMES; par M. THIERRY.

M. Thierry a opéré deux malades par cette nouvelle méthode, semblable du reste à celle qu'il a proposée, il y a une dizaine d'années déjà, pour le traitement des kystes du poignet.

La première portait au bras gauche un lipôme de la grosseur d'un œuf de pigeon, à la partie externe, au-dessous de l'attache du muscle deltoïde.

La seconde, âgée de 50 ans, avait un lipôme de la grosseur d'un œuf de poule, dans la région du flanc droit.

Les deux opérations furent faites avec une lame tranchante en forme de petite serpette ou de lame de canif, se prolongeant par une tige ronde, mince et assez allongée. La peau et le lipôme furent ponctionnés avec la précaution de détruire le parallélisme entre les deux ponctions; la cellule du lipôme fut ensuite divisée; la masse résistante également divisée en plusieurs sens, puis cette partie recouverte d'un emplâtre excitant fait avec de la téréhenthine et de la poix de Bourgogne.

Quinze jours après l'opération, chez l'une et chez l'autre malade les lipômes avaient disparu.

CAS D'ABCÈS REMARQUABLE SOUS LE RAPPORT THÉRAPEUTIQUE; par M. DELARUE.

OBS. — Le sujet de l'observation est M. Delarue lui-même. A la suite de longues courses à cheval, il se déclara chez lui un phlegmon aux environs de l'anus, en avant et à droite. Ce phlegmon, malgré l'emploi des antiphlogistiques et des émollients, arriva à maturité avancée et offrit une fluctuation des plus manifestes.

M. Delarue ne voulut pas se soumettre à l'incision, et dans le but de hâter l'ouverture naturelle de l'abcès, il prit un bain de siége prolongé. Ce moyen fut pour lui une cause de grande surprise. Resté dans le bain pendant douze heures consécutives, il constate le fait suivant : par toute la surface tégumentaire de l'abcès, surtout par les points les plus amincis, la suppuration mêlée de sang se répandit doucement et progressivement au dehors, bien que la peau, soumise en cet endroit à un examen attentif, ne présentât aucune solution de continuité.

La tumeur, ainsi réduite des deux tiers, était au sortir de l'eau consistante, indolore, presque entièrement vide. Elle ne tarda pas à disparaître complétement sans autre bain.

Il est évident qu'il y a eu ici un effet remarquable d'exosmose pathologique et que le phénomène valait la peine d'être enregistré.

NÆVUS GUÉRI PAR LE PERCHLORURE DE FER; par M. LECLERC.

OBS. — Enfant de 12 à 13 mois, affecté d'une tumeur érectile, faisant de rapides progrès. Celle-ci avait débuté sous la forme d'une très-petite tache occupant la partie antérieure de l'oreille du côté droit. Peu à peu le mal avait progressé de manière à envahir le lobule, la moitié inférieure de la conque, le tragus et les parties voisines de la région parotidienne. Le tissu morbide avait 3 à 4 centim. d'étendue dans ses diamètres superficiels. Il paraissait s'étendre à une certaine profondeur.

M. Leclerc eut l'idée de traiter ce nævus de la manière suivante : des plumasseaux de charpie imprégnés de perchlorure de fer furent appliqués sur toute la surface érectile et maintenus par un léger bandage. Ce procédé avait l'avantage de porter le liquide dans toutes les anfractuosités de la surface malade. Le perchlorure était renouvelé trois fois par jour, et les applications furent continuées pendant deux mois. Pas d'action caustique sur la peau, qui reste intacte, ni sur la tumeur qui conserve sa souplesse, mais cessa de faire des progrès.

Peu à peu cependant la saillie de la tumeur et l'hypertrophie de l'oreille disparurent; la trame vasculaire s'affaissant ne se gonfla plus par les cris; bref la guérison fut obtenue au bout de deux mois, et depuis ne s'est pas démentie. Il n'existe aujourd'hui aucune cicatrice dans la région malade; toutefois la peau a conservé une coloration d'un rouge brun; mais la vascularisation anormale et surtout la tendance à l'accroissement ont complétement disparu.

EMPLOI DU PHOSPHATE DE CHAUX POUR HATER LA CONSOLIDATION DES FRACTURES; par M. GOSSELIN.

OBS. — Le 5 novembre est sorti de l'hôpital Cochin un homme qui y était entré pour une fracture du bras, située à la partie inférieure du tiers moyen. Cet homme était entré le 24 septembre; mais chez lui, dès le vingt-septième jour, M. Gosselin avait constaté la consolidation.

A quoi faut-il, dans le cas actuel, attribuer la rapidité de la consolidation? Le sujet était d'une bonne constitution; le membre avait été bien immobilisé (appareil à attelles de Boyer). Mais M. Gosselin s'est encore demandé s'il ne fallait pas aussi faire la part d'un moyen nouveau qu'il expérimente depuis quelque temps, c'est-à-dire l'administration à l'intérieur du phosphate de chaux. La dose du médicament est assez minime : 0,30 à 0,50 centigr. par jour. Les faits, du reste, ne sont pas encore nombreux ni bien concluants; mais quand on se rappelle que les anciens donnaient aussi la corne de cerf à leurs blessés, et qu'il y avait pour eux tout un traitement médical des fractures, ne doit-on pas applaudir à ce retour vers les idées anciennes, abandonnées peut-être sans raisons suffisantes?

V. ARCHIVES D'OPHTHALMOLOGIE.

Les folios de septembre, octobre, novembre et décembre 1855 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Observations sur l'iridocèle*; par M. Gros. 2° *Soulèvement du lambeau dans la kératotomie supérieure*; par M. Courserant. 3° *De l'hydrophthalmie et de son trai-*

tement par l'injection iodée; par M. A. Chavanne. 4° *Mémoire sur l'ophthalmie causée par la projection de la chaux dans l'œil*; par M. Gosselin. 5° *Altérations pathologiques des mouvements de l'œil*; par M. Guépin. 6° *Anatomie pathologique des cataractes*; par M. Robin. 7° *Mémoire sur le trajet intra-oculaire des liquides absorbés à la surface de l'œil*; par M. Gosselin. 8° *Anévrisme de l'artère ophthalmique guéri par l'injection au perchlorure de fer*; par M. Bouguet. 9° *Opération de symblépharon*; par M. Laugier. 10° *De l'ulcération de la cornée succédant à un état de débilitation générale*; par M. Chassaignac. 11° *Staphylôme opaque de la cornée, ablation de l'œil*; par M. Denucé.

MÉMOIRE SUR LE TRAJET INTRA-OCULAIRE DES LIQUIDES ABSORBÉS A LA SURFACE DE L'ŒIL; par M. GOSSELIN.

M. Gosselin ayant eu occasion d'observer un malade chez lequel une opacité complète de la cornée était survenue immédiatement après la projection accidentelle d'eau de chaux dans l'œil, et frappé de la rapidité avec laquelle l'opacité était survenue pour disparaître ensuite sans traces de désorganisation, fut amené à regarder ce phénomène comme un simple effet d'imbibition physiologique. Pour s'assurer de la réalité du fait, et aussi pour l'étudier expérimentalement dans diverses conditions, il s'est livré à quelques essais :

1° Avec l'iodure de potassium, substance que les réactifs décèlent très-facilement;

2° Avec la belladone, dont l'action sur certains éléments de l'œil est si caractéristique;

3° Enfin, avec l'eau de chaux, dont l'absorption présumée avait été le point de départ de ses recherches.

A. *Expériences avec l'iodure de potassium.* — M. Gosselin a fait une vingtaine d'expériences avec l'iodure de potassium sur des lapins et sur des chiens.

Voici la manière dont l'auteur a généralement procédé dans ses recherches :

Une solution d'iodure de potassium a été instillée dans l'œil. Après quelques minutes ou plusieurs heures, celui-ci a été enlevé, puis abstergé avec beaucoup de soin. La cornée a ensuite été détachée, les humeurs de l'œil recueillies séparément, et l'iodure recherché avec les réactifs ordinaires dans chacune des parties successivement. Ou bien encore, l'œil où l'instillation avait été faite a été lavé, la cornée ponctionnée avec un petit trois-quarts, et les humeurs analysées. L'iodure, dans quelques expériences, a aussi été recherché dans les urines et dans l'œil non soumis à l'instillation.

De ces expériences, l'auteur a cru pouvoir tirer les conclusions suivantes, toutes rigoureusement établies :

1° Que l'iodure de potassium absorbé à la surface de l'œil passe dans la cornée et dans l'humeur aqueuse, où l'on commence à le retrouver au bout de deux minutes, et séjourne dans cette dernière pendant vingt à trente minutes, avant que la circulation générale puisse en avoir apporté une quantité appréciable;

2° Que les autres parties de l'œil, et particulièrement le corps vitré, la sclérotique et la choroïde, en reçoivent plus tard que la cornée et l'humeur aqueuse;

3° Que l'humeur aqueuse retient plus longtemps que les autres éléments de l'œil la substance absorbée, tant celle qui est entrée directement que celle qui a pu être apportée plus tard par les capillaires.

B. *Expériences faites avec le lait de chaux.* — M. Gosselin a fait cinq expériences avec cette substance.

Voici le résumé de la première expérience :

A quatre heures quatre minutes du soir, du lait de chaux est introduit dans les deux yeux d'un chien. La cornée gauche commence à blanchir à quatre heures sept minutes, et la droite à quatre heures neuf minutes. A quatre heures dix minutes, nouvelle projection de lait de chaux. A quatre heures quinze minutes, les deux cornées sont blanches comme de la porcelaine.

A quatre heures vingt-deux minutes, on instille dans l'œil gauche un collyre contenant 5 gouttes d'acide chlorhydrique pour 20 grammes d'eau distillée. A peu près à cinq heures, l'opacité diminue très-notablement. Du côté droit, l'opacité reste la même.

Ce résultat ne peut être apprécié que d'une seule manière : la chaux mise en contact avec la conjonctive était passée dans la cornée, et en infiltrant ses mailles lui avait fait perdre sa transparence. L'acide chlorhydrique, en passant à son tour dans la membrane, a dissous la chaux et rétabli la transparence.

Dans les autres expériences, après l'instillation de l'eau de chaux, les yeux ont été enlevés pour procéder à la recherche chimique de l'alcali, soit dans la cornée, soit dans les autres parties de l'œil, comme pour l'iodure de potassium. Or il est résulté de ces recherches que s'il n'est pas permis d'affirmer que le passage de la chaux a lieu dans la chambre antérieure, on ne peut pas se refuser à reconnaître que la chaux s'infiltre en quantité notable dans les mailles de la cornée.

C. *Expériences avec la belladone.* — Quatre expériences ont été faites soit avec l'extrait de belladone, soit avec le sulfate d'atropine (1 gr. sur 40 gr. d'eau). Mais ici on ne pouvait pas se servir des réactifs chimiques. Pour démontrer le passage de l'atropine dans l'humeur aqueuse d'un œil, il fallait faire une ponction à la cornée, retirer l'humeur aqueuse, l'instiller dans un autre œil, et voir si cette instillation produirait les effets caractéristiques de la substance sur la pupille. C'est ce qu'a fait M. Gosselin. Les résultats constants qu'il a obtenus l'ont conduit à regarder ce passage de la belladone dans l'humeur aqueuse comme aussi certain que celui de l'iodure de potassium. Il est bien entendu qu'il s'agit ici du passage direct; car celui qui s'opère par l'intermédiaire de la circulation est plus lent, et dans sa dernière expérience M. Gosselin a agi de manière à éviter toute confusion.

D. *Déductions physiologiques et cliniques.* — C'est après toutes ces expériences que M. Gosselin a été porté à penser que le renouvellement de l'humeur aqueuse se faisait par le passage des larmes dans la chambre antérieure à travers la cornée; que la belladone dilatait la pupille par son action directe sur les fibres de l'iris, et en passant dans l'humeur aqueuse par imbibition, etc.; que le virus de l'ophthalmie purulente, qui amène si rapidement la désorganisation de l'œil, pourrait bien avoir aussi une action directe par endosmose; qu'enfin il faut éviter de laisser les matières irritantes, tels que le pus, des larmes trop chaudes, en contact avec l'œil, où elles auraient en pénétrant de graves inconvénients, etc. Mais toutes ces déductions n'ont pas la même portée, et surtout elles sont loin d'être aussi rigoureusement vraies que les observations qui leur servent de base.

STATISTIQUE DE LA MYOPIE EN FRANCE, CONSIDÉRÉE SOUS LE POINT DE VUE DE L'EXEMPTION DU SERVICE MILITAIRE; par M. DEVOT.

Sur 3,295,202 jeunes gens examinés, de 1831 à 1849 (dix-neuf années), il y en a eu 13,007 exemptés pour myopie. Le tableau ci-après donne la proportion d'exemptés sur 100,000 examinés, pour chacune des classes de cette période :

En 1831,	552	exemptés.	En 1841,	366	exemptés.
1832,	535	—	1842,	329	—
1833,	533	—	1843,	313	—
1834,	518	—	1844,	318	—
1835,	450	—	1845,	330	—
1836,	428	—	1846.	284	—
1837,	380	—	1847,	385	—
1838,	383	—	1848,	329	—
1839,	379	—	1849,	328	—
1840,	359	—			

De ce tableau, il résulte que le maximun d'exemplions, dans cette période, a été de 552 sur 100,000 exemptés (en 1831), le minimum de 284 (en 1846), la moyenne générale de 394.

Dans cette même période, le minimum par département, sur 100,000 examinés, a été de 51 (Indre-et-Loire), le maximum de 1,181 (Bouches-du-Rhône).

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 13 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

Une série de brochures sur les eaux minérales, les boues médicales et les bains de mer de l'empire de Russie, contenant aussi un aperçu détaillé des eaux minérales de l'Europe, ainsi que la pathologie des maladies chroniques, par M. le docteur Groum (de Saint-Pétersbourg). (Commission des eaux minérales.)

Le même auteur envoie encore un mémoire intitulé : LES MOMENTS DE L'OPÉRATION DE L'HERNIOTOMIE RADICALE.

— Une lettre de M. le docteur Rilliet (de Genève) contenant l'exposé de ses recherches relativement à l'influence que la consanguinité exerce sur les produits du mariage. Cette lettre porte en substance : qu'il se fait à Genève un nombre considérable de mariages entre consanguins; que l'attention a été appelée depuis bien des années sur les conséquences fâcheuses qui résultent de ce fait sur la santé et même sur la vie des enfants. Ces conséquences sont : 1° l'absence de conception; 2° le retard de la conception;

3° la conception imparfaite (fausses couches); 4° des produits incomplets (monstruosités); 5° des produits plus spécialement exposés aux maladies du système nerveux et par ordre de fréquence : l'épilepsie, l'imbécillité ou l'idiotie, la surdi-mutité, la paralysie, des maladies cérébrales diverses; 7° des produits lymphatiques et prédisposés aux maladies qui relèvent de la diathèse scrofulo-tuberculeuse; 8° des produits qui meurent en bas âge et dans une proportion plus forte que les enfants nés dans d'autres conditions; 9° des produits qui, s'ils franchissent la première enfance, sont moins aptes que d'autres à résister à la maladie et à la mort. A ces règles, il y a des exceptions dues soit aux conditions de santé des ascendants, soit aux circonstances dynamiques dans lesquelles se trouvent les parents au moment du rapprochement des sexes. Ainsi 1° rarement *tous* les enfants échappent à la mauvaise influence; 2° dans une même famille, les uns sont frappés, les autres sont épargnés; 3° ceux qui sont atteints ne le sont presque jamais de la même manière dans la même famille, c'est-à-dire que l'un est épileptique, tandis que l'autre est sourd-muet, etc.

La note de M. Rilliet, ainsi que le mémoire lu par M. Ménière et qui traite du même sujet, est renvoyé à une commission composée de MM. Michel Lévy, Depaul, Bousquet, rapporteur.

— Un mémoire adressé à l'Académie par M. le docteur J. de Arrastia (de la Havane). Ce mémoire est intitulé : PULVÉRISATION DE DEUX CALCULS VÉSICAUX ASSEZ VOLUMINEUX EN DEUX SÉANCES; par M. le docteur Guillon : l'un, de 6 centim. et demi de diamètre, était libre dans la vessie; l'autre, de 5 centim. de diamètre, était enkysté. (Commissaires : MM. Bégin, Robert, Laugier, rapporteur.)

— Lettre de M. Lisle, qui prie l'Académie de recevoir un paquet cacheté sur le siége organique et le traitement de l'épilepsie. (Accepté.)

— M. le président annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire en la personne de M. Amussat, un de ses membres, décédé le 13 mai.

ALTÉRATION DES VAISSEAUX CAPILLAIRES PRÉDISPOSANT A L'APOPLEXIE.

M. CH. ROBIN lit un mémoire sur l'altération des vaisseaux capillaires qui est une des causes de leur rupture dans les apoplexies. L'auteur résume lui-même son travail dans les conclusions suivantes :

1° L'anatomie pathologique des vaisseaux capillaires chez les individus ayant eu des hémorrhagies cérébrales fait découvrir une altération particulière constante des parois propres de ces conduits sanguins.

2° Cette altération commençant par les plus fins capillaires, s'étend graduellement aux conduits de plus en plus gros et spécialement aux artères, en progressant de la face interne vers la face externe des parois.

3° Cette altération chez les apoplectiques est de même ordre que celle que l'on observe dans les capillaires de tous les vieillards, et même déjà de beaucoup d'adultes; mais elle en constitue une phase plus avancée, devenant plus ou moins tôt, suivant les individus, la cause de la rupture des vaisseaux.

4° Lorsque ces accidents morbides se manifestent, l'altération existait déjà depuis plus ou moins longtemps, mais à un degré encore insuffisant pour faire perdre aux vaisseaux leur résistance naturelle.

5° Cette lésion consiste en une production de granulations ou gouttes graisseuses dans l'épaisseur des parois des conduits, de manière à remplacer graduellement une substance continue, homogène, transparente et tenace par un assemblage de petits corpuscules graisseux simplement contigus et offrant d'autant moins de résistance qu'ils sont accumulés en plus grand nombre.

6° L'étude anatomo-pathologique des vaisseaux dans l'apoplexie permet d'établir une liaison très-nette et d'une haute portée pratique entre l'état normal des vaisseaux, leurs modifications graduelles à mesure des progrès de l'âge, atteignant plus ou moins tôt, suivant sa rapidité, cet état qui mérite le nom de lésion morbide. Or la connaissance de cette gradation entre l'état normal et l'état pathologique est un des résultats constants de l'étude anatomo-pathologique de tous les tissus de l'économie qui permet le mieux de rattacher le symptôme à la lésion correspondante. (Renvoyé à la section d'anatomie pathologique.)

— M. ROBINET donne lecture d'une série de rapports sur les remèdes secrets et nouveaux.)

Les conclusions, toutes négatives, de ces rapports sont successivement adoptées par l'Académie.

A l'occasion d'un de ces rapports relatif à un prétendu spécifique de l'épilepsie, MM. Moreau et J. Cloquet invitent M. le rapporteur à signaler au ministre ce que les manœuvres des guérisseurs ont d'illégal et de dangereux pour la santé publique.

APPAREIL A LEVER LES MALADES SANS LES TOUCHER.

M. BÉGIN donne lecture d'un rapport sur un appareil à lever les malades sans les toucher, présenté à l'Académie par M. Gros (de Dijon), ancien sous-officier d'artillerie. (Commissaires : MM. Jobert (de Lamballe) et Bégin, rapporteur.)

Voici les conclusions du rapport :

L'appareil de M. Gros, dont plusieurs éléments se retrouvent dans quelques autres antérieurement proposés, ne peut être vraisemblablement considéré comme la dernière expression du progrès de l'art; mais la simplicité de sa construction, son peu de volume, la facilité de sa manœuvre, la possibilité de l'employer partout à la manière du bâtonnet transversal suspendu à une corde, qui sert aux malades à se soulever momentanément, et enfin la modicité de son prix, sont autant de conditions qui le recommandent à l'attention des praticiens et des administrateurs, et aux encouragements de l'Académie.

Les conclusions favorables de ce rapport, appuyées par M. H. Larrey, J. Cloquet et Moreau, sont adoptées par l'Académie.

RAPPORT SUR UN TABLEAU STATISTIQUE DU SERVICE MÉDICAL DU CHEMIN DE FER DE PARIS A LYON.

M. GIMELLE, en son nom et au nom de M. Hervez de Chégoin, donne lecture d'un rapport sur un travail de M. le docteur Devilliers, ayant pour titre : TABLEAU STATISTIQUE DU SERVICE MÉDICAL DU CHEMIN DE FER DE PARIS A LYON, accompagné d'observations relatives à ce tableau.

L'auteur a particulièrement insisté sur l'influence exercée par les divers travaux de terrassements et les bouleversements du sol; sur le développement du choléra et des fièvres intermittentes dans les différentes contrées que traverse le chemin de fer de Lyon.

La commission, approuvant les idées développées dans le mémoire de M. Devilliers, propose :

1° De remercier l'auteur de sa communication;

2° De déposer son travail dans les archives de l'Académie.

M. J. CLOQUET rappelle des faits analogues à ceux que M. Devilliers cite dans son travail et qui auraient eu pour théâtre la ligne du chemin de fer de Versailles (rive droite). M. Cloquet estime que ces accidents sont de deux ordres : les uns temporaires, qui reconnaissent pour cause le plus ordinairement les travaux de terrassement; les autres, plus durables et quelquefois même permanents, qui doivent être attribués à la stagnation des eaux dans des profondeurs de terrain plus ou moins étendues. On peut remédier à ces derniers inconvénients avec assez de succès en comblant ces marais artificiels par des plantations qui en couvrent la surface.

Les conclusions du rapport de M. Gimelle sont adoptées.

TÉRATOLOGIE. — MONSTRE CYCLOPE.

M. DEPAUL met sous les yeux de l'Académie un monstre cyclope, né à terme, et mort quelques minutes après l'accouchement.

M. Depaul se propose de communiquer plus tard les résultats de ses recherches nécroscopiques sur cette monstruosité peu commune. Un examen superficiel permet dès à présent de constater sur ce sujet : 1° l'existence d'une seule cavité orbitaire placée au milieu du front, avec les rudiments de deux paupières; 2° l'absence du nez et de la suture médiane de l'os frontal.

La grossesse de la mère avait parcouru toutes ses périodes sans accident. La seule particularité à signaler, pendant l'accouchement, c'est la présence d'une quantité très-considérable de liquide dans la poche amniotique.

ABLATION COMPLÈTE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

M. le docteur MAISONNEUVE, chirurgien de la Pitié, présente à l'Académie un malade auquel il a pratiqué avec succès, il y a un mois, l'ablation complète du maxillaire inférieur, pour une tumeur fibreuse développée dans l'intérieur de cet os.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

BIBLIOGRAPHIE.

DE LA CHALEUR PRODUITE PAR LES ÊTRES VIVANTS; par J. GAVARRET, professeur de physique médicale à la Faculté de médecine de Paris. — Un vol. in-12 avec 41 fig. dans le texte, — Paris, chez Victor Masson, éditeur.

Il n'en est heureusement pas des œuvres scientifiques comme des nouveautés littéraires: Celles-ci ne s'adressant souvent qu'à des intérêts éphémères et ne pouvant compter que sur la curiosité du moment, puisent en général leur principal attrait dans les circonstances qui les ont fait naître. Aussi, lorsqu'on en veut parler, y a-t-il un à-propos à saisir; il faut pour ainsi dire arrêter au vol l'heure fugitive où ces productions ont encore quelque raison d'être. Mais la science, au contraire, que nous appelons *fille du Temps*, cherchant à s'appuyer sur des bases inébranlables et des lois éternelles, attend précisément de l'épreuve des ans le couronnement et la sanction de ses longs travaux. Si cette proposition est vraie, nous n'avons point à redouter d'avoir dépassé les délais de rigueur en venant, à huit mois de distance, offrir à nos lecteurs un aperçu rapide de l'important ouvrage de M. Gavarret.

Jaloux de donner à son enseignement toute la portée qu'il peut avoir, M. Gavarret, après plusieurs années consacrées à des leçons orales, n'a point perdu de vue qu'un professeur de la Faculté ne parle pas seulement pour les élèves qui l'entendent, il sait qu'en dehors de l'amphithéâtre officiel, il doit encore au public médical le tribut de son zèle et de ses lumières, ou, si l'on veut, la preuve irrécusable que la science qu'il professe est dignement représentée. Personne ne s'étonnera dès lors que M. Gavarret ait pris spontanément l'engagement moral de poursuivre et de démontrer, dans des publications successives, les nombreuses applications de la physique à la médecine. Ce que chacun de nous, en effet, demande obstinément à l'étude

des sciences, c'est de concourir à la solution des problèmes physiologiques et pathologiques.

Mais que dirait, hélas! l'illustre *Théophile Bordeu*, lui qui, vers la fin du dix-huitième siècle, se réservait de proposer un jour les plus sûrs moyens *de délivrer la médecine de toute atteinte de la part des anatomistes et des physiciens*, comme aussi de la soustraire *aux monstrueuses prétentions de la chimiatrie?*

« Les physiciens, s'écrie-t-il, ont transformé l'homme en machine à leviers, à pompes, à ressorts, à tuyaux, à pressoirs, et les chimistes, enfants perdus de Paracelse, en ont fait un composé d'alambics, de ferments, de sels, d'effervescences, de vaisseaux distillatoires, de foyers d'explosions (1). »

En ce qui touche les singuliers écarts des iatro-mécaniciens et des anciens chimistes, Bordeu trouverait dans le professeur actuel de physique un chaleureux auxiliaire; mais en retour le célèbre médecin inclinerait sa haute raison devant les conquêtes de la science moderne qui, relativement à la question présente, remontent à son contemporain Lavoisier. Des progrès accomplis résulte une théorie nouvelle qu'on peut exposer sans crainte au plus sévère contrôle de nos méthodes expérimentales.

Au premier rang des phénomènes observables pendant la vie, il faut assurément placer la faculté dont jouissent tous les corps organisés, homme, animal ou plante, de produire et de conserver dans de certaines limites une chaleur qui leur est propre. Mais comment déterminer cette chaleur ou température, indépendante du milieu ambiant, si ce n'est en recourant à l'expérimentation? Dès ce moment, en effet, la physique intervient et se présente armée de ses instruments. Ce serait donc ici le lieu d'entreprendre la description de tous ceux qu'elle emploie: thermomètres centigrade, Réaumur, Fahrenheit, sans oublier celui de M. Walferdin, lequel est dit *métastatique* et permet d'apprécier avec facilité un centième et même un millième de degré centigrade. Des thermomètres, il nous faudrait passer aux appareils thermo-électriques, puis aux procédés ou méthodes. Mais on conçoit qu'en pareille matière on ne saurait se montrer plus concis que l'auteur, à moins de devenir obscur et peut-être inintelligible, et dans ce cas, nos descriptions, bien qu'incomplètes et par cela même inutiles, seraient trop longues encore pour l'espace qui nous est laissé; mieux vaut alors renvoyer le lecteur au traité même où les deux premiers chapitres, intitulés *Thermométrie* et *Calorimétrie*, lui donneront pleine satisfaction.

Partout, avons-nous dit, où la vie se manifeste, il y a, comme phénomène inséparable de l'organisme en action, production de chaleur. Consultez pourtant nos traités de zoologie, et vous verrez que l'étude comparative de la température animale, suivie dans toute l'échelle des êtres, a conduit les biologistes à les séparer en deux classes que l'on désigne ainsi: *animaux à sang chaud, animaux à sang froid*. « Les oiseaux et les mammifères, dit M. Milne-Edwards, sont les seuls êtres qui appartiennent à la première catégorie, et tous les autres sont des animaux à sang froid. » Interprété d'une opinion qui a régné jusqu'à nous, il établit que chez une partie des êtres organisés la température se confond avec celle du milieu ambiant et qu'elle en subit toutes les variations. Or il est démontré maintenant que les animaux réputés sans chaleur en produisent aussi; seulement comme elle est moins active et plus faible, elle tend bien plus à se rapprocher de la température extérieure, et peut même descendre au-dessous dans certains cas que nous indiquerons. A l'ancienne division désavouée par la science actuelle, nous devons donc préférer celle-ci: *animaux à température constante, animaux à température variable*.

On n'ignore pas que les oiseaux sont de tous les êtres vivants ceux dont la calorification a le plus d'étendue et de puissance. A l'état physiologique et dans l'âge adulte, les oscillations de leur température se renferment entre 39°,44 et 43°,90. Il est à remarquer que la chaleur produite par les mammifères arrive à peine dans sa plus haute expression à dépasser la limite inférieure des oiseaux. Ici les variations de température, prises toujours à l'état normal, sont représentées par 35°,50 et 40°,50. Malgré la différence du milieu qu'ils habitent, des mammifères énormes, tels que les cétacés, ne font pas exception à la loi commune. Mais s'il s'agit des *animaux hibernants*, les résultats ne sont plus les mêmes, et bien que leur organisation leur assigne en zoologie une place très-élevée, nous verrons que chez eux les phénomènes de calorification s'affaiblissent au point de se trouver presque en équilibre avec la température des animaux inférieurs.

Il ne suffit pas d'indiquer avec précision la température des oiseaux et des mammifères et de donner les limites de ses variations; nous devons ajouter que dans cette première série la chaleur animale plus ou moins élevée suivant la famille, le genre ou l'espèce de chaque individu, n'est pas non plus absolument identique chez les divers sujets d'une même espèce. Ce n'est pas tout, car le climat, la saison, les heures du jour et de la nuit et beaucoup d'autres conditions physiologiques n'influent pas seulement sur la température générale de ces animaux, mais sur la température locale des diverses parties de leur corps. Comme preuves à l'appui de ces propositions, M. le professeur Gavarret a pris la peine de dresser avec le plus grand soin des tables vraiment précieuses, où se trouvent consignés les résultats des expériences entreprises par des observateurs dont le nom fait depuis longtemps autorité dans la science.

Davy, Prévost et Dumas, Hunter, Delaroche, Despretz, Martine, etc., ne sont pas les seuls que leurs travaux appellent à figurer ici, et les faits recueillis par deux explorateurs célèbres ont à nos yeux une importance égale, parce qu'ils déterminent avec certitude la force de résistance des animaux supérieurs aux causes de refroidissement. Nous savions déjà, par des relations authentiques, que l'homme a le pouvoir de vivre dans une atmosphère à 70° au-dessous de zéro, en vertu de la chaleur qui lui est propre et sans qu'elle subisse de changements notables. Rappelons maintenant les observations que nous devons à MM. Parry et Back, dans leurs voyages vers le pôle nord. Le premier a vu un renard conserver une température supérieure de 76°,7 à celle du milieu ambiant, et le second a constaté qu'un lagopède des saules l'emportait de 79°,1 sur la température de l'atmosphère. En présence de ces faits, on pensera sans doute, comme M. Gavarret, que ce n'est pas conclure prématurément que de considérer les mammifères et les oiseaux comme des animaux à *température physiologiquement constante*.

Il y a, dans les recherches thermométriques, plusieurs causes d'erreur que M. Gavarret ne pouvait manquer de signaler. Lorsqu'on voit, notamment, que les physiologistes, en voulant évaluer la chaleur produite par l'homme et les animaux supérieurs, choisissent indifféremment, comme lieu d'exploration, la main, l'aisselle, la bouche, le rectum, etc., on est en quelque sorte préparé d'avance à des conclusions divergentes, la chaleur animale n'étant pas, à beaucoup près, la même dans ces divers organes. Aussi les uns ont exprimé la température moyenne de l'homme par 33°,33, tandis que les autres l'ont estimée plus haut et l'ont portée jusqu'à 39°. M. Gavarret appuie par de bonnes raisons la préférence qu'il donne à la région de l'aisselle, et se croit en droit d'établir que, dans nos climats, la température de l'adulte peut varier entre 36°,50 et 37°,50. Ces résultats, au surplus, se rapprochent singulièrement de ceux obtenus par M. Despretz, qui s'est arrêté, dans son savant mémoire, à 37°,09.

A mesure que nous descendons dans l'échelle des êtres, nous voyons descendre aussi l'échelle thermométrique. En d'autres termes, comme loi générale, on peut dire que, depuis l'homme jusqu'au dernier des zoophytes, la chaleur propre à chaque être vivant doit s'abaisser suivant que son organisation est moins avancée et que ses fonctions sont moins développées. L'auteur ajoute que les animaux inférieurs sont si profondément influencés par l'état physique du milieu qui les environne, que leur mode d'existence dépend complétement des circonstances extérieures. Ainsi, d'une part, l'évaporation, et, d'autre part, les courants continuellement renouvelés au sein des liquides dans lesquels ils sont immergés, enlèvent aux animaux une partie ou la totalité de la chaleur qu'ils produisent, et tendent à maintenir leur température au niveau de celle du milieu ambiant et même à la faire tomber au-dessous. Mais il n'en reste pas moins constant que tous ces animaux ont une puissance calorifique qui, dans les conditions normales, produit un excédant de température dont les variations se traduisent par 0°,04 et 4°,12. C'est entre ces limites que se trouve comprise la chaleur des reptiles, poissons, insectes, mollusques, zoophytes; et les tableaux que le constatent témoignent aussi de la rare persévérance et de l'extrême habileté de ceux qui les ont fournis. Parmi tant d'observateurs qui ont bien mérité de la science, citons du moins Becquerel, Dutrochet, Valentin, Nobili et Melloni, Newport, etc.

Essayons maintenant de remonter avec l'auteur aux causes des phénomènes, aux véritables sources de la chaleur organique, sans le suivre néanmoins dans l'examen historique et la critique approfondie des nombreux systèmes qui, d'Hippocrate à Galien, et de Galien jusqu'à nous, ont tour à tour dominé la science. Laissons Aristote, empruntant au vieillard de Cos sa chaleur *innée*, lui donner pour siége le *ventricule droit* du cœur, tandis que, selon Galien, elle réside dans le *ventricule gauche*. Abandonnons à l'éternel oubli les rêveries de la chimiatrie: le mélange opéré dans le cœur du *soufre et du sel volatil du sang*, d'où la chaleur vitale (Van Helmont); ainsi que l'*effervescence*,

(1) Bordeu, Œuv. compl., t. II, p. 931. Analyse médicinale du sang.

qui se déclare instantanément au contact du *chyle et de la lymphe* (F. Sylvius); mais reconnaissons pourtant qu'en marchant dans la même voie, quelques-uns parurent avoir un sentiment confus de la réalité des choses, en disant, comme Stevenson, que la calorification résulte des transformations incessantes des humeurs et des aliments, ou, ce qui se rapproche encore plus de nos idées présentes, en assimilant, comme le fait Hamberger, les réactions qui s'effectuent dans le sang aux phénomènes de la combustion spontanée des amas de fumier et de matières végétales. Ces germes de vérité furent d'ailleurs étouffés bientôt par l'invasion des théories iatro-mécaniques qui voulurent expliquer la production de la chaleur par le frottement du sang contre les parois des vaisseaux.

Quelles étaient, en résumé, les vérités acquises et les données de la science avant que notre Lavoisier entreprît ses recherches sur la respiration? Mayow avait dit que, dans le poumon, l'air cède au sang son esprit *nitro-aérien*, et produit ainsi la *rutilance du sang artériel, une fermentation et la chaleur animale*. Boyle avait démontré que l'air dans lequel ont séjourné des animaux contient de l'*air fixe* (acide carbonique). Cigna (de Turin) avait établi que la couleur rouge du sang artériel est due à l'*action de l'air*. Black avait aussi, dit-on, considéré la production d'acide carbonique dans la respiration comme la vraie source de la chaleur développée par les animaux, bien qu'il ne ressorte nullement de l'examen des faits, qu'avant Lavoisier, le chimiste anglais ait formulé des idées précises constituant une théorie de la chaleur animale. Enfin, Priestley avait découvert l'oxygène (*air déphlogistiqué*); dans ses expériences sur les gaz et dans ses importantes recherches sur la respiration, il avait constaté que l'air atmosphérique, ainsi que l'oxygène, communiquent seuls au sang veineux la couleur artérielle. Mais au moment même où la vérité semble luire à ses yeux, il rentre dans le chemin de l'erreur en recourant aux vaines explications des doctrines régnantes.

Lavoisier paraît, et, dès ses premiers travaux, établit: 1° que la calcination des métaux dépouille l'air d'oxygène, laisse l'azote intact et ne dégage aucun gaz nouveau; 2° que la respiration des animaux dépouille l'air d'oxygène, laisse l'azote intact, mais remplace l'oxygène disparu par un volume presque équivalent d'acide carbonique. « La respiration, dit le célèbre expérimentateur, n'est qu'une combustion lente de carbone et d'hydrogène, qui est semblable en tout à celle qui s'opère dans une lampe ou dans une bougie allumée; et, sous ce point de vue, les animaux qui respirent sont de véritables corps combustibles qui brûlent et se consument. » A ces idées, déjà si nettement exprimées, il ajoute comme conclusion: « La machine animale est surtout gouvernée par trois régulateurs principaux: la respiration, qui consomme de l'hydrogène et du carbone, et qui fournit du calorique; la transpiration, qui augmente ou diminue suivant qu'il est nécessaire d'emporter plus ou moins de calorique; enfin, la digestion, qui rend au sang ce qu'il perd par la respiration et la transpiration. »

Plus tard, ainsi que le fait remarquer M. Gavarret, il constata que, même chez les mammifères, le poumon n'est pas la seule surface respiratoire; il découvrit aussi la respiration cutanée, et embrassa dans leur ensemble et dans toute leur étendue, les rapports de l'être vivant avec l'atmosphère.

A coup sûr, il n'est pas indifférent de rappeler que les travaux du chimiste français sont antérieurs à ceux de Crawford, attendu que les auteurs anglais ont mis une persistance singulière à revendiquer pour leur compatriote l'honneur d'une découverte qui revient exclusivement à l'illustre et malheureux Lavoisier. « Dans le travail de Crawford, dit M. Gavarret, il y a une belle pensée qui se reproduit sous toutes les formes. Pour lui, la chaleur dégagée par les phénomènes chimiques de la respiration ne devient sensible que dans les capillaires généraux. » Mais cette pensée même se trouve encore dans le mémoire publié par Lavoisier en 1777, et depuis reproduite par Lagrange, elle reçut une sanction nouvelle des expériences de Spallanzani, et des travaux d'Edwards et de Bertbollet.

Lorsqu'on songe à l'instabilité des doctrines scientifiques, on est heureux de voir, après plus d'un demi-siècle, un professeur de la Faculté proclamer hautement que toute la théorie de la chaleur animale est restée contenue dans les termes de la formule si clairement énoncée par Lavoisier dès 1789, et que nous avons citée plus haut. Nous en aurions au surplus la preuve s'il nous était permis de pousser plus loin l'analyse de cet ouvrage. Mais resserré dans d'étroites limites, force nous est de passer sous silence de longues séries d'expériences entreprises par des observateurs tels que MM. Despretz, Dumas, Boussingault, Liebig, Regnault, Andral et Gavarret, et qui toutes, par voies directes et indirectes, concourent à démontrer la vérité de la doctrine. L'influence des conditions physiologiques sur l'intensité des phénomènes physico-chimiques de la respiration et sur la température propre des animaux est l'objet d'un chapitre entier, où le lecteur peut à loisir, sans rencontrer la sécheresse et l'ennui, étudier les rapports de la chaleur animale avec les âges, les sexes, les climats, les saisons, avec le sommeil, la veille, le repos, le mouvement, l'incubation, l'alimentation, l'abstinence, etc. Citons encore, avant de terminer cet article, une belle étude sur l'hibernation, et tirons-en ce fait important et trop peu connu. En été comme en hiver, il suffit d'abaisser la température au-dessous de 9 à 10° autour des mammifères *hibernants*, pour qu'ils s'*engourdissent*. En hiver comme en été, on peut les conserver parfaitement *éveillés*, en ayant soin de les faire vivre dans une enceinte à 15° et au-dessus. Ainsi ces animaux n'ayant pas, comme les autres mammifères, le pouvoir de réagir par la chaleur qui leur est propre contre la température extérieure, on voit que le refroidissement, en diminuant l'activité de leurs fonctions, devient la cause directe de leur *engourdissement*.

Nous devons regretter sans doute de n'avoir pu donner qu'une imparfaite idée de ce TRAITÉ COMPLET DE LA CHALEUR PRODUITE PAR LES ÊTRES VIVANTS. Nous espérons toutefois en avoir dit assez pour que chacun soit convaincu que l'auteur, en imposant à son travail le titre de PHYSIQUE MÉDICALE, ne s'est rendu coupable d'aucune usurpation. Quand on voit, au contraire, à quel point la science ainsi comprise et appliquée peut prêter aide et assistance aux études physiologiques et pathologiques, qui de nous, impuissant écho de préventions surannées, serait tenté de répéter le vieil adage: ***Ubi desinit physicus, ibi incipit medicus.***

Dr DES ÉTANGS.

VARIÉTÉS.

— Nous avons la douleur d'annoncer la mort de M. Amussat, membre de l'Académie de médecine. Cette perte sera vivement sentie par tous ceux qui ont apprécié les rares qualités qui distinguaient notre éminent confrère. Esprit sagace, chirurgien habile, praticien plein de sagesse et de prudence, M. Amussat avait rendu son nom célèbre par une foule d'inventions qui portent le cachet du bon sens et de la précision. Comme homme, personne ne possédait à un plus haut degré les dons les plus précieux du cœur et du caractère. Excellent confrère, ami dévoué, homme de la famille, il s'était surtout fait admirer par une piété filiale dont il y a eu peu d'exemples. En payant ce premier tribut à la mémoire d'un des hommes qu'elle a été heureuse de compter parmi ses collaborateurs et ses amis, la GAZETTE MÉDICALE ne renonce pas à rendre aux mérites du chirurgien célèbre une justice plus digne de sa mémoire.

Les obsèques de M. Amussat ont eu lieu hier à l'église Saint-Germain-des-Prés, au milieu d'un grand concours de personnes appartenant à toutes les classes de la société. Le temps et l'espace nous manquent pour rendre compte avec détails de cette triste cérémonie, où la douleur et les regrets étaient peints sur toutes les physionomies.

— La Faculté de médecine de Montpellier a été invitée par M. le ministre de l'instruction publique à lui présenter une liste de candidats pour les chaires de chimie médicale et d'opérations et appareils vacantes dans son sein. Ces listes seront closes le 24 mai courant. C'est, en conséquence, avant ce délai que les candidats devront avoir envoyé leur demande et leurs titres à M. le doyen de la Faculté de médecine de Montpellier.

— L'empereur a décidé, le 19 mars 1856, que les élèves stagiaires de l'Ecole impériale et spéciale de médecine et de pharmacie militaires auraient droit à une gratification de première mise d'équipement, fixée à 500 fr.

L'allocation en sera fractionnée en deux portions de 250 fr. chacune, payables, la première, lors de l'admission de l'ayant-droit à ladite Ecole, et la seconde à l'époque de sa nomination effective au grade de médecin ou de pharmacien aide-major de seconde classe.

— Le conseil d'hygiène publique et de salubrité de la ville de Paris a nommé, dans sa séance du 10 de ce mois, M. Jobert (de Lamballe), membre adjoint, en remplacement de M. Combes, nommé membre titulaire.

— M. le docteur Robert, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital Beaujon, vient d'être nommé professeur titulaire de la chaire d'anatomie de l'Ecole des Beaux-Arts, en remplacement de M. Emery, décédé. M. Robert était depuis plusieurs années le suppléant de M. Emery.

— M. Binet, président de l'Académie des sciences, vient de succomber à une courte maladie.

— M. le docteur Duchesne-Duparc ouvrira son cours public sur les maladies de la peau, mardi prochain 20 mai, à sa clinique de la rue Larrey, 8, près de l'Ecole de médecine, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à onze heures précises du matin. Chaque leçon sera précédée de l'examen des malades.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

DES GLOBULES INCOLORES DU SANG, DE LEUR VALEUR PHYSIOLOGIQUE ET PATHOLOGIQUE (LEUKOCYTHÆMIE) DU SANG BLANC (LEUKÆMIE).

(Suite. — Voir les nos 14, 15, 16 et 20.)

§ VII. — PATHOGÉNIE ET SYMPTOMATOLOGIE DE LA LEUKOCYTHÆMIE.

Les altérations pathologiques qui doivent fournir les signes pathognomoniques de cette dyscrasie sanguine nous révèlent bien, jusqu'à présent, certaines modifications des éléments du sang, ainsi que l'existence de lésions spléniques, lymphatiques et hépatiques; mais nos lecteurs, nonobstant les résultats des expériences physiologiques que nous avons fait connaître plus haut, ne peuvent-ils pas, sans crainte de passer pour trop incrédules ou trop peu logiques, se demander si l'accumulation des globules incolores dans le sang est due à l'altération de la rate et du foie, ou bien si celle-ci n'est pas causée par celle-là, ou bien enfin si l'une et l'autre ne dépendent pas d'une cause première indéterminée encore? Cette question de causalité morbide paraîtra aussitôt moins embarrassante, quand on songera au peu de stabilité que présente la composition du sang dans les différentes régions du corps et suivant les métamorphoses physiologiques ou pathologiques; en effet, c'est d'après les fonctions des émonctoires que se règle l'état du fluide nourricier. Ce qui ne veut pas dire cependant que celui-ci n'exerce pas également son influence sur les organes qu'il parcourt. Du reste, annonçons-le tout aussitôt, les faits semblent prouver, quoique les observations concluantes soient extrêmement rares, que les troubles organiques de la rate et du foie ou des ganglions lymphatiques précèdent l'accumulation exagérée et vicieuse des corpuscules incolores dans le sang.

Ainsi Bennett nous parle d'un malade chez lequel les régions splénique et hépatique étaient occupées par des tumeurs qui faisaient croire à l'existence d'hypertrophie de la rate et du foie, quatre années avant que l'examen microscopique pût découvrir un accroissement anormal des globules incolores dans la masse du sang. Dans l'observation empruntée au professeur Müller, il est question de douleurs lancinantes dans la région splénique, cinq ans avant qu'on trouvât une accumulation morbide des corpuscules incolores. Parmi les renseignements que les malades fournissent directement, nous voyons figurer, presque constamment, des symptômes de congestion, d'engorgement douloureux de la rate et du foie, dès le début de la dyscrasie, et le plus souvent, bien avant que l'état cachectique, dû à l'altération du fluide nourricier, se révèle au clinicien. Quelle que soit, dans tous ces cas, la présomption de l'existence, dans la rate et le foie, de désordres antérieurs à l'altération du sang, elle ne peut cependant pas être considérée comme une preuve évidente, tout en formant néanmoins un argument favorable à l'opinion que nous cherchons à faire prévaloir en ce moment. Nous savons même, par tout ce qui précède, qu'il ne suffirait pas, rigoureusement parlant, qu'on eût constaté une hypertrophie de la rate et du foie, plus ou moins longtemps avant qu'on découvrît l'accumulation des corpuscules incolores dans le sang, pour oser affirmer que l'une est la conséquence forcée de l'autre; la certitude n'est possible que lorsque l'examen cadavérique justifie le diagnostic et dissipe les doutes qu'on aura dû conserver sur l'existence possible d'une pyæmie. C'est ainsi que nous regrettons, avec le professeur Virchow, que l'autopsie n'ait pas été faite dans un cas où elle eût été d'une importance immense. Il s'agissait d'un malade reçu dans une des cliniques de l'hôpital de Würzburg pendant le mois de septembre 1852; il portait des tuméfactions ganglionnaires au cou, dans les aisselles et les aines, sans que les téguments fussent altérés. A cette époque l'examen microscopique ne découvrit rien d'anormal dans la masse du sang. Le malade quitta bientôt l'hôpital, mais y revint en 1853; l'engorgement des ganglions avait fait des progrès sensibles depuis quelques mois, et l'examen microscopique du sang montra cette fois une accumulation réelle des corpuscules incolores. Le mal était tellement au-dessus des ressources de l'art, que le malade succomba l'année suivante. Si l'altération du sang ne pouvait, même dans ce cas, être rapportée à la présence de globules du pus, cette observation serait certainement une de celles qui prouvent le plus que l'hypertrophie des ganglions lymphatiques précède et occasionne l'accroissement pathologique des corpuscules incolores.

En admettant cette pathogénie, ainsi que les faits semblent l'annoncer, nous sommes conduit à penser que ces tuméfactions chroniques de la rate que Bennet, Robertson, Scherer et Virchow ont rencontrées sur le cadavre, sans qu'ils aient pu constater une augmentation dans la proportion des globules incolores du sang, devaient ne former encore que la première période de la leukocythæmie, celle qui précède l'altération de la masse de ce liquide nourricier, qui n'est encore caractérisée, à cette époque, que par la diminution de la proportion des globules rouges et par une augmentation de la quantité de l'eau. Il s'ensuit également que les faits qui paraissent d'abord s'écarter des résultats de l'expérimentation et des données générales de l'observation viennent, au contraire, servir de preuves aux uns et aux autres, et fournissent un argument de plus à l'opinion généralement professée, qui veut que le point de départ de la dyscrasie sanguine dont il s'agit soit cherché, en effet, dans les troubles de la rate, des ganglions lymphatiques et du foie.

Dans les 31 observations de leukocythæmie essentielle, l'engorgement de la rate est tellement le phénomène protopathique que nous ne le trouvons que trois fois précédé de la tuméfaction des ganglions lymphatiques. Ainsi dans l'observation du professeur Vogel, le malade a eu, trois ans avant son entrée à l'hôpital, une éruption de furoncles sur la partie postérieure du tronc, suivie d'engorgement des ganglions de l'aine, qui se dissipa cependant sans l'intervention de l'art et en peu de temps. Un an après, il eut une adénite cervicale qui céda encore pendant quelque temps; mais c'est alors que se développa la tumeur de la région splénique et, à partir de ce moment, les engorgements ganglionnaires ne disparaissent plus. Chez le malade du professeur Rinecker, l'inflammation des ganglions lymphatiques du cou, gênant considérablement la respiration, n'a précédé l'apparition de la tumeur de l'hypocondre gauche que de trop peu de temps pour qu'on ne puisse pas supposer que l'une et l'autre ne se soient développées à la même époque. Dans l'observation du professeur Virchow, l'engor-

---

FEUILLETON.

AMUSSAT (1).

L'Académie de médecine vient de perdre l'un de ses membres les plus anciens, les plus actifs et les plus éminents. Celui-là cependant avait été reçu dans son sein parmi les plus jeunes; il avait su, malgré les obligations d'une vaste clientèle, se montrer assidu à vos séances; il avait offert à l'Académie elle-même les prémices ou les résultats de la plupart de ses travaux, et ces travaux-là touchaient toujours à des questions importantes, à des idées fécondes, à des découvertes réelles, je ne dirai pas incontestables, pour écarter d'ici toute allusion à des débats qui sont loin de nous, et qui d'ailleurs ne sauraient se renouveler au delà de la tombe.

Mais pour apprécier dignement la vie laborieuse et tourmentée de celui dont le nom, cher à la science et à l'humanité, vient de s'ajouter au nécrologe de l'Académie, il fandrait mieux qu'un discours funèbre, simple hommage de souvenir et d'adieu offert à notre honorable et regretté collègue.

Amussat (Jean-Zulima), docteur en chirurgie, membre de l'Académie impériale de médecine (section de médecine opératoire) et de diverses sociétés savantes nationales et étrangères, chevalier de la Légion d'honneur, est né dans le Poitou, le 21 novembre 1796, à Saint-Maixent, département des Deux-Sèvres.

Son père est l'un de ces dignes praticiens de la province, qui savent honorer notre profession par leur caractère autant que par leur talent, et qui exercent la médecine plutôt comme une mission de charité que comme une carrière de fortune.

Elevé dans sa famille, le jeune Amussat reçoit de son père les notions élémentaires de l'art, et les complète auprès de M. Servan, chirurgien distingué de son pays natal. Il montre tout d'abord un goût marqué pour les études médicales, et les poursuit activement, lorsque la conscription vient en suspendre le cours, et peut-être le rompre tout à fait.

Un seul moyen lui est offert de concilier l'exigence du recrutement avec la continuation de sa carrière, c'est d'être commissionné sous-aide à l'armée. Il est admis au mois de janvier 1814, à l'âge de 17 ans, et part aussitôt pour assister à quelques-uns des combats de la campagne de France.

(1) En attendant que la GAZETTE MÉDICALE se livre à une appréciation des travaux et de la personne scientifiques d'Amussat, elle est heureuse d'offrir à ses lecteurs la notice faite au nom de l'Académie de médecine par M. Larrey, l'un de ses membres. Ils trouveront, dans cette notice, une exposition aussi exacte qu'intelligente de tout ce qu'a fait notre regrettable collègue, et des expressions de regret pleines d'un sentiment digne tout à la fois du défunt, du panégyriste et de l'Académie.

gement des ganglions lymphatiques a existé pendant les vingt aooées qui ont précédé, chez uu homme de 51 ans, l'apparitioo de la tumeur splénique. Ce fait nous sert parfaitement à prouver combien les désordres des ganglious lymphatiques modifient peu la crase du sang quand ils existent seuls; il indique bien, à la vérité, qu'il y a une certaine relation entre la fonction des ganglions lympathiques et celle de la rate, mais il nous parait peu justifier le besoin de créer une leukocythæmie lymphatique.

Si nous sommes véritablement autorisé à voir, dans l'hypertrophie de la rate, les premiers phénomènes pathologiques de la maladie que nous étudions, nous devons également, dans le but de nous élever à la connaissance de la cause la plus immédiate, rechercher la nature de ces désordres que l'anatomie pathologique nous présente comme le résultat d'un excès de vitalite, d'une *hyperplastie* de l'organe, et nous demander, tout d'abord, dans quel rapport ils se trouveot avec la fièvre intermittente. Il paraît évident que la cachexie paludéenne, aiosi que toute autre cachexie, ne donne lieu qu'à de la leukocythæmie symptomatique. Nous savons déjà, par les recherches de Moleschott et de Pury, que la proportion des globules incolores du sang n'augmente pas dans les fièvres d'accès, quoique la macrosplénie soit confirmée et qu'elle persiste même après la disparition de la fièvre; ensuite nous trouvons, d'après le relevé de nos 31 observations, que 5 malades seulement auraient été atteints de fièvre intermittente, à des époques plus ou moins éloignées de l'invasion de la maladie, et ces renseignements ne sont fournis que par les malades ou les personnes qui les entourent. Quelle confiance pourra-t-on leur accorder, surtout quand ils sont mentionnés comme dans les deux faits de M. Legroux : « Le malade avait eu, à diverses reprises, des fièvres intermittentes *de longue durée;* » ou bien : « *il paraissait avoir eu une fievre intermittente?* » Le troisième cas est du professeur Rioecker; il s'agit d'une femme qui, dans une dernière couche, a eu une hémorrhagie considérable qui la laisse dans un grand abattement pendant toute l'année 1840, chez laquelle se montre un accès de fièvre intermittente, en 1841, qui la prostre davantage, et c'est aiosi qu'elle tombe de plus en plus dans la cachexie leukocythæmique qui l'enlève en 1842. Le professeur Virchow déclare lui-même que, d'après les *renseignements incomplets* qui lui parviennent, le malade de son observation *aurait eu autrefois une fièvre intermittente*. Enfin le cinquième cas, qui est celui de M. Goupil, se rapporte à une petite fille de 13 ans, qui a eu à l'âge de 4 ans une rougeole, à 8 ans une fièvre typhoïde, et à 10 ans une fièvre intermittente qu'elle conserva pendant un an, quoique *la mère* soutienne que l'enfant prît le sulfate de quinine *à fortes doses*. Ainsi non-seulement la fièvre intermittente n'a pas existé chez plus des cinq sixièmes des malades qui ont succombé à la leukocythæmie essentielle, mais encore son influence pathogénique est très-douteuse chez ceux qui forment le sixième restant.

La question de pathogénie se trouvant ainsi élucidée, autant qu'il est possible de le faire pour le moment, l'opinion généralemeot admise, qui est aussi celle à laquelle nous conduisent les expériences physiologiques d'une part, l'observation pathologique de l'autre, nous autorise donc à penser que la leukocythæmie essentielle forme une entité morbide distincte, *sui generis*, dont la cause première est dans un excès de vitalité de la rate, dans une hypertrophie de cette glande relativement aux autres organes qui concourent à maintenir la crase du sang, tels le foie et le poumon. L'affaiblissement, la dépression vitale, l'épuisement physique, sont les seules prédispositions qui semblent favoriser l'activité morbide de la rate et l'accumulation pathologique des corpuscules incolores dans le sang. Ni le sexe, ni l'âge, ni les professions, ni le genre de vie ne peuvent encore, quant à présent, nous fournir des données de quelque valeur. Toutefois la grossesse et l'état puerpéral, modifiant la crase du sang ou seulement les éléments protéiques, comme l'admettent Rokitansky, Kiwisch et Scanzoni, nous font penser que la proportion des femmes devra, si ce n'est surpasser, du moins égaler celle des hommes, tandis que le professeur Vogel sigoale un rapport inverse. Il ne cite qu'un cas au-dessous de 10 ans, mais il en compte dans chaque période de dix ans jusqu'à l'âge de 70 ans; le maximum parait correspondre à la période moyenne de 30 à 40 ans.

Les premiers phénomènes que présentent les malades atteints de leukocythæmie essentielle se passent dans la région splénique; ce n'est cependant pas ordinairemeot un point douloureux qui appelle leur attention vers cette partie du corps, comme cela a lieu chez le malade du professeur Müller; c'est, au contraire, une tumeur dure, indolente et mobile dans l'hypocondre gauche, se développant d'abord lentement, mais grandissant, dans la dernière période de la maladie, au point de remplir le flanc et une partie de l'abdomen, comme l'anatomie pathologique nous l'a montré ; c'est cette tumeur qui fournit le symptôme objectif le plus important et, nous ne craignons pas de le dire, qui est aussi constant que l'accumulation des globules incolores dans le sang ; c'est par elle que le clinicien soupçonne seulement l'existence d'une leukocythæmie, ainsi que nous le voyons par la seule observation clinique que nous possédons et que nous devons au professeur Vogel. Mais la détermination du volume de la rate doit être faite avec une grande précision et en suivant les méthodes mises en usage pour l'appréciation de la grandeur de l'organe à l'état sain. Ces méthodes, enseignées par le professeur Piorry, n'ont encore été appliquées sur l'homme en santé que par le docteur Conradi, et pour les tailles d'adultes seulement. Nous avons fait connaître (1), en France, les résultats auxquels est arrivé ce savant distingué, en établissant les rapports des viscères thoraco-abdominaux avec les diverses régions du tronc, d'après les lignes fictives, médiaoe, mammaire et axillaire, tracées sur le tronc d'hommes âgés de 25 ans. C'est à ces données qu'il faudra comparer celles qu'on obtient ; mais la comparaison n'est rigoureusement exacte que pour le même âge, la même taille ; encore ne faut-il pas oublier que, suivant l'observation de Ed. Home et de Dittmar, la rate augmente très-sensiblement de volume, dans tous ses diamètres, de trois à six heures après l'ingestion des aliments. Il faudra donc aussi tenir compte du moment de l'examen ; et, avant toute chose, il y aurait à s'occuper de la délimitation de la rate et du foie chez des sujets sains aux différents âges de la vie et classés d'après leur taille. Malheureusement il en est de ces études préliminaires, comme de bien d'autres non moins indispensables, on les appelle ingrates, et l'on s'en passe. Comment les sciences médicales gagneront-elles jamais

(1) MONITEUR DES HÔPITAUX, 1855

Le jeune Amussat montre alors au milieu des dangers de la guerre le courage et le sang-froid qui doivent plus tard le distinguer dans la pratique des opérations les plus périlleuses de la chirurgie.

C'est ainsi que pendant l'occupation de Reims par un corps de l'armée française, il ne quitte pas les blessés entassés dans une église servant d'hôpital, où bientôt l'encombrement provoque le typhus. Il en est menacé lui-même, mais il n'abandonne pas son poste avant d'avoir assuré tous les pansements qui lui étaient confiés.

C'est encore ainsi que, voulant acquérir des notions d'anatomie en même temps que des connaissances chirurgicales, il s'avise de porter le scalpel sur des cadavres russes ; mais, surpris au milieu de ses dissections par un détachement de Cosaques, il n'échappe à leurs menaces que par une attitude ferme et impassible.

Amussat, comme tant de chirurgiens célèbres, faisait ainsi ses premières armes à la guerre. Roux, Lisfranc, Sanson et d'autres l'y avaient précédé. Mais bientôt la campagne finie l'armée est licenciée, et le jeune sous-aide, libéré du service, se rend à Paris pour y continuer ses études médicales. Il n'a que de bien faibles ressources pour vivre; et ne voulant pas rester à la charge de sa famille, il montre une telle ardeur, un tel désir d'apprendre, qu'il attire sur lui l'attention et la bienveillance de ses premiers maîtres.

M. Trousset, son guide et son ami, lui facilite les moyens de prendre part aux travaux anatomiques de la Salpétrière. C'est là qu'il rencontre pour la première fois notre éminent collègue M. Rostan, qui, à dater de cette époque, n'a cessé de lui témoigner toutes ses sympathies.

Amussat, dès la fin de sa première année d'études, a si bien employé son temps, qu'il est reçu au concours de l'externat, et il est nommé à la Charité, où on lui donne un logement.

Là, dans un recoin d'amphithéâtre obscur et malsain, il passe des journées entières à disséquer. Son aptitude pour l'anatomie pathologique le fait remarquer de Lherminier, qui l'attache d'abord à son service et ensuite à son affection. Deux ans après, en 1817, il est admis au concours de l'internat, et revient à la Salpêtrière, où il étend et multiplie ses travaux anatomiques par l'autopsie de la plupart des cadavres laissés à sa disposition. C'est alors que, voulant faciliter des recherches sur l'épilepsie et sur les lésions présumées de la moelle épinière, il imagine un instrument ingénieux, adopté depuis et usité dans les hôpitaux sous le nom de *rachitome*.

C'est à cette époque aussi qu'il commence l'enseignement particulier, auquel il devait rester fidèle pendant toute la durée de sa vie médicale. Son premier cours est un cours d'anatomie destiné seulement à quelques artistes, mais démontrant toute l'importance de cette étude, qui est devenue l'objet d'un enseignement officiel à l'école des Beaux-Arts.

Encouragé dès lors à faire davantage, il institue des cours réguliers d'anatomie dans un lieu réservé de la Salpétrière ; mais après quelque temps, le succès de ses leçons suscite la jalousie de certaines personnes, et on lui interdit la faveur de continuer.

Mais si la faveur lui manque, le droit lui appartient. Une place d'aide d'anatomie à la Faculté devient vacante à la fin de décembre 1821, elle est mise au concours ; Amussat l'obtient, et il reprend, il double, il triple son ensei-

de la précision et de l'exactitude si de pareilles bases leur font toujours défaut?

En même temps que la percussion sur les lignes médiane, mammaire et axillaire, signale une hypertrophie de la rate, elle découvre aussi, le plus souvent, une augmentation plus ou moins considérable dans le volume du foie; à cette époque déjà le ventre est douloureux au niveau de ces glandes, ce qui est lié aux phlegmasies partielles qu'elles allument; il est plus développé qu'à l'état normal, plus proéminent, comme chez le malade du professeur Vogel; la matité correspondant aux tumeurs des hypocondres, qui s'étendant plus ou moins dans l'abdomen, conserve les mêmes relations quelle que soit la situation du malade; à mesure que la paroi abdominale est distendue, par suite de l'augmentation de volume des tumeurs spléniques et hépatiques, les veines qui y rampent se dessinent plus nettement et se gonflent sensiblement, phénomène ultime que nous trouvons signalé dans un grand nombre d'observations, principalement dans celles de Virchow, de Vogel et du docteur Charcot.

Rappelons toutefois que le début de la dyscrasie leukocythæmique peut s'annoncer aussi par des désordres dans le système lymphatique, par un engorgement plus ou moins aigu des ganglions des diverses régions du corps, comme nous le remarquons dans les observations des professeurs Vogel, Rinecker et Virchow; ces phénomènes ne précèdent cependant ceux que nous avons trouvés du côté de la rate que d'un intervalle de temps trop court, pour que nous puissions encore, dans cette circonstance, méconnaître une certaine analogie de fonction entre cette glande et les ganglions lymphatiques.

Les désordres qui précèdent, quoique entravant les métamorphoses de l'organisme et troublant la nutrition, ne retentissent pas tout d'abord sur le tube digestif; les malades n'éprouvent dans les premiers temps qu'un peu plus de gêne et même de la douleur dans l'hypocondre gauche après l'ingestion des aliments, ce qui peut dépendre autant du gonflement physiologique de la rate que de la pression que l'estomac distendu exerce sur elle; l'observation de Vogel nous retrace parfaitement ce symptôme. Il n'est pas rare de voir survenir des vomiturilions et des vomissements, à une époque avancée de la maladie, en même temps que les diarrhées deviennent plus fréquentes et sanguinolentes même, dans les mois qui précèdent le terme fatal; la langue se couvre alors d'un enduit saburral, il y a de la soif, de l'inappétence et des nausées plus fréquentes. Les urines varient peu quant à leur abondance et à leur coloration; mais elles sont parfois chargées d'un peu d'acide urique, comme nous le voyons dans l'observation précédente; elles laissent souvent déposer des sédiments muqueux abondants, d'après les faits rapportés par Virchow; le malade du docteur Goupil avait les urines chargées d'albumine dans une assez forte proportion.

Les fonctions respiratoires sont gênées de bonne heure, sans que cela puisse s'expliquer toujours, comme chez le malade de Rinecker, par une tuméfaction considérable des ganglions lymphatiques du cou; il y a souvent de la dyspnée et de la toux, surtout après l'ingestion des aliments, par suite du refoulement du diaphragme, lorsque la rate et le foie sont hypertrophiés, ou que ces organes ont contracté des adhérences; mais le professeur Vogel fait remarquer combien, chez la plupart des malades atteints de leukocythæmie, ce trouble fonctionnel est peu en rapport avec les modifications et la mobilité du diaphragme. L'auscultation et la percussion ne décèlent d'ordinaire qu'un peu de stase sanguine pendant la dernière période de la vie, alors que la gêne des mouvements respiratoires est très-pénible.

Les renseignements relatifs à la circulation sont par trop vagues, en exceptant ceux de l'observation de Vogel; les auteurs se contentent de faire remarquer que la fièvre ne s'allume que dans une période avancée, que le pouls s'accélère vers le soir, comme dans les autres cachexies; cependant presque tous signalent les épistaxis spontanées, fréquentes et graves qui contribuent à augmenter la prostration et l'épuisement du malade, qui accélèrent son amaigrissement, qui favorisent l'œdème des membres inférieurs et l'anasarque, phénomènes qui peuvent déjà se montrer à un faible degré, cependant, au moment de l'apparition des tumeurs spléniques, hépatiques et ganglionnaires. Les observations sont complétement muettes sur la production du calorique dans cette dyscrasie sanguine, sur les phénomènes nerveux qui doivent cependant se montrer parfois pendant la période ultime. Il est à peine besoin de rappeler, dans ce chapitre, que l'état du sang extrait de la veine d'un malade, ou obtenu par une hémorrhagie, présente des caractères physiques, microscopiques et chimiques qui fournissent les signes, si ce n'est certains, du moins les plus positifs et, sans contredit, les plus indispensables pour porter un diagnostic.

C'est ici encore que nous avons à signaler les lacunes que l'observation incomplète, superficielle et peu habituée à la sévérité scientifique, laisse subsister après les avoir introduites dans les travaux même les plus étendus sur ce sujet. Il semble qu'une hypertrophie de la rate étant trouvée chez un malade et son sang contenant des corpuscules incolores dans une proportion plus grande que deux ou trois sur mille parties de ce liquide, ce soient-là des signes suffisants pour reconnaître l'existence d'une leukocythæmie essentielle. Du reste, nous ne possédons que les quatre observations de Müller, de Vogel, de Bennett et de Virchow qui soient véritablement cliniques et où l'on ait cherché à compléter la symptomatologie par l'examen microscopique du sang; dans tous les autres cas, l'autopsie seulement a révélé le genre d'affection dont le malade était atteint. Encore devons-nous rappeler combien les recherches microscopiques ont été défectueuses avant les modifications introduites récemment dans ces études par Welcker, Vierordt et Moleschott. Ainsi quelle confiance pouvons-nous accorder à ces examens qui consistent à chercher des corpuscules incolores dans le champ plus ou moins vaste du microscope sans s'occuper des grumeaux fibrineux, albumineux, etc., qui englobent des cellules colorées et incolores, sans même tenir compte des globules rouges empilés et sans paraître soupçonner l'agglutination des corpuscules incolores entre eux et avec d'autres éléments du sang? Aussi faisons-nous table rase des faits qui, ne se soutenant que sur de pareilles bases, encombreraient déjà une question si difficile à approfondir par sa nature même.

Ainsi, après avoir constaté l'existence des symptômes précédents, l'accumulation des globules incolores dans le sang, pris dans les conditions physiologiques convenables et examiné par la méthode numérique en les soumettant aux réactifs chimiques usités, il s'agit aussi de chercher la proportion des globules rouges, celle de l'eau, de la fibrine et de l'albumine; l'analyse chimique indiquera, en outre, le

---

gnement par des cours d'anatomie, de pathologie chirurgicale et de médecine opératoire.

Entraîné par son zèle au delà de ses forces pour supporter tant de fatigues, il vent concourir pour le prosectorat de la Faculté, lorsqu'un redoutable accident l'arrête : une piqûre anatomique le menace d'une résorption purulente, et il y échappe à peine, qu'une dyssenterie aiguë se déclare et compromet sa vie. Il se rétablit enfin; mais à dater de cette époque, il n'a plus qu'une santé faible, dont les atteintes successives l'ébranlent de plus en plus et l'obligent à renoncer aux luttes des concours. Il aurait été bien digne cependant de parvenir aux hôpitaux et à la Faculté. Il est donc obligé de restreindre son ambition chirurgicale à l'enseignement et à la pratique libres.

Dès lors aussi, travailleur infatigable, il cherche, dans un labeur continu, à acquérir l'autorité qui lui manque dans un enseignement officiel. La notice de ses travaux scientifiques en fait apprécier toute la valeur, et une esquisse rapide, en les retraçant dans l'ordre chronologique, suffira, Messieurs, pour les rappeler à votre souvenir.

En 1822, M. Amussat publie une Note sur la possibilité de sonder l'urètre de l'homme avec une sonde tout a fait droite.

C'est sur cette donnée nouvelle, et sur ses conséquences pratiques pour le broiement des calculs, qu'Amussat fonde ses droits à la priorité de la lithotripsie. Mais plus il cherche à revendiquer l'initiative ou l'intuition de cette grande découverte, plus il rencontre de résistance à faire accepter les prétentions qu'il croit légitimes.

En 1823, ses Remarques sur l'urètre de l'homme et de la femme le conduisent à proposer des instruments droits pour le cathétérisme, appelé depuis rectiligne, pour l'extraction ou la destruction des corps étrangers de la vessie.

La même année, dans un Mémoire sur les rétrécissements de l'urètre et sur les injections forcées, il fonde sur l'étude précise de l'anatomie pathologique cinq espèces de rétrécissements organiques.

En 1824, ses Recherches sur l'appareil biliaire tendent à démontrer le mécanisme du reflux de la bile dans la vésicule du fiel.

A l'appui de ses expériences, Amussat présente à l'Académie une préparation anatomique dont l'importance, s'ajoutant à celle de sa communication, attire sur lui et sur ses premiers travaux un éclatant témoignage d'intérêt et d'estime.

En 1825, ses Recherches sur le système nerveux ont pour but de démontrer la disposition des origines des nerfs de la moelle épinière.

Il expose, dans un autre travail, la communication des veines avec les vaisseaux lymphatiques.

En 1826, il présente à l'Académie un travail Sur les rapports anatomiques de l'artère épigastrique dans les différentes espèces de hernies, et il y joint des considérations pratiques sur un mode de taxis puissant et gradué, dont tous les chirurgiens ont pu faire d'utiles applications, mais qui exige beaucoup de prudence dans son emploi.

En 1826 également, il soutient sa thèse à la Faculté de Paris, Sur l'étude de l'anatomie, en exposant l'utilité des expériences sur les animaux pour apprendre la physiologie. Ce travail intéressant est adressé aux élèves, pour

rapport des sels et surtout celui du fer. C'est d'après l'ensemble de ces symptômes que le professeur Vogel se croit seulement autorisé à prononcer le diagnostic. Mais, malheureusement, les annales de la science ne renferment pas deux observations pareilles, et peu de médecins, en France du moins, pourront en grossir le nombre.

Dr B. SCHNEPF.

(La fin au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE THERMALE.

DE LA MÉDICATION PURGATIVE EN GÉNÉRAL ET DES EAUX MINÉRALES PURGATIVES EN PARTICULIER ; par le docteur J. KUHN, correspondant de l'Académie impériale de médecine.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

I. — SOURCES PURGATIVES SANS ÉTABLISSEMENT THERMAL.

1° SOURCES SULFATÉES.

Pullna. De toutes les sources purgatives, Pulina est la plus riche en principes salins, puisqu'elle en renferme 33 grammes par litre, dont 16 de sulfate de soude, 12 de sulfate de magnésie et 2,50 de chlorure de magnésium.

Saidschütz, 23 grammes de principes fixes, dont 11 de sulfate de magnésie, 6 de sulfate de soude et 3 de nitrate de magnésie.

Sedlitz, 16 grammes de matière saline, dont 13 de sulfate de magnésie.

Birmenstorf, 20 grammes de principes salins, dont 14 de sulfate de magnésie et 4,50 de sulfate de soude.

Ces quatre sources sont froides, peu ou point gazeuses, et se ressemblent toutes par la grande quantité de sulfates sodique et magnésique qu'elles renferment. Ce sont, comme on voit, des solutions franchement purgatives, qui ne diffèrent guère l'une de l'autre que par le plus ou moins de saturation. Elles s'emploient toutes comme moyens pharmaceutiques et nullement comme agents de médication thermale. Leur usage est tellement répandu aujourd'hui qu'il serait superflu d'énumérer les nombreuses applications auxquelles ces eaux peuvent se prêter ; je dirai seulement qu'elles purgent plus facilement que les eaux chlorurées, et qu'elles peuvent trouver un emploi utile dans une foule de pyrexies et d'autres circonstances où les eaux chlorurées seraient trop excitantes. Ainsi, dans les fièvres muqueuses ou typhoïdes les eaux de Sedlitz peuvent être données en pleine période inflammatoire, tandis que les eaux chlorurées ne pourraient être administrées convenablement que lorsque l'éréthisme vasculaire serait déjà tombé.

2° SOURCE CHLORO-SULFATÉE.

Friedrichshall. Cette source, l'une des plus actives que l'on connaisse, contient par litre d'eau plus de 25 grammes de principes fixes, sur lesquels il y a 9,035 de sels de magnésie (sulfate et chlorure), 6,045 de sulfate de soude, et 7,940 de sel commun. Sa température est froide ; le gaz acide carbonique qu'elle renferme semble se perdre par le transport. Les principes constituants se trouvent, comme on voit, dans les proportions les plus convenables pour une bonne eau purgative ; mais ils sont évidemment trop concentrés pour ce but. L'eau de Friedrichshall purge sous un assez petit volume : un à deux verres suffisent. C'est un purgatif digestif d'une grande énergie ; c'est plutôt une essence minérale qu'une eau minérale, et comme telle elle a l'inconvénient d'être excitante. Si on l'étend d'une fois ou d'une fois et demie son volume d'eau commune, et qu'on élève le mélange à la température de 25°, on obtient une très-bonne solution laxative. On peut utilement appliquer l'eau de Friedrichshall à une foule de cas qui réclament l'usage des eaux salines ou des salins purgatifs. En raison de sa constitution chimique, elle s'emploie beaucoup à dose réfractée, par cuillerées, dans les affections fébriles de forme gastrique, muqueuse ou typhoïde ; j'en ai retiré de très-bons effets dans les cas de ce genre ; elle est moins antiphlogistique que les eaux de Sedlitz, mais par contre elle est aussi moins hyposthénisante. Elle s'emploie encore comme moyen adjuvant d'autres eaux, auxquelles on l'ajoute dans certaines proportions pour en augmenter l'effet purgatif ou pour leur communiquer des qualités évacuantes lorsqu'elles n'en possèdent point ; c'est ainsi qu'on la mêle avec les eaux de Sedlitz, de Kissingen, de Niederbronn, de Wiesbaden, de Bade, de Tœplitz, d'Aix-la-Chapelle, etc. Un des mélanges les mieux entendus, comme boisson purgative, c'est celui d'une partie de Friedrichshall avec quatre ou cinq parties de Niederbronn, pris à la température de 25° centigr. Un autre mélange également fort convenable, c'est celui fait avec l'eau de Sedlitz naturelle dans les mêmes proportions et à la même température. La propriété qu'a l'eau de Friedrichshall de renforcer, d'une manière peu désagréable au goût, l'action purgative d'autres eaux plus faibles, constitue l'un de ses principaux mérites.

II. — SOURCES PURGATIVES POURVUES D'ÉTABLISSEMENTS.

Les sources de cette seconde catégorie comprennent les groupes suivants :

1° SOURCES CHLORURÉES FROIDES.

Hombourg (source Élisabeth). Cette source, riche en gaz acide carbonique, contient par litre plus de 13 grammes de principes salins, dont 10,649 de sel commun et 1,187 de chlorure de magnésium.

Kissingen (Ragozi). 10 à 11 grammes de principes fixes, dont 8 de sel commun et 0,85 de chlorure de magnésium ; plus riche en fer et en gaz acide carbonique que Hombourg.

Considérées comme purgatives, ces deux sources laissent à désirer sous plus d'un rapport. Elles contiennent beaucoup trop de sel commun et pas assez de sulfate, soit sodique, soit magnésique ; elles sont, en outre, trop gazeuses, et se présentent dans de mauvaises conditions de température, puisqu'elles sont tout à fait froides. Elles sont en général trop excitantes et ne répondent pas convenablement au but lorsqu'il s'agit de faire suivre au malade une médication franchement purgative ou de porter sur le tube intestinal une dérivation d'une certaine durée. Leur usage doit être plus spécialement réservé pour les

---

leur épargner les difficultés que l'auteur a rencontrées lui-même dans ses études.

De 1827 à 1828, il se livre à une série d'expériences de vivisection sur les hémorrhagies traumatiques et sur les moyens d'hémostasie les plus usités.

En 1829, il dépose à l'Institut un paquet contenant l'exposé de ses recherches sur la torsion des artères, et quelque temps après il lit devant ce corps savant un mémoire sur ce sujet : il en avait conçu l'ingénieuse pensée en songeant aux inconvénients de la ligature, et en appréciant aussi les phénomènes curieux des plaies par arrachement, qui donnent lieu rarement à des hémorrhagies.

Disons toutefois qu'il semble avoir exagéré les avantages de la torsion, qui n'en restera pas moins une découverte utile pour favoriser la réunion immédiate des plaies, et pour faciliter la pratique des opérations faites à l'improviste, à la campagne ou aux armées.

En 1832, une TABLE SYNOPTIQUE DE LA LITHOTRIPSIE ET DE LA CYSTOTOMIE HYPOGASTRIQUE fait dater la lithotripsie de 1822, époque à laquelle se rattache sa note sur la possibilité du cathétérisme avec des sondes droites.

Il reprend et commente plus tard ce travail dans une discussion mémorable à l'Académie sur les avantages comparés de la taille et de la lithotritie.

En 1832, un TABLEAU DES CONCRÉTIONS URINAIRES DE L'ESPÈCE HUMAINE, classées sous le double rapport de leur volume et de leur forme, peut servir à indiquer les difficultés que l'on rencontre en pratiquant la taille et la lithotripsie.

Reconnaissant que dans bien des cas la lithotritie est impuissante à guérir la pierre et qu'elle peut même en compliquer les accidents, il adopte pour l'opération de la taille la méthode du haut appareil et en simplifie les suites. Il prévient les épanchements urineux à l'aide d'une canule courbe en gomme élastique introduite par la plaie suspubienne jusqu'au fond de la vessie, et donnant un libre passage à l'urine sans la nécessité de maintenir une sonde à demeure dans l'urètre.

En 1835, la *suture des intestins* devient pour lui l'objet de recherches intéressantes d'après les expériences de Travers sur la constriction circulaire du canal intestinal pour obtenir le rétablissement de son calibre naturel.

En 1835 aussi, des RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES HÉMORRHAGIES TRAUMATIQUES précisent les caractères différentiels des hémorrhagies artérielles et veineuses, en signalant les effets mortels de l'entrée de l'air dans les veines, les avantages de la torsion des artères.

La même année encore, une *opération d'anus artificiel*, pratiquée heureusement dans la région anale chez un nouveau-né, marque l'origine des travaux plus complets d'Amussat sur cette importante question.

Une *opération de vagin artificiel*, faite aussi avec succès en 1835, lui fournit la matière d'un travail lu à l'Institut sur les vices de conformation du vagin.

En 1836, un autre mémoire lu à l'Institut sur le *spasme de l'urètre* démontre qu'il ne suffit pas à lui seul pour s'opposer à l'introduction d'une sonde dans la vessie.

En 1837, il applique utilement la *cautérisation* au traitement de quelques *fistules urinaires*, et en particulier des fistules urétrales.

cas d'atonie du tube digestif; il convient de préférence chez les individus mous, phlegmatiques, peu impressionnables, chez ceux qui présentent habituellement des dispositions saburrales. L'action purgative devient ici en quelque sorte complémentaire des propriétés tonique, digestive ou fondante que possèdent ces sources, et ne doit être utilisée que dans les cas spéciaux qui viennent d'être désignés.

L'eau de Hombourg devient évacuante à la dose de quelques verres, mais elle provoque facilement de la chaleur et de l'agacement à l'épigastre, en sorte qu'on est souvent obligé de l'étendre soit avec du lait, soit avec de l'eau (1). « C'est bien moins à titre de purgatives, m'a dit le docteur Trapp (2), qu'à titre de digestives et de fondantes qu'il convient d'administrer les eaux de la source Élisabeth; je ne les ordonne guère qu'à dose altérante; l'effet purgatif ne doit être amené que d'une manière douce et sans efforts, et la purgation ne doit pas être le but exclusif qu'il faut chercher à atteindre dans leur emploi. »

L'eau de Kissingen est remarquable par ses propriétés à la fois toniques, fondantes et apéritives; elle convient également, et d'une manière essentielle, dans les affections abdominales, et se distingue par son aptitude à relever le ton du tube alimentaire; mais, considérée simplement comme purgative, elle présente à peu près les mêmes inconvénients que celle de Hombourg, seulement à un moindre degré; elle se prête très-bien à un emploi de quelques jours, mais ne permet pas aussi facilement un usage prolongé.

Il y a encore un grand nombre d'eaux fortement salées ou d'eaux de salines qu'on a essayé de faire valoir comme purgatives; mais, ainsi que je viens de le dire, toutes ces eaux, essentiellement stimulantes, ne présentent pas les véritables caractères pharmacodynamiques de solutions laxatives pouvant servir à des eures minérales.

2° SOURCES CHLORURÉES TIÈDES.

Uriage. Source saline sulfureuse, ayant une température de 22 à 26°, et contenant 11 grammes de principes fixes, dont 7,236 de sel commun et 2,256 de sulfates magnésique et sodique. Elle exhale une forte odeur hépatique. L'excellente température de cette source et sa composition chimique font déjà présumer qu'elle doit être purgative; et, en effet, elle purge bien à la dose de trois à six verres. Le caractère sulfureux de l'eau minérale ne nuit point à ses propriétés laxatives: il les augmente plutôt; mais il a l'inconvénient de trop blesser le goût et d'éloigner un certain public. D'un autre côté, les eaux d'Uriage sont trop chargées de sel commun, ce qui, joint à l'élément sulfureux, les rend facilement irritantes. Ainsi, malgré la constitution physico-chimique si remarquable qu'elles offrent, elles ne sauraient être considérées comme de bonnes eaux purgatives, vu qu'elles ne sont pas suffisamment dégagées de certaines qualités accessoires qui nuisent à la médication évacuante. On les emploie surtout, avec grand succès, dans les affections eczémateuses, catarrhales, et partout où il s'agit de combattre une prédominance lymphatique.

(1) Voy. Constantin James, GUIDE PRATIQUE, p. 335.
(2) Feu M. le docteur Trapp était médecin-inspecteur des eaux de Hombourg.

Soden. Parmi les différentes sources de Soden, les numéros 4 et 6 sont ceux qui doivent fixer ici notre attention.

Le numéro 4 a une bonne température, 20° centigr.; il renferme aussi moins de gaz acide carbonique que les autres sources de la même localité; mais il contient 15,876 de principes fixes, parmi lesquels il y a 14,896 de sel commun, et 0,200 de chlorure de magnésium.

Le numéro 6 (*a*) contient les mêmes principes salins, seulement en quantité un peu plus faible; il a 18 à 19° centigr.

Ces sources sont évidemment trop salées, trop excitantes pour l'usage qui les fait ici prendre en considération. De l'avis de M. Thilenius (1), médecin de ces eaux, elles doivent être utilisées comme altérantes plutôt que comme purgatives. En Allemagne, on les recommande contre les affections chroniques de la poitrine, catarrhes et tubercules: elles ont pour effet, dit-on, de détourner vers l'abdomen le mouvement fluxionnaire fixé sur les organes thoraciques. Je ne veux nullement leur contester cette propriété; mais qu'on soit sur ses gardes: il y a toujours du danger à vouloir enlever aux maladies de poitrine l'élément congestionnel avec des dérivatifs aussi excitants.

Niederbronn. Cette source contient environ 5 grammes de principes fixes, dont 3,50 de sel commun, 1 de sels de chaux, et 0,40 de sels de magnésie. Température, 18° centigr.; proportion de gaz acide carbonique assez faible.

S'il y avait un peu plus de sels de magnésie et une température seulement plus élevée de 2 à 4°, cette source serait dans de fort bonnes conditions. Néanmoins elle offre un ensemble de caractères qui lui assignent un des premiers rangs parmi les sources purgatives légères, et qui permettent de l'employer franchement partout où la méthode évacuante est indiquée. L'eau est suffisamment élevée en température pour qu'on puisse l'ingérer aux doses et aux intervalles voulus, et elle n'est pas assez chaude pour devenir excitante ou nauséeuse. Elle devient précieuse toutes les fois qu'il s'agit d'opérer une dérivation sur le tube intestinal, sans produire de secousse ou sans réveiller l'irritabilité organique: bien entendu qu'elle ne saurait trouver son emploi dans ces constipations opiniâtres, dont les moyens les plus actifs ont souvent de la peine à triompher.

L'eau de Niederbronn, d'ailleurs très-digestive, convient de préférence chez les malades qui demandent une médication peu énergique; les qualités peu excitantes de la source et les faibles proportions de gaz la rendent singulièrement apte à être utilisée dans les congestions de tête ou dans l'état apoplectique.

Cannstatt (*Sulzerrainquelle*). Cette source, dont la température est de 19° centigr., contient par litre 5,980 de principes fixes, dont 2,145 de sel commun, 0,855 de sulfate de soude, et 0,456 de sulfate de magnésie. En raison de sa température et de sa composition chimique, elle devrait être pour le moins aussi purgative que celle de Niederbronn; mais elle l'est moins (2), parce qu'elle est trop gazeuse. Ici l'action purgative devient déjà un effet accessoire des propriétés digestives et fondantes pour lesquelles on se rend plus particulièrement à cette station thermale.

(1) SODEN'S HECQUELLEN, 1850.
(2) Voy. Heyfelder, DIE HEILQUELLEN, 2° édit., art. Cannstatt.

En 1838, il préconise pour la *suture entortillée* les aiguilles en platine, comme offrant plus d'avantages que les autres.

En 1839, dans un important MÉMOIRE SUR L'INTRODUCTION ACCIDENTELLE DE L'AIR DANS LES VEINES, il résume un grand nombre d'expériences faites par lui sur les animaux vivants, et toutes les observations connues ou recueillies chez l'homme pendant le cours de certaines opérations chirurgicales.

La même année, dans son mémoire intitulé RELATION DE LA MALADIE DE BROUSSAIS, suivies de quelques réflexions pratiques sur les obstructions du rectum, il émet l'idée que l'opération de l'anus artificiel par le procédé Callisen est préférable à celui de Littre, et dans un second mémoire il modifie avantageusement ce procédé.

Il regrettait souvent de n'avoir pu en faire l'application à la maladie de l'illustre médecin en chef du Val-de-Grâce; auprès duquel il avait été appelé, et qu'il avait vu en quelque sorte mourir de jour en jour.

La *rétroversion de la matrice* dans l'état de grossesse lui fournit, en 1839 aussi, le sujet d'un mémoire basé sur deux cas de succès inespéré, et sur l'analyse de tous les faits connus du même genre, sauf des résultats différents.

En 1840, un MÉMOIRE SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS démontre la possibilité d'extirper ces tumeurs lorsqu'elles sont contenues encore dans les parois de cet organe.

Deux observations à l'appui, les seules qui lui fussent connues alors, soulèvent plusieurs questions nouvelles sur le mode d'ablation par torsion et par morcellement de ces tumeurs.

C'est aussi en 1840 que le *strabisme* et l'opération applicable à cette difformité deviennent pour Amussat et pour M. Lucien Boyer l'objet de recherches multipliées, mais aussi de toutes sortes de tribulations.

Le *bégayement*, comme le strabisme, fournit en 1841 à M. Amussat de nombreuses occasions d'appliquer la ténotomie à cette infirmité, mais en provoquant des doutes plus prononcés encore sur les avantages attribués par lui à cette opération, et en lui suscitant des critiques amères, des attaques violentes, qui portent une atteinte pénible à son amour-propre et à son repos.

Afin d'y faire diversion, la même année, dans un deuxième mémoire lu à l'Académie sur l'*anus artificiel*, il rapporte de nouvelles observations pour faire prévaloir le procédé de Callisen modifié sur celui de Littre, et en 1842 il lit à l'Institut un troisième travail sur le même sujet.

Cette année encore, sous le nom de *cicatrices d'allongement*, il propose un procédé simple pour prévenir la rétraction du tissu cicatriciel en avivant chaque jour l'angle ou les angles de certaines plaies.

En 1842 aussi *la destruction des hémorrhoïdes internes*, obtenue par lui à l'aide de la ligature d'abord et ensuite au moyen de la cautérisation, devient plus tard l'objet d'une opération ingénieuse par la combinaison de l'étranglement des bourrelets avec leur cautérisation simultanée.

Dans un mémoire lu peu de temps après à l'Institut sur le mécanisme du

3° SOURCES CHLORURÉES CHAUDES.

Balaruc. Température, 45°; principes fixes, 9 grammes, dont 6,802 de sel commun, et 1,074 de chlorure de magnésium.

Bourbonne. Température, 58°; principes fixes, 7,546, dont 5,783 de sel commun, et 0,392 de chlorure de magnésium.

Wiesbaden. Température, 67°; principes fixes, 7,250, dont 5,500 de sel commun, 0,098 de chlorure de magnésium, et 0,087 de sulfate sodique.

Ces trois sources, qui ont beaucoup d'analogie entre elles, sont toutes trop chaudes pour pouvoir être employées convenablement comme eaux purgatives. Par le fait du calorique, leur action devient très-stimulante, du moment où on les ingère à dose laxative: elles causent de l'agitation dans le système circulatoire, incommodent plus ou moins toutes les personnes nerveuses, et présentent un certain danger chez les individus exposés à des congestions de tête. Leur action purgative n'est à considérer que comme une propriété en sous-ordre, et ce n'est jamais pour la purgation uniquement qu'elles doivent être recherchées. Si l'on prend les eaux de Balaruc à titre de purgatives, dit l'ANNUAIRE DES EAUX DE LA FRANCE, p. 627, on ne peut les continuer que quatre ou cinq jours de suite. Balaruc est la plus purgative de ces trois sources; Wiesbaden est celle qui l'est le moins. La température donne à ces différentes eaux des qualités pénétrantes et résolutives très-marquées, qui les rendent précieuses non-seulement dans les nombreuses infirmités connues sous le nom d'*engorgements de bas-ventre*, mais encore et surtout dans les affections de nature rhumatismale ou goutteuse, dans les paralysies et dans les maladies dites *chirurgicales*. C'est à la sagacité du médecin à voir jusqu'à quel point l'usage interne de ces eaux, données comme purgatives, peut concourir au but du traitement sans danger pour le malade.

4° SOURCES SULFATÉES FROIDES.

Marienbad (*Kreutzbrunnen*). 8 grammes et demi de principes fixes, dont 4,716 de sulfate de soude, 1,700 de sel commun, 0,900 de bicarbonate sodique, et 0,022 de carbonate de fer. Riche en gaz acide carbonique.

Franzensbad. 5 grammes et demi de principes salins, dont 3,234 de sulfate de soude, 1,198 de sel commun, 0,665 de bicarbonate de soude, et 0,030 de carbonate de fer. Source également très-gazeuse.

Ces deux sources présenteraient la plus grande analogie avec Carlsbad, n'était la différence de température. Leur composition chimique est par aite et ne laisse, pour ainsi dire, rien à désirer. Si elles avaient 8 à 10 degrés de température de plus et si elles étaient moins chargées de gaz, ce seraient les meilleures eaux purgatives que j'aurais à mentionner. Malgré cela, elles occupent un rang distingué dans cette série d'eaux minérales: elles opèrent fort doucement et deviennent précieuses dans une foule de circonstances. Elles purgent même mieux à distance que prises sur place, parce que le transport leur fait perdre une partie de leur gaz (1). Marienbad, d'ailleurs, est plus purgative que l'autre source; mais elles sont toutes les deux très-digestives, très-résolutives, et peuvent être longtemps continuées sans fatiguer l'estomac. Elles conviennent dans les mêmes maladies que les eaux de Carlsbad; seulement elles sont moins excitantes que ces dernières, en raison de leur basse température. Aussi, dit M. Const. James, est-ce à Marienbad qu'on devra donner la préférence sur Carlsbad quand les malades sont facilement excitables, que le sang a de la tendance à se porter au cerveau, et que, par suite, il convient d'opérer ou d'entretenir une révulsion un peu active vers l'intestin.

(1) Voy. Osann, HEILQUELLEN, t. II, p. 64.

Contrexeville. Cette source, qui est très-peu gazeuse, contient près de 4 grammes de principes fixes, dont 1,320 de sulfates sodique et magésique, 1,150 de sulfate calcaire, 0,140 de chlorures alcalins, 0,197 de bicarbonate de soude, et 0,895 de bicarbonates terreux (1). Elle est trop faiblement sulfatée et n'a pas assez de température pour être franchement purgative. Cependant elle possède encore des propriétés évacuantes qui sont mises à profit par la plupart des malades qui visitent cet établissement. C'est principalement, comme on sait, pour la gravelle et pour d'autres affections des voies urinaires qu'on se rend à Contrexeville: la plupart des visiteurs y boivent de grandes quantités d'eau minérale, dans le but, en quelque sorte, d'établir de véritables courants à travers le rein et la vessie, puisque cette eau est très-diurétique. L'estomac, d'ailleurs, la supporte parfaitement, et le volume du liquide est ici un des éléments nécessaires pour amener l'effet purgatif.

Rippoldsau. Très-gazeuse; 3,625 de principes fixes, dont 1,950 de sulfate sodique, et 1,222 de carbonate calcaire.

En raison de sa température froide, de son état gazeux et du chiffre peu élevé de ses principes fixes, cette source n'est que faiblement laxative. On la choisit de préférence pour les personnes nerveuses, délicates, qui réclament l'emploi d'une eau gazeuse, et chez lesquelles il y a en même temps indication d'opérer doucement sur le bas-ventre.

5° SOURCES SULFATÉES CHAUDES.

Carlsbad. Température, 75°; principes fixes, 5,459, dont 2,587 de sulfate de soude, 1,262 de carbonate de soude, et 1,038 de sel commun.

En raison de leur composition chimique et de leur température, les eaux de Carlsbad doivent être comptées parmi les plus fondantes, les plus pénétrantes que l'on connaisse; mais leur action purgative ne peut être considérée que comme une propriété accessoire; leur haute température les rend beaucoup trop excitantes pour qu'on puisse franchement les utiliser comme laxatives. La source de Carlsbad est fondante dans le genre des fortes sources alcalines, et elle possède en outre des qualités apéritives que n'ont pas ces dernières.

Saint-Gervais. Thermo-saline sulfureuse de 39° centigr.; principes fixes, 5,144, dont 2,034 de sulfate sodique, 1,603 de sel commun, et 0,116 de chlorure de magnésium. Cette source purge doucement à la dose de quatre à six verres. Comme eau purgative, elle serait parfaite

(1) Il y a des erreurs de chiffres par rapport à ces eaux dans l'ANNUAIRE DES EAUX DE LA FRANCE et dans le GUIDE de M. Const. James. L'addition est mal faite dans le premier de ces ouvrages, et le total des principes fixes y est trop faible.

COURS DE LA BILE DANS LES CANAUX BILIAIRES, il développe les idées qu'il avait émises en 1824 devant l'Académie de médecine.

Enfin, encore en 1842, dans un mémoire SUR LA DISPOSITION DES TUMEURS SANGUINES ET SUR LES ÉPANCHEMENTS DE SANG qui se forment après la blessure des vaisseaux, il démontre l'existence d'un conduit ou trajet conducteur au centre de ces collections sanguines, et l'indication de rechercher par ce trajet la source de l'hémorrhagie ou le vaisseau divisé.

Ici, messieurs, s'arrête l'énumération seule des travaux publiés par notre savant collègue; leur importance, autant que leur multiplicité, n'excitera peut-être plus ni jalousie ni conteste, car c'est dans l'originalité même de ses œuvres qu'il faut reconnaître le vrai mérite de ce chirurgien éminent. Et ce mérite est d'autant plus appréciable, que M. Amussat ne puisait son origine ni dans les sources de l'éducation première, ni dans les avantages d'une position acquise, ni même dans les chances d'une renommée future; mais il l'avait tout entier en lui, dans sa vocation innée pour la chirurgie, dans une sagacité inventive pour les progrès ou les perfectionnements de l'art.

Oui, messieurs, disons-le bien haut, maintenant qu'il n'est plus, Amussat possédait le génie chirurgical, qui devine, invente ou perfectionne ce qu'il n'a pas créé.

Le résumé de ses travaux mettra toujours en relief ses recherches anatomiques sur l'urètre et les applications du cathétérisme rectiligne à la pratique de la lithotripsie; ses investigations expérimentales sur l'appareil biliaire et le cours de la bile, sur quelques points du système nerveux, sur l'anatomie et la réduction des hernies, sur l'opération de l'anus artificiel dans la région lombaire, sur l'anatomie pathologique des rétrécissements de l'urètre, sur l'extirpation des tumeurs fibreuses de l'utérus, sur la torsion des artères, sur l'entrée de l'air dans les veines, sur les hémorrhagies traumatiques, sur la suture des intestins, sur les maladies des voies urinaires et spécialement sur les calculs vésicaux, sur les fistules urétrales, etc.

De tous ces travaux, ceux auxquels il attachait le plus d'importance comme question d'origine ou de priorité pour l'invention de la lithotripsie, c'étaient donc ses recherches sur la possibilité du cathétérisme avec des sondes droites; il a même publié à ce sujet un exposé sommaire de documents historiques et un tableau synoptique très-étendu, où figure nécessairement la part qui lui appartient dans cette grande question.

L'histoire de l'art a enregistré la chronologie des faits sur l'importante découverte de la lithotripsie. C'est assez.

Laissons, messieurs, laissons à chacun le mérite de ses œuvres; mais au moins ne déprécions pas après sa mort, comme il l'a été de son vivant, celui qu'il faudra placer quand même au rang des chirurgiens les plus ingénieux et les plus experts de son temps.

Praticien habile, ayant acquis de bonne heure la célébrité qui s'est attachée à son nom, il avait d'autant plus de mérite d'y être parvenu qu'il ne pouvait appuyer son expérience ou son autorité sur les titres de professeur à la Faculté ou de chirurgien d'hôpital, puisqu'il n'appartenait ni à l'enseignement officiel ni au service hospitalier.

Comme opérateur, Amussat était un grand artiste, passionné pour son art, mais avec le goût et le tact, qui sont en chirurgie le coup d'œil et l'adresse.

si elle était débarrassée de l'élément sulfureux et si elle avait un peu moins de température. Cependant, telle qu'elle est, elle est précieuse sous d'autres rapports : elle peut être utilisée pour bains et pour douches à sa chaleur native; puis sa qualité sulfureuse donne un caractère particulier à ses propriétés thérapeutiques, et la fait participer à la fois des théothermes et des sources sulfatées.

6° SOURCES SÉLÉNITEUSES.

Encausse. Température de 22 à 23° centigr.; principes fixes, 3,074, dont 2,139 de sulfate calcaire, 0,542 de sulfate magnésien, et 0,320 de sel commun.

Bagnères. (Source Lasserre.) Température, 39°; principes fixes, 2,840, dont 1,832 de sulfate calcaire, 0,408 de sulfate magnésien, et 0,218 de chlorures alcalins.

Aulus. Température, 20°; principes fixes, 2 gr. 1/2, dont 1,400 de sulfate de chaux, et 0,302 de sulfate de magnésie.

Audinac. Température, 22°; principes fixes, 1,904, dont 1,117 de sulfate calcaire, et 0,496 de sulfate de magnésie.

Weissembourg. Température, 27 à 28°; principes fixes, 1,609, dont 1,048 de sulfate calcaire, et 0,383 de sulfates sodique et magnésien.

Ces différentes eaux, toutes faiblement minéralisées, doivent en partie la propriété laxative qu'elles possèdent, à leur bonne température et à l'absence du gaz acide carbonique. Elles ne purgent que légèrement; l'excitation initiale, qui leur est commune avec toutes les eaux quelconques, est ici fort peu marquée, et fait bientôt place à des effets hyposthénisants, qui les font considérer comme sédatives, et quelquefois même comme antiphlogistiques. Elles conviennent partout où il ne faut qu'une action douce et modérée, et où il y a indication de combiner l'effet apéritif avec l'effet altérant, surtout chez les personnes nerveuses, irritables, dans les maladies chroniques de l'abdomen, dans les affections vésicales et catarrhales. Weissembourg a été recommandé dans les maladies de poitrine, bronchites chroniques et phthisies même : Lasserre et Audinac pourraient, sans doute, être employées au même titre.

Dans le coup d'œil rapide que je viens de jeter sur les eaux purgatives, je n'ai mentionné que celles qui sont les plus connues ou les plus usitées. Mon but était moins de faire l'histoire complète de ces sortes d'agents que de bien établir les caractères qui distinguent une source purgative, et d'insister sur le rôle qui, dans le phénomène de la purgation, revient à chacun des éléments du liquide minéral.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite.)

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.

Les numéros de janvier et d'avril 1856 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Rapport sur la statistique de l'aliénation mentale fait au congrès international de statistique*; par M. Parchappe. 2° *Des causes de la folie*; par M. Trélat. 3° *Opinion sur la monomanie*; par M. Girard. 4° *Théorie de l'automatisme étudiée dans le manuscrit d'un monomaniaque*; par M. Baillarger. 5° *Rapport médico-légal sur l'état mental de J. R., inculpé d'homicide volontaire*; par M. Calmeil. 6° *La médecine dans l'histoire*; par M. Saucerotte. 7° *Des hallucinations dans la variole*; par M. Thore. 8° *Rapports médico-légaux sur deux aliénés accusés de meurtre*; par M. Aubanel.

DE LA STATISTIQUE DE L'ALIÉNATION MENTALE; par M. PARCHAPPE.

M. Parchappe, inspecteur général du service des aliénés, a développé, dans un rapport fait au congrès international de statistique, l'importance du rôle qui appartient de plein droit à cette science dans la réforme médicale, législative et administrative de la condition des aliénés.

La statistique est intervenue dans la fixation des programmes administratifs de l'assistance publique, en indiquant le rapport du nombre des aliénés à la population et à la variabilité de ce rapport suivant les temps et suivant les lieux. Elle a fait voir l'influence du degré de civilisation sur le développement de l'aliénation mentale. C'est à elle que la médecine a dû recourir pour prouver l'efficacité du traitement par le nombre des guérisons, et pour montrer, par la diminution de la mortalité et par les bienfaits de l'organisation du travail dans les asiles publics, les heureux effets du traitement palliatif.

En secourant et traitant les aliénés, on ne pouvait manquer de rencontrer les idiots et les crétins, qui, en fait, demeurèrent longtemps étrangers à la réforme progressive de la condition des aliénés. La médecine et l'administration ont dû demander à la statistique de préparer un meilleur avenir à ces deux grandes infortunes, en comprenant d'une manière spéciale dans ses lumineuses et fécondes investigations la double question de l'idiotie et du crétinisme.

Un grand nombre de questions, et peut-être les plus importantes, peuvent être considérées comme tranchées, au moins en ce qui concerne l'aliénation mentale proprement dite.

Ainsi la statistique a démontré que la folie est curable, et que le chiffre des guérisons s'élève à plus d'un tiers.

A défaut de renseignements positifs fournis par la statistique, une simple visite dans l'un des établissements consacrés aux aliénés démontre sans réplique que ce qui a été réalisé pour le bien-être des incurables a dépassé les promesses de la science et les espérances de la charité.

On a pu constater par la statistique l'influence exercée comme prédisposition sur le développement de la folie par le sexe, l'âge, le climat, les saisons, la condition civile, les professions. On a vu que l'agglomération des populations dans les grandes villes favorise le développement de la folie ; sans lui attribuer les caractères d'une cause fatalement déterminante, la statistique a établi la puissance de l'hérédité dans l'étiologie de la folie. Elle a conduit à reconnaître la prédominance des causes morales sur toutes les autres causes.

On ne peut se dissimuler toutefois que la contradiction s'est fréquemment produite dans les faits et les interprétations, que, et sur un certain nombre de points, les observations sont insuffisantes ou même manquent entièrement.

La généralisation des recherches, pour l'élucidation des problèmes

---

Il alliait la prudence à la fermeté, ne reculait point devant une entreprise difficile, mais ne cherchait pas à faire briller son talent ou à grandir sa réputation aux risques et périls de ceux qui se confiaient à lui. Il savait leur parler le doux langage de la persuasion, pour les soumettre aux dures épreuves des opérations les plus graves ou les plus redoutables; et, mieux encore, il savait les leur épargner toutes les fois que les ressources de l'art lui permettaient de satisfaire à la plus salutaire de toutes les indications, à celle qui seconde si bien et si heureusement les merveilleuses ressources de la nature, à celle que tous les chirurgiens devraient s'efforcer d'atteindre à force de soins, de patience, d'abnégation et d'espoir; à cette indication, enfin, qui a mérité le nom si légitime de *chirurgie conservatrice*.

Mais s'il fallait opérer, sa main ferme et habile maniait avec autant de sécurité que de bonheur tous les instruments de son arsenal.

Plusieurs, imaginés ou perfectionnés par lui, attestent combien son esprit chirurgical était inventif. C'est surtout pour les maladies des organes génito-urinaires qu'il faut rappeler les sondes droites, les urétrotomes, les porte-caustique et les lithotriteurs, sans parler de divers autres instruments, tels que des pinces à torsion, des pessaires, etc., qui portent tous l'empreinte d'une idée ingénieuse ou d'une utilité pratique.

Comme savant, M. Amussat ne prétendait point à l'érudition, mais il était doué d'une patience et d'une volonté rares dans la recherche ou l'étude d'un sujet. Persévérant, opiniâtre dans le travail, il poursuivait une idée jusqu'à ce qu'il en eût atteint la démonstration expérimentale, sans s'inquiéter peut-être assez des travaux entrepris déjà dans des vues analogues à la sienne.

L'originalité même de ses œuvres lui a valu de justes récompenses. C'est ainsi que, lauréat de l'Institut, il a remporté plusieurs prix mémorables :

L'un de 2,000 fr., pour la lithotripsie ;
Un de 6,000 fr., pour la torsion des artères ;
Un de 4,000 fr., pour l'introduction de l'air dans les veines ;
Et un de 3,000 fr., pour l'entérotomie lombaire.

Porté plusieurs fois sur des listes de candidature chirurgicale à l'Académie des sciences, s'il n'a pas eu l'honneur d'y être admis, il a la satisfaction d'en être jugé digne.

Comme membre de l'Académie de médecine, c'est à elle, vous le savez, messieurs, qu'il a dû le plus noble encouragement, la plus insigne récompense de ses premiers efforts, de ses premiers travaux, puisqu'il a été admis, et presque acclamé, en 1824, au nombre de ses membres titulaires, avant même d'avoir acquis le diplôme de docteur.

Mais il a compris toujours la reconnaissance que lui imposait cette faveur exceptionnelle; et ses autres travaux, ses nouvelles recherches, ses dernières opérations, c'est à l'Académie qu'il en a fidèlement offert les prémices, par la lecture de plusieurs mémoires, par des communications intéressantes et par des présentations diverses. Il a enfin jeté de l'éclat sur quelques-unes de ces mémorables discussions.

Comme professeur, M. Amussat s'est exercé à l'enseignement alors même qu'il était encore élève ; et plus tard, il a fait des cours très-suivis d'anatomie et de physiologie, d'anatomie chirurgicale, d'opérations et de handages, et de chirurgie expérimentale.

généraux, a besoin de s'appuyer sur des méthodes d'observation d'où puissent sortir des faits exactement comparables.

Ce but a été généralement atteint, dit M. Parchappe, en ce qui touche la statistique de l'aliénation mentale, par le questionnaire émané de la troisième sous-commission française, et imprimé dans le programme du congrès. Le rapporteur a proposé cependant, au nom de la première section, des modifications de détail, d'une réelle importance, que le congrès a adoptées. Ces modifications ont principalement consisté :

1° Dans la séparation de la folie ou aliénation mentale proprement dite de l'idiotie et du crétinisme, en trois sujets distincts d'études statistiques spéciales ;

2° Dans l'application distincte à chacune des grandes espèces d'aliénation mentale : 1° folie simple, 2° folie paralytique, 3° folie épileptique, et folie pellagreuse, pour l'Italie, de toutes les considérations statistiques formulées dans le questionnaire pour l'aliénation mentale en général ; 3° Dans la séparation complète des prédispositions, et notamment de la prédisposition héréditaire, par rapport aux causes déterminantes; 4° Dans plusieurs changements, suppressions et additions apportés à la nomenclature des causes de l'aliénation mentale.

DES CAUSES DE LA FOLIE ; par M. TRÉLAT.

Nous venons de voir, en analysant le travail de M. Parchappe, que la statistique a conduit à reconnaître la prédominance des causes morales dans l'étiologie de l'aliénation mentale. Telle n'est pas l'opinion d'un savant et consciencieux médecin de la Salpétrière, de M. Trélat. Expliquons d'abord avec lui comment a pu se produire l'opinion contraire, avant d'exposer l'ordre qu'il a établi dans l'étude des causes de la folie.

Il n'est rien de plus important et de plus grave, dans l'étude des sciences et dans ses applications, que la recherche des causes; car toute cause est la production anticipée du fait lui-même. Mais pour remonter sûrement à la source, l'observateur ne doit faillir devant aucune difficulté, il ne doit se livrer à aucun entraînement, à aucune illusion. Les faits ont leurs premières apparences, leur enveloppe séduisante pour les esprits superficiels. L'erreur est attirante de sa nature, parce qu'elle est toujours pleine de consolation et d'espérance, tandis que la vérité est la plupart du temps triste, inexorable.

L'homme rend hommage à l'importance de la cause, il la veut à tout prix, mais il la cherche souvent avec trop de précipitation; il se contente des moindres apparences et des prétextes les plus futiles. On veut une cause; pourquoi ne pas la prendre presque au hasard dans cet immense océan de déceptions, de chagrins et de tourments de toute sorte où s'agite l'espèce humaine? La misère est grande, les privations qu'elle impose sont cruelles; la violence dans les ménages y place souvent une victime à côté d'un bourreau; l'amour, l'ambition et l'envie font endurer de grands supplices. N'y a-t-il pas là de quoi expliquer la perte de la raison?

M. Trélat ne partage pas tout à fait cet avis, et tout en reconnaissant quelquefois, et dans des circonstances données, à un désastre inattendu, à un immense malheur soudainement appris, à une violente frayeur, au désespoir amoureux, aux transports de la jalousie, et même à un abus excessif et prolongé des ressources de la pensée, une action plus ou moins délétère; il n'hésite pourtant point à dire que les causes de la folie, puisées à bon droit de ce côté, ne constituent que de très-rares exceptions.

L'homme a été jeté sur la terre avec la nécessité du travail, avec son lot d'épreuves, de chagrins, et pour marcher avec assurance dans ce milieu périlleux, il a reçu ses armes de combat : sa vigueur, sa patience, son courage. Le malheur est partout; c'est l'histoire de l'homme. La lutte plus ou moins pénible, plus ou moins cruelle, telle est la condition de son existence. C'est cette lutte qui développe son intelligence et sa force. Les grandes et longues souffrances donnent une supériorité marquée à ceux qui les ont endurées.

Rien de faible et d'impuissant comme l'homme qui n'a jamais souffert.

Le malheur et le combat qu'on lui livre trompent et fortifient les organisations normales au lieu de les détériorer. Il n'est pas de plus beau spectacle, on l'a dit depuis longtemps, que celui de l'homme aux prises avec l'adversité. L'adversité la plus opiniâtre a toujours des bornes, et le courage n'en a pas.

M. Trélat croit beaucoup plus aux causes internes, à celles que chacun a en soi, qu'aux causes externes, c'est-à-dire agissant du dehors sur l'individu.

Dans le vaste service de femmes aliénées qu'il dirige depuis plus de quinze ans, M. Trélat a constamment étudié et observé toutes les malades qui s'y sont succédé, interrogé leurs proches et leurs amis, et presque toujours il est arrivé à trouver les causes internes qu'il recherchait.

Il montre par une série d'exemples frappants combien il est facile de se laisser fasciner par l'apparence extérieure des faits; ces exemples sont choisis parmi des faits qui fourmillent d'apparences insidieuses, de causes visibles assez nombreuses et assez satisfaisantes pour éloigner longtemps la pensée d'en chercher d'autres. Il faut se défier des premières lumières qui jaillissent de l'exposé des faits. M. Trélat a constaté l'influence de l'hérédité, selon lui, la cause prédominante de la folie, là où un examen superficiel aurait le plus souvent attribué le développement de la maladie à des chagrins, des malheurs, des déceptions ou tout au moins des dégoûts et des ennuis.

Ce n'est pas dans le travail, les calamités, les tourments, la persécution, la lutte enfin sous toutes ses formes, que se trouve le principe de détérioration et de mort. Là est au contraire le germe de vie, de conservation et de développement.

Les imbéciles et les idiots qui ne luttent pas, qui pensent, sentent et souffrent peu, ont la vie courte. Les intelligents et les forts, pour qui le combat est plus ou moins rude, sont en général doués d'une longue existence.

L'hérédité, voilà la cause la plus fréquente de l'aliénation, celle qui domine toutes les autres, celle qui éclate dans ses effets indépendamment des circonstances. Mais une fatalité absolue ne pèse pas sur les familles au sein desquelles on compte des aliénés. On voit souvent ces familles donner des rejetons d'une saine et helle intelligence. Les enfants qui sont atteints par voie de transmission seront frappés tôt ou tard, mais tous sont loin d'être atteints, et comme il y a deux auteurs, leurs produits peuvent tenir de l'un ou de l'autre l'irréprochabilité ou

---

Il attachait à ce dernier enseignement une si juste importance, qu'il avait depuis longtemps la pensée d'en faire le sujet d'un ouvrage spécial. Il en a seulement tracé le cadre ou fourni les éléments dans sa thèse, dans ses recherches sur les hémorrhagies traumatiques et dans son travail sur l'introduction de l'air dans les veines.

Il avait institué, chez lui, des conférences chirurgicales dans lesquelles il exposait ses travaux et les résultats de ses observations, à des praticiens français ou étrangers convoqués à ces réunions hebdomadaires. C'est pour y avoir assisté plusieurs fois que j'ai été à même d'en apprécier, comme bien d'autres, tout l'intérêt.

Il a fait aussi, en 1830, un cours de chirurgie militaire pour lequel il m'avait demandé quelques documents, dans le but d'être utile à quelques-uns des jeunes chirurgiens qui devaient se rendre à l'armée d'Afrique.

Comme homme, Amussat était d'un caractère bon et obligeant pour tous, plein d'aménité dans ses relations, affectueux pour ses élèves, bienveillant pour ses confrères, pour ceux mêmes qui ne l'aimaient pas ou qui se montraient jaloux de son mérite. Il s'attachait à ses malades, et s'il exigeait beaucoup des riches, il donnait beaucoup aux pauvres. Il avait éprouvé la gêne, les privations à l'origine de sa carrière; et, parvenu à une fortune bien acquise par un labeur constant, il était généreux, charitable, sans chercher à le paraître.

Rappelons à cet égard un fait peu connu, ou plutôt oublié, avant de dire un dernier adieu à notre excellent et si regrettable collègue.

En 1831, la veuve d'un médecin des plus honorables se trouve réduite à l'indigence; elle ose à peine implorer la compassion des confrères de son mari; elle s'adresse cependant à M. Amussat, qui la sauve d'abord de la misère, et conçoit aussitôt, ou accepte avec empressement d'un honorable confrère l'idée de fonder une association de secours entre les médecins. Il en réunit quelques-uns en conférence, et leur fait adopter sans peine son projet. Des statuts constituent définitivement l'association, qui prend le titre de *Société de prévoyance*. Elle dure deux ans, et te hien qu'elle a pu faire en si peu de temps indique tout ce qu'il faudrait attendre d'une institution plus largement établie et officiellement autorisée. L'illustre doyen de la Faculté accomplit cette œuvre, qu'il a si bien dirigée pendant le reste de sa vie; mais n'oublions pas, messieurs, que la fondation d'Orfila est une œuvre inspirée par l'heureuse initiative d'Amussat.

Comme ami, comme parent, Amussat était plein de cœur et de dévouement pour les siens. Il a été d'abord le soutien de sa mère et de ses trois sœurs, qui semblaient être ses enfants, et qui ont été élevées et mariées par lui. Modèle de tendresse, de piété filiale, il restait encore l'appui de son vénérable père, aujourd'hui âgé de quatre-vingt-dix ans, et voué à la douleur de lui survivre si, désabusé d'un pieux mensonge, il n'est pas mort en apprenant la fatale nouvelle.

Il laisse enfin un fils bien désolé, connu déjà en chirurgie par d'utiles publications; et il sera pleuré aussi par son frère d'adoption, qu'il avait associé depuis longtemps à ses travaux, à ses affections et à ses chagrins.

Que n'avait-il depuis longtemps écouté les conseils et les prières de sa fa-

le vice de leur organisation. Il y a là les mêmes variations, les mêmes nuances que pour la ressemblance de la forme. Voilà pourquoi entre frères et sœurs de la même famille il peut y avoir les plus grandes différences et souvent les oppositions les plus marquées.

OPINION SUR LA MONOMANIE; par M. H. GIRARD.

A l'occasion d'une discussion médico-légale que nous ne pouvons reproduire ici, M. Girard a exposé son opinion sur la monomanie, cette forme de l'aliénation mentale dont l'existence réelle a été si vivement attaquée depuis un certain nombre d'années.

M. Girard commence par établir que l'homme est une unité mystérieuse composée d'un corps et d'une âme. L'âme ou le moi a trois attributs essentiels qui la distinguent de la matière, *activité*, *unité*, *identité*, et trois attributs secondaires ou facultés, *intelligence*, *sensibilité*, *liberté*, qui concourent à ses opérations.

Après avoir défini la nature et les fonctions de ces attributs, l'habile médecin d'Auxerre étudie les différentes opérations du moi dans l'état ordinaire de la vie, phénomènes qui résultent de la combinaison des divers attributs de l'âme. Il constate ensuite l'influence du corps sur l'âme, la manière dont le cerveau met le moi en rapport avec le monde extérieur. Il examine l'influence que l'âme exerce sur l'organisme, puis enfin l'union elle-même de l'âme et du corps, dont l'harmonie se résume par cette formule : activité, concordance, action et réaction.

Après cette exposition doctrinale, cette profession de foi de philosophie éclectique, M. Girard expose son opinion elle-même sur la monomanie. Et de même qu'il s'est tenu à égale distance entre les spiritualistes et les matérialistes, il professe sur la monomanie une opinion mixte, ne voulant s'inscrire ni parmi ses adversaires, ni parmi ses défenseurs.

Chacun des éléments des opérations de l'âme, dit-il, les sensations, les idées, les affections, les volitions, peut être en apparence isolément modifié, comme l'hématose dans la pneumonie, la digestion dans la gastrite, la sécrétion biliaire dans l'hépatite, etc. Toutefois, chacun de ces éléments, quoique distinct, ne saurait pas plus être atteint sans que le moi tout entier et ses facultés ne s'en ressentissent, que les affections locales précédentes ne sauraient exister, sans que l'organisme ne fût modifié dans sa totalité.

Lors donc que l'altération porte principalement sur un des éléments des opérations psychiques, on dit qu'il y a monomanie ou délire partiel, quoique les opérations de l'âme, et par conséquent, le moi tout entier s'en ressente, en vertu de la loi de solidarité, qui unit entre elles toutes les facultés; comme on dit, qu'il y a pneumonie, gastrite, hépatite, etc., lorsque l'affection semble se concentrer sur le poumon, l'estomac et le foie, quoique tout l'organisme souffre, en vertu des sympathies ou de la solidarité, qui unissent entre elles les différentes fonctions et les différents organes.

Lorsque, au contraire, la modification bouleverse d'emblée et profondément toutes les facultés et les opérations de l'âme, on dit alors qu'il y a manie ou délire général, comme on appelle fièvre essentielle ces états généraux qui saisissent d'emblée l'organisme et modifient profondément toutes les fonctions.

Par suite de la concordance existant entre le moi et l'organisme, le premier ne saurait être modifié, sans que le second ne le fût aussi, et *vice versâ*.

Maintenant, lorsqu'un défaut d'harmonie éclate entre ces deux principes, au point d'enlever à l'homme la faculté de se posséder, ce défaut s'appelle aliénation mentale.

Ainsi donc au point de vue moral, le caractère essentiel de la folie, c'est l'absence de possession de soi-même, et sa conséquence, l'irresponsabilité; comme au point de vue physiologique, son caractère essentiel, c'est le trouble des fonctions organiques, et sa conséquence nécessaire, la maladie.

(*La fin au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 5 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. BINET.

NOTE SUR L'ENCÉPHALE DE L'APTÉRYX; par M. CAMILLE DARESTE.

La galerie d'anatomie comparée du muséum possède deux cerveaux d'aptéryx provenant de la mémorable expédition de Dumont d'Urville au pôle austral.

Ces cerveaux, qui n'ont pas encore été décrits, m'ont présenté une particularité fort remarquable. Les lobes optiques, organes dont la conformation et la formation forment le trait le plus remarquable du type encéphalique des oiseaux, sont rudimentaires chez l'aptéryx, et à peine visibles à l'extérieur, tandis que dans toutes les autres espèces ils ont un très-grand volume, et se présentent sous l'aspect de deux grosses éminences, occupant les parties latérales et inférieures de l'encéphale.

Cette modification de l'encéphale n'est point la seule que nous présente la classe des oiseaux. Le pont de Varole existe chez l'autruche d'une manière très-évidente quoiqu'à l'état rudimentaire. J'ignore si le fait a été signalé. Je ne l'ai trouvé indiqué nulle part. Toutefois il me paraît difficile qu'il ait échappé aux anatomistes, car les occasions de disséquer des autruches ne sont pas rares.

Je n'ai pu voir d'ailleurs sur le cerveau de l'autruche les quatre éminences mamillaires que Duvernoy y indique, et je comprendrais difficilement leur existence, parce qu'elle est liée à celle de la voûte, et que la voûte manque chez les oiseaux.

Cette modification du type primitif, très-remarquable dans une classe dont toutes les espèces sont liées entre elles par les affinités les plus intimes, trouve son application dans les conditions toutes spéciales des organes des sens dans l'aptéryx.

Cet oiseau, que nous ne connaissons encore que d'une manière très-imparfaite, a, comme un certain nombre d'autres espèces de la même classe, des habitudes nocturnes, mais qui sont le résultat d'une disposition des organes des sens, très différentes à beaucoup d'égards.

L'organe de la vue, très-développé chez les oiseaux, est surtout considérable chez les oiseaux de nuit, les hiboux, les engoulevents, etc. Dans l'aptéryx, au contraire, l'œil est très-petit, beaucoup plus que chez aucun autre oiseau. Il est de plus moins complétement organisé. D'après M. Owen, qui nous a donné dans un de ses plus beaux mémoires les seuls détails anato-

mille, de ses élèves et de ses amis pour songer au repos dont il avait tant besoin!

M. Amussat est mort à cinquante-neuf ans, le 13 mai, dans la nuit, après avoir été malade quelques jours seulement, et presque sans avoir eu d'autres souffrances qu'un anéantissement progressif de toutes ses forces. Des symptômes de diphthérie et de paralysie vésicale se sont bien déclarés dans les derniers instants; mais, en définitive, il a succombé aux fatigues continues de cette profession pénible qui tue tant de médecins épuisés à faire vivre leurs malades. Il est mort comme il avait vécu, plein de courage et de résignation.

Adieu donc, cher et excellent collègue; j'aurais voulu qu'une voix plus autorisée ou plus intime que la mienne rappelât mieux tous les labeurs de votre vie, en exprimant tous les regrets laissés après elle et en offrant à votre mémoire un hommage si bien mérité!

Puissé-je du moins avoir été l'interprète des sentiments de l'Académie pour ce suprême adieu!

— L'Académie des sciences avait à nommer un membre titulaire dans la section de botanique, à la place vacante par le décès de M. de Mirbel.

M. Gay a été nommé au troisième tour de scrutin, par 28 suffrages contre 27 donnés à M. Duchartre, et a été proclamé membre de l'Académie des sciences.

— M. le docteur Jules Canssade vient d'être nommé médecin adjoint à l'hôpital Saint-André.

— La Société d'hydrologie médicale de Paris met au concours la question suivante :

« Des vapeurs qui proviennent des eaux minérales ou qui en sont obtenues
» artificiellement, au point de vue chimique et thérapeutique, et du mode
» d'installation des appareils et des salles d'inhalation (1). »

Le prix sera de la valeur de 500 fr.

Les mémoires, écrits en français ou en toute autre langue, seront adressés, sous la forme académique, c'est-à-dire accompagnés d'un pli cacheté renfermant le nom de l'auteur, avant le 31 décembre 1857, au siége de la Société, quai Malaquais, 3.

Les membres titulaires et honoraires sont seuls exclus du concours.

(1) Bien que la Société n'entende pas soumettre à un programme particulier les travaux qui pourront lui être adressés sur ce sujet, elle doit renvoyer au tome Ier de ses ANNALES, p. 186, chez Germer-Baillière, libraire-éditeur, rue de l'École-de-Médecine, 17, où l'on trouvera quelques développements sur les divers points de vue qui lui avaient paru devoir spécialement appeler l'attention des observateurs.

miques que nous possédions aujourd'hui sur l'aptéryx (1), il manque du peigne, organe qui se retrouve dans tous les autres oiseaux, et même aussi dans certains reptiles. Cette imperfection de l'organe de la vue est compensée par le développement considérable de l'organe de l'odorat. Tandis que chez la plupart des oiseaux, même ceux dont le bec est le plus long, les narines n'occupent qu'une très-petite portion du bec supérieur, elles occupent chez l'aptéryx toute l'étendue de cette région, qui est, comme on le sait, fort développée, et viennent s'ouvrir à son extrémité antérieure. L'organisation des narines est d'ailleurs plus complexe que dans les autres oiseaux ; l'ethmoïde, au lieu d'un simple canal pour la sortie du nerf olfactif, y présente une véritable lame criblée comme l'ethmoïde de la plupart des mammifères.

Les expériences physiologiques de M. Flourens ont prouvé depuis longtemps qu'il existé chez les oiseaux une liaison physiologique entre les lobes optiques et l'organe de la vue, et que la vision est détruite par les lésions du lobe optique. Magendie a confirmé les résultats obtenus par M. Flourens, en montrant que l'atrophie du lobe optique se produit fréquemment après l'ablation de l'œil; que, par conséquent, ces deux organes ne sont pas uniquement liés par les fonctions qu'ils remplissent, et qu'il y a de plus entre eux une véritable relation anatomique, puisque la destruction de l'organe de la vue amène des altérations consécutives dans les lobes optiques.

La disposition anatomique que je signale dans l'aptéryx nous conduit, par une voie très-différente à un résultat semblable, et nous montre le même fait sous une autre forme (2).

Il serait fort intéressant de savoir si cette diminution de volume des lobes optiques s'accompagne chez l'aptéryx d'une augmentation de volume des parties de l'encéphale qui servent à l'olfaction. Mais il aurait fallu pour cela des dissections que je n'ai pu faire. J'appelle sur cette question l'attention des anatomistes qui seront assez heureux pour pouvoir disposer de cerveaux d'aptéryx.

— La section de botanique propose, par l'organe de son doyen M. Brongniart, de déclarer qu'il y a lieu d'élire à la place vacante par suite du décès de M. de Mirbel.

L'Académie va au scrutin sur cette question.

Sur 43 votants, il y a 39 oui et 4 non.

En conséquence, la section est invitée à présenter dans la prochaine séance une liste de candidats.

SÉANCE DU 12 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. ISID. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE.

A l'ouverture de la séance, M. Is. Geoffroy-Saint-Hilaire annonçait que M. Binet, qui, le 28 avril dernier, avait encore exercé les fonctions de président, était très-dangereusement malade. M. Binet est mort avant que la séance fût terminée. L'Académie a appris cette triste nouvelle au moment où allait se séparer.

ABLATION TOTALE DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE, PRATIQUÉE PAR SUITE DU DÉVELOPPEMENT DANS L'INTÉRIEUR DE CET OS D'UNE ÉNORME TUMEUR FIBREUSE; par M. le docteur Maisonneuve.

(Commissaires : MM. Velpeau, J. Cloquet.)

Cette opération, qui n'avait pas encore été pratiquée dans les hôpitaux de Paris, est remarquable par la promptitude merveilleuse de la guérison, par la perfection du résultat et surtout par le bonheur avec lequel j'ai pu conserver complétement le périoste, de sorte qu'il ne serait pas impossible, ainsi qu'il résulte des beaux travaux de M. Flourens, que l'os ne vînt à se reproduire. Voici les détails de cette opération :

Tramat (Jérôme), âgé de 33 ans, vint à l'hôpital de la Pitié, le 11 avril 1856, me consulter pour être traité d'une affection grave de la mâchoire inférieure. Cette affection, dont le malade faisait remonter l'origine à plus de huit ans, avait débuté par le côté droit de la mâchoire. Elle se manifesta d'abord par un gonflement diffus sur le trajet du corps de l'os ; puis les gencives se tuméfièrent; les dents, repoussées de bas en haut, devinrent vacillantes et finirent par tomber. A leur place on vit paraître une tumeur dure, comme fibreuse, qui envahit peu à peu l'intérieur de la bouche, pendant que de son côté l'os continuait à grossir et formait relief à l'extérieur. Tout cela s'accomplissait lentement et sans douleur, de sorte que le malade ne s'en préoccupait que médiocrement. C'est seulement depuis dix-huit mois que la gêne de la déglutition et de la parole, jointe à la difformité hideuse de son visage, l'engagèrent à se soumettre à un traitement régulier. Pendant un an environ, il fut soumis à l'usage de préparations mercurielles, iodurées, sulfureuses, etc., sans que la marche du mal fût en rien modifiée. C'est alors que sur les conseils des médecins de son pays, il se décida à venir à Paris consulter les maîtres de l'art. Tous furent d'avis que l'existence était gravement menacée, et qu'une opération seule pouvait offrir au malade des chances de salut.

La maladie envahissait alors la presque totalité de l'os maxillaire; seulement elle avait à droite un développement beaucoup plus considérable. De ce côté, son relief antérieur égalait au moins le volume du poing. A l'intérieur, elle refoulait la langue et le voile du palais, et remplissait la plus grande partie de la cavité buccale. Du côté gauche, elle était beaucoup moins saillante ; mais il était facile de reconnaître qu'elle s'étendait jusqu'à la base de la branche verticale de l'os. Dans tous ses points, la tumeur était ferme et résistante ; à l'extérieur elle avait la dureté osseuse, tandis que dans l'intérieur de la bouche elle donnait plutôt la sensation du tissu fibreux. Sa face gingivale, entièrement dépouillée de dents molaires, offrait un sillon profond, dans lequel s'engageait l'arcade dentaire supérieure. En avant, au contraire, et à gauche, les dents étaient complètes et seulement un peu déviées de leur direction normale. Les téguments muqueux et cutanés n'offraient aucune altération, ils glissaient facilement sur la tumeur. Aucun engorgement n'existait du côté des ganglions; la santé générale était excellente. Tel était l'état des choses, lorsque le 15 avril je procédai à l'opération.

Le malade étant soumis au chloroforme, j'incisai verticalement la lèvre inférieure sur la ligne médiane, et, continuant l'incision horizontalement du côté droit, je divisai profondément les parties molles jusqu'au devant du masséter. Dans un deuxième temps, je divisai l'os maxillaire sur la ligne médiane au moyen de la scie à chaîne; puis, avec le bout du doigt et l'extrémité mousse des ciseaux courbes, je détachai les parties molles tant à l'extérieur qu'à l'intérieur, en ayant soin d'enlever en même temps le périoste : ce temps fut long et laborieux, à cause du volume de la tumeur et de la saillie qu'elle faisait du côté de l'arrière-gorge. Dans un quatrième temps, je fis basculer l'os pour amener en avant l'apophyse coronoïde; mais celui-ci, devenu trop fragile par suite de la distension de ses fibres, se brisa au-dessous de l'apophyse. Saisissant alors celle-ci avec un davier, je l'attirai en avant, divisai le tendon du crotaphyte et du ptérygoïdien externe avec des ciseaux courbes, et terminai cette première partie de l'opération en extrayant le condyle. Le plus difficile était fait; l'autre portion du maxillaire, bien qu'altérée profondément, était loin d'offrir la même tuméfaction. Aussi ne crus-je pas nécessaire d'inciser les parties molles extérieures. Après avoir délivré la muqueuse gingivale, en dedans et en dehors, de l'arcade dentaire, j'énucléai l'os de son périoste, divisai d'un coup de bistouri le nerf mentonnier; puis, quant au masséter et au ptérygoïdien interne, je les déchirai près de leur insertion avec le bout du doigt indicateur. Faisant ensuite basculer l'os pour attirer en avant l'apophyse coronoïde, je divisai, avec des ciseaux courbes, le tendon du temporal et celui du ptérygoïdien externe, et par un brusque mouvement d'arrachement, je terminai l'opération.

L'extirpation de la moitié latérale droite avait exigé trois ligatures ; celle de la moitié gauche n'en réclama aucune. Quelques bourdonnets de charpie furent seuls introduits dans l'espèce de cul-de-sac correspondant au condyle ; puis je procédai au rapprochement des parties.

Par excès de prudence, et bien que la langue n'eût aucune tendance à se porter en arrière, je crus devoir passer un fil à la base du frein; puis je rapprochai les deux moitiés de la lèvre, ainsi que les bords de la plaie horizontale du côté droit avec des points de suture entortillée, sur lesquels je fixai le fil qui retenait la langue.

Immédiatement après le pansement, le malade put avaler sans trop de peine quelques gorgées d'eau et de vin sucrés; cependant je crus devoir opérer l'alimentation pendant les deux premiers jours avec la sonde œsophagienne.

Les suites de cette opération furent d'une simplicité inespérée. C'est à peine si le malade eut la fièvre traumatique; la réunion de la plaie extérieure se fit par première intension dans les neuf dixièmes de son étendue. Dès le deuxième jour je pus retirer les bourdonnets de charpie de l'intérieur; le quatrième jour j'enlevai les épingles ; dès lors la guérison parut assurée, et en effet elle ne s'est point démentie.

Aujourd'hui, quatre semaines seulement se sont écoulées depuis l'opération, et la guérison est tellement parfaite, qu'on a vraiment peine à croire à tout ce qui s'est passé. Le visage, de monstrueux qu'il était, est devenu régulier et même gracieux ; l'œil le plus exercé a peine à y retrouver les traces d'une légère cicatrice. Les mouvements de la bouche sont conservés intacts. La langue a recouvré tous ses mouvements ; la parole est nette et facile; la déglutition s'opère sans obstacle, et déjà même à la place de l'os maxillaire on voit qu'il se développe un tissu dense et résistant qui, grâce à l'entière conservation du périoste, pourrait bien plus tard subir la transformation osseuse.

Description sur la pièce anatomique. — La pièce anatomique représente la mâchoire inférieure tout entière, complétement dépouillée de son périoste. On y remarque aux condyles, aux angles et à l'apophyse coronoïde des portions de fibres musculaires appartenant aux masséters, aux deux ptérygoïdiens et aux crotaphytes.

Du côté droit, cet os forme une tumeur du volume du poing, constituée par la présence d'une production fibreuse, qui s'est développée dans son intérieur, et en a écarté les fibres au point de les réduire à une couche mince et transparente. Du côté gauche, l'altération est moins avancée; cepen-

(1) Les parties osseuses de l'orbite sont également modifiées, le trou optique est percé dans le frontal et non dans le sphénoïde.

(2) Cette relation, si manifeste chez les oiseaux, existe-t-elle dans les autres classes du type des Vertébrés, entre l'appareil de la vue et les parties de l'encéphale qui correspondent aux lobes optiques des oiseaux? C'est l'opinion de plusieurs physiologistes modernes et particulièrement de M. Longet (Anatomie et physiologie du système nerveux, t. I, p. 455; et Traité de physiologie, t. II, p. fasc. 2, p. 23 et 220).

Toutefois, si cette relation parait exister dans le plus grand nombre des cas, il y a cependant quelques exceptions dont on n'a pas jusqu'à présent donné une explication satisfaisante.

J'étudie actuellement cette question, mais je n'ai pu encore réunir un nombre de matériaux suffisant pour pouvoir faire connaître mes idées à son sujet.

dant l'os a triplé de volume, et la production fibreuse s'est creusé dans toute l'étendue de la portion horizontale un long canal de 2 à 3 centimètres de diamètre.

Le tissu de la production morbide est essentiellement fibreux, sans aucun mélange de corpuscules cancéreux, épithéliaux ou fibro-plastiques.

DE LA FACULTÉ ASSIMILATRICE DES DIFFÉRENTS CORPS GRAS; par M. BERTHÉ.

(Commissaires, MM. Chevreul, Cl. Bernard.)

Les belles expériences de MM. Dumas, Persoz, Liebig, Boussingault et autres savants, ont fait connaître l'utilité des corps gras dans la nutrition comme aliments respiratoires. Celles de M. Claude Bernard nous ont appris quels agents la nature mettait en œuvre pour digérer ces corps et les rendre propres à l'assimilation.

Mais tous les corps gras ne possèdent pas un même degré la faculté d'être assimilés : les uns se digèrent avec une facilité presque inépuisable; pour d'autres, au contraire, l'organisme arrive promptement à un état qu'on pourrait considérer comme voisin de la saturation, de sorte qu'après un temps déterminé, on retrouve dans les excréments une proportion de corps gras sensiblement égale à celle qui a été ingérée. Y a-t-il des règles qui régissent cette propriété assimilatrice? C'est ce que je me suis proposé d'éclairer en entreprenant les recherches exposées dans le présent mémoire.

Les corps gras que j'ai soumis à l'essai sont, outre le beurre, les huiles d'amande, d'œillette, d'olive, de baleine, l'huile de foie morue dite anglaise, l'huile de foie de morue lavée ou décolorée par les alcalis et le charbon, l'huile de foie de morue brune et pure; toutes ces huiles furent successivement administrées à un même homme, bien portant et soumis à un régime particulier, depuis la dose de 30 grammes jusqu'à 60 par jour. Par une détermination exacte de la quantité d'huile contenue chaque jour dans les fèces, je suis arrivé à reconnaître que la moyenne de jours nécessaires pour arriver à une saturation complète, c'est-à-dire au moment où la presque totalité du corps gras se retrouve dans les excréments, est de douze jours pour les huiles d'œillette, d'olive, d'amande; d'un mois environ pour le beurre, les huiles de baleine, de foie de morue anglaise, décolorées ou lavées; et qu'enfin un mois d'administration d'huile de foie de morue brune et pure est insuffisant pour qu'il soit possible de constater une augmentation appréciable de matière grasse dans les excréments.

D'où je conclus que les corps gras peuvent être divisés en trois classes basées sur leurs propriétés assimilatrices.

1re *classe*. Corps difficilement assimilables. — Huile d'œillette, d'olive, d'amande et probablement toutes les huiles végétales.

2e *classe*. Corps assimilables. — Beurre, huile de baleine, de morue blanche, de morue décolorée ou lavée et probablement toutes les graisses animales.

3e *classe*. Corps très-assimilables. — Huile de foie de morue brune et pure.

DE L'ACIDE ARSÉNIEUX DANS LES CONGESTIONS APOPLECTIQUES; par M. LAMARRE-PICQUOT.

(Commissaires : MM. Andral, Balard.)

L'auteur, en terminant son mémoire, résume dans les propositions suivantes les résultats auxquels il a été conduit :

La disposition à l'apoplexie dépend communément d'un accroissement outre mesure des globules du sang. L'acide arsénieux paraît avoir pour premier effet de rendre le sang moins riche en globules et moins plastique, et il offre en effet, dans toutes les congestions de forme apoplectique, un agent thérapeutique des plus précieux.

Il est indispensable, avant de commencer une médication arsenicale, chez des sujets prédisposés aux affections apoplectiques, de constater l'état de richesse du sang ou de son altération; car, dans la supposition où ce fluide serait pauvre en globules, l'usage de l'acide arsénieux, essentiellement hyposthénisant, accroîtrait cette condition anormale.

L'action de l'acide arsénieux se liant d'une manière intime avec le résultat des digestions, on est conduit à en faire usage au moment des repas, afin d'en faciliter la tolérance et l'assimilation.

Il est nécessaire d'en prolonger l'usage au delà du terme de la guérison, afin d'avoir plus de chances de durée. Dans le cas de récidive des affections apoplectiques, alors qu'il s'agit d'imprimer une modification profonde à l'économie, il y a nécessité absolue de continuer le traitement pendant longtemps, car cette modification, se liant aux actes de l'assimilation, ne peut devenir stable qu'à la longue.

La médication arsenicale a pour résultat pratique de diminuer les conséquences fâcheuses des congestions cérébrales, quand, par la marche seule des années, les individus sont prédisposés à l'apoplexie par une constitution à prédominance sanguine.

La dose de l'acide arsénieux de 4 milligrammes à 1 centigramme par jour a été généralement suffisante dans le traitement des affections apoplectiques.

— M. ISAMBERT prie l'Académie de vouloir bien admettre parmi les pièces de concours pour les prix de médecine et de chirurgie un opuscule qu'il vient de publier « sur l'emploi thérapeutique du chlorate de potasse, spécialement dans les affections diphthériques. »

Conformément à une condition imposée aux concurrents, M. Isambert joint à son livre une note manuscrite qui en offre l'analyse raisonnée.

(Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— La section de botanique présente la liste suivante de candidats pour la place vacante par suite du décès de M. de Mirbel :

Au premier rang.	M. Duchartre.
Au deuxième rang, *ex æquo* et par ordre alphab.,	M. Chatin.
	M. Lestiboudois.
	M. Weddell.
Au troisième rang, *ex æquo* et par ordre alphab.,	M. Gay (Claude).
	M. Trécul.
Au quatrième rang.	M. Germain (de Saint-Pierre.

Les titres des candidats sont discutés. L'élection aura lieu dans la prochaine séance.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 20 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre du commerce, de l'agriculture et des travaux publics transmet à l'Académie :

1° Un exemplaire de la carte géologique de la France, accompagné des deux premiers volumes du texte explicatif.

2° Le rapport de M. le docteur Ripoll sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Montastruc (arrondissement de Toulouse).

3° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1855 dans les départements de la Seine-Inférieure, de la Charente, d'Ille-et-Vilaine, de l'Aube. (Comm. des épidémies.)

4° Les rapports de M. le docteur Bernard sur le service médical des eaux minérales d'Uriage (Isère); de M. le docteur Isarié, sur le service des Eaux-Chaudes (Basses-Pyrénées); de M. le docteur Sehille, sur les eaux de Plombières (Vosges) pendant l'année 1854.

5° Une demande à l'effet d'obtenir l'autorisation d'exploiter une source minérale située dans une propriété, à Ardes (Puy-de-Dôme). (Comm. des eaux minérales.)

6° Une lettre de M. Renault, chirurgien de l'asile d'aliénés de l'Orne, annonçant qu'il vient de découvrir le *cow-pox* dans le département où il réside. Il envoie en même temps deux plaques de virus.

7° Les tableaux des vaccinations pratiquées pendant l'année 1855 dans les départements du Jura et des Vosges. (Comm. de vaccine.)

— La correspondance non officielle comprend :

Une lettre de M. FOUCAUD (de l'Espagnery), qui prie l'Académie de l'inscrire au nombre des candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique et de matière médicale. (Renvoi à la section.)

Une lettre de MM. CHEVALLIER et O. HENRY, qui réclament la priorité de l'idée émise dans le travail de MM. Labourdette et Dumesnil sur le passage de l'iode dans le lait de quelques mammifères par assimilation digestive. Ils joignent à cette lettre une brochure publiée en 1839, et qui renferme des considérations sur le passage dans le lait de diverses substances, et notamment de l'iodure de potassium, sur les conditions dans lesquelles l'expérimentateur doit se placer pour faire arriver cette substance dans le lait, et enfin les déductions qu'on en peut tirer au point de vue de la thérapeutique. (Renvoi à la commission chargée ce l'examen du mémoire de MM. Labourdette et Dumesnil.)

Un mémoire de M. le docteur DELENDA, intitulé : PARALLÈLE ENTRE LES OBSERVATIONS CONSIGNÉES DANS LES ÉCRITS D'HIPPOCRATE ET CELLES QU'ON RECUEILLE DE NOS JOURS EN GRÈCE. (Commissaires : MM. Louis, Bousquet, Gibert.)

Un deuxième mémoire du même auteur ayant pour titre : MONOGRAPHIE CLINIQUE DES CHAGRINS. (M. Baillarger, rapporteur.)

Un tableau statistique indiquant l'état sanitaire du personnel du chemin de fer de Paris à Lyon pendant l'année 1855, et un mémoire intitulé : OBSERVATIONS MÉDICALES AU SUJET DU TABLEAU STATISTIQUE, par M. le docteur DEVILLIERS. (Comm. : MM. Hervez de Chégoin et Gimelle.)

Un pli cacheté adressé par M. le docteur DUCHESNE, contenant des considérations relatives à l'influence des chemins de fer sur la santé des populations. (Ce dépôt est accepté.)

Un autre pli cacheté envoyé par M. PÉREZ (de Nice), contenant la description d'une main mécanique. (Ce dépôt est accepté.)

M. BOULLAY, membre de l'Académie, fait hommage à la compagnie de 20 volumes et de 34 brochures pour la bibliothèque.

M. LE PRÉSIDENT remercie M. Boullay au nom de l'Académie.

— M. EDMOND LANGLEBERT adresse la lettre suivante :

« Monsieur le président,

» Je vous prie de faire connaître à l'Académie que je suis complètement étranger à l'invention d'un traitement clandestin du choléra, que M. le rapporteur de la commission des remèdes secrets a qualifié, dans la séance du 13 mai, en des termes justement sévères. L'auteur de ce prétendu traitement est un nommé Adolphe Langlebert, officier de santé se disant docteur, et désigné comme tel dans le rapport de la commission. Comme je suis, à Paris, le seul docteur en médecine portant ce nom, les personnes qui ne me connaissent

qu'imparfaitement ont pu croire qu'il s'agissait de moi. Ce n'est pas d'ailleurs la première fois que j'aie à souffrir de cette fâcheuse similitude de nom et de profession. Jusqu'à présent je n'ai pas réclamé; mais, dans cette circonstance, je crois qu'il est de mon devoir, dans l'intérêt de ma dignité et pour l'honneur même du corps médical, de demander qu'une rectification soit faite au rapport, et, s'il y a lieu, au procès-verbal de la séance où cette pièce a été lue.

» Agréez, etc. »

M. Robinet déclare que la signature embrouillée de l'auteur du spécifique était bien de nature à faire supposer que le nommé Adolphe Langlebert était docteur en médecine. Les employés du ministère s'y étaient trompés avant le rapporteur lui-même, et avaient donné à ce soi-disant guérisseur la qualification de docteur dans leur lettre d'envoi.

M. Robinet regrette vivement que son rapport ait pu donner lieu à une confusion fâcheuse au détriment de M. Edmond Langlebert. Il demande que la lettre de cet honorable confrère soit imprimée dans le Bulletin et envoyée à M. le ministre de l'agriculture et du commerce.

La proposition de M. Robinet, appuyée par MM. Cloquet et Velpeau, est adoptée par l'Académie.

— M. Ségalas demande que le rapport lu dans la dernière séance par M. Gimelle, sur le travail de M. le docteur Devilliers, relatif au service médical du chemin de fer de Lyon, soit envoyé au ministre des travaux publics et du commerce.

M. Chevallier appuie cette proposition et demande qu'on adresse au ministre, en même temps que ce rapport, les observations de M. Jules Cloquet, qui en sont un utile complément.

La proposition de M. Ségalas est adoptée avec la modification proposée par M. Chevallier.

— M. le Président annonce à l'Académie la mort de M. le docteur Poncet (de Feurs), membre correspondant.

— Sur l'invitation de M. Bussy, M. H. Larrey donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, aux obsèques de M. Amussat. (Voy. p. 313.)

DU SANG DANS L'ÉTAT PHYSIOLOGIQUE ET DANS L'ÉTAT PATHOLOGIQUE.

M. le docteur Max. Parchappe, membre correspondant de l'Académie et candidat à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique, commence la lecture de la deuxième partie de son mémoire sur le sang considéré à l'état physiologique et à l'état pathologique. (Nous publierons prochainement la substance de ce mémoire.)

DU TISSU PIGMENTAL ET DE SES MÉTAMORPHOSES.

M. le docteur M.-H. Deschamps lit un mémoire intitulé : Recherches du tissu pigmental et de ses métamorphoses.

1° *Tissu pigmental (anthropologie).*

La peau humaine est une membrane complexe : dans sa structure, elle comprend l'*épiderme*, le *tissu pigmental* et le *derme*, tissus élémentaires, superposés, membraneux, blanchâtres, de nature et de propriétés entièrement différentes.

Dès que le tégument se colore, il se fait une métamorphose : les cellules blanches du tissu pigmental se changent en cellules granuleuses de pigment qui, tantôt restent combinées, tantôt deviennent libres et se déploient en fine couche nouvelle au-dessus du tissu nouveau. Le pigment est le corps muqueux de Malpighi.

Race blanche. — Le tissu pigmentaire est une membrane pellucide, molle, opaque, variable pour sa blancheur, plus variable encore dans son épaisseur, partout continue à elle-même et parallèle à la surface du derme dont elle suit les anfractuosités. Tiraillé, le tissu éprouve l'allongement et le retrait passif des membranes séreuses : il se plisse, il se roule sur le scalpel de même que la choroïde; mais sa texture cellulo-villeuse est plus ferme que cette membrane, il a plus de cohésion. Aucun vaisseau, aucun nerf, aucune fibre ne se dessinent dans ce canevas organique, qui est indivisible en deux feuillets.

Des *filaments* multiples sont destinés à unir sa surface externe à l'épiderme. Expansions fibrillaires du tissu pigmental, les filaments sont pleins, non canaliculés et imperméables aux injections : ce sont des poils rudimentaires dépourvus d'utricules; ils n'existent pas chez les mammifères qui ont un pelage. Les moyens d'union du derme avec le nouveau tissu sont l'application immédiate et parallèle des deux surfaces, les canalicules sudorifères perforants, et surtout les prolongements du tissu pigmental dans les utricules pilifères : d'où ils sortent métamorphosés en poils.

Quand la peau blanche se colore, le pigment est *naturel, accidentel* et *pathologique*.

Le pigment naturel ou physiologique se trouve aux mamelles, aux organes de la génération, au pourtour de l'anus. La gestation donne une activité nouvelle à la formation des cellules colorées; le masque des femmes enceintes, quelquefois très-étendu, en est une preuve. Les taches de naissance ou *nævi materni*, les taches de rousseur ont également leur siége dans l'épaisseur de cette membrane des métamorphoses.

Le climat provoque le développement du pigmentum accidentel. Dans la peau hâlée, brunie, les cellules colorées se développent et restent combinées; mais la peau blanche, à l'état normal chez les Européens, possède un tissu pigmental, blanchâtre, incolore.

La nigritie partielle de la peau blanche représente le pigment pathologique.

Races colorées. — La peau des races de couleur est formée sur le même plan de structure que la peau de la race blanche : elle se compose de trois tissus blanchâtres, de l'épiderme, du tissu pigmental et du derme. Le pigment ou le corps muqueux connu en anatomie, est libre et étalé à la surface du nouveau tissu.

La quantité des cellules granuleuses n'est pas égale sur toute l'enveloppe du corps; elle est plus grande sur les régions les plus exposées aux rayons lumineux. A la plante des pieds et à la paume des mains, le tégument est rougeâtre, blanchâtre, et le pigment est nul ou presque nul; pourtant c'est là que l'on a surtout cherché à dévoiler la structure de la peau du nègre.

M. Deschamps dit qu'il n'est pas possible d'admettre l'existence de deux épidermes dans la structure de la peau humaine, quand on a préparé soi-même le tégument, et il fournit à l'appui de son assertion des preuves anatomiques. Enfin, les propriétés physiques, chimiques et microscopiques du tissu pigmental étant exposées, survient une histologie zoologique très-étendue dont voici les principaux résultats.

2° *Tissu pigmental (zoologie).*

L'épiderme est toujours une membrane superficielle externe : le derme occupe une situation profonde interne, également invariable; mais le tissu pigmental le plus mobile et le plus extraordinaire des tissus de l'économie animale, au lieu de rester à la place médiane, franchit ses limites et dépasse l'épiderme qu'il recouvre de poils et de plumes; les mammifères et les oiseaux n'ont par conséquent qu'un épiderme qui se brise en furfures et le derme, le tissu pigmental se trouvant métamorphosé. Aussitôt qu'une partie du tégument est dépourvue de poils et de plumes, les trois tissus reparaissent dans l'ordre naturel de superposition. Les reptiles offrent des métamorphoses sans déplacement du tissu pigmental. Cette membrane nouvelle est simplement colorée chez les batraciens et dans la peau des parties mobiles des chéloniens, mais elle se métamorphose en écailles sur les boucliers. Les ophidiens, les sauriens et les poissons à écailles ont des séries de grosses papilles dermiques aplaties et recouvertes d'une double gaîne, l'une écailleuse, l'autre épidermique. La structure du tégument des invertébrés se divise en *homogène, distinct* et *combiné*; elle diffère dans ces trois états.

Les recherches se terminent par une exposition générale du mécanisme des métamorphoses du tissu pigmental quand il forme les poils, les plumes, les écailles et les dents.

(Comm. : MM. Cruveilhier, Barth, Robert.)

La séance est levée à cinq heures.

ADDITION A LA SÉANCE PRÉCÉDENTE.

M. le docteur Rilliet, médecin en chef de l'hôpital de Genève, adresse la lettre suivante :

« Monsieur le président,

» J'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien mettre sous les yeux de l'Académie la note suivante, rédigée à propos de la communication sur l'étiologie de la surdi-mutité congénitale, faite par M. le docteur Ménière, dans la séance du 29 avril 1856, et dont j'ai pris connaissance, le lundi 5 mai, dans le compte-rendu de la Gazette Médicale du samedi 3 mai.

» Agréez, etc.

» Genève, 7 mai 1856. »

NOTE SUR L'INFLUENCE DE LA CONSANGUINITÉ SUR LES PRODUITS DU MARIAGE.

Depuis plusieurs années, je m'occupe de recherches relatives à l'influence exercée sur la santé des rejetons par les alliances entre proches parents.

L'idée de ce travail m'a été suggérée par le nombre relativement considérable de mariages entre consanguins qui ont lieu à Genève, et par la position favorable dans laquelle j'ai été placé pour recueillir des faits parfaitement authentiques.

C'est à ces recherches que faisait allusion le paragraphe suivant inséré dans le Traité clinique et pratique des maladies des enfants, que j'ai publié en collaboration avec mon ami le docteur Barthez (t. Ier, p. 7, 2e édit., 1853) :

« Ce n'est pas seulement sur l'hérédité proprement dite, directe ou collatérale, que l'homme de l'art doit être éclairé, mais aussi sur l'âge des parents au moment de la conception, et plus encore sur les liens de parenté qui les unissent. Un jour peut-être nous aurons le loisir de traiter cette dernière question dans toute son étendue. Qu'il nous suffise de poser ici en principe que, dans la grande majorité des cas, les alliances entre proches parents sont funestes. Nous en voyons tous les jours des résultats si fâcheux que nous comprenons les motifs des législateurs religieux qui les avaient prohibées.

» Les maladies engendrées sous cette influence, sont :

» 1° Pour quelques enfants un défaut de vitalité qui les fait périr avant terme ou en bas âge.

» 2° Pour d'autres, plus nombreux encore, des maladies du système nerveux, et, en première ligne l'épilepsie et l'idiotie; pour d'autres, mais en plus petit nombre, la scrofule et ses conséquences.

» Les enfants nés dans les conditions dont nous venons de parler ne subissent pas tous la funeste influence de leur origine; mais le nombre en est assez grand pour nous engager à appeler sur ce point délicat l'attention des médecins et des parents. »

Pour être mené à bonne fin, le travail que j'ai entrepris demande beaucoup de temps et des observations multiples et répétées. Il est hérissé de difficultés de toute espèce, et compliqué comme tous les sujets qui de près ou de loin se rattachent à la solution de l'une des questions les plus ardues de l'étiologie pathologique, l'hérédité.

Je suis déjà arrivé à quelques résultats, et j'en entrevois d'autres, sinon plus importants, du moins plus nombreux. Mais je suis décidé à ne publier l'ensemble de mes recherches que lorsque j'aurai pu les appuyer sur des preuves irrécusables. Cependant je veux, dès aujourd'hui, prendre acte de quelques propositions qui ne sont que la reproduction ou les corollaires de celles que je viens de rappeler.

PROPOSITIONS RELATIVES A L'INFLUENCE EXERCÉE SUR LES PRODUITS PAR LA CONSANGUINITÉ DANS LE MARIAGE. — L'abaissement de la force vitale, conséquence des alliances entre proches parents, se traduit par des résultats variés dans leur fréquence, leur forme et leur degré. En voici l'énumération d'après un ordre logique, mais qui n'est pas celui de leur fréquence relative:

1° Absence de conception;
2° Retard de la conception;
3° Conception imparfaite (fausses couches);
4° Produits incomplets (monstruosité);
5° Produits dont la constitution physique et morale est imparfaite;
6° Produits plus spécialement exposés aux maladies du système nerveux et par ordre de fréquence:

L'épilepsie.
L'imbécillité ou l'idiotie.
La surdi-mutité.
La paralysie.
Des maladies cérébrales diverses.

7° Produits lymphatiques et prédisposés aux maladies qui relèvent de la diathèse scrofulo-tuberculeuse;
8° Produits qui meurent en bas âge et dans une proportion plus forte que les enfants nés sous d'autres conditions;
9° Produits qui, s'ils franchissent la première enfance, sont moins aptes que d'autres à résister à la maladie et à la mort.

La santé de la famille des conjoints, et la santé des conjoints eux-mêmes exerce une influence très-réelle sur le degré et le mode d'abaissement de la force vitale chez les produits. Il est probable que c'est aux conditions de santé des ascendants, ainsi qu'aux circonstances dynamiques dans lesquelles se trouvent les parents au moment du rapprochement des sexes, que sont dues toutes les déviations aux lois précédentes. Ainsi, il est incontestable:

1° Que, dans une même famille, *tous* les enfants peuvent échapper à l'action de la consanguinité; mais le fait est très-rare;
2° Que, dans une famille, les uns sont frappés, les autres épargnés;
3° Que ceux qui sont atteints ne le sont presque jamais *tous* de la même manière. Ainsi, ils ne sont pas tous épileptiques, tous sourds-muets, tous paralysés, tous scrofuleux. Mais ils sont diversement influencés soit pour le fond, soit pour la forme, soit pour le degré. Par exemple, l'on pourra observer dans une famille un épileptique, un imbécile, un enfant seulement retardé, au point de vue physique et moral, et un enfant qui succombera rapidement à une maladie à laquelle tout autre eût résisté. Dans une autre famille, on verra deux idiots ou imbéciles, et deux enfants en apparence bien portants; dans une troisième, un enfant atteint d'une paralysie congénitale accompagnée d'accidents épileptiformes, tandis que les autres enfants ne sont que lymphatiques, etc. Si certaines familles paraissent en tout ou en partie échapper à l'action de la consanguinité, il est à craindre que l'influence funeste de cette cause, en épargnant la première génération, ne se fasse sentir sur les suivantes, et que le résultat définitif de ces alliances ne soit l'anéantissement de la famille.

Quoique personne ne puisse revendiquer la priorité d'une idée dont on a peine à retrouver l'origine tant elle est ancienne, il n'est pas sans intérêt de rappeler en peu de mots quelle a été l'opinion des législateurs, des philosophes et des théologiens sur la consanguinité dans le mariage.

D'après les lois de Moïse, les mariages entre parents étaient interdits jusqu'au troisième degré. A Sparte et à Athènes, si les mariages entre parents au deuxième degré étaient permis par la législation, Socrate s'élevait déjà par des motifs tirés de la physiologie contre une coutume qu'il regardait comme nuisible à la saine propagation de l'espèce. Les lois romaines interdisaient les mariages entre tous les parents jusqu'au troisième degré et même, quoique avec moins de fixité, jusqu'au quatrième (cousins germains). L'Eglise catholique qui trouva ce dernier usage établi, chercha peu à peu à le réformer. Saint Augustin (cité de Dieu, XVI, 16) déclare que l'opinion est opposée à des alliances entre parents aussi rapprochés; Grégoire le Grand s'efforce également de les proscrire; et il en donne un motif tout semblable à celui qu'invoquait Socrate: « Experimento didicimus ex tali conjugio so» bolem succrescere non posse. » (Épist. lev., XII, 31.) Le concile de Trente confirmant les prescriptions antérieures de l'Église a fixé sur ce point la législation canonique (sessio XIV, XI), et il a interdit d'une manière absolue entre simples particuliers les mariages au second degré (c'est-à-dire au quatrième en droit civil).

Dans les pays protestants, la législation n'étend pas en général au delà du second degré l'interdiction du mariage entre parents; et il est en conséquence plus facile d'observer dans les sociétés où la fidélité conjugale s'allie à la faculté de contracter des alliances entre parents rapprochés, les effets qu'entraînent après eux les mariages de ce genre.

C'est ce qui m'a donné l'occasion de porter sur ce sujet une attention particulière et de pouvoir réunir, pour l'étudier, des faits variés et nombreux.

BIBLIOGRAPHIE.

ÉLÉMENTS DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE; par le professeur CHOMEL. — 4e éd. — Paris, 1856.

GENERAL PATHOLOGY AS CONDUCIVE TO THE ESTABLISHMENT OF RATIONAL PRINCIPLES FOR THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF DISEASE; by JOHN SIMON, F. R. S. (LA PATHOLOGIE GÉNÉRALE AU POINT DE VUE DE LA RECHERCHE DES PRINCIPES RATIONNELS DU DIAGNOSTIC ET DE LA THÉRAPEUTIQUE. — Londres, 1850.)

TRAITÉ DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE; par J. HENLE, professeur d'anatomie et de physiologie à Heidelberg, traduit de l'allemand en anglais par H. G. PRESTON. — Philadelphie, 1853.

Il est difficile de déterminer et de circonscrire le domaine des différentes branches de la médecine; les auteurs ne sont pas d'accord sur les limites à assigner aux parties de la science, ni sur la manière de les envisager; rien n'est plus arbitraire que les règles suivies à ce sujet; rien n'est moins fixe, et ne mérite moins peut-être de le devenir. Les trois ouvrages sur lesquels j'appelle aujourd'hui l'attention des lecteurs vont me permettre de démontrer la justesse de cette assertion; je les ai choisis parmi les livres les plus estimés en France, en Angleterre, en Allemagne, en Amérique. Le premier, les ÉLÉMENTS ou plutôt le TRAITÉ DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE de M. Chomel est depuis longtemps, en France, le livre classique de plusieurs générations d'étudiants; l'essai de J. Simon, résumé des leçons remarquables, faites par ce professeur à l'hôpital Saint-Thomas de Londres, a été réimprimé en 1852 à Philadelphie; enfin le traité de J. Henle est très-apprécié et répandu en Allemagne et aux États-Unis. On peut donc prendre ces ouvrages comme types de la littérature médicale actuelle pour le sujet dont ils traitent, la pathologie générale.

Nous ne les comparerons pas aujourd'hui entre eux, au point de vue des faits, des opinions, des doctrines; le rapprochement que nous allons faire ne portera que sur les matières traitées et leur classement.

M. Chomel considère dans la pathologie générale, l'étiologie, le diagnostic, la pronostic, l'anatomie pathologique, la thérapeutique, et enfin la classification des maladies. J. Simon traite de l'hématologie, de l'hyperémie, de l'hypertrophie, des effusions fibrineuses, de la génération des cytoblastes, de la vascularisation des tissus de nouvelle formation, des tumeurs, des tubercules et du cancer, des maladies du système nerveux, des agents thérapeutiques, qui ont une action sur les centres nerveux, de la médication évacuante dans ses rapports avec la pathologie humorale, des poisons morbides, des théories de l'infection. J. Henle passe en revue les différents systèmes qui ont régné en médecine; il étudie ensuite le titre d'étiologie générale, les effets généraux des irritants, la prédisposition morbide, les causes externes; il consacre une des quatre parties de son livre à l'étude de la sympathie et de l'antagonisme; il termine par des indications générales sur la marche et la durée des maladies, la périodicité, les crises, les métastases. On voit déjà par ce rapprochement que le choix des matières traitées diffère suivant les auteurs. M. Chomel a le cadre le plus vaste, et pourtant il ne fait pas mention, et souvent il traite à peine de beaucoup de sujets, qui sont longuement développés dans les courts traités de Simon et de Henle. D'un autre côté, ces derniers auteurs parlent à peine du diagnostic; tandis que M. Chomel consacre à la symptomatologie et au diagnostic plus de la moitié de son livre. Il y a là une différence capitale sur laquelle il n'est pas possible de fermer les yeux.

Elle tient sans doute à des manières différentes d'envisager la pathologie générale. Or la critique doit se demander laquelle de ces manières est la préférable; elle doit opter entre l'une et l'autre, et apporter les motifs de sa décision.

Doit-on faire entrer dans la pathologie générale l'étude de la symptomatologie, envisagée et divisée de la manière suivante: 1° symptômes fournis par l'habitude extérieure: attitude, volume du corps, accroissement du corps, fermeté des chairs, couleur de la peau, éruptions, plicatures; symptômes fournis par la tête, le cou, la poitrine, les épaules, l'abdomen, les organes de la génération, les membres; 2° symptômes fournis par les organes de la locomotion: os, muscles, paralysie, tremblement, roideur, crampes, soubresauts, carphologie, convulsions,

contractions; 3° symptômes fournis par la voix et la parole; 4° troubles de la sensibilité; 5°, 6°, 7° symptômes fournis par les fonctions affectives, intellectuelles, par le sommeil; 8° lipothymie, syncope, vertiges; 9°, 10°, 11°, etc., symptômes fournis par la digestion, la circulation, la respiration, par la chaleur, par les exhalations et les sécrétions, par l'absorption, par les fonctions génératives? — Les divers modes d'exploration employés pour arriver au diagnostic des maladies, la pression, la palpation, le toucher, la succussion, la mensuration, la percussion, l'auscultation, l'exploration par les sondes et les stylets, l'exploration par les spéculums, l'examen par le microscope et la loupe, tous ces moyens d'investigation, dont on est heureux de trouver dans l'ouvrage de M. Chomel l'exposé lumineux et l'appréciation exacte et pratique, est-ce là de la pathologie générale? — Nous allons plus loin. La description des diverses altérations que présentent les organes après la mort, la manière d'ouvrir les cadavres, l'ordre suivant lequel il faut procéder à l'inspection des viscères, tout cela entre-t-il à juste titre dans le cadre de la pathologie générale?

Telle n'est pas notre opinion. Ces détails élémentaires sur le diagnostic des maladies et sur les lésions morbides appartiennent à la pathologie spéciale, dont ils doivent former l'introduction; ils sont les véritables prolégomènes de l'étude particulière des maladies.

Introduits dans la pathologie générale, ils en masquent le plan, en détruisent l'ensemble, en encombrent inutilement le cadre. « La pathologie générale, dit M. Chomel, a pour objet l'étude des maladies » considérées d'une manière abstraite et dans ce qu'elles ont de commun. Elle sert à la fois d'introduction et de complément à la pathologie spéciale ou descriptive. Elle comprend ce qu'il y a de plus » simple et de plus élevé dans la science : d'une part la définition des » termes et la description des phénomènes des maladies, d'autre » part la discussion de toutes les questions fondamentales et l'exposition des principes généraux qui doivent guider le médecin. La pathologie générale résume par conséquent en elle-même les plus » humbles éléments et la plus haute philosophie de la médecine » (*Avant-propos*). » Plus loin (*page* 5), l'illustre professeur ajoute que: « la pathologie générale embrasse toutes les maladies dans un même » cadre, les étudie sous toutes leurs faces, dans leurs caractères généraux, dans les causes qui président à leur production, dans le développement, la succession et l'enchaînement des phénomènes observés pendant la vie et des lésions constatées après la mort, dans » les conditions qui modifient leur marche et font prévoir les changements qu'elles offriront dans leur cours. » On se demande, après avoir lu ces lignes, pourquoi les éléments et la philosophie de la science sont confondus, quel rapport ont entre eux ces deux ordres de faits, pourquoi l'auteur, les écrivains qu'il a imités, ceux qui l'ont suivi, ont tenu à grouper dans le même traité deux sortes de notions tout à fait distinctes, je dirai même incompatibles.

Nous bornerons à cette seule remarque ce que nous avons à dire aujourd'hui du livre si pratique, si sagement écrit, si bien pensé de M. Chomel. Il y a trente-neuf ans que la première édition de cet ouvrage a paru. Cette œuvre est donc au nombre de celles dont la réputation est faite et qui ne craignent pas la critique. Il faut que la critique en profite pour exprimer nettement ce qu'elle pense de la manière dont les écrivains envisagent chez nous la pathologie générale. Le nom du professeur Chomel fait justement autorité non pas seulement sur l'esprit des élèves mais sur celui des maîtres; il y a donc opportunité de dire ici que la pathologie générale n'est pas là où on croit la trouver; la pathologie générale n'est pas à notre sens le résumé abstrait de l'étude des maladies; elle en est la généralisation philosophique, la seule vraie généralisation; elle étudie les différents actes morbides dans leur manière d'être et dans leurs rapports réciproques; elle refait quelquefois à ce point de vue la pathologie spéciale, mais d'une manière plus large, plus approfondie. La pathologie générale exprime à toutes les époques les idées systématiques dominantes. Elle porte inévitablement le reflet des tendances, des méthodes, ou des théories régnantes. Hier encore elle se rendait compte des phénomènes morbides par une lésion des liquides, demain elle cherchera à les expliquer par la lésion des solides. Elle trouvera successivement dans les différentes forces, dans les fonctions importantes, dans les divers tissus de l'économie, le point de départ des maladies : l'estomac il y a quelques années seulement, hier la rate et le foie, aujourd'hui les capsules surrénales, à cette seule différence près que de nos jours, avec notre manie de pathologie spéciale, nous rangeons dans le cadre des maladies particulières des lésions morbides, leukocythæmie, altérations des capsules surrénales qui correspondent plutôt à un groupe de maladies, ou à des maladies générales, qu'à des espèces morbides distinctes.

A chacune des phases historiques de la médecine, l'explication des phénomènes morbides varie, les phénomènes changent, le but et les moyens de l'observation se modifient. Tout ce qui, pour nos devanciers, constituait les recherches les plus importantes, tous les sujets qui soulevaient les débats les plus animés, ne forment le plus souvent pour nous qu'une série de questions oiseuses dont la solution, dénuée d'intérêt, importe peu à la science. En sera-t-il de même des méthodes, des règles, des résultats généraux de l'étude des phénomènes morbides qui constituent la pathologie générale de notre temps? Telle est la question qu'on se pose en songeant aux révolutions si nombreuses dont l'histoire de la médecine nous offre le spectacle. Sommes-nous arrivés à une station fixe, et pouvons-nous dire, comme Gaubius et M. Chomel : « Melius est sistere gradum quam progredi per tenebras? » L'examen de cette question formera le complément de cet article.

THOLOZAN.

VARIÉTÉS.

— Par suite du décès de M. Vidal (de Cassis), M. Cullerier est nommé chirurgien de l'hôpital du Midi.

M. Morel-Lavallée, chirurgien de Lourcine, prend le service laissé vacant par M. Cullerier dans cet hôpital.

M. Jarjavay est nommé chirurgien de Lourcine, et M. Giraldès est chargé du service de chirurgie de l'hospice des Enfants-Trouvés.

— A la suite du décret du 7 mai, portant nomination d'officiers de santé de divers grades dans la marine, les destinations coloniales ont été réglées ainsi qu'il suit :

Pour la Cuyane, M. Leguillon, chirurgien de première classe.
Pour Mayotte, M. Maire, chirurgien de première classe.
Pour le Sénégal, MM. Déruas, Luzet, Berg, Ricque, chirurgiens de deuxième classe, Roche, Marion, Mac-Auliffe, chirurgiens de troisième classe.
Pour la Guadeloupe, M. Douillé, chirurgien de troisième classe.
Pour la Martinique, M. Le Bourch-Lopès, chirurgien de troisième classe.

— M. le docteur Dupont a cessé son service à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, ses six années de titulariat étant expirées.

M. le docteur Levieux, nommé titulaire à sa place, est entré en fonctions le 1er mai.

— M. Arnoux, second médecin en chef de la marine, à la Guadeloupe, a été nommé premier médecin en chef dans le service colonial.

MM. les docteurs Mondot et Clark, chirurgiens auxiliaires de troisième classe, ont été promus à la deuxième.

MM. Cros et Loiselot ayant satisfait aux examens devant le jury médical de Toulon, ont été nommés chirurgiens auxiliaires de troisième classe.

— Par décret impérial du 26 avril 1856, M. L. Levavasseur, chirurgien-major en retraite, a été promu au grade d'officier dans l'ordre de la Légion d'honneur.

— M. le docteur Alfred Pointis vient d'être nommé médecin du bureau de bienfaisance du 5e arrondissement, en remplacement de M. le docteur Blazy, démissionnaire.

— La division des services, à l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi, de Montpellier, vient d'être mise à exécution.

MM. les professeurs J. Benoît et L. Boyer sont nommés médecins en chef dudit hôpital, pour être, en cette qualité, chargés à tour de rôle du service et de la clinique des vénériens.

Des services médicaux supplémentaires seront confiés à des professeurs ou à des agrégés, quand les besoins du service l'exigeront. (REVUE THÉRAP. DU MIDI.)

— M. le docteur Cuthrie, professeur de chirurgie à l'Université de Londres, chirurgien de l'hôpital de Westminster, vient de mourir à Londres à l'âge de 71 ans.

— M. le docteur Vincent Baron vient de mourir à l'âge de 92 ans. Il exerçait la médecine à Rive-de-Gier depuis soixante-six ans.

— ERRATUM. — Il s'est glissé une faute typographique dans notre dernier numéro, page 306, 2e col., ligne 14, au lieu de : *d'une manière brute et incomplète*, lisez : *d'une manière lente et incomplète.*

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

DES GLOBULES INCOLORES DU SANG, DE LEUR VALEUR PHYSIOLOGIQUE ET PATHOLOGIQUE (LEUKOCYTHÆMIE) DU SANG BLANC (LEUKÆMIE).

(Suite et fin. — Voir les nos 14, 15, 16, 20 et 21.)

§ VIII. — NATURE DE LA LEUKOCYTHÆMIE ESSENTIELLE; LEUKOCYTHÆMIES SYMPTOMATIQUES.

Le néant nous semble si horrible que nous ne pouvons répéter, avec les biologistes, que tout ce qui vit meurt; mais nous nous soumettons volontiers aux lois de la physiologie qui enseignent que toute matière vivante est sujette à des transformations, à des métamorphoses, à des décompositions et à des recompositions successives qui ne laissent rien de stable et de durable dans l'organisme. La mutabilité la plus grande et la plus importante, sans contredit, s'accomplit dans la masse du sang, ce substratum de toute substance vivante, qui varie non-seulement d'un moment à l'autre, mais encore d'un organe à un autre organe. Tous ces éléments cependant ne vivent pas, ne se transforment pas, ne s'organisent pas: tels les sels, les gaz et l'eau, qui ne peuvent être troublés dans leur proportion et leurs qualités que suivant les lois de la matière inorganique; ce qui y participe de la vie, c'est la fibrine, cette chair coulante qui ne revêt une forme appréciable qu'après la mort; puis l'albumine, que les réactions physiques, chimiques ou morbides y décèlent seulement; enfin les globules, qui semblent être les parties animées par excellence, puisqu'ils croissent et décroissent, se meuvent et périssent; tout concourt à leur développement et à l'entretien de leur vie, d'où leur importance physiologique et la gravité de leurs modifications pathologiques.

Les globules rouges, suivant les nombreux travaux consciencieux que nous avons analysés jusqu'ici, ne sont que des globules incolores arrivés à leur état parfait et à leur maturité. Peut-être découvrira-t-on un jour le lieu et le mode de leur destruction! Peut-être la mélanæmie ne sera-t-elle qu'une exagération morbide de cette destruction! Nous sommes donc amené à dire qu'il n'y a qu'une seule espèce de globules dans le sang, ni leur volume, ni leur forme, ni leur structure, ni même leur coloration ne fournissant des caractères distinctifs assez nets et assez tranchés pour établir logiquement des variétés. Ces globules naissent incolores, comme nous l'avons établi précédemment, non dans les vaisseaux sanguins eux-mêmes, suivant les théories, plus ou moins ingénieuses, de Schrant, de Walgren et de Tigri, mais bien évidemment dans le système lymphatique en général, et dans celui de la rate plus particulièrement. L'analogie entre ces deux ordres d'organes, que nous avons déjà rappelée à plusieurs reprises, se soutient encore ici; car nous savons que les vaisseaux lymphatiques de la rate communiquent avec les veines spléniques, de même que nous savons que la lymphe est versée par le canal thoracique dans le sang veineux. Pendant ce parcours des globules dans la lymphe, il s'opère déjà des transformations de volume, de structure et de forme, tandis que la coloration ne s'y adjoint que dans les vaisseaux sanguins et principalement sous l'influence de la circulation hépatique et pulmonaire. Si le foie et le poumon pâtissent, le système lymphatique continuant à engendrer des globules incolores, il se forme déjà dans le sang une accumulation de ces corpuscules, moindre cependant que si les ganglions et la rate sont animés d'un excès de vitalité qui exagère leurs fonctions.

C'est, suivant nous, la dyscrasie engendrée par l'accumulation des globules incolores dans le sang avec diminution des globules rouges et modifications secondaires des autres éléments de ce liquide, sous l'influence d'une activité organisatrice plus grande dans le système lymphatique de la rate, du foie et de tout le corps même qui constitue l'entité morbide que nous qualifions de leukocythæmie essentielle ou idiopathique. L'étude comparative d'une autre série de faits dans lesquels on a aussi constaté une accumulation de globules incolores dans la masse du sang, par suite d'une cause débilitante quelconque indépendante de l'altération du système lymphatique et de la rate, nous amène à admettre des leukocythæmies symptomatiques. La dyscrasie sanguine qui survient dans ces circonstances n'est qu'un épiphénomène, d'autant plus difficile à constater, d'après ce que nous avons déjà dit, que les méthodes usitées pour déterminer la proportion des globules incolores sont encore loin d'être parfaites; elle peut être liée à des hémorrhagies abondantes, à la grossesse ou à un état puerpéral, à une cachexie, à une maladie chronique ou à une fièvre typhoïde.

C'est à propos de ces leukocythæmies symptomatiques que nous pourrons citer quelques-uns des faits qu'on a rapportés, à tort suivant nous, à la dyscrasie que nous venons d'étudier ou dont on a même complétement méconnu la nature pathologique. Rappelons seulement que Nasse, et après lui Remak et Henle, ont signalé depuis longtemps l'augmentation des globules incolores dans le sang à la suite des hémorrhagies, et que Moleschott a confirmé ces observations par l'expérience physiologique.

Parmi les trois observations de MM. Vigla et Vidal, nous en trouvons une qui offre matière à analyse; en dehors de sa prolixité fatigante, elle se rapporte à un homme de 30 ans dont la mère est morte par une *métrorrhagie* (en supposant que « *pertes à la suite de couches* » n'ait pas tout autre sens), qui, dans la deuxième année de sa vie, a eu des rhumes, des douleurs articulaires, des épistaxis et surtout des tumeurs sanguines qui remplacent définitivement les hémorrhagies externes et les douleurs rhumatoïdes. Ces phénomènes nous paraissent évidemment liés à une dyscrasie sanguine, non à celle que nous étudions en ce moment, mais à celle que nous avons fait connaître à nos lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE (1) sous le nom d'*hæmophilie*. Nous ne prétendons pas enlever à l'observation microscopique de M. Robin le mérite d'avoir découvert dans ces foyers hémorrhagiques du *sang altéré* contenant des *globules blancs* dans la proportion d'un tiers de globules rouges; mais ce savant micrographe sait mieux que nous qu'il a pu avoir sous les yeux des globules du pus, tout comme des globules incolores. Nous aurions donc désiré une description des caillots sanguins, une appréciation rigoureuse de la quantité des globules rouges et une analyse chimique avant même de donner à cet état le nom d'hæmophilie leukocythæmique. Quant à la tumeur abdominale, l'autopsie

(1) Voir GAZ. MÉD., 1855, p. 671, 707, 733.

FEUILLETON.

SATIRES DE JUVÉNAL,

TRADUITES EN VERS FRANÇAIS PAR A. CONSTANT DUBOS, MÉDECIN (1).

Je n'ai pas l'honneur de connaître M. le docteur Dubos, mais j'ai lu son livre, avec attention, avec intérêt; je lui ai su gré d'avoir entrepris un travail de ce genre, de l'avoir mené à bonne fin, d'avoir osé suivre Juvénal, ce terrible athlète, dans les combats qu'il livre aux vices de son temps. Quel a été le succès de cette publication? je n'en sais rien, je n'ai pas l'autorité nécessaire pour signaler au monde savant une traduction égale, sinon supérieure à toutes celles qui ont tenté de populariser en France le chef-d'œuvre du satirique romain; mais je voudrais expliquer à nos confrères pourquoi cet ouvrage m'a intéressé, pourquoi la médecine contemporaine m'en paraît honorée et comment il est juste d'en remercier l'auteur.

M. Constant Dubos a jeté quelques lignes heureuses au fronton de son livre. « *Cette traduction*, dit-il, *est à la fois une étude de style et un hommage rendu au génie de Juvénal. Les traducteurs ressemblent un peu à ces touristes* (j'aimerais mieux *voyageurs*), *qui aiment à graver leurs noms obscurs au pied des monuments fameux échappés aux outrages du temps et des barbares.* » Œuvre à la fois littéraire et morale, nous allons essayer de la considérer sous ces deux aspects, et nous tâcherons, en outre, de montrer que la médecine peut tirer quelque parti de la lecture de ces satires.

Constatons d'abord qu'en ce temps de décadence des études classiques, il est agréable pour ceux qui ont gardé en leur âme le culte des belles-lettres de voir que des médecins emploient leurs veilles à des travaux d'érudition dignes des meilleures époques de l'ancienne Faculté. MM. Littré, Daremberg, Brian, hellénistes justement appréciés, savants continuateurs de Foës et de Van der Linden, accueilleront avec bienveillance un latiniste comme M. Constant Dubos, car il a fait ses preuves. Digne élève de son père, que recommande une bonne traduction en vers de Martial, il a voulu suivre un si bel exemple; mais ici se présente un fait particulier. Il s'agit d'un poëte, et le traducteur partageant l'inspiration de son modèle, enivré de ce langage harmonieux, est devenu poëte à son tour; il n'a pas craint de nous donner l'équivalent de cette mordante hyperbole qui effrayait Boileau, et sachant fort bien que le lecteur français veut être respecté, il a trouvé dans notre langue si chaste des expressions dont l'énergie marche de pair avec les objurgations de Juvénal.

Ainsi un médecin, nourri dans l'amour des lettres latines, habitué à voir son père, célèbre professeur d'humanités, consacrer tous ses loisirs à transporter dans notre langue les épigrammes de Martial, a voulu à son tour aborder une de ces difficultés que les plus habiles ont déclarées insurmontables. Les hardiesses de cette muse effrontée ne l'ont pas effrayé; là où l'invective

(1) Paris, 1852. Chez Auguste Durand, libraire, 5, rue des Grès.

seule aurait pu faire comprendre la description qu'en donne l'observation.

Les maladies chroniques qui retentissent sur tout l'organisme sont débilitantes, anémiques, quoique ne donnant pas toujours lieu à des hémorrhagies; c'est sous ces influences perturbatrices et désorganisatrices que les globules rouges cessent de parvenir à leur état parfait; ce sont alors les corpuscules incolores qui prédominent de plus en plus dans le sang et qui compliquent, par des désordres nouveaux et deutéropathiques ceux qui existaient déjà. Ainsi ces altérations du sang que Gulliver et d'autres médecins plus anciens que lui ont constatées dans presque toutes les maladies terminées par la fièvre hectique, et qu'ils ont rapportées à la présence du pus, nous paraissent au contraire avoir été occasionnées par une accumulation de globules incolores, à en juger par l'absence des signes réels d'une infection purulente. C'est par les mêmes raisons que nous rangeons dans cette catégorie les observations du mémoire de Bennett et celle du docteur Becquerel, qui sont des cachexies cancéreuses compliquées et aggravées par une accumulation de globules incolores dans le sang; les observations II et XI du même mémoire de Bennett et celle du docteur Pury appartiennent de même à la cachexie tuberculeuse leukocythæmique; l'observation XVII du même travail de Bennett et un fait du docteur Bourdon (1), rapporté dans les discussions de la Société médicale des hôpitaux de Paris, sont des leukocythæmies symptomatiques de l'albuminurie; l'observation du docteur Woillez n'est qu'une cachexie paludéenne accompagnée d'une leukocythæmie secondaire, comme l'auteur lui-même le fait remarquer avec beaucoup de raison. Peut-être même que la syphilis n'était pas complétement étrangère à la production de la leukocythæmie, que nous avons cependant jugée idiopathique chez un malade observé par Virchow et chez celui du docteur Charcot?

Nous savons même, et le professeur Virchow n'a pas manqué de le faire ressortir dans son premier travail sur le sang blanc et les tumeurs spléniques, que la leukocythæmie peut être symptomatique de pyrexies aiguës Ainsi Harless (2) rapporte un cas de bronchite aiguë survenue très-rapidement chez un individu âgé de 45 ans, dans un grand état de délabrement, qu'il a vu le quatrième jour de la maladie et qui est mort le sixième, après avoir été saigné trois fois. Le sang se séparait en une couche inférieure gélatiniforme; celui de la dernière saignée ne formait, presque aussitôt après la sortie de la veine, qu'une masse blanchâtre, gélatiniforme, molle et bien distincte des concrétions fibrineuses qui se montrent dans quelques inflammations; il s'en séparait à peine quelques gouttes de sérum. Cette dyscrasie sanguine n'était certainement pas une leukocythæmie essentielle, comme le pense le professeur de Würzbourg; l'accumulation si énorme des globules incolores dans le sang paraît évidemment liée à la suppression rapide des fonctions du poumon, et, par conséquent, ce fait trouve sa place parmi les pyrexies leukocythæmiques.

La même complication peut se présenter dans la fièvre typhoïde, où l'organisme entier pâtit, ce que Allen Thomson a constaté le premier pendant l'épidémie qui a sévi à Édimburgh en 1843. Toutefois il ne faut pas perdre de vue qu'alors, pas plus qu'aujourd'hui, les globules du pus ne pouvaient être distingués des corpuscules incolores. Une expérience singulière et frappante de ce pathologiste tendrait même à prouver que l'accumulation des globules incolores précède l'explosion des autres symptômes. Ainsi il a examiné le sang de 12 malades parvenus aux différents stades de la maladie; chez tous il a trouvé un sang altéré par une quantité considérable de *corpuscules du pus*. Une personne bien portante, qui assistait à ces recherches, le prie d'examiner également son sang. Thomson y découvre une proportion notable de globules incolores, et, deux jours plus tard, cette personne est atteinte de l'épidémie régnante, tandis que d'autres, dont le sang n'était point altéré, sont restées indemnes. Un fait du docteur Bourdon paraît également rentrer dans la catégorie des fièvres typhoïdes leukocythæmiques: c'est celui d'une jeune fille morte vers le vingtième jour d'une fièvre typhoïde dont le sang renfermait une proportion assez considérable de globules incolores et dont la rate n'était pas altérée.

Dans son premier travail sur la coagulation du sang, Nasse fait déjà remarquer que, dans la grossesse et l'état puerpéral, le liquide nourricier est plus riche en corpuscules incolores, en jeunes globules, ce qui est bien en rapport avec la gestation, ainsi que le prouvent Kiwisch et Scanzoni. D'un autre côté, Froriep et Gluge, ainsi que le docteur Bouchut, les ont évidemment eus sous les yeux, quoiqu'ils les aient pris pour des globules du pus, dans la fièvre puerpérale. Aussi cette pyrexie si grave pourrait bien, dans l'opinion des professeurs Rokitansky, Vogel, Bock et autres pathologistes allemands, n'être qu'une dyscrasie sanguine caractérisée par une accumulation morbide de globules incolores sous l'influence combinée des hémorrhagies et de la fièvre; la constitution individuelle, le milieu ambiant et l'état moral n'y seraient certainement pas complétement étrangers, pas plus qu'ils ne le sont dans les grands foyers d'infection où cette maladie sévit d'une manière épidémique. Mais quelque consciencieuses, quelque minutieuses qu'aient été nos recherches sur cette question, elles ne nous font pas même entrevoir, quant à présent, un commencement de solution; l'avenir seul, si l'art obstétrical trouve jamais des adeptes instruits, assez dévoués, pourra décider si cette dyscrasie est un simple état puerpéral leukocythæmique, ou bien une fièvre leukocythæmique. Nous ne croyons pas que M. Bouchut, renonçant aujourd'hui à son opinion ancienne aussi facilement qu'il l'avait adoptée autrefois, trouve plus de partisans qui puissent admettre, avec lui, que la fièvre puerpérale est une leukocythæmie (1), malgré l'attrait qui s'attache à la nouveauté de cette maladie, qu'il n'en avait trouvé jadis, qui voulussent voir dans les mêmes faits de la *pyohémie* (lisez *pyæmie*, à la fois plus correct et plus harmonieux).

Le diagnostic différentiel de la leukocythæmie est contenu tout entier dans les considérations précédentes; chacun pourra l'y découvrir assez facilement; n'ayant rien à y ajouter, nous ne nous y arrêterons pas plus longtemps, dans la crainte de nous exposer à des répétitions inutiles et fatigantes.

Jusqu'à présent le pronostic de cette dyscrasie sanguine idiopathique a été invariablement funeste; mais peut-être deviendra-t-il moins grave quand on saura découvrir les signes au début de la maladie? Peut-être

(1) Séance du 13 février, et *in* UNION MÉD. du 22 mars 1856.
(2) *In* HEIDELBERG'S, ann. 1831.

(1) GAZ. DES HÔPIT., 1856, n° 33.

sanglante ne recule devant aucun détail, le traducteur a cru pouvoir risquer des phrases analogues; il a soulevé tous les voiles, exposé toutes les nudités, et cependant ce langage peut être entendu, justement parce que M. Dubos est médecin, parce qu'il emprunte à la science médicale des expressions dont la forme latine comporte une chasteté traditionnelle. On comprend cette tentative de la part d'un enfant d'Hippocrate: nous sommes accoutumés à tout dire; la femme la plus pudique n'a pas de secrets pour nous; elle exprime tout comme elle entend tout, sans rougeur, sans embarras; nous exerçons à son égard un sacerdoce dont les priviléges sont inviolables, et comme Juvénal, dans ses écrits vengeurs, a surtout en vue les maladies du cœur humain, les passions de la société contemporaine, il a pu disséquer ce cadavre impur, montrer ces ulcères sordides, ces gangrènes aux émanations pestilentielles. M. Dubos s'est cru en pleine clinique : il a vu le malade, il l'a touché, ses recherches ont approfondi des misères affreuses, des maux exécrables, et il a donné à ces maux, à ces misères, leur vrai nom, sans crainte de blesser la pudeur de ceux qui voulaient s'instruire et connaître.

Et cependant, il faut en convenir, la tâche est rude; Juvénal, quand il veut peindre un vice, n'épargne pas la couleur; sa palette se charge de nuances éclatantes; le tableau, comme un miroir fidèle, reproduit trait pour trait les difformités les plus hideuses : c'est la nature avec ses ignominies, le crime avec son masque horrible, et l'on croira sans peine que la plume du traducteur ait tremblé en présence de cette image. Chacun sait la scène de la sixième satire, cette femme qui se dérobe au lit conjugal, qui va dans un mauvais lieu chercher à rassasier ses appétits de nymphomaniaque. Il y a là certes de quoi faire reculer le plus hardi lutteur, si accoutumé qu'il soit aux casse-cous de la langue française, et cependant M. Dubos nous semble avoir franchi ce précipice d'un pied assez léger. Citons quelques vers:

Nue, et d'un réseau d'or le sein enveloppé,
Lycisca (c'est le nom par l'infâme usurpé)
Se prostitue, et montre à qui veut s'en repaître,
Noble Britannicus, les flancs qui t'ont vu naître.
Elle ouvre, souriante, aux bandits du dehors,
Les rançonne, et couchée, et luttant corps à corps,
Pompe, épuise les reins de toute une cohorte.
Puis, quand le patron hurle à ses nymphes: « Qu'on sorte! »
Elle part, laissant voir son dépit dans ses traits;
Ferme sa loge enfin, mais la dernière, mais
D'ardents prurits encor, de spasmes harcelée,
D'embrassements brutaux, lasse mais non soûlée,
Et livide, enfumée, au chevet de César
Porte un âcre parfum d'huile et de lupanar.

Cherchez bien, tout y est, *excepit blanda intrantes; aera poposcit 'multorum absorbuit ictus;* elle s'en va, *tamen ultima cellam clausit;* elle s'en va, *lassata viris sed non satiata*. M. Jules Lacroix, qui a fait de son côté et presque en même temps que M. Constant Dubos une excellente traduction de Juvénal, a dit moins heureusement, selon nous :

que, les causes désorganisatrices étant reconnues assez tôt, une thérapeutique rationnelle, ou symptomatique, ou empirique, parviendra-t-elle à lutter efficacement contre le germe destructeur? Peut-être que les cas de guérison de leukocythæmies symptomatiques (qui ne sont plus contestables aujourd'hui) nous conduiront à une médication salutaire pour la leukocythæmie essentielle? Toutefois, nous ne saurions trop blâmer les tentatives imprudentes et malheureuses qu'on a faites déjà en introduisant dans la thérapeutique de cette dyscrasie les préparations iodées, qui nous semblent des panacées dangereuses, celles des métaux altérants, ainsi que l'usage de tout agent débilitant. Le traitement le plus en rapport avec la nature de la maladie devra tendre à rétablir entre les éléments du sang l'harmonie de composition, troublée par les fonctions organiques de la rate, du système lymphatique, du foie et du poumon. Ce sont les facteurs multiples d'une entité morbide très-complexe que nous croyons, néanmoins, avoir resserrée dans les limites naturelles, et éclairée, en même temps, parce que nous avons écarté des débats, d'une part, les états leukœmiques, physiologiques et pathologiques, confondus jusqu'à ce jour par la plupart des auteurs; d'autre part, les nombreuses variétés de leukocythæmies symptomatiques dont la pathogénie, la symptomatologie et le pronostic diffèrent essentiellement de la dyscrasie sanguine idiopathique, à laquelle seule nous réservons la dénomination de leukocythæmie.

ANATOMIE PHYSIOLOGIQUE.

MÉMOIRE SUR LA CRYPTORCHIDIE CHEZ L'HOMME ET LES PRINCIPAUX ANIMAUX DOMESTIQUES; par MM. A. GOUBAUX, professeur d'anatomie et de physiologie à l'École impériale vétérinaire d'Alfort, et E. FOLLIN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux. (Lu à la Société de biologie le 8 mars 1856.)

(Suite et fin. — Voir les nos 18 et 19.)

SECONDE PARTIE.

PHYSIOLOGIE.

Nous avons étudié, dans la première partie, les causes et l'anatomie spéciale de la cryptorchidie, il nous reste maintenant à étudier cette question au point de vue physiologique. Cette seconde partie reposera essentiellement sur la première et sur des expériences ou des faits pratiques.

§ I.

Il ne serait pas prudent, dans tous les cas, d'affirmer au moment de la naissance, soit chez l'homme, soit chez les animaux domestiques, lorsque les testicules ne sont pas placés dans les bourses, que les individus sont cryptorchides. Il peut arriver que les organes testiculaires soient, à ce moment encore, dans l'intérieur du canal inguinal, et qu'ils ne descendent dans le scrotum qu'à une époque plus éloignée.

Mais à l'âge adulte, la constatation de l'existence ou de la non-existence de l'anomalie peut être nécessaire, et, sans vouloir ici préciser dans quelles circonstances, il nous paraît utile d'exposer quels sont les caractères à l'aide desquels cette constatation est possible.

Nous diviserons ces caractères en ceux qui sont propres à l'espèce humaine et ceux qui sont particuliers aux animaux domestiques.

1° Chez l'homme.

L'état du scrotum n'est pas invariablement le même dans tous les cas de testicules retenus dans le canal inguinal ou dans le ventre.

Dans une certaine catégorie de faits, le scrotum est seulement rempli par du tissu cellulo-graisseux, et on n'y trouve le vestige d'aucune poche vaginale; dans une autre série de faits, on voit une poche vaginale dans le scrotum.

L'explication de ces deux variétés est facile à découvrir.

Quand le testicule, retenu dans le canal inguinal, y demeure constamment fixé, on trouve d'ordinaire une poche séreuse qui l'enveloppe assez complétement, et, dans la majorité des cas, ne communique point avec la cavité du péritoine. Cette poche ne descend guère plus bas que l'anneau inguinal externe.

La rétention du testicule dans le canal inguinal soumettant cet organe à une foule de violences, et souvent à l'application funeste des bandages, il n'est pas rare de trouver cette *tunique vaginale inguinale* plus ou moins oblitérée, plus ou moins divisée par des brides fibreuses.

Les tuniques normales du scrotum se rencontrent là, à l'exception du crémaster; mais il est parfaitement certain que la distinction de tous ces éléments est au moins fort difficile.

Nous avons dit que dans une certaine série de faits, on trouvait une cavité vaginale dans le scrotum; c'est alors qu'on a sous les yeux l'exemple de ces testicules flottants, que la main peut repousser dans le scrotum plus ou moins bas, mais qui reprennent leur place première aussitôt que les doigts cessent leur compression. Dans ces cas, le testicule est retenu par de solides adhérences ou par une brièveté naturelle du canal déférent; pressé de haut en bas par la main, il se crée une voie dans le scrotum, et allonge sa gaîne péritonéale; mais la cause qui le retient au canal inguinal persiste trop pour lui permettre une descente complète. L'examen anatomique montrerait probablement une disposition analogue chez certains individus qu'on voit, dans un but mal compris d'exemption militaire, se repousser artificiellement le testicule dans le canal inguinal.

Dans tous les cas, qu'il possède ou non une cavité vaginale, le scrotum a perdu sa forme bilobée; le sillon médian a disparu, et une saillie, constituée par le testicule sain, traduit immédiatement une lésion intérieure.

Quand les deux testicules sont restés dans l'abdomen, c'est à peine s'il y a, ainsi que nous l'avons constaté sur un cadavre, un léger repli cutané correspondant au scrotum.

Enfin quant à la taille et au développement général, nous nous bornerons à dire que ces individus n'ont rien d'efféminé.

Elle sort, fatiguée et non pas assouvie.

Ce vers si expressif : *Adhuc ardens rigidæ tentigine vulvæ*, rendu par :

D'ardents prurits encor, de spasmes harcelée,

est sans contredit mieux compris, mieux traduit par notre confrère que par M. Jules Lacroix ; en effet,

.... Aiguillonnée encor par le désir

n'a pas l'énergie suffisante; l'expression plus médicale de M. Dubos est par cela même plus juste, plus vraie, et nous pourrions en vingt endroits différents signaler des comparaisons de ce genre.

Mais le médecin lui-même a échoué dans des entreprises en apparence moins scabreuses. Ainsi dans cette même satire, la sixième, où Juvénal traite si cruellement les femmes de son temps, il y a une certaine Tuccia qui, en voyant Bathylle le danseur, exécuter un pas voluptueux, éprouve une émotion telle que *vesicæ non imperat*. Tous les traducteurs ont cru devoir chercher une périphrase, M Dubos lui-même s'en tire par ce vers :

Tuccia du plaisir sent ruisseler la flamme.

C'est peut-être ingénieux, mais un peu forcé; il faut une grande dose de complaisance pour accepter cette traduction approximative, ou plutôt cette paraphrase énigmatique, surtout quand l'auteur s'est vanté de ne pas *châtrer* son modèle, quand il déclare que Juvénal n'est point une lecture de demoiselles, et que, voulant rendre le vice honteux et dégoûtant, *il ne pouvait le peindre avec de l'eau rose.* M. Jules Lacroix, qui ne prend pas tout à fait les mêmes libertés que notre confrère, se contente de dire : « Tuccia brûle ; » ce qui, on en conviendra, forme un plaisant contraste avec les mots : *Vesicæ non imperat.* Elle brûle, c'est possible, mais au moins a-t-elle de quoi éteindre cette flamme!

A ce propos, je trouve que l'appareil urinaire joue un singulier rôle dans l'œuvre de Juvénal, et que ses traducteurs les plus accrédités ont méconnu son importance, ou du moins en ont étrangement atténué l'expression. Ainsi, dans la première satire, un certain personnage emploie sa journée à parcourir le Forum, à visiter ses merveilles, la statue d'Apollon, patron des orateurs, et d'autres héros parmi lesquels se glisse un certain Égyptien,

Cujus ad effigiem non tantum meiere fas est.

Et notre traducteur écrit :

Je ne sais quel bandit arabe, égyptien,
Que souille d'excréments le dernier plébéien.

Évidemment ici M. Dubos surcharge le tableau, et il omet dans ce passage la seule expression qui fasse comprendre qu'il s'agit d'une statue,

2° Chez les animaux domestiques.

Plusieurs vétérinaires se sont occupés de rechercher les signes à l'aide desquels on peut reconnaître qu'un cheval est cryptorchide. Ces signes peuvent être tirés de l'examen de la région testiculaire et du caractère ou du moral de l'individu.

A. — « Il se rencontre quelquefois dans les régiments, a dit M. Séon Rochas dans son HYGIÈNE VÉTÉRINAIRE MILITAIRE (in-8°. Paris, 1844, p. 315), des chevaux dont la castration a été incomplète, parce que les deux testicules, ou seulement l'un d'eux, sont restés dans l'abdomen. Ces animaux sont un sujet d'embarras, et sont eux-mêmes exposés à beaucoup d'accidents ; ils se détachent, frappent les autres chevaux ou sont frappés par eux, portent le désordre dans l'écurie, et sont maltraités pour cela par les cavaliers chargés de les garder; ou bien, excités par les cavaliers, *ils saillissent les juments qu'ils ne fécondent pas*, il est vrai, mais qu'ils entretiennent ou font devenir en chaleur; ils s'énervent et sont bientôt ruinés. Ces chevaux sont d'autant plus incommodes qu'ils sont plus jeunes et plus sanguins.

» Il est difficile, sinon impossible, de reconnaître ce vice au moment de l'achat, à moins que le soupçonnant par la persistance de quelques-uns des signes qui distinguent le cheval entier du cheval hongre, on ne fasse approcher une jument dont la présence détermine les symptômes de cette émasculation incomplète. Mais une fois que les chevaux sur lesquels elle se rencontre sont incorporés, on ne peut se soustraire à ses effets que par beaucoup de précautions, et surtout par l'emploi d'un licou et d'une longe solides, fixés à la tête et à la mangeoire au moyen d'un cadenas. Ce sont principalement ces chevaux qu'il faut confier à de bons cavaliers, qui s'y attachent d'autant plus qu'ils ont ordinairement beaucoup de moyens et d'intelligence. »

Ce que nous venons de rapporter souffre peu d'exceptions, et l'on sait que dans les manœuvres de cavalerie les chevaux cryptorchides portent souvent le désordre. Voilà pour le caractère ou pour le moral; cela est à peu près général. Nous connaissons cependant quelques exceptions, et nous pouvons assurer qu'elles sont rares.

Ainsi, nous le répétons encore, c'est surtout le caractère du cheval entier qui domine chez le cheval cryptorchide, mais on ne retrouve pas toujours le cheval entier dans les formes, et surtout dans le volume de l'encolure.

Le cheval cryptorchide d'un seul côté est quelquefois châtré du côté où le testicule est descendu dans le scrotum, et il conserve toujours le même caractère. C'est surtout dans cette circonstance qu'il convient d'examiner attentivement l'individu, car son mauvais caractère le rend très-indocile, difficile à conduire et à maîtriser dans l'accomplissement de certains services.

Que la cryptorchidie soit simple ou double, il ne faut pas toujours espérer de rencontrer un certain développement du scrotum, car, dans la majorité des cas, la région n'est pas plus en saillie que chez les animaux qui ont été châtrés depuis longtemps.

Pour s'assurer de l'existence de la cryptorchidie, on pourrait, ainsi que l'ont fait MM. H. Bouley, professeur à l'école d'Alfort, et Symph. Bouley, vétérinaire à Paris, à l'occasion d'une expertise faite sur un cheval de course nommé *la Clôture*, voir si la région scrotale porte ou ne porte pas de traces ou de cicatrices indiquant que la castration a été opérée. (*Procès-verbal d'expertise inséré dans les bulletins de la Société nationale et centrale de médecine vétérinaire, séance de* 8 *janvier* 1852.) Mais nous devons dire ici que, dans un but frauduleux, on peut faire des incisions sur la région scrotale, et donner ainsi, à un cheval cryptorchide, les apparences de celui qui a été châtré. Le seul moyen qu'il conviendrait alors d'employer serait celui conseillé par Séon Rochas, c'est-à-dire de mettre l'animal en rapport avec une jument ; ce contact ne tarderait pas à faire entrer en érection l'animal cryptorchide, et ne laisserait plus aucun doute sur l'état des organes génitaux. Nous avons eu une fois l'occasion de mettre ce moyen en pratique, et il nous paraît important de rappeler ici les circonstances de ce fait spécial (1).

On a conduit à la consultation de l'École d'Alfort un cheval de race anglo-normande de 12 ans environ, qui présentait tous les caractères du cheval entier; il hennissait fréquemment, et l'érection se manifestait immédiatement lorsqu'il était au voisinage d'une jument.

Ce cheval présentait sur le sac scrotal, du côté droit seulement, les traces de la castration ; le sac avait encore un assez grand développement. Du côté gauche il n'y avait pas de trace de cicatrice, ni de sac scrotal.

Cet animal, nouvellement acheté, avait été conduit à l'École pour qu'on constatât s'il était réellement hongre ou entier. On lui fit saillir une jument; il la monta trois fois dans un laps de temps assez court. On eut soin, à chaque fois, avant que l'éjaculation ne fût achevée, de faire retirer la jument de dessous le cheval, et de recueillir dans un vase le liquide excrété par le canal de l'urètre. Ce liquide était clair, transparent, sans odeur spermatique bien prononcée. Il fut examiné immédiatement sous le microscope, et on ne put y reconnaître d'animalcules spermatiques.

Dans une circonstance analogue à celle dont nous venons de parler, notre honorable collègue M. le professeur H. Bouley, nommé arbitre par le tribunal de commerce du département de la Seine, fut appelé à faire un rapport qu'il a bien voulu mettre à notre disposition, et dont nous extrayons quelques passages.

Il s'agissait d'un cheval de gros trait âgé de 6 ans, qui venait d'être acheté. Une contestation s'était élevée entre l'acquéreur et le vendeur sur la question de savoir si cet animal pouvait ou ne pouvait pas être utilisé comme étalon. Ce fait s'est passé dans le courant du mois de septembre 1855.

« En explorant la région scrotale, dit M. H. Bouley, j'ai reconnu *qu'il n'y existait pas de testicules apparents*, bien que cependant la peau de cette région ne portât aucune cicatrice qui indiquât qu'une opération avait été pratiquée dans le but d'enlever les organes essentiels de la reproduction, cicatrice indélébile et constante sur les chevaux qui ont été châtrés.

» Pour reconnaître si, bien que les testicules ne fussent pas apparents à l'extérieur, le cheval dont il s'agit avait cependant les instincts du cheval entier, je l'ai mis en présence d'une jument, et alors l'ani-

(1) Nous avons communiqué ce fait à la Société nationale et centrale de médecine vétérinaire, dans la séance du 8 janvier 1852.

---

effigiem; quant à ces excréments, ils ne rendent pas le *meiere* du poëte latin; notre fameuse inscription si souvent inutile, *il est défendu de faire*, etc., et ces mots qu'on trouve partout à Rome : *è vietato di lordare...* s'appliquent à ces détils que signale M. Dubos, mais qui ne sont pas dans le texte de Juvénal. M. Lacroix ne me semble pas plus dans le vrai quand il écrit :

D'un vil Égyptien l'arrogante statue
Et d'urine et de fange incessamment battue.

Le voilà donc enfin ce terrible mot qu'on n'ose prononcer, l'urine, quelque chose de bas, de trivial, d'ignoble, mais qui ne peut être remplacé par aucun autre!

Cependant nos puristes s'émancipent quelquefois : témoin ce Grec, ce flatteur effronté qui se montre toujours (dans la troisième satire)....

Laudare paratus,
Si bene ructavit, si rectum minxit amicus.

Rectum mingere.... C'est un bon signe, signe de force et de jeunesse, une preuve d'énergie vésicale que chacun connaît, mais qui ne signifie pas

S'il urine à longs flots.

M. Lacroix dit avec plus de précision et de justesse :

Si l'urine du maître a jailli forte et roide.

La sixième satire nous offre une scène monstrueuse, dans laquelle deux sœurs, Maura et Tullia, tribades ivres, à la fin d'un souper, profanent l'antique autel de la Pudeur......

Micturiunt hic
Effigiemque Deæ longis siphonibus implent (1).

M. Dubos n'a pas reculé devant cette image repoussante :

C'est là que de litière ensemble descendu,
Le couple monstrueux, dans l'ombre confondu,
Darde à longs jets l'urine au front de la déesse.

Et notez que le mari de ces dames, quand il veut sortir dès le matin pour aller saluer ses protecteurs, met les pieds dans ces immondices :

...... *Tu calcas, luce reversâ,*
Conjugis urinam, magnos visurus amicos.

M. Dubos et M. Lacroix ne se font pas scrupule de traduire presque mot à mot ces détails de ménage ; ils trouvent tout simple d'appeler les choses par leur nom ; pourquoi donc tant de répugnance à traduire le *vesicæ non impetrat*?

(1) Ces infamies n'étaient pas rares, car Horace a dit d'un libertin de son temps : *Minxerit in patrios cineres.*

mal a manifesté, par des signes non douteux, qu'il ressentait l'influence de cette approche. Le membre génital s'est développé en dehors du fourreau dans des proportions identiques à celles qu'on remarque chez un cheval complétement entier, tandis que sur le cheval hongre ce membre est petit, atrophié, et n'est plus susceptible d'une complète érection. En outre, ledit cheval faisait reconnaître par l'attitude de sa tête, l'expression de ses yeux et de ses lèvres, ses hennissements et l'agitation de ses membres, que chez lui l'orgasme génital était complétement développé.

» J'ai conclu de ce premier examen que le cheval dont il s'agit n'était pas *hongre*, mais qu'il était affecté d'un vice particulier de conformation des organes sexuels, que l'on appelle, dans le langage technique, *anorchide* ou *cryptorchide*.

» Ce premier point établi, restait à résoudre la question de savoir si, dans ces conditions, ce cheval pouvait être considéré comme entier dans l'acception large du mot, c'est-à-dire s'il possédait des propriétés fécondantes; en d'autres termes, s'il était apte à être utilisé comme étalon reproducteur.

» J'ai dû, en conséquence, faire saillir ce cheval, afin que la liqueur séminale pût être recueillie et examinée à l'aide du microscope.

» Dans trois épreuves, faites à plusieurs jours d'intervalle, ledit cheval a pu accomplir l'acte de l'accouplement, mais avec plus de difficulté et surtout de lenteur que cela n'est ordinaire chez un étalon de sa force et de son âge. L'examen de la liqueur recueillie à la suite de ces différentes saillies a démontré qu'elle ne possédait aucune des propriétés caractéristiques de la semence normale : elle ne constituait qu'un liquide séreux, opalin, inodore, dans lequel on n'a pu constater, par le microscope, aucune trace d'animalcules. »

Chez quelques ânes que nous avons observés, nous avons fait les mêmes remarques à l'égard du développement du scrotum; mais nous n'avions eu aucun renseignement sur le caractère de ces individus, qui avaient été amenés à l'École d'Alfort pour servir à des travaux anatomiques.

Les chevaux cryptorchides sont désignés vulgairement sous le nom de *couillards* ou de *pifs*.

B. — Espèce ovine.

M. Mathieu nous a communiqué les notes suivantes :

« Le bélier anorchide est un être intermédiaire entre le bélier normalement conformé et le mouton; ainsi la tête du bélier anorchide, *moins mâle* que celle du bélier, l'est cependant plus que celle du mouton. Les cornes et l'encolure sont plus fortes que chez ce dernier. Le timbre de la voix est plus bas que chez le mouton. La laine est aussi moins jarreuse et plus souple que chez le bélier pourvu de testicules normaux. »

C. — Espèce porcine.

M. Festal (Philippe), dans un *mémoire sur la castration du verrat*, a attribué au verrat rile (1) ou cryptorchide des caractères que nous ne pouvons admettre. (Voir notre rapport sur le mémoire de M. Festal : BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ NATIONALE ET CENTRALE DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE, séance du 24 avril 1851.)

(1) Vulgairement les béliers et les verrats cryptorchides sont connus sous les noms de béliers et de verrats *riles*.

L'observation principale de M. Festal, que nous devons enregistrer ici, c'est que les cas de cryptorchidie sont assez fréquents chez les animaux de cette espèce, que le commerce et les éleveurs repoussent ces animaux parce qu'ils s'engraissent mal, sont difficiles à mettre aux champs et ont une chair d'une odeur très-forte et même repoussante.

Pour ces deux dernières espèces, nous n'avons aucun examen spécial de la région scrotale, mais dans le fait que nous avons observé chez le porc, comme dans ceux du chien, il n'y avait aucune apparence de poche scrotale du côté où le testicule était resté dans la cavité abdominale.

On comprendra bientôt toute l'importance que l'on doit attacher à la constatation de l'existence ou de la non-existence de la cryptorchidie chez les animaux domestiques, surtout en ce qui concerne le cheval.

§ II. — LES ANIMAUX CRYPTORCHIDES SONT-ILS FÉCONDS?

Nous ne nous arrêterons pas à examiner la question suivant que l'anomalie est simple ou suivant qu'elle est double. Il n'est pas douteux que lorsqu'un des testicules seulement reste dans l'abdomen, l'individu (homme ou animal domestique) soit encore capable de se reproduire. Qu'on nous passe une comparaison à cet égard : il est alors dans les mêmes conditions que celui qui aurait été châtré d'un côté. Cette proposition est tellement évidente qu'il n'est pas besoin d'en donner une démonstration expérimentale, qu'il nous serait facile, du reste, de relater ici, car elle résulte des faits observés par plusieurs vétérinaires, et en particulier par M. Magne (sur l'espèce porcine) et par M. Paugoué (sur l'espèce chevaline).

Quant aux individus chez lesquels la cryptorchidie est double, il convient d'étudier la question d'une manière complète, et c'est ce dont nous allons nous occuper.

Si l'on consulte les auteurs touchant cette question, on arrive bientôt à reconnaître qu'une classification des opinions qui ont été émises devient nécessaire pour rendre l'étude plus facile. En effet, les opinions les plus contradictoires ont été formulées, et nous trouvons matière à en établir trois chefs principaux, qui sont les suivants :

1° Doutes sur la fécondité.
2° Opinions en faveur de la fécondité.
3° Faits qui prouvent l'infécondité.

Nous les exposerons successivement et dans l'ordre que nous venons d'établir.

1° Doutes sur la fécondité.

Les doutes sur la fécondité des individus cryptorchides ont été surtout bien formulés par John Hunter. (ŒUV. COMPLÈTES DE JOHN HUNTER, traduites de l'anglais sur l'édition du docteur J. F. Palmer, avec des notes par Richelot. Paris, 1841. Voyez : DE LA SITUATION DES TESTICULES CHEZ LE FOETUS ET DE LEUR MIGRATION DANS LE SCROTUM, t. IV, p. 79.)

« Je crois, dit John Hunter, que quand un testicule ou les deux restent dans l'abdomen pendant toute la vie, ils sont extrêmement im-

---

Un peu plus loin, dans la même satire, se trouve un autre mari non moins à plaindre. Sa femme, aux goûts belliqueux, aime la chasse, l'escrime, tous les exercices de l'autre sexe; elle lutte dans des combats simulés, elle est armée de toutes pièces, seulement il arrive un moment critique, certain besoin la presse, elle se hâte :

Et ride, positis scaphium quum sumitur armis.

Ce *scaphium* est un écueil dans les vers de nos traducteurs, cette petite nacelle que chacun connaît, ce vase qui est venu jusqu'à nous, que les dévotes appellent un *Bourdaloue*, je n'ose demander pourquoi, est assez difficile à placer ailleurs que dans une table de nuit, et M. Dubos a risqué ces deux vers :

Et ris, quand pour s'armer du pot que tu connais,
Elle court mettre bas son belliqueux harnais!

Il faut l'en féliciter, mais puisqu'il a si bien trouvé, on est en droit d'exiger beaucoup de lui. M. Jules Lacroix a consacré quinze ans à traduire les quinze satires de Juvénal, le père Sanadon a usé sa vie entière au service d'Horace, je doute que M. Dubos ait autant de patience.

Moi non plus, et je m'en accuse; mais je n'ai pas même le temps de demander à Scaliger et à Farnabius comment ils se seraient tirés d'affaire en cette grave occurrence; je n'ai pas sous la main une édition *variorum*; enfin je crains la fatigue d'une longue recherche dans les bibliothèques pour arriver à connaître les différentes manières d'interpréter ou de traduire ces passages diaboliques. Fabre (de Narbonne) et le baron Méchin auront peut-être élégamment tourné la difficulté (j'allais dire autour du pot). M. Raoul (de Meaux) a sans doute suivi la même route; M. Dubois-Lamolignère a-t-il été plus hardi? Je l'ignore; il faudrait, je pense, remonter jusqu'à Colletet qui a traduit Juvénal en vers burlesques pour rencontrer enfin le mot propre. *Vesicæ non imperat!* O Tuccia! que de tortures vous avez préparées aux pauvres traducteurs, et que vous eussiez bien mieux fait de vous retenir!

Quoi qu'il en soit, ces trois mots sont pour nous un vrai *criterium* à l'usage des traducteurs de Juvénal, c'est le lit funeste, par Procuste inventé, sur lequel le patient étendu, toujours trop long ou trop court, souffre un martyre inévitable. Nous le plaignons sincèrement, mais nous le plaindrions bien plus si cette lutte n'avait pas un charme si puissant. Demandez à ces hommes qui ont entrepris pareille tâche, s'il est beaucoup de plaisirs plus vifs que celui qu'ils goûtent, si ce labeur acharné ne donne pas toutes les joies de la passion satisfaite?

L'homme qui se nourrit de Juvénal, qui l'étudie sans cesse, qui pénètre le sens de ces vers si énergiques, si véhéments, qui applaudit au mâle courage du poëte lorsqu'il marque d'un fer brûlant les turpitudes des maîtres du monde, celui-là peut se dire heureux, car son bonheur est tout en lui, et sa volupté jalouse n'a rien à craindre des envieux et des rivaux. Et comme il ne peut y avoir de bonheur parfait ici-bas, la barque orgueilleuse qui naviguait sur la foi des zéphyrs vient heurter le *vesicæ non imperat*, et le nautonier a connu le naufrage.

parfaits et probablement incapables d'accomplir leurs fonctions naturelles, et que c'est cette imperfection qui empêche que la disposition à descendre ne prenne naissance. On doit admettre qu'ils sont plus défectueux que ceux mêmes qui passent tardivement dans le scrotum, d'après ce qui est évident chez les quadrupèdes, où le testicule qui a atteint le scrotum est beaucoup plus volumineux que celui qui reste dans l'abdomen. Il est probable que cette particularité est un pas vers l'hermaphrodisme; car alors le testicule est rarement bien conformé. Je n'ai vu chez l'homme qu'un cas où les deux testicules fussent restés dans l'abdomen; il constituait une exception à la remarque précédente; car il y avait tout lieu de croire que les testicules étaient parfaitement conformés, puisque le sujet avait toutes les facultés et toutes les passions d'un homme. »

2° Opinions en faveur de la fécondité.

A. Georges Arnaud, dans ses MÉMOIRES DE CHIRURGIE (t. I, p. 173), rapporte, d'après Regnerus de Graaff, que les animaux qui ont les testicules dans le ventre sont plus lascifs que les autres et qu'ils sont plus féconds (1).

B. Cabrol cite le fait suivant que nous rapporterons textuellement : « Vous entendrez qu'estant moy a Beaucaire, je feus appelé pour advoir avis de moi par les parents d'un jeune homme de ladicte ville, aagé de xxij ans ou environ, pour sçavoir si on le marieroit ou si on le feroit d'église, veu qu'il n'avoit point aucun testicule. Je leur conseillay de le marier, le voyant gaillard, non efféminé. Il est encore en vie et a eu deux enfants de son mariage. » (ALPHABET ANAT., p. 87.)

Le même auteur rapporte encore l'autopsie qu'il fit d'un homme qui fut pendu pour viol :

« Entre autres choses, dit-il, le plus rare est qu'il ne lui feust treuvé aucun testicule ni extérieurement, ni intérieurement; bien luy trouvasmes nous ses gardouches ou greniers autant remplis de semence qu'à homme que j'aye anathomisé depuis; cela estonna merveilleusement l'assistance. »

On voit avec quelle facilité Cabrol tranche ici la question; cependant, et malgré des observations si peu rigoureuses, l'opinion de Cabrol a été adoptée par quelques auteurs.

C. Le fondateur des écoles vétérinaires, Bourgelat, ne doutait pas non plus de la fécondité des chevaux cryptorchides; car il a dit : « Il ne serait pas étonnant de trouver des chevaux dont *les testicules* ne seraient pas descendus dans le scrotum, et qui n'en seraient pas moins habiles à la génération. » (EXTER. DU CHEVAL, 3e éd., p. 153.)

D. Enfin, et pour ne pas multiplier davantage ces citations, rappelons le passage que l'illustre annotateur des œuvres de John Hunter a mis à la suite de ce qu'a dit cet auteur :

« Il est remarquable, dit M. Richard Owen, qu'avec son expérience Hunter ait pu se former, d'après une fausse analogie, et propager une opinion aussi fâcheuse que celle qu'il admet que les testicules qui, chez l'homme, sont retenus dans l'abdomen, sont très-imparfaits et probablement incapables d'accomplir leurs fonctions naturelles. Il est évident, d'après le grand nombre d'animaux chez lesquels ils font constamment partie des viscères abdominaux, qu'il n'y a rien dans cette situation qui tende à altérer leur influence. Et chez les animaux dont les testicules doivent naturellement passer dans un scrotum, s'ils restent dans l'abdomen, on n'observe, d'après les propres remarques de Hunter, qu'une différence de volume ou de forme; or il est permis de croire que cette circonstance peut influer sur la quantité, mais non pas sur la qualité de la sécrétion. »

(1) Regnerus de Graaff, OPERA OMNIA, 1678; *Vide :* DE VIRORUM ORGANIS, page 4.

3° Faits qui prouvent l'infécondité.

Les faits que nous venons de rapporter sont assez nombreux pour que nous puissions déjà commencer la discussion dont ils doivent être l'objet. Les faits anatomiques qui ont été exposés dans la première partie de ce travail serviront de base à cette discussion dans laquelle nous ferons encore intervenir les opinions qui ont été formulées dans les diverses circonstances où nous avons fait des communications publiques, soit à la Société de biologie, soit à la Société centrale de médecine vétérinaire.

Nous venons de voir, aussi bien dans les faits de John Hunter, qui doutait de la fécondité, que dans ceux des autres auteurs qui croyaient non-seulement les animaux plus lascifs, mais encore capables de se reproduire, que cette croyance — car on ne peut autrement caractériser une pareille opinion — ne repose sur aucune observation certaine, bien avérée. Il ne suffit pas, en effet, d'opposer à ce que nous avons nettement déterminé (l'absence des animalcules spermatiques) le fait de Cabrol qui a dit, avec une naïveté charmante, que son jeune homme de Beaucaire était gaillard, non efféminé, et avait eu deux enfants de son mariage. Nous ne sommes pas aussi faciles à convaincre. Le savant Lallemand partageait nos idées à cet égard; car un jour, à la Société de biologie, où nous avions agité la question de la fécondité des animaux cryptorchides, il disait à peu près ce qui suit : On a bien prétendu, il est vrai, que les hommes anorchides étaient susceptibles d'engendrer; mais en pareille matière la démonstration qu'on prétend baser sur des faits tirés de l'espèce humaine n'a pas, tant s'en faut, la rigueur d'une démonstration obtenue en expérimentant sur des animaux, à cause de la difficulté d'arriver à une conclusion certaine dans le premier cas.

Les faits ou plutôt les opinions que nous avons relatées plus haut sont pour nous de nulle valeur; nous voudrions qu'elles fussent appuyées sur des observations ou des expériences bien authentiques, et nous sommes persuadés qu'elles donneraient des résultats tout à fait contraires.

Lorsque nous avons soulevé cette question pour la première fois, il s'agissait d'un cheval nommé *la Clôture*, remarquable par ses formes et par ses qualités. Ce cheval s'est montré deux années de suite aux courses du champ de Mars, et y a remporté les prix. Il nous semblait que les courses avaient été instituées surtout en vue de reconnaître les qualités des chevaux destinés à la reproduction et à l'amélioration de l'espèce, et que *la Clôture* étant cryptorchide n'aurait pas dû être admis au nombre des chevaux qui concouraient pour les prix. Il paraît que nous nous étions trompés, au moins sur un point, car on a dit à cette époque, et relativement au fait en discussion : Les courses ont

---

Il y a bien sur cette mer difficile un rocher plus redoutable encore, par exemple ces deux charmants petits vers de la neuvième satire :

An facile et pronum est agere intra viscera penem
Legitimum, atque illic hesternæ occurrere cœnæ?

M. Jules Lacroix déclare que là son courage de traducteur l'a abandonné, que ces deux vers sont tellement obscènes que plusieurs commentateurs les regardent comme étrangers à Juvénal. Tout cela est fort bien, on invoque la parole du maître, *Maxima debetur puero reverentia*, pour se dispenser de nous traduire le langage officiel des *cinædi* et des *pathici*, et c'est mal remplir son but, puisque ces *protecteurs* et ces *protégés obscènes*, ainsi que les nomment MM. Dubos et Lacroix, étaient dans les mœurs du temps, tenaient une place considérable dans la vie privée des Romains de cette époque de décadence. Demandez plutôt à Pétrone, à Martial et même à Virgile!

Mais nous ne pousserons pas plus loin l'examen de ces cas réservés; nous ne voulons pas même féliciter M. Constant Dubos d'avoir osé faire ce que ses devanciers avaient craint d'aborder; les deux vers cités plus haut ont été traduits bravement et en bons termes. Arrêtons-nous là, et si cette étude n'a pas effarouché les lecteurs intrépides de la GAZETTE MÉDICALE, nous essayerons, dans un prochain article, de parler de la médecine et des médecins qui figurent dans l'œuvre du poete d'Aquinum.

P. MENIÈRE.

— Par décret du 26 avril dernier, M. A. Millet, professeur suppléant à l'École de médecine de Tours, et M. J. Sichel, médecin oculiste à Paris, ont été autorisés à porter, le premier la décoration de chevalier de l'ordre de Léopold (Belgique); le second celle de commandeur de l'ordre d'Isabelle-la-Catholique (Espagne).

— Par arrêté de M. le préfet de la Seine, M. le docteur Dewulf, inspecteur-suppléant du service de la vérification des décès, est nommé inspecteur-titulaire en remplacement de M. Sandras, décédé;

M. le docteur Josat est nommé inspecteur-suppléant, en remplacement de M. Dewulf.

— S. M. le roi de Wurtemberg vient de conférer à M. le docteur Constantin James la croix de chevalier de l'ordre de Frédérick.

— La PRESSE MÉDICALE BELGE annonce que M. le ministre de l'intérieur vient de soumettre aux délibérations de la chambre des représentants de Belgique un projet de loi ayant pour objet l'introduction de la nouvelle pharmacopée. Cette pharmacopée offrira les textes français et latin réunis.

— Le conseil supérieur d'hygiène de la Belgique vient d'être constitué. M. Lieds, gouverneur de la province, a été nommé président, et M. Vleminckx, inspecteur général du service de santé de l'armée, vice-président.

— Un arrêté en date du 20 mai 1856 nomme M. le docteur Périgot membre du comité d'inspection des établissements d'aliénés et des asiles provisoires de l'arrondissement de Bruxelles, en remplacement de M. le docteur Uytterhœven, dont la démission est acceptée.

été instituées pour reconnaître certaines qualités (vitesse-fond) des chevaux entiers et des juments. Or *la Clôture* a-t-il été châtré? MM. Bouley, qui avaient été chargés de visiter l'animal, ont répondu : Non. — Donc, si *la Clôture* n'a pas été châtré, il est entier. Quant à la question de savoir s'il pourra se reproduire, elle doit être écartée, car on ne sait pas plus, quand on fait courir des juments, si elles seront ou ne seront pas stériles, qu'on ne peut pas savoir si *la Clôture* pourra ou ne pourra pas se reproduire.

Nous avouons que ce raisonnement avait quelque chose de sérieux à l'époque où il fut fait. Les données anatomiques pouvaient donner prise au doute, et la solution définitive de la question exigeait que des expériences fussent faites et suivies avec soin.

Or, depuis cette époque, des observations, qui viennent s'ajouter à celles que nous avons relatées plus haut, ont été communiquées à la Société vétérinaire à l'occasion de quelques présentations que nous y avons faites; nous en exposerons le résultat tout à l'heure.

Nous avons déjà dit plus haut, d'après Séon Rochas, que *les animaux cryptorchides saillissent les juments, mais qu'ils ne les fécondent pas*, et nous pourrions ajouter ici des faits semblables qui ont été recueillis par MM. Prangé, Riquet et Bernis. (*Société centrale de médecine vétérinaire, séance du* 14 *novembre* 1850.)

Depuis que ces choses se sont passées et ont été publiées, *la Clôture* a été acheté par l'administration des haras, et a été envoyé à Pompadour, où il est resté pendant deux ans. Pendant cet espace de temps, *ce cheval a sailli quarante juments et aucune d'elles n'a été fécondée.* Ces résultats, que nous attendions avec la plus vive impatience, parce qu'ils devaient donner la confirmation à toutes nos recherches anatomiques, nous ont été donnés par M. Thiérot, propriétaire cultivateur et éleveur de chevaux, demeurant à Reims, qui est allé au haras de Pompadour pour y voir *la Clôture*. Nous regrettons de ne pouvoir donner ici les renseignements officiels que nous n'avons pu nous procurer, mais nous ne craignons pas qu'ils donnent un seul démenti à ce que nous venons d'écrire.

Voilà, certes, une expérience qui a duré assez longtemps, qui a eu lieu sur un assez grand nombre d'animaux, pour qu'on ne tente plus de venir lui opposer de vagues souvenirs ou des observations faites dans de mauvaises conditions. Et, qu'on le remarque bien, ce résultat, cette infécondité constatée chez *la Clôture*, n'est pas plus un fait exceptionnel que l'absence des spermatozoïdes dans les cas de cryptorchidie : c'est le fait ordinaire. Nous en avons la preuve dans les faits que nous ont transmis MM. Magne, Mathieu et Festal Philippe. Voici ces faits :

A. — Les porcs dont les deux testicules sont restés dans la cavité abdominale sont inféconds.

« C'est ce que j'ai observé sur deux sujets de la porcherie de l'école d'Alfort. Ces animaux étaient, du reste, peu portés à se reproduire. Après l'engraissement, il n'a pas même été possible de leur faire couvrir une seule femelle. — Mais, avec un seul testicule dans le scrotum, les porcs sont féconds. En 1847, j'ai fait conserver un verrat qui n'avait qu'un testicule apparent. Il a fécondé un grand nombre de femelles. » (Communication de M. Magne.)

B. — Les béliers anorchides sont impropres à la reproduction.

« Je me suis assuré de ce fait que, pour mon compte, je regarde comme positivement incontestable, chez MM. Déon (Edme), Gurby (Remy) et Favier (Jacques), tous trois propriétaires à Champignelles, près Ancy-le-Franc (Yonne), sur 250 brebis mérinos, au milieu desquelles des béliers anorchides ont cohabité pendant un laps de temps qui a varié de dix-huit mois à deux ans et demi. Chacune de ces brebis a été luttée plusieurs fois par ces mâles incomplets, mais néanmoins très-ardents à la lutte, et jamais aucune d'elles n'a été fécondée.

» J'ai fait la même remarque dans les bergeries de MM. Beau, de Fuloy; Bouley-Noirot, de Villers-les-Hauts, et Guérard, à la ferme de la Paule, sur 260 brebis mérinos. » (Communication de M. Mathieu.)

C. — Les animaux qui ont les testicules dans la ventre sont incapables de se reproduire.

« Je puis vous certifier que ce fait existe chez le mouton et le cochon, car j'en ai fait l'expérience à maintes reprises. » (Communication de M. Festal Philippe.)

CONCLUSIONS.

1° L'examen microscopique montre qu'il n'y a pas d'animalcules spermatiques dans le liquide sécrété par les testicules qui restent dans la cavité abdominale pendant toute la vie chez l'homme et les principaux animaux domestiques.

2° Les observations et les expériences prouvent que les animaux chez lesquels la cryptorchidie est double sont inféconds.

Telles sont les deux conclusions générales de ce travail.

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR L'EMPLOI DU DRAINAGE CHIRURGICAL DANS LE TRAITEMENT DU PHLEGMON DIFFUS; par M. CHASSAIGNAC, chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

(Suite. — Voir les numéros 17 et 19.)

Nous pourrions réunir ici un certain nombre d'observations de phlegmon diffus par *nappe purulente*; car, nous le répétons, c'est la variété qui s'observe le plus fréquemment. Mais ce serait fatiguer l'attention du lecteur, et nous préférons lui offrir, sous forme de déductions générales, les résultats de ces observations rapprochées et comparées entre elles; seulement, au point de vue du traitement, nous ferons remarquer que, toutes les fois qu'au moyen d'incisions pénétrant jusqu'à l'aponévrose, on a reconnu chez un malade l'existence de la nappe purulente, il ne faut pas se contenter de quelques incisions faites pour ainsi dire au hasard, il faut diriger ce précieux et unique moyen de salut avec intelligence et d'après les principes que voici :

1° Ouvrir sur toute l'étendue de la nappe purulente des issues propres à faciliter le lavage abondant de cette nappe et l'expulsion aussi prompte que possible des lambeaux sphacéliques et des produits de sécrétion accumulés dans le tissu celluleux sous-panniculaire.

2° Faire ce que nous appelons des *incisions limitatives*, et par là nous entendons celles qui viennent tomber à la limite actuelle de la nappe purulente et qui, de plus, doivent anticiper un peu sur les tissus encore sains. Ce moyen nous a paru d'une utilité extrême pour prévenir la diffusion ultérieure du mal, pour le concentrer dans les parties primitivement atteintes. En effet, au moyen d'une issue ménagée dans le lieu même où tend à s'effectuer la propagation, les produits infectants subissent une sorte de dérivation au dehors, et l'on préserve ainsi les points non encore envahis. C'est une erreur de croire, en effet, qu'un nombre, même considérable d'incisions, tant qu'elles sont inscrites tout entières dans le champ de la nappe purulente, soient un recours assuré contre la propagation ultérieure du mal. Elles diminuent cette tendance à l'envahissement, mais elles ne l'arrêtent pas complétement; nous en avons eu plusieurs fois la preuve avant l'époque où nous avons agi d'après des principes arrêtés. Il faut bien comprendre que, par la nature concrète du produit dont on redoute la propagation, celui-ci ne peut être expulsé à travers les ouvertures faites qu'au bout d'un certain temps, et jusque-là l'envahissement des tissus encore sains s'effectue de proche en proche, ce qui n'a pas lieu quand les incisions limitatives ont été faites.

3° Dans l'application de ce précepte des incisions multiples, il y a une mesure à garder, et voici de quelle observation elle se déduit : nous avons vu, dans quelques cas de phlegmon diffus débridé par des incisions trop rapprochées, que la bandelette de peau qui sépare deux incisions parallèles est presque inévitablement frappée de sphacèle toutes les fois qu'elle n'a pas une largeur d'au moins deux travers de doigt. Nous admettrions donc comme règle que deux incisions parallèles dans le débridement du phlegmon diffus doivent toujours être séparées par un espace d'au moins deux travers de doigt. L'inconvénient de ces déperditions sphacéliques de la peau, c'est de préparer des conditions fâcheuses lors de la cicatrisation. Nous avons vu ces portions de peau remplacées par des tissus inodulaires qui devenaient l'origine de brides analogues à celles de la brûlure, et déterminaient comme elles des rétractions extrêmement opiniâtres de l'avant-bras ou du genou.

2° PHLEGMON DIFFUS PANNICULAIRE. — Avant que nous enssions reconnu cette variété remarquable du phlegmon diffus, nous pensions que le tissu cellulaire lâche et séreux était le siége exclusif des sécrétions purulentes concrètes dont la présence forme le caractère le plus important peut-être du phlegmon diffus. Il y a plus : en admettant même que l'effusion purulente se fût faite primitivement dans le pannicule adipeux de la peau, nous pensions qu'elle devait très-rapidement envahir le tissu celluleux à la faveur duquel le tégument glisse à la surface des grandes aponévroses; mais en présence d'un fait aussi caractérisé que celui qui va être décrit et dans lequel nous avons vu le phlegmon respecter pendant toutes les périodes de la maladie le

tissu cellulaire séreux et rester invariablement confiné dans les mailles du pannicule adipeux, nous avons bien été forcé de reconnaître qu'il existe réellement une variété de phlegmon diffus ayant sa période initiale dans le pannicule sous-cutané. Cette variété mérite, surtout au point de vue du traitement, d'être notée avec soin, car il n'en est pas une peut-être qui exige des lavages plus abondants et plus répétés, ainsi que l'emploi de tout ce qui constitue le drainage, et dans le cas particulier, c'est évidemment à ce dernier genre de moyens que nous avons dû de guérir notre malade, et de le guérir, ceci est à noter, sans la perte sphacélique de la moindre portion des téguments.

CHUTE SUR LE COUDE; FROISSEMENT DE LA BOURSE OLÉCRANIENNE; PHLEGMON DIFFUS OCCUPANT LA FACE INTERNE ET POSTÉRIEURE DE L'AVANT-BRAS ET TOUTE LA FACE POSTÉRIEURE DU BRAS; TROIS LARGES INCISIONS; DOUCHES RÉPÉTÉES DEUX FOIS LE JOUR DANS L'INTÉRIEUR DES INCISIONS; GUÉRISON.

OBS. VI. — Tesson (Constant), âgé de 50 ans, potier, entré le 5 janvier 1855, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-François, n° 40.

Ce malade fit, il y a six jours, une chute sur le coude et se froissa la bourse sous-cutanée correspondant à l'olécrâne. Celle-ci s'enflamma, suppura et ne tarda pas à s'ouvrir par trois petits orifices qui laissaient sourdre du pus.

Pendant que ces phénomènes s'effectuaient du côté de la bourse muqueuse, un phlegmon diffus s'emparait de l'avant-bras à sa face interne et postérieure, et s'étendait rapidement à toute la face postérieure du bras. C'est dans cet état que le malade se présente à l'hôpital. J'incise largement la bourse muqueuse; il en sort du pus et je constate que la paroi profonde de cette poche est elle-même perforée, mais sans qu'il y ait dénudation de l'olécrâne.

Ayant presque toujours vu les phlegmons qui succèdent à la lésion de la bourse sous-cutanée du coude envahir le tissu cellulaire lâche qui facilite le glissement de la peau à la surface des aponévroses, je m'attendais à trouver la nappe purulente dans son siége accoutumé. Je fais donc trois longues incisions, l'une à la partie moyenne et externe de l'avant-bras, une à la partie supérieure et interne du même membre, une troisième à la partie postérieure et inférieure du bras, et voici que, contrairement à mon attente, je parviens à constater que le tissu cellulo-adipeux qui double la peau et fait corps avec elle est en quelque sorte bourré de matière purulente concrète, emprisonnée dans ses cellules et qui ne manifeste aucune tendance à s'écouler au dehors. Quant au tissu celluleux immédiatement contigu à l'aponévrose, il est complétement intact, ainsi que cette dernière.

Le malade est dans un état de faiblesse et d'épuisement par suite des rudes travaux auxquels il se livre. Le teint est jaune, livide, la face présente un peu l'aspect typhoïde; nous avons peine à croire qu'il puisse supporter la violence du travail morbide auquel va donner lieu l'élimination d'un amas purulent aussi compacte et aussi complétement enchevêtré dans les mailles du tissu adipeux. Toutefois, pour combattre de fâcheuses tendances à la stagnation des produits purulents, nous prescrivons de recourir deux fois par jour à des douches abondantes faites dans l'intérieur des incisions. De plus, on appliquera pendant la journée des cataplasmes recouverts d'un taffetas gommé, et le membre sera maintenu sur des coussins élevés. (Ipéca, limonade, 3 pots.)

7 et 8. Depuis les incisions, le mal semble avoir suspendu tout envahissement nouveau; les bords des plaies se dépriment légèrement; le pannicule cellulo-purulent s'observe sans aucune difficulté.

9. Deux collections purulentes se sont formées, l'une à la partie interne, l'autre à la partie externe des incisions primitives; celles-ci livrent passage à un peu de pus liquide et permettent de constater dans le fond des plaies la présence d'un pus concret. Il y a eu du délire dans la nuit. (Continuation des douches et des cataplasmes.)

10. Il y a eu quelques nausées qui se sont calmées. L'état fébrile persiste avec intensité.

11. Le pus, primitivement concret, commence à se liquéfier; il sort abondamment par toutes les ouvertures qui ont été faites. Pendant les injections, on voit le liquide passer d'une plaie à l'autre en soulevant la peau qui semble complétement décollée sur la presque totalité de l'avant-bras et sur une partie du bras.

16. L'état général et local s'améliore sensiblement. Des bourgeons charnus très-clairsemés apparaissent dans le fond de plusieurs des plaies, et la peau semble reprendre adhérence par quelques-uns des points de sa face profonde.

22. Le malade va mieux. Les plaies se remplissent de bourgeons charnus qui prennent toutefois une teinte blafarde et se couvrent de couches pseudo-membraneuses. Solution à 5 gr. pour 30 (nitrate d'argent).

23. Reproduction de pseudo-membranes même dans les parties qui ont été déjà touchées au moyen de la solution.

29. Les pseudo-membranes ont cessé de se reproduire. L'état du malade est de plus en plus satisfaisant. (Pansement par occlusion.)

5 février. La cicatrisation des plaies marche assez rapidement.

Ce travail continue pendant tout le reste du mois de février, et le 2 mars il est achevé. Pendant ce laps de temps, le pansement par occlusion a été renouvelé, comme d'habitude, une fois tous les huit jours.

L'état général du malade a été en s'améliorant de plus en plus. La teinte jaunâtre et l'amaigrissement ont fait place à une coloration très-bonne et à un retour de l'embonpoint.

Le malade est en état de quitter l'hôpital dans la première quinzaine de mars.

Le phlegmon diffus panniculaire, comparé au phlegmon par nappe purulente, offre ceci de particulier que la peau doublée de son pannicule graisseux porte pour ainsi dire avec elle toute la maladie.

Dans le phlegmon par nappe purulente, quand on incise les tissus, on entrevoit de prime abord la possibilité de faire éliminer cette couche peu épaisse placée entre les grandes aponévroses et la peau. Vient-on, au contraire, de sectionner la peau pour un cas de phlegmon panniculaire, à la vue de toutes ces mailles du tissu cellulo-adipeux qui doublent le tégument et qui sont gorgées de matière concrète, l'esprit ne conçoit pas par quel mécanisme cette espèce d'éponge purulente pourra jamais se débarrasser des matières dont elle est imprégnée. Aussi ne fut-ce point sans quelque surprise que nous vîmes, sous l'influence de douches abondantes répétées deux fois par jour avec le plus grand soin, l'élimination successive des produits purulents s'effectuer sans qu'il survînt le moindre sphacèle de la peau. Nous n'avons point encore observé un assez grand nombre de ces phlegmons diffus panniculaires, qui sont très-rares si on les compare aux phlegmons par nappe purulente, pour être à même de tracer la symptomatologie spéciale, la marche et les terminaisons de cette affection. Qu'il nous suffise pour le moment d'en avoir cliniquement établi l'existence.

3° PHLEGMON DIFFUS SOUS-APONÉVROTIQUE. — Cet envahissement purulent concret qui constitue le caractère essentiel du phlegmon diffus peut débuter par le tissu cellulaire qui se trouve à l'intérieur des gaînes musculaires et au contact de la fibre charnue. Nous avons vu des cas dans lesquels les muscles eux-mêmes étaient comme enduits d'une couche purulente blanchâtre, poisseuse, pouvant difficilement se détacher de la substance musculaire, et, ce qu'il y a de remarquable, c'est que, dans des cas de ce genre, nous avons pu, grâce à des incisions d'une étendue suffisante et à des douches répétées, à l'emploi des tubes à drainage, ramener les parties à leur état normal et préserver les membres d'une des atteintes les plus graves qu'ils puissent avoir à supporter.

Cette variété de phlegmon diffus est beaucoup plus difficile à diagnostiquer que les autres, et par cette raison là même, n'étant attaquée que plus tardivement, elle peut amener des désordres très-graves et quelquefois irrémédiables, avant qu'on ait soupçonné son existence. Plusieurs fois nous avons dû inciser le mollet dans toute sa profondeur avant d'atteindre les points malades. Dans les cas de ce genre, nous plaçons successivement un bon nombre de canules en Y, que nous disposons de la manière suivante dans les cas de suppuration sous-aponévrotique : j'en réunis trois ou quatre en fixant les branches des Y sur une petite traverse comme dans la suture enchevillée ; cela représente une sorte de flûte de Pan ou de jeu d'orgue, et nous faisons ensuite, dans la profondeur des membres, des injections abondantes.

Chaque fois que, par la violence des douleurs, par l'intensité des phénomènes généraux, par l'absence d'une suppuration circonscrite ou diffuse dans les couches superficielles d'un membre à fortes aponévroses, on est conduit à soupçonner l'existence d'un phlegmon diffus sous-aponévrotique, on doit inciser les tissus couche par couche jusqu'à la mise à nu de l'aponévrose d'enveloppe. Le fond de la plaie doit alors être étudié avec le plus grand soin, et si l'aponévrose a perdu son aspect argenté et surtout si elle offre une teinte jaune ou verdâtre, n'hésitez pas à la débrider largement, car toutes les incisions que vous feriez à la peau, fût-ce dans l'épaisseur entière du pannicule qui la double, ne feraient pas avancer la question d'un seul pas, et c'est même pour cela, il faut bien le dire, que plus souvent qu'on ne le pense des phlegmons diffus ont continué leurs ravages sous des téguments criblés d'incisions, en apparence profondes, mais qui n'avaient point atteint l'aponévrose inclusivement.

L'observation suivante dans laquelle on verra que le phlegmon diffus a été précédé d'une angioleucite parfaitement caractérisée peut être rangée parmi celles qui ont trait à notre troisième variété, non pas que l'exsudation purulente concrète se fût établie dans les interstices musculaires, mais bien parce qu'elle s'était produite à l'intérieur de la gaîne des vaisseaux et sous l'aponévrose qui avait pris la teinte caractéristique, l'exsudation purulente poisseuse déposée sur les muscles constituait dans le cas particulier le premier pas du phlegmon diffus intermusculaire.

SOIXANTE-CINQ ANS. PHLEGMON DIFFUS PAR NAPPE PURULENTE, PRÉCÉDÉ PAR UNE ANGIOLEUCITE DU BRAS DROIT; COULEUR VERDÂTRE DE L'APONÉVROSE AU CÔTÉ INTERNE DU BICEPS; PRÉSENCE DU PUS DANS LA GAÎNE DES VAISSEAUX; DRAINAGE AU MOYEN DE SEPT INCISIONS ET DE DOUCHES ABONDANTES; GUÉRISON.

OBS. VII. — Poule (Étienne), 65 ans, mécanicien, rue des Gardes, à la Chapelle, entre à Lariboisière le 26 avril 1854. Tuméfaction légère de tout le

membre supérieur droit qui présente à sa partie moyenne et externe une rougeur érythémateuse très-prononcée, ne disparaissant point par la pression, se terminant insensiblement, d'une part, vers la partie supérieure du bras, de l'autre vers l'articulation du poignet. Il y a engorgement des ganglions axillaires droits.

Cet état est d'abord caractérisé cliniquement comme une angioleucite, d'autant mieux que le malade s'était fait antérieurement une écorchure à la main droite. Cataplasmes et nombreuses ventouses scarifiées, tel fut le traitement des premiers jours.

Le 28, l'angioleucite avait pris tous les caractères du phlegmon diffus et menaçait d'envahir rapidement la totalité du membre.

Cinq incisions sont pratiquées à diverses hauteurs sur le trajet du membre, et l'on trouve d'une manière non douteuse l'existence de la nappe purulente concrète siégeant à la surface de l'aponévrose d'enveloppe.

Cette aponévrose elle-même, vers la partie moyenne du bras et sur le bord interne du biceps, a perdu son reflet nacré. Elle a pris la teinte verdâtre que nous considérons comme indiquant d'une manière certaine la présence du pus au-dessous de la toile fibreuse. Et en effet, celle-ci, étant incisée sur-le-champ, permet de reconnaître la présence d'un pus demi-concret, demi-liquide. Une fois les incisions faites, le membre est soumis à l'action de douches détersives abondantes et lancées avec force; puis cataplasmes.

Le lendemain 29, rougeur érysipélateuse au conde. Deux nouvelles incisions limitatives.

Les jours suivants, mouvement fébrile prononcé, langue blanche. (Eau de Sedlitz; solution à 5 grammes sur les plaies des incisions; douches soir et matin.)

Sous l'influence de ce traitement, les plaies se détergent. De longs filaments de tissu cellulaire sphacélé en sont retirés tous les matins, au moyen de pinces à mors plats.

Bientôt l'état du malade, qui avait donné des inquiétudes sérieuses, s'améliore sensiblement.

Enfin le 18 mai, c'est-à-dire vingt-cinq jours après l'entrée du malade, les choses en sont arrivées à un état d'amélioration tel que l'on peut recourir au pansement par occlusion. Ce dernier est renouvelé le 24 mai.

Le 29 mai, on renouvelle la cuirasse au-dessous de laquelle s'aperçoivent de longs tractus de lymphe plastique. Les incisions offrent l'aspect de plaies longitudinales très-étroites, bourgeonnantes, d'un rouge vermeil et du plus bel aspect. Disparition complète de la douleur et du gonflement; état général parfait.

Enfin le 19 juin le malade, parfaitement guéri, quitte l'hôpital.

(*La fin au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite et fin.)

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.

THÉORIE DE L'AUTOMATISME ÉTUDIÉE DANS LE MANUSCRIT D'UN MONOMANIAQUE; par M. BAILLARGER.

M. Baillarger a acquis cette conviction, dans l'observation des aliénés, qu'il faut chercher le point de départ de tous les délires dans l'exercice involontaire des facultés; c'est à cette théorie qu'il a donné le nom d'*automatisme*. Il a développé cette proposition il y a plus de dix ans, pour le délire en général et pour les hallucinations en particulier. Dans la discussion qui a eu lieu cette année à l'Académie de médecine sur la folie, il a insisté de nouveau sur cette théorie avec beaucoup de chaleur et de talent. Ce n'est pas ici le lieu de discuter ce mode d'interprétation du délire; nous indiquerons seulement les propositions générales émises à cet égard par M. Baillarger, et dont il a cru trouver une confirmation nouvelle dans le manuscrit d'un monomaniaque.

Dès qu'il survient de l'excitation cérébrale et que la maladie commence, dit M. Baillarger, on devient incapable de diriger ses idées; elles s'imposent et on est forcé de les subir. Entraîné à chaque instant par ces idées spontanées et involontaires, le malade cesse de pouvoir fixer son attention, et toùt travail suivi devient impossible. Après avoir vainement lutté contre cette puissance qui le domine, il est conduit le plus souvent à des explications erronées; il attribue, par exemple, les idées qui l'obsèdent à un être étranger. Ce qui aide à provoquer cette explication, c'est la nature même de ces idées qu'il n'a jamais eues dans son état normal, ou même qui sont complètement opposées à ses idées habituelles; enfin l'erreur devient plus complète par suite de la forme que revêt bientôt la pensée lorsque cet état se prolonge. On sait que rien n'est plus fréquent que les conversations dans les rêves, et il n'y a pas lieu de s'étonner de les voir se reproduire lorsque l'exercice des facultés est devenu involontaire pendant la veille. Ce qui achève la ressemblance, c'est que la pensée ne se reproduit plus alors sans être articulée intérieurement. De là quelquefois cette singulière illusion d'une voix qui a son siége dans la poitrine ou dans la région de l'estomac; c'est alors qu'on s'adresse au malade à la seconde personne, qu'on l'interroge et que la *dualité* devient plus tranchée; c'est alors aussi qu'il y a bien véritablement comme une double pensée et comme deux êtres distincts.

Les éléments de cette théorie se trouvent réunis dans un manuscrit que possède M. Baillarger et qu'il commente en en citant plusieurs extraits. Le malade est d'abord dominé par des idées tristes ou des tableaux obscènes dont il lui est impossible de se débarrasser. Il établit que c'est là un fait anormal, puisque dans l'état de santé on dirige ses idées, et qu'il ne peut en ebanger le cours, ce qui le porte à croire que chez lui c'est la matière qui pense.

Il indique comme conséquence l'impossibilité où il est d'appliquer son attention et de rien retenir de ce qu'il lit.

Bientôt il articule intérieurement toutes ses pensées. Avant d'être exprimées par la parole, elles sont, dit-il, formulées intérieurement par des mots.

Plus loin, il lui semble que son intelligence a changé de siége, elle est désormais dans la poitrine ou dans la région de l'estomac: « la tête n'y est plus pour rien, c'est l'estomac qui est en travail, c'est cette langue intérieure qui formule. »

Enfin vient le dédoublement de la pensée que M. Baillarger regarde comme le dernier degré de l'automatisme.

DES ALIÉNATIONS MENTALES TRANSITOIRES; rapport médico-légal par M. CALMEIL.

Dans un rapport médico-légal sur l'état mental d'un malheureux inculpé de meurtre volontaire, M. Calmeil a été amené à discuter la difficile question de l'existence des *aliénations mentales transitoires*.

La science est malheureusement forcée de reconnaître, parce que les faits le démontrent, que l'esprit humain est parfois susceptible d'éprouver un dérangement, une aliénation subite, purement transitoire, sans que la volonté affectée puisse toujours trouver alors en elle-même assez de ressources pour continuer à régler sainement ses déterminations, assez de force et de puissance pour toujours réprimer sûrement alors l'élan des plus fâcheuses actions. Tous les individus chez lesquels on est à même de noter de pareils dérangements, de pareilles lésions intellectuelles, ne sauraient point être classés dans une même catégorie, attendu que les uns obéissent en accomplissant le mal à la suggestion d'une sensation erronée; les autres à la suggestion d'une conception maladive, absurde et déraisonnable; d'autres enfin à une sorte de détermination comme automatique, qui fait qu'ils agissent sans trop se rendre compte des motifs de leurs actions, qu'ils ont par la suite beaucoup de peine à s'expliquer.

La science parvient à constater encore que ces sortes d'aliénations éclatent de préférence chez des individus qui sont prédisposés par des influences héréditaires à l'invasion de toutes les folies, chez des individus que l'afflux trop copieux du sang vers la tête incommode souvent, chez les épileptiques, chez les sujets qui sont habituellement en proie à la mélancolie, à la taciturnité; les femmes enceintes, les femmes hystériques y sont pareillement sujettes.

LA MÉDECINE DANS L'HISTOIRE; par M. le docteur C. SAUCEROTTE.

Sous ce titre, LA MÉDECINE DANS L'HISTOIRE, M. Saucerotte publie, dans le numéro d'avril des ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES, une intéressante et trop courte notice à l'influence du physique sur le moral et à l'intérêt qu'il peut y avoir à envisager certains grands événements de l'histoire ou certains personnages dont les noms sont restés justement ou tristement fameux. Sans vouloir amnistier la mémoire de certains hommes qui n'ont dû la célébrité de leur nom qu'à des fureurs insensées ou des actes extravagants, l'historien peut-il considérer comme jouissant de l'intégrité de leur raison des Caligula ou des Paul I[er]? Dans un autre ordre de faits, peut-on se refuser d'inscrire à côté du nom de Jeanne d'Arc, les mots d'extase et d'hallucination? l'histoire a-t-elle quelque chose à perdre à l'interprétation positive des faits? La mission de Jeanne d'Arc, la grandeur de cet épisode de notre histoire nationale seraient-elles méconnues, dépouillées de leur cachet providentiel, parce qu'on n'admettrait plus l'intervention directe de la Divinité, la réalité objective des circonstances surnaturelles de certains faits de cette merveilleuse histoire?

L'histoire des grands artistes, des grands poëtes et de quelques sublimes mystiques, comme Pascal, n'a que trop prouvé que le dérangement des facultés mentales peut sortir de ces états d'extase et d'en-

thousiasme auxquels s'allume la flamme de l'inspiration, source des grandes découvertes, des pensées sublimes et des intuitions de l'avenir. Il suffit pour cela que le système nerveux ne soit pas assez puissamment organisé pour résister à cette accumulation des forces vitales dans un même organe.

En étendant l'étude des rapports du physique et du moral aux affections des autres appareils de l'économie animale, il ne serait pas difficile d'y trouver une foule de relations du même genre. Qui ne sait, par exemple, l'influence que l'état du foie, de l'estomac et des autres viscères importants exerce sur les facultés morales? De l'aveu de ses biographes, J. J. Rousseau dut en grande partie à une affection incurable, dont il était atteint et qui fait le tourment de ceux qu'elle consume, cette hypocondrie qui eut une influence si grande sur sa destinée. Qui nierait l'influence des maladies du cœur sur le dérangement des facultés mentales et l'autocratie que l'utérus exerce sur la femme?

Mais la tâche du médecin philosophe qui veut se livrer à de telles appréciations est hérissée de difficultés. Les historiens ont gardé le silence sur les faits de cet ordre; peu de médecins ont songé ou ont pu, comme Cabanis le fit pour Mirabeau, écrire le récit des circonstances qui ont amené la mort des grands hommes, ou ce qu'ils savaient des maladies dont ils étaient atteints, de l'influence que leur état de santé a eu sur leurs résolutions. Il semble que, pour les historiens, un héros ne puisse finir par un de ces trépas vulgaires réservés à la vile multitude; ils cherchent des causes exceptionnelles; ils font mourir le chancelier Elphinson, à 85 ans, du regret que lui causa la perte d'une bataille, et le cardinal Ximénès, presque aussi vieux, du dépit que lui causa sa disgrâce; Sophocle, arrivé à l'extrême vieillesse, de la joie que lui causa son dernier triomphe dans un concours. Mais les historiens nous racontent des choses bien plus singulières et bien plus inadmissibles encore: l'évêque Doprat meurt à 72 ans, *parce que* les chanoines de son chapitre veulent le forcer à couper sa barbe, et un des ducs de Nevers de la honte que lui causa un reproche d'Henri IV. Alexandre Guidi, le Pindare italien, aurait été frappé d'apoplexie *pour avoir découvert* une faute d'impression dans un exemplaire de ses homélies!

Dans quelques travaux modernes cependant on remarque une tendance à des appréciations plus positives. M. H. Martin, dans une dissertation sur la Pucelle, a cherché à se rendre compte de certains phénomènes qui ont incontestablement un pied dans la physiologie. Deux savants historiens, qui ont écrit l'abdication et la retraite de Charles-Quint, M. Mignet et M. Gachard, n'ont pas hésité à rejeter les suppositions contradictoires et absurdes imaginées pour expliquer ce curieux épisode de l'histoire. Tous deux, appuyés sur une foule de documents authentiques, prouvent qu'il faut chercher la véritable cause de l'abdication du grand politique dans les infirmités cruelles et dans la décadence prématurée où des habitudes notoires d'intempérance et la goutte qui s'en était suivie l'avaient fait tomber.

M. Saucerotte se justifie du reproche de matérialisme qu'on pourrait lui adresser. Descartes et Bossuet n'ont-ils pas proclamé avec Platon, Malebranche, Leibnitz, l'influence du physique sur le moral?

L'action du médecin et de l'art qu'il met en œuvre serait encore une mine inépuisable à exploiter. Quand je lis dans les mémoires écrits du temps de Louis XIII, dit M. Saucerotte, que ce malheureux prince fut, dans l'espace d'une année, purgé ou vomitisé deux cent quinze fois, et saigné quarante-sept, je ne puis me défendre de croire, en songeant à l'énorme affaissement qui dut en résulter pour l'auguste malade, que son archiâtre servit merveilleusement en cela les vues de Richelieu, et il me semble que je m'explique mieux ce prince soupçonneux, défiant de lui-même, *presque toujours malade*, supportant impatiemment le joug de son premier ministre, que la conscience de sa faiblesse physique et morale lui rendait nécessaire.

Quand je pense, ajoute l'auteur, à la puissance redoutable dont est armé le médecin, aux coupables desseins auxquels il a pu servir d'instrument, et aux ressorts immoraux dont la politique ne s'est jamais fait faute de se servir; quand je réfléchis à l'influence que l'homme de l'art exerce, surtout à de certaines époques de l'histoire où il est en même temps astrologue et devin, sur les esprits timorés et superstitieux, je me prends à penser qu'il est plus d'un Struenzée, plus d'un Lestoc inconnus, plus d'un Coitier dont la vie est écrite dans l'histoire en caractères invisibles.

M. Saucerotte termine en se défendant de ne voir dans les événements de l'histoire que le produit fatal de l'action que la partie matérielle de notre être exerce sur nos déterminations. Des deux principes qui constituent la créature humaine, il n'a pas voulu absorber l'un au profit de l'autre; mais les historiens ne s'étaient occupés que d'une des faces de la question, la plus séduisante, celle qui montre l'homme aux prises avec la matière et vainqueur dans la lutte. M. Saucerotte, envisageant l'homme sous son plus humble aspect, s'est donné la tâche plus ingrate de rendre à la partie périssable de la créature ce qu'on ne saurait, sans violer les lois de la vérité, attribuer exclusivement au principe immortel qui l'anime.

DES HALLUCINATIONS DANS LA VARIOLE; par M. THORE.

M. Thore avait étudié déjà la manifestation des hallucinations dans le cours et à la suite des maladies aiguës, et en particulier dans la fièvre typhoïde. Dans son nouveau mémoire, il s'est proposé de s'occuper des hallucinations qui se manifestent pendant le cours de la variole, phénomène qui, jusqu'à présent, avait passé inaperçu.

Les troubles de l'intelligence qui se manifestent dans le cours de la variole constituent un groupe de symptômes fort important au point de vue du pronostic, et d'autant plus intéressant à étudier qu'il n'a pas attiré, autant qu'il conviendrait, l'attention des observateurs.

Ces troubles se développent à des périodes diverses de la variole: on observe d'abord ce délire initial dont la fréquence est assez grande au début des maladies aiguës et surtout des maladies éruptives chez les adultes; il cesse avec la période d'invasion, et n'ajoute ordinairement aucune gravité au pronostic.

Mais il n'en pas de même de celui qui se manifeste au milieu ou vers la fin de la période exanthématique, et dont le célèbre Mead avait caractérisé le danger. M. Thore a noté ce délire six fois, ce qui prouve qu'il n'est pas aussi rare que l'ont avancé les auteurs du COMPENDIUM.

Deux fois dans des cas graves, mais suivis de guérison; quatre fois dans des varioles confluentes terminées par la mort. Quelquefois c'est un subdélirium avec un état comateux, plus souvent il est accompagné d'une agitation considérable. M. Thore attribue cette fâcheuse complication au développement d'une méningite, mais il n'a pu vérifier cette induction par l'autopsie.

M. Thore a observé douze fois les hallucinations dans la variole: deux fois dans des varioles confluentes terminées par la mort, quatre fois dans des varioles confluentes terminées par la guérison, six fois chez des individus atteints de variole bénigne.

D'après M. Thore, les hallucinations se montrent dans la variole cinq fois sur cent à peu près.

Leur fréquence est plus grande dans cette maladie que dans toutes les affections aiguës pendant le cours desquelles on les a signalées.

Cette fréquence semblerait devoir être attribuée à une congestion de l'encéphale, déterminée par un développement plus abondant des pustules à la face et au cuir chevelu. Cependant les hallucinations se sont montrées dans des cas de variole bénigne, de varioloïde.

Les hallucinations sembleraient se manifester par suite d'une influence épidémique.

Le sexe masculin paraît être une cause prédisposante. C'est rarement avant le quatrième jour, rarement après le septième que les hallucinations se manifestent. Dans les deux tiers des cas, c'est le cinquième jour, ordinairement à l'époque où l'éruption a pris son développement et où les boutons commencent à suppurer.

Elles durent trois jours en général, quelquefois moins. Chez les individus qui ont succombé, elles ont persisté jusqu'à la mort.

Chez ceux qui ont guéri, les hallucinations sont toujours restées bien isolées et sans autre trouble appréciable de l'intelligence. Ordinairement elles disparaissent après un sommeil plus ou moins profond; quelquefois elles font place en s'effaçant à un délire plus général, qui ne tarde pas lui-même à disparaître.

Les opiacés ont été employés avec avantage par M. Thore dans le traitement de cet accident de la variole, et ils ont le plus souvent des résultats assez rapides. La dose prescrite a été de 5 centigr. dans les vingt-quatre heures. Dans un ou deux cas, M. Thore a eu recours à une application de sangsues aux oreilles, quand l'éruption était très-confluente, les conjonctives injectées, la face très-tuméfiée, le délire général avec agitation considérable.

Le pronostic est, en général, favorable, et n'est guère en rapport avec l'inquiétude que cause toujours l'invasion du délire et surtout des hallucinations pendant le cours d'une maladie aiguë.

DES CAUSES DE LA FOLIE; par M. TRÉLAT. (Suite.)

Dans ce second mémoire, M. Trélat examine d'abord quelles sont les causes physiques accidentelles de la folie, la brusque suppression des menstrues, les coups, les chutes sur la tête, les plaies d'armes à feu, la forme ataxique de la fièvre typhoïde, les convulsions, la grossesse, l'état puerpéral.

La paralysie générale, qui tient aujourd'hui à juste titre une grande place dans notre cadre nosologique, est aussi soumise à la grande et commune loi de l'hérédité; mais plus qu'aucune aliénation, elle reconnait pour origine des causes accidentelles. Les libertins et les ivrognes fournissent à la paralysie générale de nombreuses victimes. Les filles publiques en sont aussi frappées fréquemment atteintes.

On a quelquefois attribué la folie à l'usage prolongé, répété et abusif du mercure, et ce n'est pas sans raison. Il peut en être de même de l'emploi immodéré de l'opium, du sulfate de quinine, du tabac et de quelques autres substances médicamenteuses.

Certaines causes morales peuvent avoir toute la promptitude et toute l'énergie des causes physiques; c'est ce que M. Trélat démontre par des observations d'une incontestable valeur.

Il est une catégorie de pauvres êtres pour lesquels la vie est sans bonheur, qui sont absolument hors d'état d'affronter l'imprévu et les difficultés de la vie libre. Ces malheureux déshérités ne sortent des asiles que pour y rentrer bientôt. Il y a en eux une cause permanente qui les rend incurables pour le médecin et irresponsables pour le juge. L'observation de ces infortunés démontre *que la responsabilité ne saurait être la même pour tous.*

M. Trélat, dans sa conclusion, estime que dans cette note sur les causes de la folie, il a fait une large part à celles qui sont accidentelles :

CAUSES PHYSIQUES, *atmosphériques, hygrométriques* ou autres; causes dépendant de lésions extérieures, de chutes, de coups, de plaies d'arme à feu; causes provenant de fièvres graves, typhoïdes ou pernicieuses; convulsions, grossesse, suites de couches ou allaitement; abus des organes générateurs et des boissons enivrantes; abus du mercure, de l'opium, etc.

CAUSES MORALES : effroi, surprise violente, voies de fait et mauvais traitements, ruine, déshonneur, terreurs religieuses, impressions résultant d'un brusque et profond changement de manière de vivre : toutes ces causes ont reçu la sanction des exemples cités.

Ces causes sont puissantes quand elles sont soudaines, excessives, accablantes; mais quelque formidables quelles soient, il ne faut pas se rendre devant elles sans examen; il faut souvent chercher laborieusement la cause vraie, impérissable et transmissible, sous d'insidieuses apparences.

Les rudes épreuves morales élèvent les sentiments, exercent et développent la raison, fortifient le caractère; les excès physiques, au contraire, abolissent ces nobles dons, souillent ces divines empreintes.

Tout le reste est exception. Il faut en être convaincu et marcher philosophiquement, moralement, scientifiquement dans cette voie sévère et féconde.

L'auteur résume son mémoire en disant :

Il existe une grande cause de l'aliénation, cause primordiale, cause des causes, *l'hérédité*, qui fixe cette maladie dans les familles et la rend transmissible de génération en génération.

C'est une loi.

Toutefois, cette loi peut être modifiée par des alliances. Le fait est incontestable, quoique dans l'état actuel de la science on ignore les conditions et les données en vertu desquelles et selon lesquelles cette modification se produit et pourrait s'obtenir.

Il est des familles où les enfants sont tous fidèlement frappés.

Il en est où un certain nombre sont atteints et où d'autres ne le sont pas.

Il en est aussi où la présence du vice transmissible, heureusement modifié par l'alliance, paraît n'engendrer que d'heureux effets : intelligence élevée, esprit, quelquefois génie. Il faut recevoir ces bienfaits quand ils viennent et ne point les chercher. Les espérances conçues pourraient coûter cher.

Voilà où gît la grande cause. La plupart du temps elle suffit à elle seule, et n'attend tout au plus pour éclater que les circonstances adjuvantes.

Au-dessous, bien au-dessous de cette cause suprême, nous avons classé et limité les autres, que nous avons essayé de circonscrire dans leur domaine. C'est le moyen de leur donner toute leur valeur et d'ajouter à l'intérêt de cette étude.

RAPPORTS MÉDICO-LÉGAUX SUR DEUX ALIÉNÉS ACCUSÉS DE MEURTRE; DES MESURES A PRENDRE VIS-A-VIS DES ALIÉNÉS CRIMINELS; par M. AUBANEL.

Cela nous conduirait trop loin d'analyser ici les deux rapports de M. Aubanel, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Marseille; mais nous n'avons pas voulu laisser passer sans protestation une conclusion générale formulée par M. Aubanel à la fin du second de ces rapports. Chacun d'eux, d'ailleurs, est un bon modèle de discussion médico-légale, nous nous empressons de le reconnaître, et tous deux ont été suivis d'une ordonnance de non-lieu. Ils sont relatifs, l'un à un jeune paysan illettré des environs de Marseille, qui, épileptique et malade depuis plusieurs années, a commis un double meurtre sous l'influence d'une idée superstitieuse et pendant un accès de fureur maniaque; l'autre à un cordonnier qui, aliéné depuis longues années et condamné plusieurs fois pour délit de vagabondage, a tiré un coup de pistolet sur l'escorte du général Rostolan, également sous l'influence d'un désordre maniaque incontestable.

Nous concevons parfaitement que, dans le premier de ces rapports, M. Aubanel ait conclu qu'il y avait lieu, en rendant l'inculpé irresponsable de ses actions, de le considérer comme un aliéné dangereux, et de l'enfermer pour la vie dans un asile public.

Des accès de fureur pourraient éclater de nouveau, soit spontanément, soit consécutivement à des attaques d'épilepsie.

Les folies qui viennent compliquer l'épilepsie ne présentent aucune chance de guérison; l'état moral s'aggrave ordinairement de plus en plus, et une sorte d'abrutissement constitue souvent le dernier terme de la maladie.

Nous comprenons encore que M. Aubanel ait formulé une conclusion semblable pour le second inculpé; l'ancienneté du délire, la forme rémittente de la maladie, l'altération évidente des facultés intellectuelles, même dans la rémission des accès de folie proprement dite, tout concourait à dicter une semblable résolution. Mais, selon nous, M. Aubanel va beaucoup trop loin dans sa dernière conclusion générale.

L'humanité, dit-il, réclame le pardon et la commisération envers les aliénés qui se sont rendus coupables de quelque action criminelle, mais les droits de la société, à notre avis, non moins sacrés que ceux de l'individu, exigent à juste titre pour ces malheureux, à défaut d'une condamnation qu'ils ne méritent pas, une séquestration perpétuelle dans un hospice, servant sérieusement de garantie contre de nouveaux attentats.

Agir ainsi, c'est montrer, ce nous semble, vis-à-vis de certains aliénés, une rigueur plus grande que celle que la loi déploie envers les criminels responsables de leurs actes. Qu'un criminel ait violemment froissé la société, s'il est condamné à une peine temporaire, il pourra rentrer dans la société à l'expiration de sa peine. Alors même qu'il sera évident que cet homme s'abandonnera de nouveau à toutes les inspirations d'une nature viciée, on ne pourra songer à le maintenir perpétuellement séquestré. Et certains médecins, même parmi les plus instruits et les plus recommandables, prétendent condamner à une séquestration perpétuelle des infortunés qui ont agi en dehors de toute liberté morale! Pour émettre un jugement aussi sévère, il faudrait, d'après nous, démontrer l'incurabilité de l'aliéné. Supposons, comme cela arrive, qu'il s'agisse d'un malheureux atteint d'une de ces aliénations étroitement liées à un état somatique. Est-il juste, est-il logique, si le malade vient à guérir, de le maintenir séquestré? Il est des cas où le retour de l'état maladif est extrêmement peu probable, faut-il donc néanmoins considérer cet infortuné comme aliéné à perpétuité? Notre manière de voir est toute différente. La société doit être efficacement protégée aussi bien contre les fureurs des insensés que contre les attentats des criminels. Mais la conscience du médecin ne lui permet plus de retenir, après sa guérison complète, un homme qui n'a fait que céder à une impulsion irrésistible, à une conception délirante. Assurément la sortie ne devra être prononcée qu'après de mûres réflexions, qu'après une épreuve suffisamment prolongée, et l'administration aura le droit et le devoir d'exercer une surveillance attentive sur cet individu, afin de le faire réintégrer immédiatement dans un asile s'il survenait de nouveau le moindre désordre moral ou intellectuel.

Dans un mémoire lu à la Société médico-psychologique, M. le docteur Archambault a cité plusieurs cas de guérison de folie homicide après un homicide consommé. Nous voyons dans ce mémoire qu'il n'a pas hésité à rendre à la vie sociale et de famille les malheureux qui ont fait le sujet de ses observations; l'événement a justifié ses prévisions, et il n'a eu qu'à se louer des déterminations qu'il a prises. Cette ligne de conduite nous semble à la fois la plus juste, la plus logique et la seule digne d'un médecin versé dans l'étude de l'aliénation mentale.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 19 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE.

DE L'APPLICATION DE L'AUTOPLASTIE AU TRAITEMENT DES CICATRICES VICIEUSES; par M. C. SÉDILLOT.

Le remarquable mémoire dont M. le professeur Jobert (de Lamballe) a donné lecture à l'Académie des sciences, dans la séance du 10 mars 1856, sur l'application de l'anaplastie aux brides cicatricielles, nous a rappelé quelques faits de notre pratique, pleinement confirmatifs des avantages de cette méthode. Les procédés que nous avons adoptés depuis plusieurs années ne sont pas entièrement semblables à celui de notre célèbre confrère, et nous signalerons particulièrement trois points sur lesquels nous ne saurions nous rallier à son opinion. Ainsi nous hésitons à admettre l'espèce de greffe du lambeau anaplastique dans l'épaisseur du tissu cicatriciel que semble indiquer M. Jobert. Nous ne croyons pas nécessaire la section du pédicule du lambeau. Enfin nous doutons de la facilité de la réunion immédiate entre les bords du lambeau et ceux de la cicatrice.

La première condition de succès pour le redressement des parties dont la forme et la mobilité sont compromises par la rétraction du tissu inodulaire, est sans contredit à nos yeux la division complète de ce tissu jusqu'aux couches normales subjacentes, qui deviennent la base et le point d'appui du lambeau. Si toute l'épaisseur du tissu inodulaire n'est pas intéressée, les difformités persistent invinciblement, et l'on reconnaît la nécessité, non-seulement de diviser la bride, mais encore de la séparer dans beaucoup de cas par la dissection des tissus sains plus profondément situés. C'est une corde inextensible que l'on sectionne, et il faut la couper en totalité si l'on veut en faire disparaître les effets. Nous remarquerons en outre que la réunion du lambeau au seul tissu inodulaire, si elle était obtenue, présenterait de bien faibles éléments de vascularité, et que l'on aurait certainement à redouter la gangrène du lambeau, après la section du pédicule. Nous concluons de ces considérations que le lambeau anaplastique doit être largement mis en rapport avec des tissus sains, et que c'est le moyen de remédier aux difformités, de donner une base suffisante au lambeau dont l'allongement et l'expansion deviennent possibles et d'en assurer la vitalité.

M. Jobert est partisan de la section du pédicule du lambeau, et il en a exposé les avantages dans ce passage : « Aucun changement appréciable ne se manifeste avant la section du pédicule; mais lorsqu'elle a été pratiquée, la bride s'étale, la difformité disparaît, les tiraillements cessent, et la partie inclinée se redresse et reprend son attitude. »

Il nous paraît impossible que la section du pédicule ait l'influence que signale M. Jobert, si du moins nous avons bien compris le sens de sa phrase. En intercalant un lambeau de téguments sains entre les deux bords d'une cicatrice du cou transversalement divisée, l'allongement du lambeau s'opère dans le sens vertical, et ne saurait être empêché par le pédicule, qui se trouve placé latéralement et en dehors de la sphère d'action de la cicatrice. Nous ne voyons pas l'utilité de l'incision du pédicule, et nous le conservons intact dans toutes nos opérations anaplastiques, relevant des méthodes française et indienne. Avec la précaution de faire partir de la perte de substance à combler, le bord correspondant du lambeau auquel on imprime une légère torsion de 25 degrés environ pour l'amener à sa nouvelle situation, le pédicule est uni à la plaie, et s'y confond tellement, qu'il n'est bientôt plus reconnaissable et qu'il n'y a pas de motif de le diviser. Cette manière d'agir abrége et simplifie l'opération et en rend le succès plus assuré, puisqu'on n'a plus à redouter la gangrène du lambeau par suite de la section du pédicule, quelle que soit d'ailleurs la rareté de ce redoutable accident.

Enfin, et c'est là notre troisième point de dissidence, M. Jobert annonce « que la greffe animale se réunit aussi bien au tissu cicatriciel divisé qu'aux autres tissus, et que c'est un fait remarquable que ce travail ne donne lieu à aucun accès d'inflammation, et qu'il se maintient dans de justes limites. » Notre expérience est en désaccord absolu avec cette opinion, et nous avons toujours observé la fonte ulcérative de la plus grande portion du tissu inodulaire, au contact du lambeau, dans toutes nos anaplasties de ce genre. De là pour nous le précepte d'éviter de multiplier les points de suture, et de n'en appliquer que le nombre indispensable pour maintenir pendant quelque temps le lambeau étalé dans la plaie et en éviter le retrait et l'enroulement spontanés. Une très-légère compression centrale faite au moyen de linges ployés en plusieurs doubles et trempés dans l'eau froide est aussi d'un utile secours.

L'ulcération des bords de la cicatrice nous paraît si constante, que nous n'avions pas craint de l'annoncer sur un des malades opérés à la clinique, dont nous donnerons l'histoire, et nous avions appelé l'attention des élèves sur ce phénomène, en signalant le peu de crainte qu'il en fallait concevoir, attendu que le tissu inodulaire se reforme alors avec la même rapidité qu'il s'est détruit. Si M. Jobert n'a pas fait les mêmes remarques, nous devons l'attribuer à des conditions toutes spéciales qui n'ont pas été suffisamment révélées, et qui réclament de nouvelles recherches.

FAITS CONFIRMATIFS. — 1° Cicatrice du cou produite par brûlure, avec flexion de la tête sur la poitrine; heureuse application de l'autoplastie. Observation recueillie par M. Picard, interne.

Fix (Charles), mégissier, âgé de 42 ans, fut admis à la clinique le 12 décembre 1855. Cet homme a eu dans sa jeunesse toutes les portions droites et médianes de la poitrine, du cou et de la tête profondément brûlées. Une bride cicatricielle, large et saillante, maintient la tête fléchie, et le maximum de l'écartement entre le bord supérieur du sternum et le menton est de 10 centim. La face est complètement asymétrique par défaut de développement du côté droit; l'oreille est en partie détruite et réduite à une espèce de moignon; les mouvements du bras droit ne sont pas génés, malgré la présence d'une large cicatrice étendue sur toute l'épaisseur de ce côté.

Le malade se plaint d'une aggravation notable de la flexion de la tête, qui l'empêche depuis quelques mois de se livrer à ses occupations habituelles, et il en attribue justement la cause à une ulcération du tissu inodulaire survenue au bord supérieur du sternum, dont un point nécrosé est détaché et mobile au milieu d'une ulcération cicatricielle.

M. Sédillot essaye le 18 décembre la section sous-cutanée de la partie profonde de la bride et obtient par ce moyen un allongement immédiat de 2 centim.; mais cette amélioration avait déjà disparu au bout de vingt-quatre heures, et la difformité était revenue au même degré.

Le 20 décembre, M. Sédillot voulant un résultat décisif et permanent, tailla sur la partie gauche du cou, dans un point où la peau était restée intacte, un lambeau vertical de 25 millim. de hauteur sur 40 millim. de largeur, dont la base était inférieure et le sommet tourné vers le menton. De l'extrémité droite de cette base, M. Sédillot fit partir une incision transversale qui intéressa toute l'épaisseur d'avant en arrière de la cicatrice, dont les lèvres furent disséquées en haut et en bas de manière à présenter un écartement assez grand pour y loger le lambeau renversé de haut en bas et de gauche à droite. Quelques points de suture en réunirent le sommet et les bords au tissu cicatriciel correspondant. Des fomentations froides furent appliquées, et un appareil amidonné, tel que M. Sédillot en fait usage pour les plaies du cou, immobilisa la tête.

Le 24, le lambeau, dont la face saignante et profonde est déjà adhérente, offre l'état le plus satisfaisant; mais il semble isolé au milieu d'une vaste ulcération circulaire de plus d'un centimètre de diamètre. On continue le pansement à plat.

Le 7 janvier 1856, des bourgeons charnus de bonne nature réunissent les bords du lambeau au tissu cicatriciel environnant. Le 15 du même mois, la cicatrisation est achevée. Le lambeau est souple, uni, sans tension; le pédicule à peine apparent, les mouvements de la tête beaucoup plus libres, et le malade quitte l'hôpital. Nous avons revu l'opéré deux mois plus tard, et il continuait à se féliciter des heureux résultats de son traitement.

2° Destruction de la paupière inférieure droite par une cicatrice étendue au nez, à la joue et à une partie de la tempe du même côté. Ectropion consécutif, porté au plus haut degré, avec larmoiement et sensibilité morbide de l'œil. Blépharoplastie par intercalation de deux lambeaux tégumentaires dans l'intervalle du tissu inodulaire profondément divisé. Guérison définitive. Observation recueillie par M. Heer, interne.

C..., âgé de 24 ans environ, vint réclamer, au commencement de 1854, les soins de M. Sédillot, pour un ectropion de la paupière inférieure droite, qui l'incommodait depuis son enfance et était la conséquence d'une brûlure très-étendue de la face. La chaleur, le froid, la lumière, le vent et la poussière provoquaient de la douleur, du larmoiement et des inflammations douloureuses de l'œil, dont le segment inférieur restant découvert était à peine protégé par l'abaissement momentané de la paupière supérieure.

Le tissu cicatriciel convrait toute la joue, depuis le nez et la lèvre supérieure jusqu'aux rares cils encore adhérents au bord de la paupière dont le revêtement tégumentaire n'existait plus. Après plusieurs tentatives infructueuses, dont M. Sédillot a consigné les détails dans son TRAITÉ DE MÉDECINE OPÉRATOIRE, ce professeur entreprit la restauration de la paupière inférieure, par un large lambeau emprunté au front et à la tempe, et interposé dans l'intervalle du tissu inodulaire profondément divisé et renversé en haut et en bas par la dissection. La mortification partielle de l'extrémité du lambeau, qui était fort long, exigea la formation d'un second lambeau, pris sur le front au côté interne du sourcil, et l'on réunit par la suture les bouts des deux lambeaux l'un à l'autre. Le tissu inodulaire environnant s'ulcéra, puis se reproduisit, et la paupière inférieure, restaurée et soutenue de chaque côté par la disposition des lambeaux, permit la libre et parfaite occlusion de l'œil.

Depuis deux ans, je n'avais plus entendu parler de ce malade, lorsqu'il vint me voir il y a quelques semaines, et je profitai de l'occasion pour le faire photographier. L'Académie pourra juger d'après l'épreuve que j'ai l'honneur de lui adresser des résultats de l'opération (1). Les lambeaux sont un peu arrondis et saillants et pourraient être rendus plus réguliers par l'ablation de quelques légers plis; mais comme le malade est très-satisfait du rétablissement de sa paupière et de la disparition de toute gêne et de toute faiblesse dans l'exercice de la vision, il ne s'est pas montré disposé à subir aucun essai de perfectionnement, et nous ne l'en avons pas blâmé.

Quelques personnes, trompées par le titre de blépharoplastie donné à cette observation, désireront peut-être y voir un exemple d'allongement d'une cicatrice par l'intercalation d'un lambeau tégumentaire; mais si le but poursuivi est réellement une restauration palpébrale, on reconnaîtra cependant que le procédé est exactement le même que dans notre première opération, et que les seules modifications qu'on y rencontre se rapportent à la hauteur plus grande du siége du pédicule. Nous nous étions conformé en cette circonstance à un principe général dont nous avons depuis longtemps démontré l'importance, et qui consiste à toujours placer l'origine ou le point de

(1) Cette image photographiée est mise sous les yeux de l'Académie.

départ des lambeaux anaplastiques du côté opposé au bord libre des organes que l'on se propose de reconstituer. C'est une règle invariable pour les paupières et les lèvres, et nous y avons conformé nos procédés.

Nous pourrions citer d'autres cas plus ou moins analogues aux précédents, et celui entre autres d'un soldat de la garnison de Strasbourg, dont le bras fléchi par une bride cicatricielle du pli du conde ne ponvait être étendu. Ce malade, dont la blessure eut un certain retentissement à cette époque, qui remonte au moins à quatre ou cinq ans, fut l'objet d'une consultation de tous les médecins militaires, et je proposai l'intercalation d'un lambeau anaplastique entre les bords du tissu inodulaire transversalement divisé. Cette opération ne fut pas pratiquée, et M. le docteur Sergent, alors chirurgien-major d'un régiment d'artillerie, se chargea de donner des soins au malade qu'une simple incision de la bride cicatricielle ne parvint pas à guérir. Dans une autre circonstance, nous eûmes recours au même procédé pour faciliter le redressement du pouce fléchi d'une manière génante par une bride inodulaire, résultant, je crois, d'une plaie avec perte de substance et suppuration prolongée.

Je partage, comme on le voit, l'avis de M. Jobert sur la haute valeur de l'application de l'autoplastie au traitement des brides cicatricielles, et l'on peut espérer que nos légères objections feront surgir des faits assez nombreux pour éclairer le petit nombre des propositions sur lesquelles nous ne nous sommes pas complétement rallié aux idées de notre célèbre confrère.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 27 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre du commerce, de l'agriculture et des travaux publics transmet à l'Académie :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1855 dans le département du Tarn.

2° Les rapports des médecins des épidémies pour l'arrondissement de Coutances, sur une épidémie de rougeole et de scarlatine qui a régné dans cet arrondissement.

3° Le rapport de M. de la Montagne (de Neuchâtean), sur une épidémie de rougeole dans la commune de Bollainville, en mars et avril 1856. (Comm. des épidémies.)

4° Plusieurs communications relatives à des remèdes secrets. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

5° L'état des vaccinations pratiquées en 1855 dans le département de la Haute-Vienne. (Comm. de vaccine.)

— La correspondance non officielle comprend :

Une lettre de M. le docteur GIUSEPPE DI MARTINO (de Naples), sur l'*otomisia* ou rappetissement du pavillon de l'oreille, dans les cas où cette partie présente un développement anormal. (Comm. : MM. Poiseuille et Jobert.)

Une note intitulée : QUELQUES DÉTAILS AU SUJET DE LA VARIOLE MANIFESTÉE EN CE MOMENT DANS LA COMMUNE DE CASTÉRA-BOURET (Tarn-et-Garonne), par M. LAFORÊT. (Comm. de vaccine.)

Un mémoire sur la fièvre jaune, par M. DUTROULEAU, premier médecin en chef de la marine. (Comm. : MM. Louis et Gérardin.)

Une lettre de M. MARC D'ESPINE (de Genève), avec un mémoire intitulé : DE L'ENTIÈRE IGNORANCE OU L'ON SE TROUVE SUR LE RÔLE QUE JOUENT DANS LA MORTALITÉ DE LA FRANCE LES DIVERS ACCIDENTS DES DIVERSES MALADIES, MÊME LES PLUS FACILES A RECONNAITRE, ETC. (Comm. : MM. Guérard et Bégin.)

Note sur une observation de kystes libres dans les cavités du cœur, par M. le docteur JULES DUBOIS (d'Abbeville). (Commiss. : MM. Cruveilhier et Barth.)

Une lettre de M. BEAU, médecin de l'hôpital Cochin, qui fait connaître à l'Académie les heureux résultats obtenus, dans son service d'accouchement, de l'administration du sulfate de quinine à haute dose (1 gramme) dans le traitement de la fièvre puerpérale.

L'ivresse quinique, suivant M. Beau, est la condition indispensable de l'efficacité du sulfate de quinine. (AU BULLETIN.)

NOTE SUR UN CAS D'INOCULATION FORTUITE DES EAUX AUX JAMBES DU CHEVAL A L'HOMME; par M. BOUSQUET.

Le 29 avril dernier, l'Académie reçut de M. Manoury, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Chartres, et de M. Pichot, médecin à la Loupe, une note et des échantillons d'un virus que M. Bousquet a été chargé de mettre en expérience. Il faut d'abord faire connaître l'origine de ce virus.

Le mardi 5 mars 1856, M. le docteur Pichot eut la visite du sieur Brissot, maréchal-ferrant. Ce jeune homme, âgé de 28 ans, non vacciné, souffrait cruellement des mains; elles étaient en effet très-enflées, et sur ce gonflement s'élevaient des *pustules opalines, confluentes, larges d'un centimètre environ, déprimées au centre et traversées par une petite croûte linéaire : ces pustules avaient toutes les apparences des pustules vaccinales parvenues au huitième ou neuvième jour.*

D'où venaient ces pustules? Brissot déclarait qu'il n'avait approché d'aucune vache; mais il se souvient qu'il a ferré, il y a peu de temps, un cheval atteint des *eaux aux jambes*. La date de cette opération remonte au 11 février. Du 11 février au 5 mars, on compte vingt-quatre jours, mais, comme à cette dernière date les pustules présentaient l'apparence d'une vaccine de huit à neuf jours, il en résulte que c'est après quinze jours d'incubation que l'éruption aurait commencé de se faire.

A l'égard de la maladie du cheval, elle a été vue et reconnue par le vétérinaire de la Loupe, M. Bonsergent, élève des écoles de Toulouse et d'Alfort.

M. le docteur Pichot plongea dans les pustules qui couvraient la face dorsale des mains de Brissot, la pointe d'une lancette et en recueillit la matière sur deux plaques de verre. L'une fut envoyée à M. Manoury, à Chartres; l'autre a été transmise à l'Académie avec une troisième plaque dont il sera bientôt parlé.

M. Manoury a fait avec la matière des pustules une série d'expériences très-précises; les unes avec le virus de première génération provenant des mains de Brissot; les autres avec le virus de seconde génération recueilli chez des enfants inoculés avec le premier virus. Il résulte des expériences de M. Manoury que, dans tous les cas, il s'est développé des pustules vaccinales des mieux caractérisées, du volume d'une forte lentille, bien umbiliquées et entourées d'une aréole bien marquée.

Dans les expériences que M. Bousquet a faites à son tour, il n'a pas séparé les deux virus : l'un de première génération, recueilli sur Brissot lui-même qui le tenait fortuitement du cheval; l'autre de seconde génération, recueilli sur l'un des enfants inoculés par M. Manoury avec le premier virus.

M. Bousquet a porté à dessein les deux virus sur les mêmes enfants, l'un à un bras, l'autre à l'autre bras. Le virus issu des mains du maréchal a complétement échoué; il n'a produit ni boutons, ni simulacres de boutons; les piqûres se sont éteintes presque aussitôt qu'elles ont été faites, sans déterminer ni fluxion, ni irritation, rien enfin de ce qui pourrait annoncer un commencement de travail.

Pour le virus de seconde génération, le contraire a eu lieu. Toutes les piqûres sans exception ont été suivies de pustules, ne différant en rien des pustules vaccinales ordinaires ni dans leur aspect, ni dans leur évolution; tout était d'une vaccine classique et presque vulgaire, rien d'une vaccine originale, vigoureuse, comme fut, par exemple, celle qui naquit du *cow-pox* trouvé en 1836 aux portes de Paris.

Que penser de la nouvelle éruption? continue M. Bousquet. Est-ce bien là la bonne vaccine? Elle en a toutes les apparences, et il serait bien étrange que le faux pût à ce point usurper les apparences du vrai? Mais il y a plus, la nouvelle éruption a été éprouvée par M. Bousquet par l'inoculation de la variole et de la vaccine en circulation; l'expérience n'a rien produit, ce qui témoigne assez du caractère et des vertus de la nouvelle vaccine.

Ce premier point éclairci, il en reste un second : est-il aussi certain que cette nouvelle éruption de nature vaccinale tire son origine du cheval ferré par Brissot le 11 février dernier? Là est tout l'intérêt de la communication.

Un vétérinaire habile a déclaré que ce cheval était atteint des *eaux aux jambes*; c'est notre unique garantie. Du reste, personne n'a suivi ce cheval; personne ne s'est avisé de répéter avec art ce qu'on affirme s'être produit naturellement et par accident.

On sait bien que la plupart des rencontres de *cow-pox* ne remontent pas plus haut; telle entre autres celle de 1836; mais alors, du moins, la vigueur des boutons a fait voir qu'ils ne venaient pas d'une origine commune; et, d'autre part, les médecins n'étaient pas en désaccord sur l'opinion qui fait venir le *cow-pox* primitivement et originairement de la vache.

MM. Pichot et Manoury raisonnent dans une autre hypothèse. Mais, observe M. Bousquet, tous les médecins et tous les naturalistes ne conviennent pas que l'éruption de la vache lui vienne du cheval. On a tout accepté de ce que Jenner enseigne sur la vaccine, excepté l'origine qu'il lui assigne dans le cheval. La seule fois que Jenner ait essayé d'inoculer les *eaux aux jambes* du cheval à la vache, il y a échoué. M. Bousquet lui-même, aidé de M. Leblanc, a tenté bien souvent cette transmission et toujours sans succès.

Cependant Jenner n'a jamais varié sur la première origine du *cow-pox*; au contraire, il semble qu'il s'y fortifiât à mesure qu'il avançait en âge. Seulement, dans les commencements, il croyait que la matière des *eaux aux jambes* n'était pas préventive par elle-même, et qu'elle avait besoin de passer par la vache pour le devenir. Ce n'est que par la suite qu'il déclara que ce passage était inutile. Tout cela donnerait à croire que Jenner n'était pas aussi sûr de la généalogie qu'il faisait au cow-pox qu'il voulait le paraître.

S'il eût connu le fait de MM. Pichot et Manoury, nul doute qu'il ne s'en fût emparé comme d'une forte présomption; mais on n'aurait pu le donner comme une démonstration sans réplique. Sans cela il y a longtemps que la science serait fixée sur ce point; car ce fait n'est pas unique. Je n'y vois aucune différence avec celui de ce cocher de Paris dont il fut tant parlé dans son temps. Mais pour que la démonstration fût complète, il eût fallu, dans ce cas, comme dans l'autre, qu'on reprît le virus aux pieds même du cheval et qu'on l'eût transporté sur l'homme. Il y a donc ici une lacune regrettable; mais le fait, tel qu'il nous a été donné, ne manque pas d'intérêt. Si, dans l'ordre logique, il n'est pas permis de transiger avec les principes, on se relâche un peu dans la pratique. On peut être persuadé sans être convaincu. Telle est la position où déclare se trouver M. Bousquet. Il n'y a qu'une seule supposition qui frapperait de nullité toute cette histoire et les histoires analogues, c'est que le cocher de Paris en 1805 ou 1806, et Brissot en 1856, se soient fait vacciner sur leurs mains pour tromper la bonne foi des médecins et se jouer de leur crédulité. Hors de là, s'il n'y a pas certitude absolue, il y a la plus forte présomption que si la vache engendre d'elle-même la petite vérole, elle peut aussi en recevoir le germe du cheval.

L'Académie se forme en comité secret à trois heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

ÉLÉMENTS DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE; par M. le professeur CHOMEL. — 4e éd. — Paris, 1856.

INSTITUTIONES PATHOLOGIÆ MEDICINALIS; auctore H. D. GAUBIO. — 1775.

LAZARI RIVERII INSTITUTIONES MEDICÆ. — 1672.

GILBERTI JACCHÆI INSTITUTIONES MEDICÆ. — 1624.

(Deuxième article. — Voir le numéro précédent.)

La plupart des livres classiques qui s'impriment de nos jours, nous n'en excepterons pas celui de M. Chomel, ont un cadre déterminé plutôt par les habitudes et le bon vouloir des écrivains que par les besoins de la science actuelle. Les lecteurs qui chercheront comme nous dans la pathologie *générale* la solution des problèmes les plus élevés de la science et la *généralisation* de l'étude des maladies seront étonnés des lacunes qui existent sous ce rapport dans les meilleurs traités.

On vient d'être initié à la connaissance des différentes affections; la mémoire est surchargée des innombrables détails de la pathologie spéciale; elle cherche, en rassemblant les faits pathologiques, en les comparant entre eux, à trouver leurs analogies ou leurs différences; dès qu'elle les aperçoit, elle en étudie les caractères. Elle forme ainsi des groupes morbides et elle les compare entre eux, ou bien elle indique la valeur d'un phénomène dans toute la série des espèces morbides, ses variations, ses rapports avec d'autres actes pathologiques. Ainsi se fondent la classification rationnelle des maladies et la physiologie pathologique. Ce travail s'opère dans tous les esprits; s'il reste inachevé quelquefois faute de matériaux, de réflexion ou de direction, souvent des penseurs plus heureux, ayant pour eux l'expérience personnelle et celle que donne la lecture des grands écrivains, font dans l'une ou l'autre de ces directions des travaux qui servent à combler les lacunes dont nous parlions et qui remplissent ainsi provisoirement ou définitivement différents chapitres de la pathologie générale. Il faut donc colliger ces travaux, les analyser et les apprécier pour traiter des généralisations de la pathologie.

Sans doute on peut penser que la voie ainsi tracée contient peu de vérités définitivement établies, que les expositions et les discussions théoriques y ont une large part, que le côté pratique des questions s'efface devant les conceptions hypothétiques: on comprend alors que M. Chomel prenant une direction différente, et traitant plutôt des prolégomènes de la pathologie que de la pathologie générale, ait dit: *Melius est sistere gradum quam progredi per tenebras.* Mais quelles que soient les difficultés qui embarrassent une partie de la science, celle-ci n'en existe pas moins, les ténèbres qui couvrent une question et qui en masquent la solution n'empêchent pas le problème d'exister, et le nombre des inconnues ne doit pas plus limiter l'exposition didactique qu'il n'arrête l'investigation scientifique. Gaubius lui-même a dit à ce sujet: « Videas certè, qui cum in suâ et quibusvis aliorum theo» riis inutilia, dubia, falsa inesse deprehendunt, mox clamitant, nul» lam dari medicinæ theoriam, quæ fidem mereatur, inutiles igitur » omnes esse, frustraque aut desiderari aut adhiberi.... Dissimulant hi, » inter multiplices theorias vix unam esse tam omni ex parte falsam, » ut non aliquid veré habeat.... Triticum itaque, quod a lolio dun» taxat repurgandum erat, unà cum hoc evellunt.... Partis recusant » bonis frui ac repudiatis veluti, quæ offeruntur, frugibus, quia glu» mis et furfuribus obnoxiæ sunt. » La discussion des théories ou l'appréciation des systèmes est une œuvre nécessaire pour qui veut chercher à connaître la signification générale des faits; on ne saurait s'en passer sous peine d'empêcher le progrès ou d'arrêter la vulgarisation des idées les plus importantes.

On trouve dans l'ouvrage de *Henle* des idées discutables, mais on ne peut s'empêcher d'y reconnaître les caractères des travaux qui appartiennent vraiment à la pathologie générale. Cet auteur, dans le livre que nous avons cité, première partie d'un travail étendu sur la *pathologie rationnelle*, a posé les principes les plus généraux de la physiologie pathologique en ce qui a trait à la nature des maladies, à l'étiologie générale, à l'explication des symptômes, de la durée et du type des différentes maladies. *Simon*, approfondissant surtout la physiologie pathologique du liquide sanguin, a étudié les altérations du sang dans les maladies, et l'action des purgatifs au point de vue de la médecine humorale, qui a succédé de nos jours au solidisme de l'école physiologique. Il y a dans chacun de ces points de vue des données importantes à relater que nous recommandons aux lecteurs qui s'occupent de pathologie générale. Comme nous l'avons dit, nous ne pouvons ni les exposer ni les discuter. Le livre de M. *Chomel*, conçu d'après un plan particulier, ne nous offrant pas les éléments d'une comparaison avec ceux de *Henle* et de *Simon*, il nous faut aujourd'hui remonter dans le passé, aux traités de Jacchæus, de Rivière, de Gaubius, pour chercher la méthode de l'auteur des ÉLÉMENTS DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE.

Jacchæus, le premier en date, est de ces trois auteurs celui dont la méthode est la plus philosophique et se rapproche plus de celle de Henle. Après avoir traité des éléments, des tempéraments, de la chaleur, des divisions générales des parties qui entrent dans la composition du corps humain, des humeurs, des différentes fonctions, il définit, divise et classe les maladies, il en étudie d'une manière générale les causes et les symptômes. Dans le livre III apparaît une première tentative de physiologie pathologique; l'auteur étudie le mode de production des différents symptômes: *De symptomatum causis in specie:* 1° Causes du délire, des symptômes apoplectiques et épileptiques, des vertiges, du coma; 2° causes des troubles des sens, cécité, amblyopie, nyctalopie, strabisme, surdité, perversion de l'odorat, du goût, de la sensibilité, etc.; 3° causes des perversions de la motilité, paralysie, stupeur, convulsions, spasmes, tremblements, pandiculations, sternutation, fatigue. La même méthode est appliquée aux symptômes de la respiration, de la circulation, des maladies du ventre, de celles du foie, de la rate, des reins, de la vessie. Les deux derniers livres, *De signis* et *de Medendi methodo*, contiennent toujours, à côté des symptômes analysés, des indications ou des moyens curatifs indiqués, un essai d'explication et de discussion des faits.

Rivière, comme *Jacchæus*, prend pour titre: INSTITUTIONES MEDICÆ; il a fait un ouvrage élémentaire où sont exposés les principes de la physiologie, de la pathologie, de la séméiotique, de l'hygiène et de la thérapeutique; dans un cadre très-étendu, il traite des éléments, des tempéraments, des humeurs, des parties organiques, des fonctions, de la nature des maladies, des changements des maladies et des crises, des causes morbides, des symptômes, des signes, des médicaments internes et externes classés d'après les divisions de l'époque. Cet ouvrage, dans lequel on trouve, à côté d'une grande érudition, un jugement excellent et un esprit pratique des plus remarquables, peut être comparé aux ÉLÉMENTS DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE, à cause des questions qui y sont traitées et de la manière dont elles sont envisagées.

Gaubius comprend dans les INSTITUTIONS les éléments de la pathologie générale et de la pathologie spéciale. Dans la pathologie générale, il traite en quelques pages: *De naturâ morbi, de causâ morbi, de symptomate.* Dans la pathologie spéciale, il comprend les chapitres suivants: *De naturis singulorum morborum; Morbi simpliciores; Analysis chemica generalis corporis humani; Morbi partium solidorum simplicissimi; Morbi solidi vivi; Morbi solidorum continentium; Morbi solidorum instrumentarii; Morbi fluidorum; Morbi cohærentiæ in humoribus; Acritates morbosæ humorum; Morbi humorum singulorum; Sanguinis affectiones; Quantitas humorum vitiata; Fluida loco aberrantia; Motus vitia in humoribus*, etc. Nous avons cité assez de titres pour faire voir que dans les principes de la pathologie spéciale, Gaubius comprenait des sujets très-généraux. Son plan, quoique raccourci, peut être comparé à celui de Henle, qui fait deux parts dans la *pathologie rationnelle*: l'une, la généralisation dont nous avons cité le plan, correspond à la pathologie générale de Gaubius; l'autre, seconde partie de la pathologie rationnelle, correspondrait à la pathologie spéciale des INSTITUTIONES PATHOLOGIÆ MEDICINALIS.

Les détails que nous venons de donner démontreront, nous l'espérons, ce que nous disions au début de cet article; rien n'est plus difficile que de déterminer et de circonscrire le domaine des différentes branches de la médecine. Nous avons vu que les modernes n'étaient pas d'accord entre eux sous ce rapport, les anciens ne le sont pas davantage. Il résulte cependant de l'examen auquel nous nous sommes livré qu'il y a à côté de la pathologie générale et de la pathologie spéciale une partie de la science qui n'appartient en propre ni à l'une ni à l'autre de ces deux branches, ce sont les prolégomènes de la pathologie, les premiers principes de cette étude tels que M. Chomel les expose sous le titre d'ÉLÉMENTS DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE, tels que Rivière nous les a légués sous le titre plus approprié, plus convenable et le seul exact d'INSTITUTIONES MEDICÆ.

THOLOZAN.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — INOCULATION DES EAUX AUX JAMBES DU CHEVAL A L'HOMME.

L'Académie de médecine a entendu dans la séance du 27 mai (1) la lecture d'une note de M. Bousquet sur un cas d'inoculation fortuite des *eaux aux jambes* du cheval à l'homme. Les faits de ce genre sont assez rares pour que nous précisions les caractères de celui-ci, qui s'est présenté à *la Loupe* au mois d'avril dernier : Un maréchal-ferrant âgé de 28 ans, non vacciné, consulta le docteur Pichot pour un gonflement très-douloureux des mains sur lesquelles on voyait des pustules opalines, confluentes, larges, déprimées au centre, présentant toutes les apparences des pustules vaccinales parvenues au huitième ou neuvième jour. Le virus contenu dans ces pustules, mis en expérience à Chartres, a donné lieu à des pustules vaccinales des mieux caractérisées ; à Paris il a échoué, *il n'a déterminé ni fluxion, ni irritation, rien de ce qui pourrait annoncer un commencement de travail.* Cet insuccès tient sans contredit aux conditions dans lesquelles se trouvait le virus de première génération transporté à Paris ou aux circonstances de l'inoculation, puisque le même liquide a développé à Chartres des pustules vaccinales dont le pus a été inoculé avec succès par M. Bousquet, a donné lieu à une éruption présentant tous les caractères de la *vaccine classique et presque vulgaire*, et a mis le sujet dans des conditions telles qu'il a résisté *à l'inoculation de la variole et de la vaccine en circulation.*

Ces faits parlent d'eux-mêmes : il s'est donc développé fortuitement aux mains du maréchal-ferrant de *la Loupe* une maladie qui avait non-seulement l'aspect, mais toutes les propriétés de la vaccine. Il reste à se demander comment elle s'est développée. C'est là, suivant M. Bousquet, le point délicat de l'enquête, celui sur lequel il n'a pas été entièrement convaincu. Interrogeons toutes les circonstances relatées pour apprécier les motifs du doute scientifique de ce savant confrère. Le maréchal-ferrant a déclaré n'avoir approché d'aucune vache, il s'est souvenu d'avoir ferré, peu de temps avant le début de son éruption, un cheval atteint des *eaux aux jambes*, et tout calcul fait, il résulte que c'est après quinze jours d'incubation que l'éruption aurait commencé à paraître. Le cheval suspect, examiné par un expert, a été trouvé réellement atteint de cette maladie culanée siégeant au pied et à la partie inférieure de la jambe qui se caractérise par un écoulement d'abord séreux et limpide, puis jaunâtre, âcre et fétide, avec gonflement rougeâtre de la peau et du tissu sous-cutané, que l'on a appelé *défluxions, eaux puantes, eaux aux jambes.*

Cette affection, qui a été bien décrite par Huzard en 1783, fixa longtemps l'attention de l'illustre inventeur de la vaccine. Jenner écrivait en 1798 que la matière qui suinte des talons des chevaux atteints des eaux aux jambes *(grease)* portée par les garçons de ferme chargés de les panser sur les trayons des vaches, leur donnait le *cow-pox*. Il réussit à inoculer la matière des *eaux* à une vache et à des hommes, et il développa ainsi sur la première le cow-pox, sur ceux-ci la vaccine. Quelques essais semblables furent tentés vers la même époque, mais sans succès ; d'autres expérimentateurs furent plus heureux. Loy rechercha les causes de ces résultats différents, et ses expériences à ce sujet sont des modèles d'induction et d'interprétation scientifique. Il reconnut qu'il fallait distinguer dans les eaux aux jambes, au point de vue du succès de leur inoculation, différentes variétés et différentes périodes. Il recommande à cet effet de choisir le liquide à inoculer sur un animal qui aura eu d'abord du malaise et de la fièvre, et de recueillir la matière quand elle encore à l'état de crudité. Il n'est pas probable que des observateurs comme Jenner, Loy, Sacco, aient pu se tromper complétement et être l'objet de quelque grossière méprise.

Il faut accepter comme fait démontré la parenté, sinon l'identité du cow-pox, des eaux aux jambes, de la vaccine. Que l'on ne réussisse pas dans beaucoup de cas à inoculer la maladie du cheval à l'homme, cela prouve seulement qu'il y a des conditions encore mal définies qui s'opposent, dans certaines circonstances, au succès de l'inoculation, et l'expérience dernière de M. Bousquet en est un exemple.

En variant suffisamment les conditions de l'insertion, nous ne doutons pas qu'on ne retrouve les faits indiqués par Jenner et confirmés par ses contemporains. Nous dirons donc, à propos de la communication de MM Manoury et Pichot et de l'expérience instituée par l'Académie, qu'elles portent le cachet des bonnes observations, l'exactitude des détails, la justesse des déductions, qu'elles sont conformes à des faits bien connus, et qu'un complément de démonstration n'est pas nécessaire pour leur donner plus d'autorité. Sans doute il reste quelque chose à désirer, puisqu'on n'a pu suivre le cheval suspect et qu'on n'a pas essayé de répéter l'inoculation ; mais nous affirmons que cette preuve n'est pas nécessaire. Si on eût tenté l'inoculation et qu'elle n'eût pas réussi, en aurait-on conclu contre le témoignage du maréchal-ferrant de la Loupe, du cocher observé à Paris, en 1812, dans des conditions analogues, et des garçons de ferme cités par Jenner ? Aurait-on supposé que l'affection des mains s'est développée chez eux spontanément, qu'ils aient été en contact sans s'en douter avec une vache atteinte de cow-pox, ou qu'ils se soient fait vacciner sur les mains pour tromper la bonne foi des médecins et se jouer de leur crédulité ? Aucune de ces trois hypothèses n'est pas plus admissible après l'expérience désirée qu'avant elle. C'est pourquoi cette expérience n'est pas utile à titre de démonstration complémentaire.

Les expériences analogues seraient utilement poursuivies dans un autre but, par exemple si on se proposait de déterminer de nouveau aujourd'hui les conditions qui font échouer beaucoup d'inoculations et celles qui ont fait réussir dans d'autres cas les insertions fortuites ou recherchées des *eaux aux jambes*.

THOLOZAN.

(1) Voir le dernier numéro de la GAZETTE MÉDICALE.

FEUILLETON.

LA IATRO-MÉTÉOROLOGIE D'HIPPOCRATE.

Si l'on emprunte aux livres des ÉPIDÉMIES la description des saisons et de leurs phénomènes météorologiques, et si on rapproche ces données, comme nous allons le faire, de celles qui caractérisent les maladies observées à la même époque, on aura les éléments d'une importante comparaison entre deux ordres de faits dont les rapports longtemps recherchés ne sont point encore trouvés aujourd'hui. Quand il s'agit de déterminer l'influence de la température, des vents et de l'humidité de l'atmosphère sur la production des maladies et sur la mortalité, l'observation d'Hippocrate est presque aussi avancée que la nôtre ; elle ne conclut à rien de fixe ni de précis ; elle prête à des généralités intéressantes, d'un caractère pratique, mais qui ne sauraient supporter un examen sévère. On sent qu'il existe une relation entre les différents degrés de chaud, de froid, d'humide et les différentes maladies, mais on ne peut la définir nettement et encore moins la mesurer et en prévoir les effets.

Tel est le caractère des faits que nous allons rappeler. Nos lecteurs verront ensuite comment l'histoire météorologique des constitutions médicales, une fois faite pour la première fois suivant les règles de l'observation scientifique, les grands observateurs ont tous marché dans la même voie, ajoutant des données à celles qui sont formulées par Hippocrate, mais dépassant rarement la portée de ses conceptions.

C'est dans l'île de Thasos que sont recueillies les premières observations. Thasos, située au nord de l'Archipel grec, sur la côte de la Thrace, était célèbre par la fertilité de son sol et par ses vignobles. Galien dit qu'à cause de son voisinage de la terre ferme, elle était exposée à des vents du nord très-froids (1) ; au temps d'Hippocrate, elle appartenait aux Athéniens, et ses habitants étaient dans des conditions d'aisance, mais enclins à la débauche et à l'ivrognerie.

PREMIÈRE CONSTITUTION. — L'automne eut des pluies abondantes, doucement continues, et des vents du sud ; l'hiver eut l'apparence d'un printemps ; il fut sec ; le printemps eut des vents du sud, de petites pluies, un temps frais. Au début de cette saison un brusque changement atmosphérique fit naître quelques fièvres modérées et sans hémorrhagies. Il survint chez plusieurs des oreillons (Ἐπάρματα παρὰ τὰ ὦτα). Il y eut des toux sèches, des voix rauques (φωναὶ βραγχώδεες), des métastases sur les testicules.

L'été fut sans pluies, très-nuageux, les vents furent faibles, rares, irréguliers. Dans cette saison, il y eut beaucoup de phthisies aiguës, caractérisées par la fièvre hémitritée, les sueurs continuelles, les évacuations diarrhéiques, la toux fréquente avec peu d'expectoration, la douleur de la gorge, le dépé-

(1) Vol. XVII, A., p. 36, éd. Kuhn.

PHYSIOLOGIE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES VOIES DE TRANSMISSION DES IMPRESSIONS SENSITIVES ET SUR DES PHÉNOMÈNES SINGULIERS QUI SUCCÈDENT A LA SECTION DES RACINES DES NERFS SPINAUX (communiquées à la Société de biologie en juillet, août et septembre 1855); par le docteur E. BROWN-SÉQUARD, lauréat de l'Académie des sciences, vice-président de la Société de biologie, professeur particulier de physiologie.

(Suite et fin. — Voir les nos 16 et 17.)

DEUXIÈME PARTIE.

EXAMEN DE LA THÉORIE GÉNÉRALEMENT ADMISE EN ALLEMAGNE.

Un physiologiste hollandais, Van Deen, un des plus ingénieux expérimentateurs de notre temps, a ouvert la voie qui a conduit Stilling et plusieurs physiologistes allemands à proposer les théories qu'ils ont émises sur la voie de transmission des impressions sensitives dans la moelle épinière. Nous n'exposerons pas ici les détails des théories plus ou moins différentes qui ont été proposées par Van Deen, Budge, Valentin, Volkmann, Eigenbrodt et d'autres physiologistes; nous nous bornerons à dire que la plupart des faits que nous allons rapporter contre la doctrine de Stilling sont contraires aussi aux autres théories proposées ou admises en Allemagne.

Stilling, à qui l'anatomie, la physiologie et la pathologie doivent de si beaux et de si nombreux travaux, a proposé une théorie que nous avions en partie acceptée comme vraie il y a dix ans (1). D'après cette doctrine, la moitié postérieure de la substance grise de la moelle épinière serait la seule voie de transmission des impressions sensitives à l'encéphale. De plus, il n'y aurait pas un cours déterminé, invariable, pour la transmission des impressions sensitives; car celles-ci passeraient indifféremment par l'une ou par l'autre moitié latérale de la substance grise. Stilling va même jusqu'à croire que l'existence d'une très-petite partie de la substance grise suffit pour permettre la transmission des impressions sensitives venues des parties qui sont en arrière de la lésion.

Nous allons montrer, par des faits qui nous semblent péremptoires, que cette théorie n'est pas exacte.

EXP. I. — Nous coupons la moitié latérale droite de la moelle épinière, et nous constatons que la sensibilité est exagérée du côté droit et en arrière de la section (2). Dans le côté opposé, au contraire, la sensibilité est très-notablement diminuée, et chez certains animaux elle semble même être perdue. Cela constaté, nous coupons, à quelques centimètres en avant de la section, l'autre moitié latérale de la moelle épinière, la moitié gauche, et alors nous trouvons que la sensibilité n'a pas augmenté du côté de la seconde section, et qu'elle est presque complétement perdue du côté de la première section.

Or d'après la théorie de Stilling, la transmission des impressions sensitives, après la première section, devrait continuer à se faire pour le côté gauche, comme pour le côté droit, et après la seconde section elle devrait continuer pour les deux côtés du corps. En admettant, au contraire, que les fibres sensitives venues de la moitié latérale droite du corps passent à gauche et *vice versâ*, on s'explique les résultats de l'expérience, à l'exception de l'existence de l'hyperesthésie dont nous essayerons ailleurs de donner l'explication.

EXP. II. — Après la section transversale des deux cordons postérieurs, nous constatons que la sensibilité est exagérée en arrière dans les deux côtés du corps. Nous achevons alors de couper à droite tout ce qui reste de la moitié latérale de la moelle épinière, et nous trouvons, après quelques minutes, que l'hyperesthésie du côté correspondant s'est augmentée, tandis que dans le côté gauche, côté opposé à la section, non-seulement l'hyperesthésie a disparu, mais encore à peine reste-t-il une très-faible sensibilité (1). Ainsi, d'un état d'hyperesthésie, ce membre passe à un état voisin d'une anesthésie complète.

Dans ce cas, avec à peu près le tiers seulement de la moelle, la transmission des impressions sensitives, venues du côté droit du corps, paraît s'opérer parfaitement, tandis que malgré la présence de la substance grise dans la moitié gauche de la moelle, la transmission des impressions venues du côté gauche du corps, en arrière de la section, ne s'opère qu'à peine. Cela est assurément en opposition formelle avec la théorie de Stilling.

Cette expérience, qui est la combinaison de nos deux expériences fondamentales, est extrêmement importante, et nous engageons les physiologistes qui voudront répéter une partie ou la totalité de nos expériences à commencer par celle-là.

Quand on fait une section d'une moitié latérale de la moelle épinière, on laisse très-souvent une petite partie de cette moitié adhérente à l'autre, et alors on constate que la sensibilité est encore assez vive en arrière et dans le côté du corps opposé à la section. Pour éviter cette cause d'erreur, j'ai employé le procédé suivant, qui donne des résultats très-nets, ainsi que je l'ai fait constater à la Société de biologie, dès 1851 (2).

EXP. III. — Après avoir fait sur la ligne médiane de la moelle une section longitudinale, séparant cet organe en ses deux moitiés latérales, à la région dorsale, dans un étendue d'environ 1 centimètre, nous faisons deux sections transversales aux extrémités de la première section et du même côté, et nous retranchons ainsi un fragment de la moelle épinière. Du côté et en arrière de cette ablation, nous trouvons la sensibilité exagérée, et de l'autre côté nous la trouvons presque complétement perdue (3).

Cette expérience est aussi contraire que les deux qui la précèdent à la théorie de Stilling. Celles que nous allons rapporter ne le sont pas moins.

EXP. IV. — Nous coupons une moitié latérale de la moelle épinière au niveau de la troisième vertèbre lombaire, puis nous irritons avec une aiguille le cordon postérieur près de la surface supérieure de la section. Des signes

(1) Voyez ma thèse inaugurale. Paris, 3 janv. 1846; p. 20-30.
(2) Voyez fig. 6, pl. III, des MÉM. DE LA SOC. DE BIOL. pour 1855.

(1) Voyez fig. 5, pl. III, des MÉM. DE LA SOC. DE BIOL. pour 1855.
(2) COMPTES RENDUS DE LA SOC. DE BIOL. pour 1851, 1re série, t. III, p. 76.
(3) Voyez fig. 9, pl. III, des MÉM. DE LA SOC. DE BIOL. pour 1855.

---

rissement rapide, l'anorexie. Beaucoup de fièvres continues se présentèrent, mais elles ne furent pas violentes. « Ces fièvres, dit M. Littré, avaient de longs » frissons, de petites sueurs, des redoublements irréguliers, tantôt d'une » façon, tantôt d'une autre, en général sans intermittence, mais avec des » redoublements de la forme des fièvres triteophyes. ». Il y eut souvent des rechutes.

L'automne n'est pas caractérisé météorologiquement, mais on apprend que les maladies qui y règnent ne diffèrent pas sensiblement de celles de l'été. Dans l'hiver, on eut des phthisies et des rechutes ou des convalescences difficiles des fièvres continues d'automne.

SECONDE CONSTITUTION. — Au commencement de l'automne, tempêtes, pluies, grands vents du nord et du midi; en hiver, pluies abondantes, vent du nord, neige; après le solstice d'hiver, vents du nord fréquents, neige, pluies continuelles et abondantes, ciel nuageux. Le printemps fut froid, pluvieux, nuageux, avec vents du nord. Pendant l'hiver, la santé publique ne souffrit pas; mais au printemps on vit apparaître beaucoup de maladies; d'abord des ophthalmies douloureuses, à sécrétion purulente mal liée, à récidives fréquentes. L'été ne fut pas très-chaud, les vents étésiens soufflèrent constamment; en automne, il y eut encore beaucoup de pluies et des vents du nord. Dans ces deux dernières saisons, il y eut des dysseoteries, des ténesmes, des lienteries, des diarrhées bilieuses, de la strangurie sans affection des reins ni de la vessie, des vomissements, des sueurs. En automne et en hiver, il y eut beaucoup de fièvres de différentes espèces, continues, intermittentes tierces ou quartes, vagues, tenaces; dans presque toutes, le ventre fut dérangé, et il survint de la toux, quelquefois il y eut des hydropisies, des éruptions mal définies, de la strangurie.

TROISIÈME CONSTITUTION. — Un peu avant l'équinoxe d'automne et après l'équinoxe, il y eut beaucoup de pluies et des vents du nord.

En hiver, il y eut de la sécheresse, des vents du nord froids et violents, de la neige. On observa un grand nombre de paralysies (παραπληγίαι); quelques-unes furent promptement mortelles. La santé publique fut, du reste, bonne.

Vers l'équinoxe du printemps, petites pluies, sécheresse, froid, vents du nord, orages violents. Au solstice d'été, petite pluie, temps froid jusqu'à la canicule. Après la canicule jusqu'en automne, sécheresse, vents étésiens, chaleurs continues. En automne, pluies et vents du midi. Depuis le commencement du printemps jusqu'à l'équinoxe d'automne, il y eut des fièvres ardentes (καῦσοι), d'abord peu graves, elles devinrent dangereuses en automne. Il survint quelquefois de l'ictère après la fièvre; on vit aussi des ictères sans fièvre. La dyssenterie se montra, en été, simple ou comme accident consécutif aux fièvres. Beaucoup de femmes furent malades après leurs couches. Les fièvres ardentes continuèrent jusqu'en hiver, les phrénitis se multiplièrent et il en mourut beaucoup.

QUATRIÈME CONSTITUTION. — L'année antérieure ayant été d'une sécheresse remarquable, quelques jours avant l'équinoxe d'automne, il y eut beaucoup de pluie et d'humidité, avec des vents du sud; le temps fut sombre et nuageux. L'hiver fut humide, doux, avec vents du sud; à l'approche de l'équinoxe, il y régna des vents du nord, la saison devint rigoureuse, la neige dura pen

manifestes de douleur se montrent. S'il y a de la douleur par suite seulement de l'existence de fibres sensitives, montant jusqu'à l'encéphale dans ce cordon, nous devrons n'en plus produire après avoir fait la section transversale de ce même cordon entre l'encéphale et le lieu de la première opération. Or nous coupons ce cordon au niveau de la première vertèbre, derrière le bec du calamus, et nous trouvons qu'il y a tout autant, sinon plus de douleur qu'avant, en irritant le cordon postérieur là où nous l'avons déjà irrité. Ce n'est donc pas le long de ce cordon que la transmission s'opère. Nous achevons alors de couper ce qui reste de la moitié latérale de la moelle là où le cordon postérieur est coupé à la région cervicale. La sensibilité de la surface supérieure de la première section à la région lombaire au lieu d'être diminuée semble augmentée. Si alors nous coupons en travers le cordon postérieur du côté opposé aux sections déjà faites et aux deux endroits où elles ont été faites, nous trouvons que le cordon postérieur, au niveau de la section faite à la région lombaire, est sensible du côté où la moitié latérale de la moelle est coupée et qu'il ne l'est pas de l'autre côté. En outre en examinant la sensibilité des membres de l'animal, on trouve qu'il y a hyperesthésie du côté où il y a une double section de la moitié latérale de la moelle et qu'il y a une anesthésie presque complète du côté opposé.

Il est clair que les résultats de cette expérience sont en opposition positive avec les théories des physiologistes allemands. Il en est de même de ceux de l'expérience suivante.

Exp. V. — Après avoir coupé en travers la moitié latérale droite de la moelle épinière, nous faisons, à partir de cette section et en arrière d'elle, une section longitudinale qui sépare la moitié latérale droite de la moelle de la moitié gauche, dans l'étendue de l'insertion de trois paires de nerfs, et nous obtenons ainsi un segment de moelle, uni an reste de l'organe par son extrémité inférieure (1). En examinant alors quel est l'état de la sensibilité dans les racines postérieures des trois paires de nerfs qui s'insèrent sur ce segment, nous constatons: 1° que celles de la paire qui avoisine le plus la surface de section transversale donnent à peine de traces de sensibilité; 2° que celles de la paire suivante sont sensibles, mais bien moins qu'à l'état normal; 3° que celles de la troisième sont très-sensibles.

Si, sur un autre animal, nous faisons une expérience analogue, mais de façon à obtenir un segment se continuant avec le reste de la moelle, par son bout supérieur au lieu de l'inférieur, nous trouvons que les racines postérieures des trois paires de nerfs, comparées les unes aux autres, ont à peu près les mêmes différences de sensibilité que celles du segment inférieur. Ces faits sont des confirmations de la théorie que nous avons proposée, et d'après laquelle les fibres venant des racines postérieures s'entre-croisent avec celles du côté opposé, après avoir d'abord descendu ou monté plus ou moins obliquement dans la moelle épinière. Entre les fibres ascendantes et les fibres descendantes, il y a cette différence que le trajet des dernières semble être plus court que celui des premières, avant leur passage dans le côté de la moelle opposé a celui dans lequel elles ont pénétré en quittant les racines postérieures (2).

S'il n'y avait pas un cours déterminé, invariable pour la transmission des impressions sensitives dans la moelle épinière, si la substance grise de cet organe avait la propriété de conduire en tous sens les impressions sensitives, ainsi que Schiff l'a soutenu récemment, nous devrions trouver toutes les racines également sensibles dans ces deux segments de moelle. Il en est tout autrement, comme on l'a vu.

(1) Voyez fig. 4, pl. III, des Mém. de la Soc. de biol. pour 1855.
(2) Voy. pl. III, fig. 4; pl. II, fig. 6, et pl. I, fig. 2 et 5, *in* Mém. de la Soc. de biol. pour 1855.

Les faits suivants sont tout aussi contraires que ceux qui précèdent à la manière de voir de Stilling et à celle de Schiff.

Exp. VI. — Si nous coupons transversalement la même moitié latérale de la moelle en deux endroits, nous obtenons, suivant le nombre de paires de nerfs qui existent entre les deux sections, les résultats suivants: 1° quand il n'y a qu'une paire de nerfs entre les deux sections, ses racines postérieures sont, à bien peu près, insensibles, fait qui confirme ce que nous avons dit ailleurs, à savoir que les fibres transversales venant des racines postérieures ne servent pas ou ne servent guère à la transmission des impressions sensitives. Nous n'avons pas besoin de dire que les fibres ascendantes et les fibres descendantes sont presque toutes coupées dans cette expérience; 2° quand il y a deux paires de nerfs, au lieu d'une seule, leurs racines postérieures ont une sensibilité faible, mais manifeste; 3° quand il y en a trois, les racines postérieures de la paire qui est au milieu sont très-sensibles; 4° quand il y en a cinq, six ou davantage, les racines postérieures de toutes ces paires de nerfs, excepté celles qui avoisinent le plus les sections sont dans un état d'hyperesthésie évident.

Que les deux sections soient faites près l'une de l'autre ou non, nous trouvons toujours que les parties du corps qui sont en arrière et du côté de la section inférieure sont hyperesthétiques, tandis que les parties correspondantes de l'autre côté sont presque insensibles.

Tous les détails de ces faits sont des confirmations de la théorie que nous avons proposée sur la distribution des fibres des racines sensitives dans la moelle épinière, et ils sont, au contraire, presque tous en opposition formelle avec les théories de Stilling, de Schiff et de leurs compatriotes. L'expérience suivante est encore plus décisive contre ces théories.

Exp. VII. — Nous coupons longitudinalement la moelle épinière dans toute l'étendue du renflement cervico-brachial, et de manière à séparer complètement l'une de l'autre les deux moitiés latérales de ce renflement. Nous constatons alors que la sensibilité est perdue dans presque toutes les parties des membres antérieurs, et qu'elle se conserve dans les membres postérieurs. Si ensuite nous coupons en travers la moitié latérale droite du renflement cervico-brachial, nous trouvons que le membre postérieur gauche perd sa sensibilité, tandis que le membre postérieur droit devient hyperesthétique (1).

Il est clair que ces résultats sont aussi contraires que possible aux théories de Stilling et de Schiff; il est clair aussi qu'ils démontrent que les fibres sensitives s'entre-croisent dans la moelle épinière au voisinage de leur point d'entrée.

Nous ne croyons pas qu'il soit besoin d'insister pour démontrer comment et combien toutes les expériences que nous venons de rapporter sont contraires aux théories des physiologistes allemands. Nous ne croyons pas non plus nécessaire de rapporter d'autres expériences à cet égard: nous nous bornerons à dire qu'il en existe plusieurs autres mentionnées dans nos précédents mémoires, qui sont tout aussi contraires à ces doctrines que celles relatées ci-dessus.

Nous dirons, en outre, qu'il y a nombre de faits pathologiques observés sur l'homme, qui montrent aussi que les lésions d'une moitié latérale de la moelle épinière produisent une paralysie de la sensibilité du côté opposé et non du côté correspondant (2). D'après la théorie de

(1) Voy. pl. III, fig. 2, des Mém. de la Soc. de biol. pour 1855.
(2) Voyez mon livre: Experim. researches applied to physiol. and pa-

de temps. L'hiver, la santé publique fut bonne, il ne régna pas de maladies graves, si ce n'est quelques phthisies.

Le printemps fut calme, avec beaucoup de pluie et des vents du sud. Dès le début de cette saison, et pendant les dernières intempéries de l'hiver, il se produisit beaucoup de maladies aiguës, dangereuses. Il mourut beaucoup de phthisiques dont la maladie remontait à l'hiver précédent. Les fièvres ardentes et les phrénitis régnèrent épidémiquement, ainsi que les angines, les ophthalmies purulentes, les aphthes, les anthrax, les diarrhées, les érysipèles. Ces dernières affections étaient graves et phlegmoneuses; elles survenaient spontanément ou à la suite des plaies. Dans les fièvres, il survint fréquemment des orchites.

L'été fut serein, calme, la chaleur y devint suffocante; les vents étésiens soufflèrent à peine et irrégulièrement. Les anthrax augmentèrent alors en nombre et en gravité; on vit des affections septiques, des éruptions pustuleuses et vésiculeuses; il y eut des dyssenteries bilieuses avec ou sans fièvre; les érysipèles continuèrent à se montrer, mais furent moins graves qu'au printemps.

En automne, il y eut des pluies abondantes avec vents du nord. Les érysipèles continuèrent, les phthisiques qui avaient résisté au printemps succombèrent.

Cette année, pendant laquelle les vents du midi prédominèrent, fut humide et molle. La santé publique fut bonne en hiver, à l'exception des phthisiques; le printemps fut la saison où il mourut le plus de personnes; l'été fut celle où il en mourut le moins; pendant l'automne les décès augmentèrent considérablement.

Ces extraits, presque textuels du livre des Épidémies, contiennent les remarques les plus importantes sur les phénomènes météorologiques et sur les maladies des saisons. Les commentateurs ont fait sur ce thème bien des hypothèses dans l'intention de préciser davantage et d'expliquer les faits qui sont relatés sans interprétation dans les écrits hippocratiques. Il ne reste presque rien aujourd'hui de toutes ces tentatives d'explication et de généralisation sur l'action pathogénique des vicissitudes atmosphériques. On connaît le fait brut, à savoir, qu'il y a des maladies qui s'observent plus particulièrement dans certaines saisons que dans d'autres: au delà on ne sait rien de précis. On n'est pas parvenu à dégager des influences météorologiques nombreuses qui s'exercent en même temps, celles qui donnent plus spécialement naissance, ou qui prédisposent à telle ou telle maladie. Aussi la climatologie a-t-elle été constamment arrêtée dans ses applications à la médecine.

Deux ordres de causes nous semblent s'être opposés au progrès en cette matière. Les unes dépendent des phénomènes météorologiques très-imparfaitement connus jusqu'aujourd'hui dans leurs relations mutuelles et qui ne sont que très-difficilement observés et annotés. Les autres tiennent à l'imperfection de l'observation médicale, au grand nombre d'espèces et de variétés des types morbides, aux caractères particuliers des maladies jugées d'une manière si opposée par les divers observateurs. Ainsi, d'une part, difficulté de l'observation météorologique, d'autre part difficulté de l'observation clinique,

Stilling et celle de Schiff, la sensibilité ne devrait être perdue nulle part dans ces cas.

TROISIÈME PARTIE.

EXPOSÉ SOMMAIRE DE QUELQUES PHÉNOMÈNES SINGULIERS QUI SUCCÈDENT A LA SECTION DES RACINES DES NERFS SPINAUX.

Nous avons essayé de montrer dans nos précédents mémoires quel est le mode de distribution des fibres des racines sensitives dans la moelle épinière. Nous rappellerons seulement à ce sujet que nous avons essayé de démontrer que ces fibres sont ou ascendantes ou descendantes, et qu'après un certain trajet plus ou moins oblique, elles arrivent à la substance grise centrale de la moelle, où elles s'entre-croisent, de façon que celles venues du côté gauche passent à droite, et *vice versâ*. Que deviennent-elles alors? C'est là une question, qui n'a été résolue jusqu'ici ni par l'anatomie ni par les vivisections. Nous ne nous proposons pas de la discuter ici dans tous ces détails; nous voulons seulement rapporter quelques faits qu'il importe beaucoup de connaître pour pouvoir aborder l'étude du difficile problème relatif à la voie de transmission des impressions sensitives à l'encéphale. Les faits que nous allons hrièvement exposer pourront servir aussi à la solution d'un autre problème sur lequel nous avons hien moins de notions que sur le précédent : nous voulons parler des voies de transmission des ordres de la volonté aux muscles.

Exp. I. — Sur nn cocbou d'Inde, un lapin ou un chien, nous coupons toutes les racines des cinq ou six derniers nerfs dorsaux et des deux premiers uerfs lombaires du côté droit. Après avoir laissé l'animal en repos pendant quelque temps (qnelques minntes on quelques heures), nous trouvons que le mouvement volontaire est diminué d'une manière très-notable dans le membre postérieur droit et que la sensibilité y est exagérée, tandis que, au contraire, elle est diminuée d'une façon très-manifeste dans le membre postérieur gauche. En outre, nous constatons que les vaisseaux sanguins sont un peu dilatés dans presque toules les parties du corps, en arrière et du côté de la section des racines et, en même temps, que la température de ces parties est un pen plus élevée (1 à 3 degrés) que celle des parties correspondantes de l'autre côlé. Tous ces résultats sont ceux que j'ai trouvés depuis longtemps à la suite de la section d'une moilié latérale de la moelle épinière à la région dorsale. Dans les premiers instants après la section des racines, les phénomènes que j'ai indiqués sont excessivement marqués, à ce point que quelquefois la paralysie dn mouvemenl volonlaire semble complète; mais après quelques heures, ils le sont bieu moins, et lors même que l'animal survit plnsieurs jours on plusieurs semaines à l'opération, il lui reste toujours une faiblesse manifeste et uoe byperestbésie incontestable dans le membre postérieur du côté de la section des racines, avec une diminution de sensibilité dans le membre postérieur du côté opposé (1).

Nous ferons remarquer tout d'abord que nous nous sommes mis à l'abri de toutes les causes d'erreur que nous avons pu prévoir. Ainsi nous savons, pour l'avoir vu souvent, qu'une piqûre de la dure-mère sur les cochons d'Inde et les lapins est la cause d'une hernie de la moelle, à la suite de laquelle il y a des symptômes plus ou moins semblables à ceux qu'on observe après la section des racines; nous savons aussi, pour l'avoir constaté maintes fois, que le simple arrachement des racines de quelques nerfs rachidiens d'un côté est suivi des mêmes symptômes. Nous avons toujours évité ces causes d'erreur, ainsi que d'autres dont nous parlerons tout à l'heure.

Comment s'expliquer les résultats si singuliers de cette expérience? D'après les idées qui ont cours sur la voie de transmission des impressions sensitives et des ordres de la volonté, certes il est impossible de se rendre compte des phénomènes que nous avons observés. Voilà un animal chez lequel les nerfs des membres postérieurs sont intacts (1), chez lequel la moelle épinière est intacte, chez lequel l'encéphale est intact : il semble conséquemment que la continuité des conducteurs de la force nerveuse, soit pour la sensibilité, soit pour les mouvements volontaires, ne soit nulle part interrompue, et pourtant nous voyons que les mouvements volontaires sont diminués dans un membre et la sensibilité dans un autre! Il faut donc chercher ailleurs que dans les théories ayant cours l'explication de ces faits étranges, et de plus, il faut chercher une autre théorie qui explique à la fois ces faits et ceux qui ont servi de base aux théories précédentes.

L'expérience suivante donne des résultats tout aussi singuliers que ceux de la précédente.

Exp. II. — Si, après avoir coupé d'un côlé toutes les racines que nous avons indiquées dans l'exp. I, nous coupons les mêmes racines de l'autre côté, nous trouvons que la sensibilité et les mouvements n'existent plus qu'à un faible degré daus les deux membres postérieurs, et que la température de ces membres s'élève de quelques degrés. Au bout d'une henre ou deux, cependanl, l'animal commence à recouvrer en partie les fonctions perdues, et après bnit ou dix beures, il y a des monvements volontaires assez forts, mais beancoup moins qu'à l'état normal, et l'animal ne peut pas se tenir sur ses membres poslérieurs. Malheureusement nous n'avons jamais vu survivre assez longtemps les animaux ainsi opérés ponr savoir ce que deviendraient les monvements voloutaires et la sensibilité après plusieurs jours.

Ce fait est certainement aussi étrange que le précédent. Les faits suivants ne le sont pas moins.

Exp. III. — Nous mettons la moelle épinière à uu depuis son extrémité caudale jusqu'à la partie supérieure de la région lombaire, et uous conpous en-

THOL., New-York, 1853, p. 98, el mon rapport sur un mémoire de M. Oré (de Bordeaux), *in* MÉM. DE LA SOC. UE BIOL. pour 1853, 1re série, t. V, p. 301.

(1) Sur un chien ayant snbi à pen près la mêmc opéralion que dans l'expérience ci-dessns, le membre postérieur droit (côté de la section), après avoir été presque complétement paralysé peudant quelques joors, a recouvré graduellement les mouvements volontaires jusqu'au degré uormal ou à bien peu près, dans l'espace de cinq mois. L'hyperestbésie a persisté dans ce membre à nn degré très-marqué, et la seusibilité a paru être moindre qu'à l'état normal, dans le membre postérieur gauche, même au bout des cinq mois. L'examen des racines coupées a fait voir qu'il y avait en réunion, et, au milieu de fibres altérées profondément, M. Augustus Waller et moi avous vu nombre de fibres régénérées.

(1) Les premiers filets nerveux qui se rendent de la moelle épinière aux membres postérieurs, chez les animaux que nous employons ordinairement pour uos recherches sur la moelle et sur ses nerfs, viennent de la cinquième ou de la sixième paire lombaire.

tel esl le donble obstacle qui s'oppose probablement au progrès dans la voie tracée par Hippocrate et ses disciples. Toutes les conquêtes de l'astronomie et de la physique, celles du diagnostic, l'application de la statistique à ces recherches, tous les moyens d'investigation dont on dispose aujourd'hui n'out pas encore permis de soulever le voile qui cache l'action pathogénique des saisons.

On tronvera peut-être que nous faisons ici trop sévèrement le procès aux recherches et aux travaux modernes. La GAZETTE MÉOICALE a été la première et presque la seule à les enregistrer et à les faire valoir; elle a préseoté à plusieurs reprises et elle présentera encore le résumé des travaux qui s'accomplissent dans cette direction. Voilà pourquoi elle ne craint pas de les caractériser. Il y a daos les recensements de la mortalité qui se foot de nos jours de remarqnables travaux qui indiquent une observation très-perfectionnée. Mais les recensements de la maladivité manquent on vont à peine au delà de ceux que dressait Hippocrate. Il y a heauconp d'observations partielles aussi bonnes sans doute que celles de Thasos, mais non pas plus significatives. On ne tient pas un compte plus exact des saisons antérieures, on ne note pas avec plus de précision les différentes espèces morbides et leurs particularités. Il faut donc reconnaître que l'observation hippocratique esl, sous ce dernier rapport, au moins aussi avancée que la uôtre.

Quant aux phénomènes météorologiques, nous avons toujours tenu compte des progrès accomplis dans leur notation; mais à croire des experts, il faudrait en rabattre de l'utilité et de l'exactitude de ces données au point de vue de la physique. Nous rapporterons prochainement les opinions que MM. Biot et Regnaull onl émises à ce sujet, il y a quelques mois, à l'Académie des sciences. Cette discussion appartient tout entière à la *iatro-météorologie moderne*.

Pour revenir à Hippocrate, ses remarques ne se sont pas bornées aux rapports qui existent entre les vicissiludes atmosphériques et les maladies, elles s'élendent aux dispositions physiologiques el morales des populations qui babitenl tel on tel climat. Les citations suivantes monlreront le degré de précision que les anciens avaient réalisé dans leurs observations à ce sujet. La description si exacle de la cacbexie des hords du Phase se rapporte plutôt à l'influence du sol qu'à celle du climat (1). Tous les autenrs anciens font joner cependant un grand rôle à l'*humidité*, à la *pesanteur* et à l'*épaisseur* de l'atmosphère. Ainsi Dicœarque, à propos de la ville d'Haliarte, que Plutarque el Strabon placent an milieu de marécages, parle du peu d'intelligence de ses habitants. Aristote remarque que les sols marécageux rendent les habitants lourds et stupides. Platon, dool l'opinion est adoptée el citée par Galien, dit que l'humidité produit une sorte de folie, et la sécheresse de l'intelligence.

Suivant Cicéron, le ciel léger et l'atmosphère limpide de l'Attique expliquent l'intelligence de ses habitants : « Athenis tenue cœlum, ex quo etiam acutiores putantur Attici; crassum Thebis, itaque pingues Thebani. »

Posidonius pensait qu'un air sec était favorable au développement des facultés intellectuelles (2).

(1) DE AERIBUS, AQUIS ET LOCIS.
(2) Strabon, lib, II.

suite les racines de toutes les paires de nerfs s'insérant sur cette partie de la moelle. Cela fait, nous trouvons que les irritations les plus vives sur les racines postérieures ou sur les cordons de la moelle, depuis l'extrémité de la moelle jusqu'au milieu, à peu près, de la région lombaire, paraissent ne pas causer de douleur. Mais, à partir de là, la sensibilité commence à se montrer, et on la trouve de plus en plus grande à mesure que l'irritation est faite plus près de la partie où la moelle a encore ses nerfs.

Exp. IV. — Sur un lapin ou un cochon d'Inde, nous mettons la moelle à nu depuis la cinquième vertèbre dorsale jusqu'à la troisième lombaire, puis nous coupons toutes les racines des nerfs provenant de cette partie de la moelle. Cela fait, nous constatons qu'en irritant soit une partie de la moelle cervicale, soit la moelle dorsale dans presque toute son étendue, nous ne provoquons pas de mouvements dans les membres postérieurs. Enfin, des mouvements commencent à être produits quand nous irritons la partie supérieure de la moelle lombaire, et plus l'irritation est faite sur une partie rapprochée de l'endroit où la moelle lombaire a encore ses nerfs, plus les mouvements sont forts.

Dans l'expérience suivante, on constate que, pour les actions réflexes, il existe, après la section d'un certain nombre de racines, des phénomènes analogues à ceux que nous venons d'exposer et qui concernent soit les mouvements volontaires et la sensibilité, soit les mouvements par irritation directe de la moelle.

Exp. V. — Sur un chien nouveau-né, après la ligature des carotides, nous coupons la moelle épinière en travers, près de la moelle allongée, puis nous mettons la moelle épinière à nu dans presque toute l'étendue de la région dorsale et à la partie supérieure de la région lombaire. Après nous être assuré que la faculté réflexe est encore vive, et que tout pincement de la peau d'un des membres est suivi de mouvements dans les quatre membres, nous coupons les racines des huit dernières paires dorsales et des deux premières paires lombaires. Cela fait, nous constatons que le pincement de la peau des membres antérieurs ne produit plus de mouvements réflexes que dans ces membres, et que l'excitation des membres postérieurs n'est suivie aussi de mouvements que dans ces derniers membres. L'insufflation pulmonaire est alors pratiquée : la faculté réflexe augmente, mais les mouvements restent limités aux membres antérieurs ou aux postérieurs, suivant qu'on irrite les premiers on les derniers. Il n'y a donc plus de transmission de la force nerveuse des membres postérieurs aux antérieurs, et *vice versâ*, bien que la moelle épinière soit intacte entre les renflements lombaire et cervico-brachial.

Nous avons cherché si tous les faits si étranges que nous venons de rapporter ne dépendaient pas des causes suivantes : 1° tiraillement de la moelle épinière; 2° blessures de cet organe; 3° épuisement de la force nerveuse dans une partie de cet organe, par suite de l'irritation très-vive qu'on produit en coupant un grand nombre de racines sensitives; 4° diminution de la circulation dans la partie de l'organe privée de racines ; 5° refroidissement de la partie considérable de la moelle qui est mise à nu.

1° Il est impossible d'admettre que des tiraillements d'une partie de la moelle ont été une cause fréquente ou constante des phénomènes singuliers que nous avons décrits. D'une part, nous avons fait avec tant de soin les expériences que nous avons rapportées, et nous les avons répétées si souvent, qu'il n'est pas possible d'admettre que nous ayons tiraillé la moelle dans tous les cas et assez fortement pour occasionner une perte d'action plus ou moins complète de la partie tiraillée. D'une autre part, nous avons tiraillé la moelle épinière, sur des animaux n'ayant pas eu de racines spinales coupées, beaucoup plus fortement que nous ne pouvions le faire accidentellement en coupant des racines, et s'il s'est produit souvent alors une perte d'action incomplète ou complète de la partie tiraillée, il y a en presque toujours retour à l'état normal après un temps très-court (une demi-heure, une heure ou un peu plus).

2° Quant à avoir blessé la moelle épinière, nous n'avons qu'un mot dire, c'est que, lorsque cela a en lieu dans quelques-unes de nos expériences, nous nous en sommes aperçu immédiatement. En outre, on accordera aisément qu'un expérimentateur qui, depuis dix ans, a ouvert le rachis deux ou trois cents fois par an, au moins, pour couper des racines ou de petites parties de la moelle, doive être capable de couper un assez grand nombre de racines spinales, *en dehors de la dure-mère*, sans léser la moelle.

3° On pourrait dire que la partie de moelle dont les racines sont coupées perd sa force nerveuse par suite de l'irritation très-vive à laquelle elle est soumise lorsqu'on coupe un grand nombre de racines sensitives. Mais, d'une part, il serait fort étrange que cette partie seule perdît sa force nerveuse, et, d'une autre part, lorsqu'on irrite sans les couper un grand nombre de racines sensitives beaucoup plus qu'on ne le fait en les coupant, — par la galvanisation, par exemple, — on ne trouve pas que la moelle perde, d'une manière durable, ses propriétés et ses fonctions.

4° Il est très-vrai que la moelle perd une des sources de sa circulation sanguine quand on coupe des racines, mais d'une part la quantité de sang que la moelle ne reçoit plus, après la section des racines de sept ou huit paires de nerfs, n'est pas très-considérable, et, d'une autre part, la suspension entière de la circulation après l'ablation du cœur laisse durer les propriétés et les fonctions de la moelle, non séparée des racines, pendant une ou deux minutes, tandis que la section des racines anéantit ou diminue *immédiatement* ces propriétés et rend aussitôt on impossible ou bien moins actif l'exercice de ces fonctions.

5° Quant au refroidissement de la partie de la moelle exposée au contact de l'air, nous avons vu presque tous les jours, chaque hiver, depuis plus de dix ans, de très-longues portions de moelle épinière soumises directement au froid de l'atmosphère, sans que leurs propriétés et leurs fonctions aient paru en souffrir notablement. Ce n'est donc pas là qu'il faut chercher la cause des phénomènes que nous avons observés à la suite de la section d'un certain nombre de racines spinales.

Y a-t-il d'antres causes d'erreur que celles que nous venons d'examiner? Cela est possible ; mais nous n'en connaissons pas, et bien que notre attention se soit portée sur ce sujet depuis déjà dix ans, nous n'en avons pas trouvé.

Quelle est donc l'explication des singuliers phénomènes que nous avons décrits? Nous n'en avons trouvé qu'une jusqu'ici, et bien qu'elle semble bizarre, nous croyons devoir la faire connaître, parce qu'elle rend compte, non-seulement des faits que nous avons rapportés, mais aussi de plusieurs faits pathologiques observés sur l'homme et d'un nombre très-grand de faits expérimentaux qui sont exposés dans le livre que nous allons publier sur la physiologie et la pathologie de la moelle épinière. Nous sommes loin de proposer comme démontrée la théorie que nous allons exposer; nous la proposons seulement parce qu'elle est en harmonie avec tous les faits connus jusqu'ici à l'égard

---

Hippocrate refuse aux habitants des pays chauds la force qui résiste aux fatigues, le courage et les mâles habitudes. Strabon remarque que les peuples du Nord excellent dans les combats corps à corps et poussent la résistance jusqu'à l'héroïsme. Végèce préfère les soldats des pays tempérés, qui unissent un courage bouillant l'intelligence et l'esprit d'entreprise.

Suivant Hippocrate, les pays soumis à de grandes variations de température sont habités par des peuples plus actifs, plus braves, plus résolus, d'un caractère plus sûr. Nous ne parlerons pas de la doctrine des anciens relativement à l'influence que le climat exerce sur différentes facultés morales, sur les mœurs, etc.; ces effets sont bien plus difficilement appréciables que ceux que nous avons cités, et ne peuvent se prêter à une observation rigoureuse. Nous n'aurons pas besoin de faire voir à ce sujet que les modernes n'ont pas dépassé les limites de l'observation conservée par l'histoire. Tout est tellement vague à ce sujet qu'il faut accepter encore et donner force de loi aux observations que nous avons citées.

Tholozan.

— Par un décret impérial en date du 26 mai, M. Fonssagrives, médecin-professeur, a été nommé au grade de second médecin en chef de la marine.

— Par arrêté du 17 mai, M. le docteur Joyeux, agrégé près la Faculté de médecine de Strasbourg, dont le temps d'exercice expire le 1er octobre prochain, est maintenu dans ses fonctions pendant trois ans à partir de cette époque.

— Par arrêté du 24 mai, M. Panis, professeur d'accouchement à l'École préparatoire de Reims, est nommé secrétaire agent comptable de cette école, en remplacement de M. Philippe, dont la démission en cette qualité est acceptée.

— M. le docteur Morel, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Maréville, vient d'être nommé à l'asile public d'aliénés de Saint-Yon, à Rouen, en remplacement de M. Mérielle, décédé.

— M. le docteur Dupont a cessé son service à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, ses six années de titulariat étant expirées; M. le docteur Levieux, nommé titulaire à sa place, est entré en fonctions le 1er mai.

— M. le docteur Jules Caussade vient d'être nommé médecin-adjoint à l'hôpital Saint-André.

— Par suite de la nomination de M. Alquié, le service médical des eaux minérales de Vichy est ainsi constitué :

MM. Alquié, inspecteur ; A. Dubois et Villemain, inspecteurs-adjoints ; Barthez, médecin de l'hôpital militaire; Durand-Fardel, inspecteur de la source d'Hauterive; Cornil, inspecteur de l'établissement de Sainte-Marie; Nicolas, inspecteur de la source Lardy; Noyer, chirurgien de l'hospice civil; Colas, médecin.

Outre ces médecins, il en vient souvent d'autres s'établir à Vichy pendant la saison des eaux.

de la transmission soit des impressions sensitives, soit des ordres de la volonté, soit enfin de la force nerveuse dans les actions réflexes.

D'après les théories qui ont cours, quand la volonté met en action certains muscles, la force nerveuse se propage, à partir de l'encéphale, tout le long de la moelle épinière jusqu'à la partie de cet organe d'où parteut les nerfs qui vont à ces muscles. Que ce soit par des fibres seulement ou par l'intermédiaire de fibres et de cellules que la force nerveuse se propage; que ce soit dans les cordons antérieurs ou latéraux, dans la substance grise ou dans ces diverses parties à la fois que la propagation s'opère, tout cela est indifférent. Le point essentiel, c'est que c'est dans la moelle épinière même que la propagation se fait jusqu'au lien de sortie des nerfs qui vont aux muscles que la volonté met en action. S'il en était ainsi, on comprend aisément que la section des racines des nerfs intercostaux et de la paroi abdominale ne déterminerait pas une paralysie des mouvements volontaires dans les membres abdominaux. Si l'on admet, au contraire, que plusieurs (sinon même un grand nombre) des fibres des racines des nerfs de ces membres sortent de la moelle dans les racines des nerfs intercostaux et des premiers nerfs lombaires, et que ces fibres rentrent dans la moelle par ces mêmes racines, avant de descendre jusqu'au lieu de sortie des racines des membres abdominaux, on comprend aisément que la section des racines à la région dorsale paralyse ces membres (1).

La propagation des excitations directes sur les cordons antérieurs et la propagation de la force nerveuse dans les actions réflexes d'avant en arrière, suivant les théories anciennes, se ferait aussi le long de la moelle épinière. Les faits que nous avons rapportés sont en opposition avec ces théories, et au contraire on les explique aisément en admettant qu'il en soit, pour la propagation des irritations directes ou réflexes de la moelle d'avant en arrière, comme nous supposons qu'il en est pour la propagation des ordres de la volonté. Le courant sortirait de la moelle pour y rentrer et en sortir encore.

Relativement à la transmission des impressions sensitives, la théorie à laquelle on est conduit par les faits que nous avons rapportés ci-dessus, et par d'autres faits que nous mentionnerons ailleurs, peut être exposée ainsi qu'il suit : les fibres sensitives du côté gauche du corps, après être arrivées à la moitié gauche de la moelle, passent dans la moitié droite de cet organe, d'où quelques-unes d'entre elles sortent de la moelle pour y revenir encore par les racines spinales du côté droit, et *vice versâ*, pour les fibres sensitives venues du côté droit du corps (2).

Ne voulant pas entrer ici dans une longue exposition de cette théorie, nous nous bornerons à ajouter que les fibres motrices, avant d'arriver aux fibres musculaires de la vie animale auxquelles elles se rendent en dernier lieu, paraissent se rendre aux vaisseaux sanguins des membres et aux parties animées par le nerf grand sympathique (3).

Nous devons dire qu'un expérimentateur extrêmement ingénieux, Van Deen, avait depuis longtemps fait, sur des grenouilles, des expériences qui auraient dû le conduire à cette théorie. Il paraît en avoir tiré des conclusions très-différentes (4). D'après des expériences faites sur des tortues, par MM. James Paget et W. Baly (5), ces physiologistes distingués ont pensé que Van Deen s'était trompé. Nous avons constaté qu'en répétant les expériences de Van Deen, on n'obtient pas exactement les mêmes résultats que lui, à moins que l'on ne coupe plus de racines qu'il n'en coupe. D'une autre part, nous avons constaté, sur des tortues, l'exactitude des faits exposés par MM. Paget et Baly, mais nous avons vu de plus que l'on peut, en coupant plus de racines qu'ils n'en ont coupé, obtenir des résultats différents et analogues à ceux que nous avons obtenus sur des mammifères.

En terminant ce travail, nous répéterons que c'est avec la plus grande réserve que nous proposons la théorie exposée ci-dessus, et que, relativement aux faits expérimentaux sur lesquels cette théorie se fonde, nous sommes tout prêt à reconnaître que nous nous sommes trompé, si l'on nous montre qu'il y a dans ces expériences une cause d'erreur que nous n'avons pas aperçue et qui les rend nulles. Ces faits sont si étranges et la théorie qui en ressort semble si bizarre, que, bien que déjà, en 1847, nous eussions trouvé et constaté souvent la plupart d'entre eux, nous n'avions pas osé les publier. Si nous nous décidons aujourd'hui à faire cette publication, c'est que nous connaissons maintenant des faits pathologiques observés chez l'homme, et des faits anatomiques qui sont tout à fait en harmonie avec les faits expérimentaux que nous avons décrits et avec la théorie qui nous semble devoir en être déduite.

Les belles recherches de Lockhart Clarke sur la moelle épinière des mammifères et de certains annelés, et des recherches non moins belles sur la moelle des articulés, — recherches soigneusement faites par un jeune anatomiste déjà connu par l'exactitude rigoureuse de ses travaux, M. Ernest Faivre, — montrent qu'il existe des fibres entrant dans la moelle par une paire de nerfs et en sortant par une autre paire (1). L'anatomie montre donc ce que nos expériences nous conduisent à admettre.

(1) Voy. la fig. 2, pl. 2 des Mém. de la Soc. de biol. pour 1855.

(2) Voy. fig. 7, pl. 2 des Mém. de la Soc. de biol. pour 1855.

(3) Quand on a fait la section des nerfs spinaux en dehors du rachis, c'est-à-dire après le passage des fibres des racines postérieures dans les ganglions, et après l'émergence des branches de communication entre les nerfs spinaux et le nerf grand sympathique, on n'observe qu'une très-faible partie des phénomènes qui suivent la section des racines. De plus, au bout de peu de temps, il ne reste plus guère de traces de ces phénomènes. Chez l'homme, conséquemment, après les amputations des membres supérieurs, il ne doit guère y avoir de troubles dans les mouvements volontaires et dans la sensibilité des membres inférieurs. Cependant nous avons vu un amputé d'un des membres supérieurs avoir, à un degré assez marqué, quelques-uns des troubles que nous avons signalés. — Dans des cas de tiraillements des nerfs du membre supérieur, chez l'homme, il y a eu des phénomènes très-singuliers que nous avons constatés en partie aussi sur des animaux. (Voy. l'intéressant travail publié par un excellent observateur, notre collègue et ami le docteur Lebret, *in* Mém. de la Soc. de biol. pour 1853, t. V, 1re série, p. 119.)

(4) Voy. Tijdschrift voor natuurlijke geschiedenis en physiologie, etc. 1842, vol. IX.

(5) Report on the Progress of human Anat. and Physiol., by James Paget, 1845, p. 50.

CHIRURGIE PRATIQUE.

ESSAI SUR LES TUMEURS DE LA RÉGION PALATINE; par le docteur Parmentier, ex-interne des hôpitaux, membre titulaire de la Société anatomique et de la Société médicale d'observation (2).

Le travail que je publie aujourd'hui m'a été inspiré par mon excellent ami et maître M. le docteur Demarquay, à l'époque où je préparais ses cours d'anatomie chirurgicale. Il a eu la bonté de me donner plusieurs matériaux qu'il avait déjà réunis de son côté et que j'ai mis à profit, ainsi qu'on le verra dans le cours de ce mémoire.

INTRODUCTION.

Les tumeurs de la région palatine intéressent le chirurgien par les symptômes auxquels elles donnent lieu et par les opérations qu'elles nécessitent. En effet, ces tumeurs gênent l'accomplissement des fonctions importantes auxquelles prennent part les organes de cette région; aussi est-il urgent d'en débarrasser promptement les malades, non-seulement à cause de la nature de quelques-unes de ces tumeurs, mais encore parce qu'elles mettent souvent obstacle à deux fonctions destinées à l'entretien de la vie, la digestion, la respiration; enfin, la situation de la région occupée par les productions morbides, la richesse vasculaire que l'anatomie nous démontre dans cette partie du corps font que ces opérations présentent dans certains cas beaucoup de difficulté, d'où la nécessité pour les chirurgiens d'imaginer des moyens ingénieux, tant pour arriver à la destruction de la maladie que pour prévenir un accident capable de menacer d'une manière plus ou moins immédiate la vie des malades, c'est-à-dire l'hémorrhagie.

De plus, la région palatine est abondamment pourvue de nerfs; aussi les opérations que l'on y pratique sont-elles douloureuses, et l'emploi des agents anesthésiques est contre-indiqué à cause de la situation du champ de l'opération.

Ces considérations donnent assurément lieu de s'étonner en voyant passer sous silence, dans les traités classiques de pathologie externe, l'histoire des tumeurs de la région palatine, car ces tumeurs s'observent de temps en temps, et leur description se trouve en quelque sorte dispersée dans les annales de la science. C'est à l'aide des faits déjà observés et de quelques-uns qui m'ont passé sous les yeux pendant le cours de mes études médicales que je vais essayer de tracer l'histoire des tumeurs de la région palatine.

Mais avant d'entrer en matière, faisons remarquer que la région palatine, région parfaitement bien limitée, est placée entre deux organes des sens, celui du goût et celui de l'odorat. Elle constitue l'appareil

(1) Voy. les fig. 8 et 10, pl. 3, des Mém. de la Soc. de biol. pour 1855.

(2) Mémoire présenté au concours pour les prix de l'internat, année 1852.

de perfectionnement du premier de ces sens; c'est sur la partie antérieure de cette région que la langue complète l'écrasement des substances introduites dans la cavité buccale, facilite en quelque sorte le contrôle de l'olfaction, examen d'après lequel la substance introduite doit être souvent rejetée au dehors. La partie postérieure de cette région est mobile; elle constitue la première valvule que l'on trouve dans les voies digestives et aériennes; c'est elle qui dirige le bol alimentaire lors de son entrée définitive dans le tube digestif; c'est elle qui fait passer l'air expiré chargé de transmettre les vibrations des cordes vocales, tantôt par la bouche, tantôt par les fosses nasales; le voile du palais joue donc un rôle dans deux fonctions nutritives, la digestion, la respiration, et dans une fonction de relation, je veux parler de la voix. Ce qui précède démontre combien la région palatine est importante pour le chirurgien et le physiologiste; c'est ce que M. Demarquay s'est toujours efforcé de démontrer dans ses cours d'anatomie chirurgicale; cette petite région doit son importance tant à sa structure qu'à sa position, qui est telle que, dès qu'un état pathologique quelconque vient s'y manifester, il en résulte immédiatement une modification dans un ou plusieurs actes concourant à des fonctions essentielles.

CHAPITRE PREMIER.

HISTORIQUE.

Thomas Bartholin (ch. 5, hist. 91) rapporte qu'une dame du Danemark ayant eu une fluxion sur la mâchoire supérieure du côté gauche, il se forma au palais un abcès douloureux, lequel ayant suppuré et s'étant rompu, il en sortit une pierre grosse comme une petite noix (1).

Le même auteur dit, dans son ANATOMIE, qu'il a vu plusieurs fois des calculs à la voûte du palais (*calculos vidi verum etiam palato.*)

Ruysch (obs. 48 et 49) rapporte deux observations de fongosités du palais avec carie d'une portion de la voûte; il dit avoir traité avec succès le malade de l'obs. 48 en lui enlevant avec le bistouri les fongosités et en cautérisant la portion d'os cariée; mais que l'autre sujet n'ayant pas voulu se soumettre au traitement, il mourut.

Dans son arsenal de chirurgie, J. Scultet (2) rapporte qu'il fut consulté par une femme qui avait depuis trois mois, au niveau du trou palatin antérieur, certaines excroissances qui rendaient beaucoup de sang toutes les fois que la langue y touchait tant soit peu. Scultet toucha la tumeur avec une sonde qui en fit sortir aussitôt une grande abondance de sang, et reconnut que la tumeur tirait son origine du trou palatin antérieur; il la détruisit par l'excision et la cautérisation.

Kruger (J. MÉD., t. V, p. 69) parle d'un abcès du palais qui donna issue, lorsqu'il se fut ouvert de lui-même, à une pierre assez grosse et de couleur cendrée et assez compacte.

Dans le JOURNAL DE MÉDECINE de Vandermonde, t. XIII, p. 433, on trouve l'histoire de l'extirpation d'une tumeur à la voûte du palais par Anselin, chirurgien à Amiens. L'ablation de cette tumeur de nature fibreuse fut suivie d'une hémorrhagie, dont il fut facile de se rendre maître à l'aide d'un compresseur particulier.

Dans le tome XXXVI du même journal, p. 269 (an 1771), Botot rapporte l'observation d'une tumeur de la voûte palatine qu'il extirpa à l'aide de l'instrument tranchant.

En 1772, Jourdain publia, dans le tome XXXVII du JOURNAL DE MÉDECINE, plusieurs observations de tumeurs de la voûte palatine, à la suite d'un mémoire sur les maladies du palais (p. 542).

En 1778, le même auteur publia son TRAITÉ DES MALADIES DE LA BOUCHE, traité dans lequel il a consacré un long chapitre aux maladies du palais et notamment aux tumeurs; on y trouve, en effet, plusieurs observations des auteurs qui ont déjà écrit sur la matière, et de plus il en est d'autres qui sont propres à Jourdain; je les citerai dans le chapitre qui va suivre.

Dans la GAZETTE DES HÔPITAUX de 1843, p. 434, on trouve une note de M. le docteur Chassaignac sur l'exostose médio-palatine.

En 1844, le même journal donne, à la p. 290, une observation de tumeur cancéreuse de la voûte palatine, recueillie dans le service du professeur Blandin; c'est la première observation de tumeur de la voûte palatine dont l'examen microscopique ait été fait.

M. le docteur Demarquay a publié, dans la GAZETTE DES HÔPITAUX en 1845, une observation fort remarquable de tumeur du voile du palais, tumeur que le professeur Blandin a enlevée par un procédé particulier de ligature; cette observation est intitulée: CANCER DU VOILE DU PALAIS, etc. Je démontrerai en parlant des tumeurs cancéreuses que l'on ne doit pas, dans l'état actuel de la science, considérer cette tumeur comme cancéreuse; des renseignements que je tiens du malade lui-même, que j'ai vu à Bicêtre, me permettront du reste de compléter cette observation.

Dans le DICTIONNAIRE DE MÉDECINE en 30 vol., à l'article VOILE DU PALAIS (pathologie), p. 833, P. Ollivier mentionne seulement en passant le cancer de cet organe, et dit qu'on peut détruire par la cautérisation, l'extirpation et la ligature; il ajoute en terminant que, dans un cas où l'emploi des caustiques avait été insuffisant et où il redoutait une hémorrhagie après l'excision, le professeur Blandin eut recours à la ligature exécutée par un procédé particulier.

M. le docteur Marjolin a eu occasion d'enlever, en 1851, une tumeur située dans l'épaisseur du voile du palais, il est dit dans l'observation que la tumeur avait l'aspect d'un cancer.

Deux ans auparavant, M. le docteur Chassaignac a fait la resection du maxillaire supérieur pour un cancer considérable de la région palatine (1).

Les annales de la chirurgie fourmillent de faits nombreux qui constatent l'existence de tumeurs sanguines variqueuses siégeant sur les joues, les lèvres, les paupières, le front, l'occiput et les oreilles, mais on ne connaît qu'un seul exemple de tumeur sanguine variqueuse congénitale située dans l'intérieur de la bouche, il a été observé par le professeur Scarpa en 1795. Il s'agit d'une tumeur sanguine variqueuse située sur la voûte palatine (2).

M. le docteur Loir a présenté à la clinique de Dupuytren un kyste osseux développé dans l'apophyse palatine de l'os maxillaire supérieur gauche, dont les parois étaient formées par les deux lames compactes de cette apophyse; la cause immédiate était évidemment une dent renversée. En effet, la dent canine gauche, au lieu de percer par sa couronne le bord alvéolaire du maxillaire supérieur correspondant, s'était ouvert un passage à la paroi interne de cet os et avait donné lieu à une cavité triple au moins de son volume dans le tissu diphtoïque de l'apophyse palatine, où elle s'était développée comme elle l'aurait fait à l'extérieur. La racine de la dent était donc arc-boutée contre la paroi externe du bord alvéolaire (3).

M. Laborie a présenté à la Société anatomique une excroissance syphilitique implantée sur l'extrémité de la luette. Cette tumeur offrait un pédicule de 5 à 6 lignes supportant une tumeur granulée en forme de chou-fleur, du volume d'un gros pois. Cette excroissance, qui était d'une rougeur très-vive, donnait lieu à des accidents de suffocation; elle a été enlevée et la malade a très-bien guéri (4).

Mais il est une tumeur du voile du palais, d'une nature particulière, et qui n'a appelé l'attention des chirurgiens que depuis très-peu de temps: c'est une tumeur résultant de l'hypertrophie des glandules palatines. M. le professeur Nélaton l'a observée pour la première fois il y a huit ou neuf ans; depuis il en a observé un autre cas à l'hôpital de la Faculté. En 1846, M. Marchal (de Calvi) en avait rapporté un cas dans la GAZETTE DES HÔPITAUX, p. 145.

En 1851, M. Michon en a vu un cas sur un homme de 36 ans.

(La suite au prochain numéro.)

CLINIQUE MÉDICALE.

RAPPORT SUR LES MALADIES QUI ONT SÉVI SUR L'ARMÉE D'ORIENT PENDANT LES MOIS D'OCTOBRE, NOVEMBRE, DÉCEMBRE 1855 ET JANVIER 1856; par M. AUG. HASPEL.

(Suite. — Voir les n°s 16 et 17.)

Le retour de l'hiver nous a ramené la congélation des membres avec tout son cortége de symptômes suivant ses différents degrés. Dans les premiers temps de l'année qui vient de s'écouler, lorsque la maladie était encore à l'état d'ébauche, quelques personnes ont pu se méprendre sur la véritable cause de ces accidents; mais aujourd'hui leur fidélité à reparaître aux mêmes époques, la correspondance exacte entre

(1) Jourdain (TRAITÉ DES MAL. DE LA BOUCHE) cite cette observation.
(2) Obs. 24, 1712, trad. franç.

(1) GAZ. DES HÔP., 1849, p. 409; 1851, p. 152.
(2) GAZ. DES HÔP., 1852.
(3) Dupuytren, LEÇONS ORALES DE CLINIQUE CHIRURGICALE, p. 135, t. II.
(4) SOC. ANAT., année XIII, bull. n° 2, avril 1838, p. 40.

l'intensité du froid et le développement de ces maladies réalisent toutes nos prévisions sur leur nature; en effet, de tous côtés se sont montrées ces douleurs insolites qui caractérisent le premier degré de la congélation; de tous côtés elles ont marché isolément et de concert avec les gangrènes, et le plus souvent les ont précédées. Ces douleurs se sont présentées à la même époque, avec les mêmes caractères, les mêmes accidents, et des effets tellement analogues qu'il ne reste aucun doute sur la cause à laquelle on doit les attribuer, et qu'on peut, sans crainte de s'écarter de la vérité, affirmer que ces douleurs si tenaces, si vives, si continues sont, comme l'année précédente à la même époque (1), un des effets du froid, le premier degré de la congélation.

Dans le courant de décembre et en janvier, nous reçûmes donc une foule d'hommes se plaignant de fourmillements, de picotements, de démangeaisons, de roideur et d'engourdissement des membres, surtout inférieurs, qui présentaient, en outre, un gonflement érythémateux, de l'œdème, une sensation de vive chaleur, de brûlure, de l'insensibilité, ou au contraire une sensibilité exagérée portée quelquefois à un degré extrême, des vibrations douloureuses dans les membres, de fausses crampes; les parties profondes jusqu'alors sont encore intactes. Puis, au bout de quelque temps, la sensation de chaleur, les fourmillements, les vibrations s'évanouissent, et tout rentre dans l'état normal, il est impossible d'assigner une durée quelconque à ce premier degré, de le limiter d'une manière précise; il peut se prolonger plusieurs semaines comme cesser après quarante-huit heures; il se mêle fréquemment avec le second degré, dont nous ne l'avons séparé qu'à cause de la netteté de ses principaux phénomènes.

Si le froid acquiert une intensité plus grande, l'action morbide passe des parties superficielles où nous venons de l'étudier aux parties profondes; on voit alors apparaître des contractures douloureuses et de véritables crampes, puis progressivement les mouvements arrivent à être impossibles; des taches noirâtres; ecchymotiques, souvent superficielles, sans apparence d'excitation locale, se manifestent; la température du membre a diminué.

Sous l'influence des frictions avec un liniment opiacé et d'une douce chaleur entretenue à l'aide d'une enveloppe de ouate, peu à peu la circulation, la chaleur et la vie se rétablissent dans le membre. Puis les douleurs profondes disparaissent peu à peu, les paralysies cutanées et musculaires diminuent; le malade exécute de jour en jour des mouvements musculaires de plus en plus étendus, ils se régularisent enfin, et bientôt tout rentre dans l'état physiologique.

A ce deuxième degré, la durée de la maladie est beaucoup plus longue et les troubles fonctionnels qui se montrent alors indiquent une atteinte plus profonde : la gangrène sèche et humide des parties frappées par le froid en est souvent la conséquence. J'ai vu fréquemment ces gangrènes profondes s'étendre jusqu'aux os, après avoir détruit, ramolli ou desséché les différentes couches musculaires, avant d'apparaître à la surface cutanée, et jeter dans l'étonnement le médecin à la vue des vastes désordres qui, surgissant tout à coup, semblent survenir du jour au lendemain : c'est que la vie était éteinte beaucoup plus profondément qu'elle ne le paraissait à la superficie; ce qui a fait penser à quelques-uns que vingt-quatre heures suffisaient pour développer de semblables désordres; dans la plupart des cas cependant on voyait se former longtemps à l'avance de la tuméfaction, de l'empâtement dans le membre, la peau prendre successivement une teinte rouge, livide, puis noirâtre et tomber en déliquium putride, ou, au contraire, se dessécher, se momifier. Cette mortification pouvait être superficielle ou profonde, être bornée à un ou plusieurs orteils, ou les envahir en entier, ou même s'étendre aux deux pieds à la fois, ou à une partie de la jambe, ou même à l'avant-bras. Dans ces cas, aucun désordre ne se manifeste du côté des centres nerveux; les sympathies semblent pour ainsi dire éteintes, aucune réaction locale ne se montre dans les parties gangrenées. J'ai vu des individus atteints de larges gangrènes conserver intactes les fonctions des sens et de l'intelligence, quoique la gangrène ait déjà envahi les deux pieds et même une portion des jambes.

Traitement. — Le traitement consiste : 1° à s'abstenir de toute opération, ainsi qu'a conseillé de le faire M. Baudens dans une note lue à l'Institut; 2° quand les escarres commencent à se détacher, favoriser leur élimination par des fomentations avec le vin aromatique, les décoctions de quinquina, le suc de citron, les lotions chlorurées; 3° débarrasser les parties malades des portions osseuses qui tendent à se détacher et forment là de véritables corps étrangers; bientôt des bourgeons charnus apparaissent, les chairs se réunissent en une bonne cicatrice qui protége suffisamment le moignon.

(1) Voir mon travail sur les trois degrés de la congélation, Gazette médicale de Paris, année 1855, p. 487.

Maladies du pharynx. — Parmi les maladies du pharynx, nous signalerons particulièrement l'angine pseudo-membraneuse et l'angine scorbutique; ces deux dernières affections se sont montrées très fréquentes, et la première surtout a offert, dans quelques cas, un caractère éminemment contagieux (1). Elle s'est fréquemment étendue vers les fosses nasales qui étaient extraordinairement enflammées et excoriées et dégouttaient continuellement une matière sanieuse séro-purulente, si excessivement âcre, que non-seulement elle corrodait les lèvres et les joues, mais encore les mains des malades. Le principe morbide semblait, dans certains cas, se concentrer uniquement sur les fosses nasales et la partie postérieure du pharynx, néanmoins la maladie n'en était pas moins grave; cet état s'accompagnait quelquefois de phénomènes généraux, tels que frissons, chaleur, pesanteur de tête, grand abattement, défaillances soudaines, oppression, délire, surtout la nuit. Le visage était pâle et abattu; ces phénomènes s'aggravaient les jours suivants, le délire devenait continu, souvent il se déclarait une forte diarrhée, et le malade succombait; dans quelques cas les amygdales prenaient un grand développement; les parotides et les glandes maxillaires enflaient aussi beaucoup et subitement, le cou devenait énorme; les symptômes locaux et généraux acquéraient tout à coup un haut degré de gravité; le défaut de sommeil, la difficulté d'avaler et la gêne extrême de la respiration jetaient les malades dans une anxiété inexprimable; puis ils tombaient dans le délire ou dans l'assoupissement, les yeux vitreux; une sueur froide ou gluante couvrait tout le visage; il n'y avait plus rien à espérer. Cette angine compliquait presque toujours une affection scorbutique ou une diarrhée chronique arrivée à sa période ultime. Dans quelques cas, la fausse membrane s'enfonçait jusque dans l'œsophage, qu'elle obturait complétement, et empêchait la déglutition des liquides et des solides. M. Ganderax a rencontré à l'autopsie une sorte de tuyau membraneux qui tapissait la surface interne; le plus souvent elle envahissait successivement le larynx, la trachée artère et les bronches, et s'accompagnait d'une sécrétion séro-purulente très-abondante.

Ce serait une prétention de théorie bien inconsidérée, dans l'état actuel de nos connaissances, que de vouloir restreindre cette affection aux limites d'une simple altération de la trame organique; on ne peut s'empêcher de reconnaître dans ces lésions la présence d'une diathèse formidable, la conséquence d'influences qui ont longtemps et profondément agi sur l'individu.

Diarrhées, dyssenteries chroniques. — Ces maladies, qui s'attachent surtout aux constitutions molles, humides et détériorées, se font remarquer par leur ténacité et la triste fin qu'elles traînent à leur suite; elles n'offrent ni acuité, ni franche allure; point de phénomènes critiques, peu ou point de troubles généraux, des sympathies obscures, une marche lente. La lésion, l'ulcération intestinale restent confinées dans sa localité d'origine.

La longue liste des astringents et des antidiarrhéiques les plus avérés qui peuplent nos formulaires ne peuvent modifier ces maladies; le moment des médications énergiques est passé; l'état morbide aurait peut-être cédé à ces moyens dans le principe, aujourd'hui ils ne feraient que l'exaspérer ou créer des complications qui hâteraient encore la catastrophe; ils sont complétement impuissants pour opérer le travail de cicatrisation de l'altération organique. Tant qu'on n'aura pas rétabli l'état général, la diathèse, tant que les forces du malade ne seront pas revenues, c'est en vain que vous prodiguerez les spécifiques, le cachou, le ratanhia, les purgatifs, les vomitifs, etc. Soumettez votre malade à une hygiène bien entendue, à un bon régime proportionné aux forces digestives; cherchez enfin à reconstituer l'organisme, et vous verrez les ulcérations intestinales, jusque-là stationnaires, se cicatriser, les forces, l'embonpoint renaître. De quelle sollicitude aussi ne faut-il pas envelopper les malheureux qui viennent d'échapper à la diarrhée chronique, et combien de circonstances s'opposent à une bonne hygiène dans nos hôpitaux. C'est surtout dans les diarrhées et dyssenteries chroniques qui surviennent chez les hommes atteints de scorbut que les difficultés et les perplexités sont souvent extrêmes.

(1) Une sœur qui avait voulu nettoyer la bouche d'un de ces malades fut prise d'une angine pseudo-membraneuse, à laquelle elle succomba dans l'espace de trois jours.

(*La fin à un prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION DE PLAIE CONTUSE PÉNÉTRANTE DE LA POITRINE; FRACTURE D'UNE CÔTE; DILACÉRATION DU POUMON GAUCHE; GUÉRISON; par le docteur DUNGLAS.

OBS. — Le nommé Lamas, âgé de 24 à 26 ans, d'une stature moyenne et d'une constitution assez robuste, était, le 2 septembre 1837, à cheval dans une cour très-vaste, il se mit à joner avec un taureau (1); celui-ci furieux poursuivait le cheval qui, par malheur, s'assit sur sa hanche gauche par un coup de bride mal entendu de son maître; ce fut dans ce moment que le taureau qui le poursuivait par le côté gauche, put atteindre le cavalier; il lui enfonça une de ses cornes dans la partie latérale et postérieure gauche de la poitrine, le désarçonna et le fit voler en l'air. Pendant que ses amis lui portaient du secours, un d'eux vint nous chercher en ville; nous montâmes aussitôt à cheval; et nous nous rendîmes sur le lieu de l'accident. Voici l'état où nous trouvâmes le blessé :

Dans la même cour où M. Lamas avait été atteint, ses amis l'avaient étendu, en plein air, sur une grande table de bois; il était pâle, sans mouvements dans les muscles de la face qui indiquassent qu'il respirait; on l'eût pris pour une statue de cire; cependant le pouls quoique faible était précipité. Nous pûmes juger, quoique son sang eût été répandu sur la poussière, qu'il en avait perdu une quantité considérable; on lui avait déjà ôté sa veste et son gilet; nous lui ôtâmes la chemise qui nous permit de voir une plaie à la partie postérieure et latérale gauche du thorax qui avait la forme d'un 7 dont le jambage avait 8 centim. et demi; elle existait à peu près à la réunion du tiers postérieur des vraies côtes avec les deux tiers antérieurs; elle commençait sur la sixième vraie côte, sur laquelle la corne avait glissé et se terminait sur la quatrième, la cinquième ayant été fracturée. Le poumon était largement dilacéré; on eût dit que l'air des deux poumons sortait avec force par cette ouverture qui lançait d'innombrables gouttelettes de sang sur ceux qui approchaient de sa blessure. Vu la douceur de la température, nous lavâmes la plaie et toutes les parties ensanglantées avec de l'eau froide, et après les avoir séchées et relevé, avec l'extrémité de l'indicateur gauche, le fragment antérieur de la côté fracturée pour le mettre en rapport avec l'autre, nous réunîmes les bords de la blessure à l'aide de bandelettes très-agglutinatives et assez longues pour s'étendre à un tiers du thorax. Un morceau de sparadrap dépassant l'étendue de la plaie fut appliqué sur les bandelettes, et de ce moment la respiration était entièrement rétablie par les voies naturelles; quelques gâteaux de charpie trempés dans l'eau froide furent appliqués, et par-dessus, des compresses carrées doublées en quatre, et un bandage de corps compléta le pansement. Le blessé fut transporté chez lui sur un lit de sangle.

Le soir même nous fûmes invité par sa famille à lui continuer nos soins, et rien n'étant survenu, nous ordonnâmes : diète absolue, infusion de fleurs de violettes édulcorée pour boisson, repos le plus parfait, défense absolue de parler.

Le 3, rien de particulier; le malade tousse à peine; point de crachats sanguinolents. (Mêmes prescriptions.)

Le soir, rien de nouveau.

Le 4, le malade a de la fièvre; il tousse et un seul crachat présente une strie de sang; le pouls fréquent est devenu un peu dur; et malgré la grande quantité de sang perdu, une saignée de 8 onces est ordonnée et pratiquée une demi-heure après.

Le soir, la fièvre a baissé, il expectore plus facilement, pas de sang:

Le jour suivant, plus de fièvre, les crachats, non sanguinolents, sont plus faciles.

Le 6, rien de particulier. (Une soupe; même boisson.) Nous visitons la plaie que nous trouvons complétement cicatrisée. Trois bandelettes de sparadrap sont laissées en place; une compresse doublée en quatre et un bandage de corps neuf sont réappliqués.

A compter du 6, le malade a été de mieux en mieux; mais nous l'avons retenu dans son lit, dans le seul but de ne point contrarier la consolidation de la fracture de la côte, à peu près trente jours, au bout desquels il s'est levé sans le moindre accident.

Quelques médecins du pays qui allèrent le voir par amitié lui prédirent de fâcheux résultats par la suite, et le malade nous fit part de leurs opinions auxquelles il ne croyait guère. Au bout de quelques années, toutes les fois qu'il nous rencontrait, il nous disait ironiquement: « J'attends les résultats. » Néanmoins après le premier pansement la propriétaire de la maison de plaisance où l'accident était arrivé, nous ayant demandé ce que nous pensions de la blessure, nous lui répondîmes sans hésiter qu'il était probable que le malade périrait.

Ainsi donc voilà une observation intéressante sous plusieurs points de vue; c'est une plaie pénétrante compliquée de fracture d'une côte et d'une déchirure étendue, profonde du poumon gauche. Que si nous n'avions pas craint de renouveler quelque hémorrhagie, il nous aurait été permis, nous n'en doutons pas, de distinguer les battements du cœur en portant le doigt indicateur au fond de la plaie; elle nous montre que si, en général, les blessures des poumons sont accompagnées d'hémoptysie, il y a des exceptions à cette règle; elle prouve que même des blessures très-graves de la poitrine ne sont pas toujours mortelles; elle nous démontre enfin la justesse du précepte qui prescrit la réunion immédiate des plaies pénétrantes des cavités splanchniques. Indépendamment de l'opinion de tous les grands chirurgiens qui sont tout à fait d'accord sur ce point, nous le confirmons par notre propre expérience; car ayant exercé la médecine pendant vingt cinq ans dans un pays où on se donne des coups de couteau avec la même facilité qu'on se fait des caresses à Paris, nous avons été à même, par conséquent, de voir un grand nombre de fois, les bons résultats de la réunion immédiate, non-seulement dans les plaies pénétrantes des cavités du corps humain, mais encore dans tous les genres de blessures, soit qu'elles résultent d'accidents, soit qu'elle proviennent d'opérations chirurgicales.

(1) Ce jeu se nomme en espagnol, *capear*, un taureau; c'est le recevoir lorsqu'il sort furieux dans le cirque, à cheval en l'appelant à soi avec un petit manteau rouge, et si l'individu n'est point exercé à ce jeu, lui et son cheval courent le plus grand danger.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. MEDIZINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT DES WURTEMBERGS.

(Premier semestre de 1855.)

TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE PAR LE PLOMB; par le docteur BURKART.

Sur plus de 60 cas de pneumonie que l'auteur a traités depuis le mois d'octobre 1853 jusqu'au mois de juillet 1854, il n'en a perdu qu'un seul et encore c'était un sujet affecté d'une tuberculose chronique des poumons.

Voici quelle est sa méthode de traitement.

Il prescrit d'abord une potion émétisée et nitrée (émétique 3 grains, nitre 1 à 2 gros, eau distillée 4 onces, sirop de guimauve et de réglisse, de chacun une demi-once, à prendre deux cuillerées à bouche toutes les deux heures, jusqu'à production de deux à trois vomissements, puis une seule cuillerée). Souvent il ne se produit pas de vomissement ou seulement un ou deux vomissements muqueux, rarement il y a des évacuations bilieuses abondantes qui obligent à supprimer la potion; presque toujours, au contraire, le malade a quatre ou six selles, ou davantage; les évacuations se font sans effort et sans douleur.

Après que la malade a pris deux ou trois fois de la potion prescrite et qu'on n'a plus à redouter de trop forts vomissements, l'auteur fait faire une saignée d'une livre au plus, suivant les malades; puis, s'il n'y a pas d'amélioration, prescrit l'acétate de plomb de la manière suivante :

Prenez : acétate de plomb 3 grains, laudanum liquide de Sydenham 1 scrupule à un demi-gros, eau de cerises noires 4 onces, jus de réglisse 2 gros, une cuillerée à bouche toutes les deux heures; il y ajoute une tisane de guimauve et de réglisse. Si les symptômes ne cèdent pas, ce qui est rare, on applique quelques sangsues, on fait faire des frictions avec huile de jusquiame et onguent mercuriel et on remplace la potion par la suivante :

Prenez : acétate de plomb 4 à 6 grains, extrait aqueux d'opium 1 à 2 grains, eau de cerises noires 4 à 6 onces, sirop de guimauve une demie à une once, une cuillerée toutes les deux ou trois heures.

Enfin, quand il reste encore de la dyspnée, on a recours au vésicatoire.

L'auteur ajoute des détails et des observations cliniques; il dit qu'il a été plusieurs fois obligé de modifier son traitement, mais que c'est toujours l'acétate de plomb qui lui a rendu le plus de services.

Dans les cas les plus graves, il n'a fallu employer qu'une saignée, très-rarement deux; la maladie a cédé au bout de quinze jours et la convalescence a toujours été franche et rapide.

L'auteur insiste beaucoup pour qu'on applique sa méthode telle qu'il la conseille; il la croit supérieure à toutes les autres et il la regarde comme la plus sûre, la plus rapide et celle qui fatigue le moins l'organisme.

(C'est l'histoire de toutes les méthodes préconisées soit pour la pneumonie, soit pour d'autres affections; celle qu'on propose est toujours la meilleure.)

PÉRITONITE AVEC PERFORATION DE L'INTESTIN ET DE L'OMBILIC; par le docteur WUNDERLICH.

OBS. — W. K., 9 ans, sujet aux congestions vers la tête, tomba malade vers la fin de juillet 1851. Il se plaignait de quelques douleurs à l'épigastre, mais non au ventre, de maux de tête et d'envies de vomir. On prescrivit un vomitif.

Le lendemain, une forte congestion vers la tête nécessita une application de sangsues.

Les signes de congestion se dissipèrent, mais l'abdomen devint douloureux et tuméfié, très-sensible à la pression.

Ces symptômes persistèrent, malgré les émissions sanguines locales, le calomel, etc. Bientôt on constata la présence d'une tumeur située entre l'ombilic et la symphyse pubienne; plus tard le malade rendit des selles purulentes, puis il se forma peu à peu un abcès à l'ombilic qui donna issue à des matières fécales.

L'enfant mourut le 23 octobre.

A l'autopsie, on trouva deux fistules purulentes qui s'étendaient de l'ombilic vers les régions iliaques droite et gauche; chacune d'elles communiquait avec un sac péritonéal plein de pus, de matières fécales et de vers morts (on ne dit pas quelle espèce).

Le jéjunum était percé de deux trous, et l'iléon d'un trou de 2 centimètres environ de diamètre; le cœcum offrait aussi deux perforations semblables.

L'auteur ne dit pas à quelle cause on peut attribuer ces nombreuses perforations.

DE L'EMPLOI DE L'HUILE DE TÉRÉBENTHINE CONTRE LES HÉMORRHAGIES; par le docteur ABT.

L'auteur communique sans commentaires les faits suivants, qui montrent les bons effets de l'huile de térébenthine dans certaines hémorrhagies.

OBS. I. — Un jeune homme de 18 ans est pris d'un violent saignement de nez qui dure plusieurs jours et qui est suivi de pétéchies sur toute la surface du corps.

L'épistaxis reparaît quinze jours plus tard avec une intensité plus forte encore; les fosses nasales et la bouche sont constamment remplies de sang; perte d'appétit et de sommeil, faiblesse extrême, petitesse du pouls, etc.

Les acides, les toniques, les astringents, etc., sont employés sans succès.

Bientôt il survient des vomissements de sang, l'urine et les selles deviennent sanguinolentes, tout espoir de sauver le malade semble perdu, lorsque l'auteur a recours à l'huile de térébenthine, vingt à trente gouttes toutes les trois heures.

Dès la troisième dose, les hémorrhagies diminuent; elles cessent complétement le second jour.

Le huitième jour, les pétéchies avaient aussi disparu; l'appétit revint et le malade se remit parfaitement.

Cependant l'année suivante, par une forte chaleur et à la suite d'une saignée intempestive, le saignement de nez se reproduisit, mais il s'arrêta promptement par l'emploi de l'huile de térébenthine.

OBS. II. — Une fille de 23 ans, affectée depuis trois jours d'une violente épistaxis, fut traitée sans succès par le sulfate de quinine, le sulfate de fer, l'extrait de ratanhia, etc.

L'auteur la vit le quatrième jour; il la trouva très-affaiblie, pâle, le corps couvert de pétéchies, le pouls filiforme; elle saignait continuellement de la bouche et du nez.

L'huile de térébenthine donnée à la dose de 30 gouttes toutes les deux heures, arrêta, le même jour encore, l'hémorrhagie, et fit disparaître peu à peu les pétéchies.

OBS. III. — Un enfant de 9 ans était sujet aux hémorrhagies à la suite des moindres blessures. S'étant fait une coupure au doigt, il en résulta une hémorrhagie qui fut arrêtée par la cautérisation, mais qui se renouvela quelques heures plus tard.

Ici encore l'huile de térébenthine, employée à l'intérieur et à l'extérieur, guérit complétement le petit malade.

L'auteur pense que ce remède convient surtout dans les hémorrhagies constitutionnelles, quand il y a diminution de fibrine; il dit avoir été moins heureux dans le traitement des hémorrhagies utérines.

PERFORATION DE L'APPENDICE VERMICULAIRE SUR UN ENFANT DE 3 ANS ET DEMI; par le docteur FABER.

Les maladies de l'appendice vermiforme sont du nombre de celles qu'il est difficile de reconnaître pendant la vie et qui ne sont généralement constatées que par l'autopsie.

On pourrait reconnaître l'inflammation de cet appendice si elle ne ressemblait pas à celle des membranes du cœcum; il en est aussi de même de la pérityphlite. Ces trois formes morbides ont les mêmes symptômes : douleur dans la région iliaque droite, augmentée par la pression; vomissements de bile ou de matières verdâtres et noirâtres, soif intense, rétraction des testicules, convulsions, refroidissement des extrémités et le plus souvent mort au bout de quelques jours.

Du reste, un diagnostic précis serait inutile au point de vue du traitement, qui est le même dans tous les cas.

Dans les affections chroniques de l'appendice vermiculaire, ce sont presque toujours des corps étrangers qui, du cœcum, ont pénétré dans la cavité de cet appendice et en ont déterminé la perforation; très-souvent, dit l'auteur, celle-ci a été occasionnée par des ascarides.

L'auteur rapporte une observation qu'il regarde comme concluante pour prouver que la perforation peut être produite par des vers. Cette observation concerne une petite fille de 3 ans et demi, sujette aux vers, qui souffrait de douleurs abdominales habituelles; le ventre était volumineux, et l'on sentait à travers ses parois une tumeur cylindrique assez dure, étendue de l'ombilic à la région iliaque droite.

Cette enfant mourut.

A l'autopsie, on trouva l'ovaire droit changé en un énorme stéatome. L'appendice vermiforme renfermait un ascaride qui s'était frayé un passage à travers l'appendice et avait pénétré à 2 pouces de profondeur dans le stéatome; le tissu de l'appendice n'était pas altéré.

IODURE DE POTASSIUM DANS LE TRAITEMENT DE L'HYDROCÉPHALE AIGUE; par le docteur BAUMANN.

OBS. — Un enfant de 8 ans fut pris d'hydrocéphale. L'auteur ayant été appelé au huitième jour seulement, trouva tous les signes d'une exsudation déjà très-avancée : absence complète de sentiment, surdité, cécité, dilatation et immobilité de la pupille, roideur de la nuque, difficulté d'avaler, écoulement involontaire de l'urine et des matières fécales, grincement des dents, de temps à autre convulsions générales.

Malgré cet état désespéré, l'auteur prescrivit 2 gros d'iodure potassique dans une potion qu'il fit prendre dans les vingt-quatre heures.

Les convulsions cessèrent dès les premières doses, et bientôt survint une amélioration véritable, ce qui engagea à continuer le remède. Il se produisit peu à peu une forte diurèse, puis une éruption miliaire générale; un ulcère charbonneux considérable apparut sur le dos du pied et fut suivi de la destruction gangréneuse du tissu cellulaire de cette région.

L'enfant guérit après avoir consommé, pendant un mois, près de 2 onces et demie d'iodure.

Une circonstance remarquable, c'est que, pendant la durée du traitement, les parents ayant cru devoir suspendre le médicament, furent obligés d'y revenir, parce que cette suspension était toujours suivie d'une aggravation des symptômes.

II. DEUTSCHE KLINIK.

(Premier semestre de 1855.)

CRITIQUE EXPÉRIMENTALE DES MEILLEURS ANTIDOTES DU CUIVRE; par le docteur L. SCHRADER (de Goettingue).

Ce travail, fondé sur 16 expériences, se termine par le résumé suivant :

1° La magnésie hydratée est aussi peu un antidote contre les empoisonnements par le cuivre que les carbonates alcalins. L'oxyde de cuivre hydraté qui se produit est peu à peu dissous par les acides de l'estomac et de l'intestin. La magnésie peut retarder la marche aiguë de l'inflammation, mais elle ne peut pas l'arrêter entièrement.

2° Le sulfure de fer hydraté décompose aussitôt les sels de cuivre, et le sulfure de cuivre est à peu près insoluble. Cependant il s'agit de rechercher, par des expériences, si le sulfure de fer peut devenir nuisible par le dégagement qui a lieu de gaz sulfhydrique.

3° L'action réductible du sucre marche trop lentement, à la température de notre corps, pour qu'elle puisse entrer en ligne de compte dans les empoisonnements aigus par le cuivre.

4° Le meilleur agent pharmaceutique à employer dans ces cas aigus d'empoisonnement est le cyanure ferroso-potassique, qu'on peut donner à de très-fortes doses; il décompose instantanément les sels de cuivre, et le ferro-cyanure de cuivre qui se forme n'exerce aucune action nuisible à cause de son peu de solubilité.

5° Le lait et le blanc d'œufs sont à recommander, parce qu'ils réussissent quelquefois à neutraliser le sel vénéneux, mais ils ne sont efficaces qu'autant qu'on a soin d'éliminer le plus promptement possible l'albuminate ou le caséate de cuivre qui s'est formé.

SUR LA FORMATION DE FIBRES MUSCULAIRES STRIÉES DANS UNE TUMEUR DU TESTICULE; par le docteur THÉOD. BILLROTH.

La tumeur, qui avait la grosseur d'un œuf d'oie, occupait le centre du testicule et était entourée de tissu sain; l'épididyme était resté intact. Coupée en travers, la tumeur paraissait comme composée de kystes nombreux enchâssés dans une matière molle, analogue à de la substance cérébrale; les kystes contenaient un liquide rougeâtre et dans les interstices on voyait çà et là quelques petites masses cartilagineuses et une substance rougeâtre d'une certaine consistance. C'est cette dernière qui se composait de fibres musculaires parfaitement développées et offrant de la manière la plus évidente les stries qui caractérisent les muscles de la vie animale. Ces fibres avaient un diamètre de 0mm,009 à 0,01; elles correspondaient à peu près à l'état de fibres musculaires d'un embryon de cinq mois. L'auteur a remarqué que plusieurs de ces fibres montraient une dégénérescence graisseuse, ce qui semble indiquer qu'elles n'étaient pas destinées à un développement complet.

NOUVEAU PROCÉDÉ DE RÉDUCTION DES LUXATIONS DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE; par le docteur LEO.

Ce nouveau procédé consiste à replacer chaque condyle *séparément* dans son articulation. Le malade est assis sur une chaise; le médecin se place derrière lui, à sa droite, et fixe la tête du malade contre sa poitrine; puis il introduit le pouce de la main droite dans la bouche et l'appuie sur les arrière-molaires; il déprime avec force cette branche de la mâchoire, et dès qu'il sent de la mobilité, il la pousse en arrière pour ramener le condyle dans sa cavité. On procède ensuite de la même manière avec la main gauche pour l'autre côté.

L'auteur a suivi deux fois ce procédé, et il le trouve beaucoup plus facile que celui que l'on conseille généralement.

INVAGINATION DE L'INTESTIN GUÉRIE PAR L'INJECTION D'UNE GRANDE QUANTITÉ D'EAU FROIDE; par le docteur NEUBAUER.

OBS. — Un homme de 50 ans, vigoureux et bien portant, avait fait à pied un chemin d'une demi-lieue par un temps très-froid, lorsqu'à son retour il fut pris tout à coup de douleurs violentes dans l'abdomen et de vomissements. Les douleurs durèrent toute la nuit. A la visite du médecin, celui-ci apprit qu'il existait un commencement de hernie, mais qui n'avait jamais nécessité l'application d'un bandage. Le canal inguinal se trouvait alors parfaitement libre. La région gauche de l'abdomen correspondante au siége de la hernie était molle et sans douleur, tandis que la région droite se trouvait tendue, mais la pression n'augmentait pas la douleur que le malade ressentait de ce côté. Le malade se plaignait aussi d'une sensation douloureuse dans le testicule droit et dans l'urètre, avec besoin fréquent d'uriner; il ne pouvait fléchir la cuisse du même côté qu'avec peine et d'une manière incomplète; il y avait en outre constipation; cependant l'exploration la plus attentive ne laissait découvrir aucune accumulation de matières fécales.

On employa successivement des lavements fréquemment répétés et divers purgatifs tels que l'huile de ricin, l'eau laxative de Vienne, le jalap avec le calomel à hautes doses, le tout sans succès.

Le sixième jour, il y eut des vomissements stercoraux. Ce fut alors que l'auteur résolut d'employer les injections d'eau froide, d'après la méthode de Langenbeck. A l'aide d'une seringue ordinaire, il introduisit environ 3 litres d'eau à la glace, en poussant le liquide lentement et par intervalles. L'opération dura vingt à vingt-cinq minutes. Quand le malade eut reçu la douzième seringue, il ne put supporter plus longtemps la sensation de douleur et de froid; il se fit une débâcle, et avec l'eau sortit une grande quantité de matières fécales durcies et de gaz; le malade était guéri.

CAS DE GROSSESSE ABDOMINALE; par le docteur STERN.

OBS. — Une femme de 35 ans, qui n'avait pas été enceinte depuis douze ans, ressentit en avril 1853 les premiers symptômes de la grossesse. Les mouvements du fœtus et la sécrétion du lait se manifestèrent au cinquième mois; l'écoulement menstruel avait continué régulièrement. Au mois de janvier survinrent les douleurs de l'enfantement; mais la sage-femme et plus tard le chirurgien du lieu déclarèrent qu'il n'y avait aucun signe d'accouchement. Les douleurs que la femme prenait pour des maux durèrent quinze jours. Au bout de ce temps, il se développa une anasarque générale qui ne disparut qu'au bout de neuf semaines. Ayant repris ses occupations de ménage, elle consulta plusieurs médecins qui s'accordèrent à nier l'existence d'une grossesse et qui attribuèrent le développement de l'abdomen à une hydropisie de l'ovaire droit.

L'auteur, qui n'avait vu qu'une fois cette femme, l'avait perdue de vue lorsqu'il apprit qu'elle était morte au mois de janvier 1855 après plusieurs semaines de maladie.

A l'autopsie, on trouva la région inférieure de l'abdomen entièrement remplie par une masse informe grisâtre que l'on reconnut être l'épiploon putréfié. Au-dessous de lui se trouvait un fœtus parfaitement développé et à terme, du sexe féminin, n'offrant que des traces insignifiantes de putréfaction; il était engagé dans le petit bassin et avait déplacé les intestins qui se trouvaient refoulés au-dessus de lui, dans la région ombilicale. Le cordon ombilical était libre, sans attache; il n'y avait aucune trace de placenta, ni de membranes de l'œuf. L'utérus était petit, ratatiné, exsangue; la vessie et le rectum injectés.

Cette observation est remarquable par la position du fœtus qui empêchait de reconnaître par l'exploration extérieure la grossesse extra-utérine et par le peu d'altération du fœtus, malgré la longue durée de son séjour dans l'abdomen. Cette dernière circonstance semble militer en faveur de la gastrotomie dans les cas où l'on aurait constaté d'une manière indubitable la présence d'un fœtus en dehors de l'utérus; dans de pareilles conditions, il serait plus rationnel de procéder à l'extraction de ce corps étranger que d'en abandonner à la nature l'expulsion toujours très-douteuse, et au moins tout aussi chanceuse qu'une opération.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 19 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE.

NOMINATIONS.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un membre qui remplira, dans la section de botanique, la place devenue vacante par suite du décès de M. de Mirbel.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 54,

M. Gay (Claude) obtient	23	suffrages.
M. Duchartre	22	—
M. Chatin	7	—
M. Trécul	2	—

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité absolue des suffrages, l'Académie procède à un deuxième tour de scrutin.

Le nombre des votants étant 55,

M. Gay obtient	27	suffrages.
M. Duchartre	25	—
M. Chatin	2	—

Il y a un billet blanc.

Aucun des candidats n'ayant encore cette fois obtenu la majorité absolue, l'Académie procède au scrutin de ballottage.

Le nombre des votants restant 55,

M. Gay obtient	28	suffrages.
M. Duchartre	27	—

M. Gay (Claude) ayant réuni la majorité absolue des suffrages est proclamé élu.

RECHERCHES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES SUR LES APPAREILS ÉRECTILES; APPAREIL DE L'ADAPTATION DE L'ŒIL CHEZ LES OISEAUX, LES PRINCIPAUX MAMMIFÈRES ET L'HOMME; par M. le docteur CHARLES ROUGET. (Présenté par M. CL. BERNARD.)

(Commissaires : MM. de Quatrefages, Cl. Bernard.)

Dans l'intérieur du globe oculaire existe un appareil capable de produire dans les milieux dioptriques les modifications nécessaires à l'adaptation de la vue aux distances.

Cet appareil se compose de parties ou d'organes musculaires, tendineux ou élastiques et vasculaires, produisant par la combinaison de la contraction musculaire et de la tension des vaisseaux l'acte complexe propre aux appareils érectiles.

La forme générale de l'appareil de l'adaptation est celle d'un sac qui, revêtu à l'extérieur par l'appareil de protection (sclérotique et cornée), enferme et contient dans sa cavité les milieux dioptriques et l'appareil de la sensation visuelle.

Simple dans les régions postérieure et moyenne du globe oculaire où il est constitué par la choroïde et le corps ciliaire, ce sac se dédouble au niveau de l'union de la cornée à la sclérotique, en deux lames: l'une, simplement élastique, la membrane de Descemet qui s'accole intimement à la cornée; l'autre, musculaire et vasculaire, l'iris, complète l'*enveloppe active* du sphéroïde cristallo-vitré.

Dans la première partie de mon travail, j'exposerai sommairement les faits nouveaux relatifs à la structure élémentaire et à la texture des différentes parties de l'appareil ; dans la seconde, je montrerai l'appareil en action.

Au niveau du bord adhérent ou dos des procès ciliaires se montre une couche de faisceaux à direction transversale, obliquement entre-croisés, c'est la couche à fibres circulaires du muscle ciliaire.

Chez les oiseaux, cette couche est constituée en avant par des faisceaux striés en travers, et en arrière par des fibres régulières, arrondies, très-réfringentes, analogues aux fibres du tissu jaune élastique, mais dans lesquelles on peut apercevoir quelquefois des stries transversales fines et régulières.

Chez les mammifères, la couche circulaire du muscle ciliaire est constituée par des faisceaux de fibrilles dartoïdes, lisses et munis de noyaux allongés, au milieu desquels courent des divisions plexiformes des nerfs ciliaires.

En dehors du muscle ciliaire annulaire, on voit sortir en quelque sorte du stroma de la choroïde, au bord postérieur de la région ciliaire, les faisceaux du muscle ciliaire radié.

Chez les oiseaux, ces faisceaux, constitués par des fibres striées en travers, forment au moins deux plans musculaires : l'un, externe et postérieur, s'insère après un très-court trajet au bord postérieur de l'anneau osseux de la sclérotique ; l'autre, recouvert à son origine dans la choroïde par le précédent, se prolonge en avant jusqu'au bord antérieur de l'anneau osseux, où s'insère une partie de ses fibres, tandis que le reste s'attache au pourtour de la membrane de Descemet, véritable tendon élastique du plan antérieur du muscle ciliaire radié.

Ce muscle n'est autre chose que celui décrit par Crampton ; mais Crampton et tous les anatomistes (entre autres Brücke) qui ont décrit ce muscle après lui, se sont trompés sur son origine et sa véritable signification.

Chez les mammifères, le muscle ciliaire radié, constitué par des faisceaux musculaires lisses dartoïdes, naît également du stroma de la choroïde, et se termine au niveau du sillon kérato-sclérotical, où il se continue en grande partie, sinon en totalité, avec la membrane de Descemet.

L'appareil musculaire de l'iris n'est que la continuation du plan profond (à fibres circulaires) du muscle ciliaire.

Chez les oiseaux, les faisceaux striés à direction transversale pénètrent obliquement dans l'iris, et conservant dans toute l'étendue de cette membrane une direction généralement circulaire, ils s'entre-croisent tous plus ou moins obliquement.

J'ai constaté chez tous les mammifères que j'ai examinés (homme, carnassiers, ruminants, rongeurs) une disposition tout à fait analogue à celle de l'iris des oiseaux. Au bord antérieur du muscle ciliaire, les faisceaux de la couche profonde (annulaire) de ce muscle, continuant leur direction transversalement oblique, pénètrent dans l'iris, et là couvrant la face externe de cette membrane et enlaçant les vaisseaux dans leurs mailles, ils s'entre-croisent plus ou moins régulièrement les uns avec les autres, coupent généralement sous un angle de 45 degrés la direction des rayons du cercle irien, atteignent le bord pupillaire, et semblent, après l'avoir franchi, former à la surface interne de l'iris l'anneau de fibres circulaires (sphincter de la pupille).

Un réseau admirable, formé surtout par les divisions et enroulements multiples des veines de la choroïde, occupe le quart postérieur environ de cette membrane, au pourtour de l'entrée du nerf optique. Quand ce réseau est rempli, l'épaisseur de la membrane en ce point est plus que doublée. Cette disposition a une complète analogie avec le réseau admirable choroïdien des poissons.

Les veines de l'iris sont tellement nombreuses que ces vaisseaux et les artères couvrent entièrement la surface de l'iris, et semblent à l'œil nu ne laisser entre eux aucun intervalle.

Toutes ces veines se rendent aux *vasa vorticosa* par les procès ciliaires, les unes en se portant à la tête et au bord libre de ces plis, les autres en longeant le dos, ou les intervalles des procès ciliaires, avec lesquels toutes communiquent largement.

On voit, d'après cela, que tout le sang apporté à l'appareil vasculaire si riche de la choroïde et de l'iris, par les artères ciliaires courtes, par les artères ciliaires longues, par les artères ciliaires antérieures, n'a d'autre voie de retour que les quatre troncs où aboutissent les *vasa vorticosa* de la choroïde, les veines ciliaires courtes, d'où résulte dans tout cet appareil une tension constante, nécessaire à l'exercice régulier de la vision.

Si nous considérons l'effet de la contraction des muscles de l'iris et de la choroïde sur le système vasculaire de ces membranes, nous sommes conduits aux conclusions suivantes :

Quand les fibres obliques de l'iris se contractent pour dilater la pupille, elles diminuent l'étendue absolue de la membrane, dont elles compriment et vident plus ou moins complètement les vaisseaux, les veines surtout.

Quand cette contraction a cessé, l'afflux brusque du sang dans les vaisseaux agit comme la détente d'un ressort élastique, distend la membrane irienne, et vient en aide pour produire le rétrécissement de la pupille au faible sphincter de cet orifice.

Dès les premiers moments de la contraction des faisceaux circulaires du muscle ciliaire, les veines de l'iris qui les traversent pour se rendre au *vasa vorticosa*, se trouvent comprimées ; dès lors tout le sang qui revient de l'iris doit, pour se rendre aux troncs veineux de la choroïde, passer uniquement par les procès ciliaires, et augmentant la tension de ces plis érectiles, les appliquer fortement aux bords de la lentille cristalline et à la région ciliaire du corps vitré.

Mettons maintenant en action muscles et vaisseaux, contraction et érection, pour produire l'adaptation de la vue à courte distance par l'augmentation de courbure de la lentille cristalline et l'allongement de l'appareil dioptrique cristallo-vitré.

Le muscle ciliaire circulaire se contracte et comprime la couronne des procès ciliaires ; ceux-ci, distendus par le sang et communiquant tous ensemble, peuvent être considérés comme un anneau liquide élastique, qui transmet en la régularisant la contraction exercée par le muscle ciliaire aux bords de la lentille cristalline et à la zone ciliaire du corps vitré.

L'effet général de cette contraction annulaire, qui ne s'exerce que sur la partie antérieure du sphéroïde cristallo-vitré, serait un refoulement excentrique en arrière, surtout dans la région choroïdienne, d'une partie de la masse dioptrique, et l'effet serait presque nul pour l'augmentation de courbure du cristallin et l'allongement de l'axe de l'appareil ; mais ici intervient l'action du muscle ciliaire radié : la choroïde étant solidement fixée en arrière à la sclérotique, la contraction de ce muscle a pour effet de la tendre circulairement et de s'opposer par là au refoulement excentrique du corps vitré dans ce sens. En même temps, cette tension redresse la courbure de la partie antérieure de la choroïde, ce qui étend à une grande surface la compression circulaire des milieux dioptriques ; nécessairement alors la masse de ces milieux incompressibles tend à s'échapper en avant et en arrière, d'où allongement de l'axe et propulsion en avant de la face antérieure de la lentille cristalline, dont la courbure est augmentée par la compression circulaire de ses bords. Quant à l'iris, immédiatement appliqué sur le cristallin, comme le prouve sa convexité très-prononcée chez la plupart des animaux, il est dans l'adaptation à la vue de près et à une lumière moyenne, contracté pour accommoder les dimensions du diaphragme à la courbure de la lentille : il peut même jouer un rôle important pour produire cette augmentation de courbure de la face antérieure de la lentille, car les milieux dioptriques, comprimés de toutes parts dans le sac irido-choroïdien, tendent naturellement à s'échapper, à faire hernie par l'orifice unique de ce sac, la pupille.

Érection des procès ciliaires, contraction du muscle ciliaire circulaire, du muscle ciliaire radié, tension de la choroïde, contraction de l'iris : voilà sans doute bien des phénomènes mis en jeu pour produire, dans les milieux dioptriques, les changements si peu considérables que la physique avait depuis longtemps prévus, et dont elle a pu récemment constater l'existence. (Expériences de Kraemer et d'Helmholtz, de Donders et Van Trigt.) Mais c'est précisément parce que des éléments multiples entrent en action, que la part de chacun d'eux et les modifications qu'il subit sont pour ainsi dire inappréciables, et ont si longtemps échappé à l'observation.

Les modifications que subissent pour l'adaptation la poche irido-choroïdienne et son contenu sont tout à fait analogues à celles d'un muscle qui se contracte : il n'y a ni augmentation ni diminution de masse, mais un simple changement de forme auquel se prête la sclérotique en arrière. Quant à la chambre antérieure, la saillie du cristallin dans sa partie moyenne est compensée par l'élargissement de la gouttière irido-cornéenne et l'écartement des parois du canal de Fontana. Enfin la tension augmentée des procès ciliaires peut trouver sa compensation dans la compression du réseau admirable choroïdien.

REMARQUE SUR LE MÉMOIRE DE M. CH. ROUGET.

M. DE QUATREFAGES prend la parole pour faire connaître à l'Académie un résultat remarquable résultant des recherches de M. Dujardin sur la vision chez les insectes. D'après le professeur de Rennes, l'adaptation chez ces invertébrés est due à la présence d'un réseau de trachées qui se vide ou se gonfle selon les besoins. Ce réseau trachéen remplirait donc des fonctions analogues à celles que l'auteur du mémoire présenté par M. Bernard attribue au réseau admirable choroïdien qu'il a découvert. Le sang chez les oiseaux et les mammifères, l'air chez les insectes, seraient ainsi employés pour obtenir un résultat semblable. M. Dujardin n'a pas encore publié ses recherches ; mais M. de Quatrefages ne croit pas être indiscret en prenant ainsi date pour un confrère absent.

— M. J. CLOQUET communique à l'Académie une note de M. Scontetten concernant la découverte des sources de l'ozone atmosphérique. (Nous publierons textuellement ce travail.)

OZONE ATMOSPHÉRIQUE ; SON INFLUENCE SUR L'ÉTAT SANITAIRE D'UN PAYS ; lettre de M. WOLF à M. ÉLIE DE BEAUMONT.

Zurich, 16 mai 1856.

L'Académie des sciences a bien voulu s'intéresser aux communications que je lui ai faites l'année dernière sur l'influence de l'ozone relativement à l'état sanitaire. J'ai continué ces études, et je viens de trouver, par le dépouillement que je viens de faire des observations de l'ozone à Berne en 1855, pour un mémoire que je dois communiquer à la Société d'histoire naturelle de cette ville, quelques résultats que je crois assez intéressants pour en faire une communication nouvelle à l'Académie.

L'été de 1855 a été marqué à Berne par une dyssenterie épidémique, qui causa, aux mois d'août et de septembre, en moyenne 6 à 7 décès par jour, au lieu de 2 1/2, moyenne ordinaire. En comparant avec ces faits les indications de l'ozonomètre, je viens de trouver les nombres suivants :

8,46 pour la réaction moyenne de tous les 61 jours des mois d'août et de septembre.
9,55 pour la réaction moyenne des 31 jours où il y avait au moins 5 décès par dyssenterie.
8,14 pour la réaction moyenne des 14 jours avec 3 à 4 décès par dyssenterie.
7,12 pour la réaction moyenne des 16 jours restants.

Je dois en conclure que l'énergie de l'épidémie a augmenté et diminué avec la quantité de l'ozone.

Les observations uzonométriques faites à Saanen (village du canton de Berne, 450 mètres au-dessus de la capitale), depuis le mois d'août jusqu'à la fin de l'année, confirment mes conclusions. Les indications de l'ozonomètre à Saanen surpassaient en moyenne des cinq mois d'observations celles de Berne d'un degré de l'échelle de Schoenbein; mais, pour les mois d'août et de septembre, elles étaient, au contraire, plus faibles de 2 degrés; et pendant la période du 6 au 10 septembre, dans laquelle moururent à Berne, au maximum, 9 personnes de dyssenterie par jour, cette différence s'élevait jusqu'à 5 degrés.

Observation de périnéoraphie pratiquée avec succès par la suture entrecoupée; par M. S. Laugier. (Extrait.)

(Commissaires : MM. Velpeau, Jobert [de Lamballe].)

J'ai l'honneur de communiquer à l'Académie l'exposé d'une opération de périnéoraphie, que j'ai pratiquée à l'Hôtel-Dieu avec un succès complet sur une femme de 34 ans, qui avait eu le périnée et la cloison recto-vaginale profondément divisés dans un accouchement. C'était, comme on pourra le voir par les détails que je donne dans cette note, un des exemples les plus fâcheux de pareilles ruptures, un de ceux dans lesquels l'art chirurgical échoue le plus souvent.

Ce succès remarquable, parce qu'il est complet, après une déchirure considérable du périnée, ne serait cependant que l'analogue des succès obtenus par M. Roux, s'il ne s'en éloignait par la méthode opératoire que j'ai suivie. L'Académie ne peut avoir oublié la lecture du mémoire qu'a faite devant elle sur la périnéoraphie l'illustre chirurgien qu'elle regrette. Dans ce mémoire, M. Roux compare pour la réunion du périnée déchiré la suture entortillée qu'il avait pratiquée d'abord à la suture enchevillée qu'il avait fini par adopter d'une manière exclusive, bien que, dans plusieurs de ses observations, la guérison n'ait pas été, de son propre aveu, obtenue complétement, et qu'un orifice fistuleux entre le rectum et le vagin ait persisté. Quoi qu'il en soit, on conçoit la préférence donnée par M. Roux à la suture enchevillée sur la suture entortillée dans la réunion qu'il tentait; mais le célèbre chirurgien n'a fait aucune comparaison entre la suture enchevillée et d'autres sutures, qui cependant ont réussi dans le même cas, telle que la suture entrecoupée et la suture à surjet. Il cite, il est vrai, dans son mémoire, les observations de Guillemeau et de Saucerotte, mais il ne s'y arrête pas et ne repousse même pas, par des raisons théoriques, les procédés que ces chirurgiens ont suivis. Or Guillaumeau a employé la suture entrecoupée, et Saucerotte la suture à surjet.

C'est par la suture entrecoupée que j'ai traité ma malade, et cette méthode m'a paru beaucoup plus sûre et plus simple que les sutures entortillée et enchevillée; je ne comprends même pas l'application de la suture enchevillée à la réunion de la cloison recto-vaginale; je l'admets plus volontiers pour celle du périnée lui-même.

Quant à la suture entrecoupée, elle est très-facile à appliquer; elle permet de multiplier autant qu'il est nécessaire les points de suture, de leur donner la situation et la direction qu'on veut; d'embrasser dans l'anse des fils autant d'épaisseur de tissus et aussi peu qu'il semble utile de le faire. A ces divers titres, je la crois donc préférable, et c'est à tort qu'elle a été négligée.

Une autre modification que j'ai apportée dans le mode opératoire usité, c'est que j'ai fait l'opération en deux temps. Dans une première tentative, j'ai réuni la division la plus profonde, celle de la cloison vagino-rectale déchirée dans une longueur de plus de 3 centimètres. Trois points de suture ont suffi pour cela, et le succès a été complet.

Une seconde opération a été pratiquée au bout d'un mois. Cinq points de suture m'ont permis de faire une réunion parfaite du périnée complétement rompu. On distingue à peine la cicatrice linéaire qui maintient rapprochés l'un et l'autre côté de la déchirure.

Une des grandes difficultés de la périnéoraphie est d'obtenir à la fois la réunion de la cloison recto-vaginale et du périnée. C'est à la base de l'éperon de la cloison que persiste l'orifice fistuleux dans les succès partiels. En faisant l'opération en deux temps, il est plus facile d'en surveiller les suites, d'enlever les points de suture sans tiraillements dangereux pour le succès de la réunion, et de limiter les phénomènes inflammatoires.

En résumé, je crois préférable la suture entrecoupée pour opérer la périnéoraphie. Cette suture est d'ailleurs d'un usage général dans la restauration d'autres organes à l'aide de lambeaux autoplastiques. De plus, je crois utile dans les divisions très-profondes du périnée de faire l'opération en deux temps.

Nouvelle méthode opératoire de la cataracte par débridement; par M. Tavignot.

(Commissaires : MM. Velpeau, Jobert [de Lamballe].)

L'auteur ayant décrit avec détail (Gazette Médicale, année 1850) l'opération sur laquelle il appelle aujourd'hui de nouveau l'attention, nous nous bornerons à extraire de son mémoire le passage suivant, dans lequel il indique les cas où ce procédé opératoire lui paraît devoir être préféré.

L'opération du débridement, telle que nous la comprenons et telle que nous l'avons exécutée, pourra sans doute, dans la suite, recevoir une extension plus grande; jusqu'à présent, nous n'y avons eu recours que dans les cas de cataractes lenticulaires molles ou demi-molles existant sur des sujets plus ou moins avancés en âge. Or on sait que cette espèce de cataracte se prête assez mal à l'abaissement, et que le broiement qu'il faut alors souvent improviser pour achever l'opération, n'est pas pratiqué dans des conditions très-favorables; ce qui s'explique assez par l'âge du sujet, par la réaction qu'amènent le plus souvent les manœuvres de l'aiguille qui a traversé la sclérotique, enfin par la quantité même des matériaux soumis en même temps à l'absorption. Je pense, avec M. Sichel, que dans les cas de cataractes molles ou demi-molles, l'extraction est, en thèse générale, préférable à l'abaissement et au broiement; il reste à savoir maintenant si ce que nous appelons la méthode par débridement n'est pas elle-même préférable à l'extraction dans le cas particulier qui nous occupe. Je l'ai cru et le crois encore; ce n'est même plus pour moi une simple croyance, c'est une conviction fondée sur des faits observés avec soin et suffisamment nombreux pour lever tous les doutes et faire cesser les hésitations les plus légitimes.

La méthode par *débridement* n'est pas, j'en conviens, une opération brillante dans son exécution : un ne met pas le cristallin entre les mains du malade, comme on peut le faire après l'*extraction*; on ne le fait pas jouir immédiatement du bénéfice de la vision, comme on le permet quelquefois après l'*abaissement*, sauf quelques rares exceptions; ce n'est qu'après un, deux et trois mois que l'opéré recouvre la faculté de voir d'une manière distincte. Même à cette période de la guérison, le succès n'est pas à l'abri de toute critique. En effet, la pupille n'a plus sa position normale; elle est externe et non centrale; elle a cessé d'être contractile à l'instar de la pupille naturelle; dans le champ pupillaire primitif persistent des fragments capsulaires opaques qui altèrent plus ou moins l'expression du regard, et par suite le jeu de la physionomie. Nous convenons de tout cela et nous en convenons sans regret. En effet, quel problème à résoudre nous pose tous les jours un sujet cataracté? Celui de lui rendre la vue en employant la méthode qui offre le plus de chances favorables au succès définitif. Tout se réduit donc à une question de chiffres, à un relevé comparatif des insuccès et des succès fournis par les différentes méthodes; nous aborderons plus tard cette question numérique, qui renferme véritablement toute la partie pratique de notre sujet.

— M. Dujardin (de Lille), envoie pour le concours Montyon (prix de médecine et de chirurgie) un mémoire intitulé : Observation d'œdème de la glotte guéri par la trachéotomie.

(Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

Séance du 26 mai.

De l'influence de la cryptorchidie sur la génération; par M. Puech.

La cryptorchidie chez l'homme et les animaux domestiques, ayant été l'objet d'une communication récente de la part de MM. Goubaux et Follin, M. Puech adresse quatre observations qu'il avait recueillies sur ce sujet, considéré seulement dans l'espèce humaine.

(Commissaires, MM. Velpeau, Cluquet.)

Recherche électrophysiologique sur les fonctions des muscles qui meuvent le pied; par M. Duchenne (de Boulogne).

Dans ce travail, qui se lie à ses précédentes communications, l'auteur poursuit l'étude des fonctions des divers muscles de l'appareil locomoteur, en déterminant, au moyen de l'électricité, la contraction de chaque muscle isolément, et observant le mouvement qui en résulte; il profite ensuite de ses observations pour établir le diagnostic des paralysies partielles, et savoir précisément quelles sont les parties de l'appareil musculaire sur lesquelles il convient d'agir.

— MM. Ossian Henry fils et A. Chevalier fils adressent au concours pour le prix dit des arts insalubres, un mémoire sur le phosphore, mémoire dont ils avaient précédemment communiqué quelques extraits; ils y joignent un supplément contenant les résultats des recherches qu'ils ont faites postérieurement à la rédaction de leur premier travail.

(Renvoi à la commission du prix relatif aux arts insalubres.)

— M. Isidore Bourdon adresse un supplément à une précédente communication sur les divers traitements affectés au choléra, et particulièrement sur les propriétés thérapeutiques de la strychnine.

J'ajoute aujourd'hui, dit l'auteur, à ce premier mémoire et à l'analyse que j'en avais envoyée ultérieurement, une série de tableaux statistiques sur les conditions d'étiologie aggravante, et sur les chiffres de mortalité, de l'épidé-

mie de 1854; mais ces tableaux ne s'étendent pas au delà du personnel des hôpitaux militaires de Paris. J'ai profité d'une circonstance exceptionnelle qui me donnait accès dans ces établissements, pour prendre note exacte des âges, des lieux d'origine, villes ou campagnes, nord ou midi, etc., comme aussi du régime hygiénique et du traitement des malades: éléments d'observation qu'il serait difficile de réunir avec autant d'ensemble, avec une même certitude et la même authenticité dans les hôpitaux civils et la pratique ordinaire. Je joins à ces tableaux la récapitulation pure et simple des résultats respectifs et de l'objet de chacun. C'est donc quatre sortes de pièces que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie : un mémoire, le résumé et les conclusions de ce mémoire, une suite de tableaux statistiques qui comprennent environ 2,000 malades, et enfin, la récapitulation de ces tableaux avec quelques corollaires.

— L'Académie renvoie à la même commission un mémoire de M. Poggioli, et une note de M. Leveau se rapportant également au choléra-morbus.

— M. Claude Bernard présente, au nom de l'auteur, M. Castorani, un exemplaire d'un opuscule ayant pour titre : De la kératite et de ses suites. L'auteur, dit M. Bernard, présente dans ce travail quelques questions sous un jour nouveau. Nous citerons, par exemple, ces réflexions sur le strabisme.

Dans le strabisme ordinaire, l'auteur croit à la prédominance d'action, par suite d'exercice d'un des muscles de l'œil strabique sur l'autre, et non à sa contracture, car, s'il n'en était pas ainsi, quand on vient à recouvrir l'œil sain, l'œil qui louche ne devrait pas se redresser. Comment donc l'œil malade louche-t-il quand il fonctionne avec l'œil sain? Tout simplement par défaut de simultanéité dans la vision de deux yeux. Ainsi, dans le strabisme récent, l'œil ne louche que pour la vue des objets éloignés, parce que, dans ce cas, il y a myopie de l'œil faible, et que le malade ne peut exercer alors les deux yeux simultanément pour voir de loin. De près, au contraire, la vision simultanée a lieu; aussi les symptômes de strabisme disparaissent-ils. Si la myopie de l'œil faible vient à augmenter au point de ne plus permettre la vision des deux yeux, même de près, alors on constate que le strabisme existe pour la vision des objets rapprochés comme pour celle des objets éloignés.

Un petit chapitre spécial sur la photophobie termine le traité de la kératite. De la discussion de diverses opinions émises sur ce sujet, M. Castorani conclut que la photophobie a son siége dans les filets de la 5e paire, et qu'elle résulte de leur état d'irritation dans la cornée ou dans l'iris. Quant à la rétine, il ne sait si elle a jamais pris part à sa production. Ce qui prouve au moins qu'elle n'en est pas le siége exclusif comme on l'a avancé, c'est que la photophobie se produit avec une grande intensité dans les affections de la cornée et de l'iris, lors même qu'une cataracte empêche tout rayon lumineux d'arriver jusqu'à la membrane rétinienne.

Nouvelles recherches sur la question glycogénique; par M. Chauveau.

J'ai l'honneur de présenter à l'Académie un très-bref exposé des faits mis en lumière par des expériences récentes auxquelles je me suis livré en vue d'éclaircir cette question, expériences qui ont été faites, parallèlement, pour ainsi dire, sur des herbivores (ânes ou chevaux) soumis à leur régime habituel, et sur des chiens nourris exclusivement à la viande.

Premier fait. — Pendant l'abstinence, même très-prolongée, le sucre ne disparaît point dans le sang des vaisseaux de la grande circulation.

Deuxième fait. — Le sucre est toujours plus abondant dans les artères que dans leurs veines collatérales. C'est ce que prouve la comparaison des quantités signalées dans le tableau précédent.

Troisième fait. — Le sang artériel, quel que soit le point de l'appareil circulatoire où on le prend, renferme toujours, chez le même animal, la même proportion de glucose.

Quatrième fait. — Le sang des veines, moins celui de la veine porte pendant la digestion des matières sucrées et amylacées, moins encore celui des vaisseaux sus-hépatiques et de la portion sus-diaphragmatique de la veine cave inférieure, à toutes les périodes, ne présente point non plus de différences appréciables sous le rapport de la quantité de glucose qu'il renferme.

Cinquième fait. — Chez les animaux à jeun ou nourris exclusivement à la viande, le sang des veines sus-hépatiques est toujours plus sucré que celui des autres vaisseaux, y compris la veine porte. Ce fait a été si bien prouvé par les expériences de M. Bernard, que je crois pouvoir me dispenser de citer celles de mes analyses qui concourent à l'établir. Je ferai seulement remarquer que les conditions dans lesquelles je me place pour recueillir le sang qui sort du foie sont tout à fait physiologiques, et ne donnent prise à aucune objection, puisque j'extrais ce fluide chez des solipèdes, en pratiquant sur l'animal debout le cathétérisme des vaisseaux sus-hépatiques par la jugulaire et les veines caves.

Sixième fait. — La quantité de sucre contenue dans le sang des deux cœurs paraît exactement la même.

Septième fait. — La lymphe pure est toujours sucrée, même après une très-longue abstinence.

Huitième fait. — Le sucre de la lymphe n'est pas absorbé au sein des tissus solides par les radicules des vaisseaux blancs, car on ne trouve jamais de glucose dans ces tissus, en exceptant toutefois celui du foie.

De tout ce qui vient d'être exposé, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Les herbivores et les carnivores se trouvent, sous le rapport du sucre de leurs humeurs nutritives, dans le même état statique. Le glucose est cependant plus abondant chez les premiers.

2° Le sucre que renferme le sang du cœur droit n'est jamais détruit par le poumon, du moins d'une manière appréciable, et passe intégralement dans le cœur gauche, puis dans les artères du système aortique.

3° Une certaine quantité de glycose du sang artériel disparaît pendant le passage de ce fluide dans les capillaires de la circulation générale. Le sang, qui est ramené des organes au cœur droit par les veines de cette même circulation générale, est donc moins sucré que le sang du cœur gauche.

4° Le sucre dont le sang s'est dépouillé en passant par les capillaires, ne sort point de ces vaisseaux pour se fixer sur les solides de l'économie. Une partie de ce sucre filtre dans les lymphatiques, incontestablement transvasée, par endosmose, du réseau capillaire sanguin dans le réseau radiculaire des vaisseaux blancs, avec les autres éléments du plasma du sang. La grande proportion relative de ce glucose lymphatique, s'explique par l'énergie du pouvoir endosmotique de cette substance. Sa quantité absolue paraît, du reste, fort restreinte, si l'on considère la lenteur avec laquelle se meut le sang blanc, et qu'on la compare à la rapidité de la circulation sanguine; le calcul enseigne, en effet, même en partant des données les plus exagérées sur l'activité de la circulation lymphatique, que cette circulation ne verse, dans un temps déterminé, à l'intérieur du cœur droit, qu'une quantité de sang blanc équivalente au plus à la centième partie du sang noir ramené par les veines à ce même cœur. Le calcul enseigne également que le sucre de la lymphe ne représente qu'une partie du glycose disparu dans les capillaires de la grande circulation. Quant à l'autre partie, elle subit une métamorphose dont la nature reste à prouver.

5° Versé dans le cœur droit, le sucre lymphatique concourt à augmenter la proportion de glucose contenue dans le sang peu sucrée qui afflue de toutes les parties du corps vers cette cavité.

6° Ce même sang de la circulation générale achève de reprendre la quantité de sucre qu'il a perdue au sein du réseau capillaire, en se mêlant, dans la veine cave postérieure et le cœur droit, avec le sang très-sucré des veines sus-hépatiques.

7° L'excédant de sucre de ces derniers vaisseaux n'existant pas dans le sang de la veine porte chez les animaux à jeun ou nourris exclusivement à la viande, il faut conclure que ce fluide s'est chargé de matière glucosique pendant son passage à travers le foie; cette glande se trouve donc être véritablement un organe producteur du sucre, et le seul organe de cette nature qui existe dans l'économie.

De l'efficacité du brome dans le traitement des affections pseudo-membraneuses; par M. Ozanam.

Le croup et les angines pseudo-membraneuses, ordinairement assez rares à Paris, ont pris, en 1855, un développement subit, et presque les caractères d'une épidémie. Leur gravité a presque tous les jours été fort grande, et la terminaison souvent mortelle. Des familles entières ont été successivement atteintes, et plusieurs médecins sont morts en soignant leurs malades. Parmi eux, nous devons citer l'honorable M. Valleix, et quelque temps avant, le fils de M. Blache. Il importait donc de chercher et de formuler un traitement efficace contre une maladie si grave. Cette difficulté, je crois l'avoir résolue; je viens proposer aujourd'hui un remède important, qui répond à la plupart des indications, et qui, pendant cette période épidémique, m'a rendu d'éminents services : je veux parler du *brome*.

Le brome est le remède spécifique des affections diphthéritiques; angines pseudo-membraneuses, croup, muguet. Les bromures alcalins, et notamment le *bromure de potassium*, possèdent également cette propriété.

Telles sont les propositions que je viens établir : la théorie des affections diphthéritiques et la recherche des dissolvants m'ont conduit à ce résultat. En effet, les dissolvants des fausses membranes peuvent, d'après mes expériences, se diviser en deux classes : 1° les corps fluidifiants, 2° les corps désagrégeants.

Les *corps fluidifiants* déterminent le ramollissement plus ou moins complet de la fausse membrane; les alcalins ont été décrits comme tels et ils le sont, mais plusieurs acides le sont, même à un degré supérieur, comme l'expérience l'indique pour l'acide chlorhydrique.

Les *corps désagrégeants* durcissent d'abord la fausse membrane, puis la rendent friable au point qu'elle se réduit en poussière sous l'influence du moindre contact.

J'ai donné à ce phénomène, inconnu jusqu'ici, le nom de désagrégation moléculaire. Le brome seul peut le produire. Le bichromate de potasse, il est vrai, durcit légèrement la pseudo-membrane, mais sans la rendre friable. L'iode la durcit et la brunit au point de la faire ressembler à un morceau de cuir tanné, mais elle n'en est que plus ferme. Le brome seul détruit la force coercitive, sépare les éléments; son action se montre même sur les pseudo-membranes d'abord traitées par l'iode, qui perdent alors leur couleur brune et leur ténacité pour redevenir friables.

Ne pouvant rapporter ici la série complète de mes expérience, je donne

seulement les deux suivantes, l'une sur le *brome*, l'autre sur le *bromure de potassium*.

Action du brome sur les fausses membranes. — Une fausse membrane de 1 centimètre de long sur demi de large, ferme, élastique, fut plongée dans un verre rempli d'eau bromurée; elle y resta douze heures. Au bout de ce temps, elle n'avait point perdu sa couleur nacrée, et tranchait sur la teinte brune du liquide, elle paraissait même plus dure; mais lorsque je la touchai avec un bâton de verre pour l'attirer à moi, elle tomba tout à coup en poussière extrêmement fine, qui s'écrasait de plus en plus, en sorte que je ne pus en retirer qu'une très-petite quantité. J'examinai ces débris au microscope, au grossissement de 500 diamètres, et je trouvai les éléments de la fausse membrane; mais la force coercitive qui organisait ces éléments avait été détruite, en sorte qu'ils étaient complétement dissociés et réduits en un amas de granulations amorphes. Ce phénomène se reproduisit à chaque expérience nouvelle: c'est ce que j'ai désigné sous le nom de *désagrégation moléculaire*.

Corollaire. — Le brome en solution dans l'eau ne rend point la fausse membrane transparente, il n'agit point comme *fluidifiant*, mais il modifie la force vitale dans son acte organisateur pathogénique, et détermine la désagrégation de la fausse membrane. Le brome doit donc arrêter et guérir les affectations pseudo-membraneuses.

Action du bromure de potassium.—Trois plaques diphthéritiques blanches, fermes, nacrées, recueillies sur les amygdales, sont plongées dans une solution concentrée de bromure de potassium. Au bout de douze heures elles sont complétement transparentes, molles et déjà diffluentes, laissant, quand on les soulève, de longs tractus opalins, évidemment formés par les éléments fluidifiés de la fausse membrane. A bout de trois jours on n'aperçoit plus aucun vestige de la fausse membrane, mais un dépôt blanchâtre, granuleux, qui pendant le repos gagne le fond du vase, et qui est formé par quelques granulations amorphes encore existantes, par des cristaux de bromure de potassium et par les filaments nombreux de l'*oïdium albicans*, mucédinée parasite décrite par Ch. Robin dans le *muguet*, retrouvée constamment par moi, dans les fausses membranes de l'angine et du cronp, et dont les innombrables sporules disséminées dans l'atmosphère à chaque expiration, expliquent le contage des affections diphthéritiques.

Corollaire. — Le bromure de potassium, possédant le pouvoir fluidifiant de la potasse et la faculté de désagrégation particulière au brome, doit arrêter et guérir les affections diphtéritiques.

Encouragé par ces résultats, j'essayai le brome au lit du malade, en commençant par les cas où tout autre remède avait échoué.

L'eau bromurée récemment préparée à la dose de 5 à 50 centigrammes par jour, dans une potion de 150 grammes, est la préparation la plus facile à administrer; elle doit être conservée à l'obscurité, pour éviter la formation de l'acide brombydrique.

Le bromure de potasssium agit très-bien aux mêmes doses.

J'ai recueilli depuis six ans 14 observations toutes couronnées de succès, savoir :

Angines pseudo-membraneuses.	11	dont deux compliquées de scarlatine grave et de gangrène des amygdales.
Croup	2	
Muguet confluent	1	

Obs. I. — Enfant de 5 ans, angine très-grave, pouls à 140; cautérisations insuffisantes avec le *nitrate d'argent* et l'*acide chlorhydrique*. Le sixième jour, symptômes de croup; emploi du *brome*, guérison le vingt et unième jour.

II. — Jeune homme de 28 ans, angine maligne; pouls à 120; insuffisance des cautérisations avec le nitrate d'argent, suffocations et défaillances continuelles; emploi du *brome* le cinquième jour, amélioration le sixième jour, convalescence le quatorzième jour; plus tard, signes de paralysie générale, guérison.

III.—Fille de 9 ans, angine aiguë, pouls à 120; emploi du *brome* le deuxième jour, convalescence le cinquième jour.

IV. — Demoiselle de 14 ans, angine grave, délire, pouls à 130; emploi du *brome* le cinquième jour, amélioration le sixième, guérison le neuvième.

V. — Femme de 30 ans, angine légère prise par contage de la précédente; emploi du *brome* le deuxième jour, guérison le cinquième jour.

VI. — Femme de 30 ans, accouchement, manie puerpérale, angine couenneuse; emploi du *brome* le troisième jour, amélioration au bout de vingt-quatre heures, guérison le dixième jour. (Communiquée par le docteur Jonsset.)

VII. — Homme de 32 ans, angine couenneuse grave, défaillances et syncopes, gangrène partielle de la muqueuse buccale, pouls lent à 50; emploi du *brome* le troisième jour, guérison le neuvième.

VIII. — Homme de 38 ans, angine couenneuse légère; emploi du *bromure de potassium* le deuxième jour, guérison le cinquième.

IX. — Enfant de 5 ans, angine couenneuse légère; emploi du *bromure de potassium* le deuxième jour guérison le cinquième.

X. — Jeune fille de 21 ans, scarlatine maligne, pouls à 130, gangrène des amygdales, angine couenneuse; emploi du *brome* le cinquième jour, guérison de l'angine le dix-huitième jour; endocardite, albuminurie, guérison.

XI. —Enfant de 5 ans, scarlatine grave, gangrène d'une amygdale, abcès énorme sous-maxillaire, angine couenneuse; emploi du *brome* le quatrième jour, disparition des fausses membranes le seizième jour, convalescence, guérison.

XII. —Enfant de 3 ans, croup, pouls à 125; insuffisance des cautérisations avec le *nitrate d'argent* au tiers; emploi du *brome* le quatrième jour, amélioration le cinquième, convalescence le neuvième.

XIII. — Enfant de 7 ans, croup, pouls à 130; emploi immédiat du *brome*, guérison le troisième jour; l'enrouement persiste jusqu'au neuvième.

XIV.—Femme de 60 ans, très-débile, pneumonie grave, muguet confluent; emploi du *brome* le quatorzième jour, guérison le dix-huitième.

En résumé, le brome et le bromure de potassium paroissent agir comme spécifiques dans les affections pseudo-membraneuses. Le brome agit comme désagrégeant, la potasse comme fluidifiant, mais dans tous les cas, l'action curative parait appartenir plus particulièrement au brome, qui, donné seul, s'est montré parfaitement efficace.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 3 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

1° Deux rapports de M. le docteur Sales-Girons, médecin-inspecteur des eaux minérales de Pierrefonds (Oise), sur le service médical de cet établissement pendant les années 1854 et 1855.

2° Deux rapports de MM. Barrié et Camparan, médecins-inspecteurs des eaux minérales de Bagnères-de-Luchon et d'Encausse, sur le service médical de ces établissements pendant l'année 1854.

3° Une demande en autorisation d'exploitation d'une source minérale située dans le domaine de Crouzille (Yonne). (Commission des eaux minérales.)

4° Un rapport de M. le docteur Jacquey, médecin des épidémies de l'arrondissement de Lure, sur une épidémie de choléra qui a régné en 1855 dans cet arrondissement.

5° Un rapport de M. le docteur Masson (de Beaune) sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans la commune de Censerey en 1855-56.

6° Un rapport final de M. Yvonneau, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Blois, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Séris.

7° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1855 dans les départements de la Loire, du Bas-Rhin, des Basses-Alpes et du Gers en 1855. (Commission des épidémies.)

8° Les états des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements de l'Ariége, de la Charente-Inférieure et de Lot-et-Garonne. (Commission de vaccine.)

9° Plusieurs communications relatives à des remèdes secrets. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

— La correspondance non officielle comprend :

Un mémoire intitulé : DE LA DYSSENTERIE ET DE SON TRAITEMENT PAR LE SULFATE D'ALUMINE ET DE POTASSE EN LAVEMENTS; par le docteur Hamon (de Fresnay). (Commissaires : MM. Bally, Jolly et Piorry.)

Deux paquets cachetés adressés, l'un par M. le docteur Deleau et contenant l'énoncé d'un traitement nouveau par l'emploi du perchlorure de fer; l'autre par M. le docteur Churchill et contenant une note sur les causes, le traitement et la prophylaxie des maladies tuberculeuses. (Ces dépôts sont acceptés.)

— M. le docteur DUCHENNE (de Boulogne) communique le résumé de la première partie de ses recherches électro-physiologiques et électro-pathologiques sur les mouvements du pied. (Commissaires : MM. Bérard et Bouvier.)

RAPPORT SUR UN MÉMOIRE DE M. DURAND-FARDEL AYANT POUR TITRE : PLAN D'UN COURS SUR LES EAUX MINÉRALES ENVISAGÉES AU POINT DE VUE DE LA THÉRAPEUTIQUE.

M. GUÉRARD donne lecture, au nom de la commission des eaux minérales, d'un mémoire de M. Durand-Fardel, membre corespondant de l'Académie et candidat à la place vacante dans la section de thérapeutique et histoire na-

turelle médicale. Le travail de M. Durand-Fardel est relatif à la nécessité d'un enseignement des eaux minérales et de la thérapeutique thermale.

Après l'énoncé de ses vues générales sur l'enseignement dogmatique des eaux minérales, M. Durand-Fardel passe à la division même de son cours d'hydrologie médicale. Il le divise en deux parties: la première comprend l'étude de la constitution des eaux minérales; la seconde, celle de leurs applications thérapeutiques.

Pour classer les eaux minérales au point de vue de leur constitution chimique, M. Durand-Fardel pense avec raison qu'il convient de prendre comme base de classification le principe dominant parmi les éléments minéralisateurs. En conséquence, il a adopté la classification suivie dans l'ANNUAIRE DES EAUX DE LA FRANCE, dont il n'a changé que quelques dénominations: les *divisions* ont été établies d'après la considération des *acides* prédominants, et les *sous-divisions* d'après les *bases*.

Ainsi les eaux minérales sont partagées en *sulfurées, chlorurées, carbonatées, sulfatées*; à ces dénominations génériques doit être ajoutée l'épithète qualificative *sodique, calcaire* ou *magnésique*.

L'auteur s'est séparé de l'Annuaire en faisant des eaux *ferrugineuses* une classe à part et non une subdivision des *bicarbonatées* et des *sulfatées*; il s'est fondé en cela sur des considérations thérapeutiques.

A propos des eaux à classification incertaine, le rapporteur regrette que M. Durand Fardel n'ait pas cru devoir admettre une classe d'*eaux arsenicales*, en s'appuyant sur les mêmes considérations qui l'ont conduit à en établir une d'eaux ferrugineuses; dans cette classe viendrait se ranger l'eau de Plombière, celle du mont Dore, etc.

En partant de ces mêmes principes, M. Guérard pense aussi qu'il conviendrait de faire une classe des *eaux iodurées* ou *iodo-bromurées*.

Remarquons d'ailleurs, observe le rapporteur, qu'il ne suffit pas, pour légitimer l'admission d'une source dans une classe déterminée d'eaux minérales, d'y avoir démontré chimiquement la présence de l'élément minéralisateur, dont le nom sert à dénommer la classe; il faut encore que ce principe s'y trouve dans un état de combinaison ou d'association tel que la source en question en reçoive les qualités organoleptiques ou thérapeutiques qui caractérisent la classe.

En donnant à ces idées l'extension qu'elles sont susceptibles de prendre, on arriverait peut-être à faire concorder d'une manière assez satisfaisante, la classification physico chimique des eaux minérales avec leur étude thérapeutique.

Pour rendre cette étude claire et praticable, M. Durand-Fardel met en avant deux principes, dont le premier et le plus important est la *spécialisation* de ces eaux, c'est-à-dire la fixation de *la série des applications qui leur sont propres, spéciales, et qui les indiquent d'une manière particulière dans un certain ordre d'états pathologiques*. Ces indications se rapportent soit à un état diathésique, soit aux maladies d'un appareil, soit enfin à une maladie déterminée.

D'ailleurs la spécialité d'action s'explique tantôt par la prédominance d'un principe médicamenteux, tantôt par la température des sources, le mode d'administration, etc.

Plusieurs spécialisations peuvent dominer dans certaines eaux, ce qui n'empêche pas ces eaux d'être applicables à d'autres états morbides.

Il faut donc séparer avec soin ces divers ordres d'applications; faire d'abord ressortir les spécialisations dominantes; appeler ensuite l'attention sur les applications secondaires; enfin chercher des éléments de choix, des indications déterminées dans les diverses formes d'un même état morbide, dans les influences diathésiques, constitutionnelles ou autres.

L'autre principe, sur lequel M. Durand-Fardel fonde son enseignement, peut s'exprimer de la manière suivante: *Le nombre des types chimiques et des applications médicales auxquels peuvent être rapportées les eaux minérales est fort restreint relativement à la multiplicité de ces eaux.*

On peut, d'après ce principe, limiter l'enseignement dogmatique des eaux minérales à celles que leur notoriété clinique, leur constitution propre, leur abondance, les conditions topographiques et hygiéniques recommandent à l'attention et à la confiance des praticiens.

Quant aux autres sources moins favorisées, elles offrent sans doute un grand intérêt pour les localités qui les possèdent. Mais l'appréciation de leurs propriétés et de leur valeur thérapeutique doit trouver sa place dans les ouvrages consacrés à l'hydrologie générale.

L'enseignement des eaux minérales, tel que l'a conçu et exécuté M. Durand-Fardel, est, comme l'on voit, une œuvre de critique. Les difficultés que lui imprime ce caractère sont grandes; mais elles sont loin d'être insurmontables, grâce au plan et à la méthode adoptés par l'auteur.

L'affluence et l'assiduité des auditeurs, qui se pressaient à ses leçons, prouvent que l'utilité du nouvel enseignement est parfaitement comprise, et que les efforts du professeur ont déjà été couronnés de succès.

L'empressement de M. Durand-Fardel à soumettre à l'Académie le programme de son cours montre le prix qu'il attache à votre approbation.

Votre commission a l'honneur de vous proposer de la lui accorder, en le remerciant de son intéressante communication.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées sans discussion.

Il est trois heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

— Dans le comité secret, tenu à la suite de la séance publique du 3 juin, la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale a présenté la liste suivante de candidats à la place vacante dans cette section:

En première ligne, M. Bayle;
En seconde ligne, M. Trousseau;
En troisième ligne, MM. Durand-Fardel et Pidoux, *ex æquo*.

L'élection aura lieu dans la prochaine séance.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE FÉVRIER 1856; par M. le docteur A. VULPIAN, secrétaire.

(Suite et fin.)

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

III. — PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

DÉMONSTRATION DE LA CONTAGION DE LA GALE DU CHEVAL A L'HOMME; par MM. BOURGUIGNON et DELAFOND.

MM. Bourguignon et Delafond communiquent à la Société un nouvel exemple de contagion de la gale des animaux à l'homme.

Jusqu'à ce jour, disent-ils, on a cru à la contagion de la gale des animaux à l'homme, comme le prouvent les observations publiées par les médecins et les vétérinaires; mais jamais on n'a donné de cette contagion une démonstration réellement scientifique.

Le rapport ou le contact constaté avec le cheval et le chameau, par exemple, avait paru suffisant pour expliquer l'apparition d'une maladie cutanée chez leurs gardiens; mais comme nous avions vainement essayé de transmettre la gale du mouton et du cheval à plusieurs individus, nous en conclurions que la gale connue des herbivores ne pouvait se transmettre à l'homme; nous étions en droit de soutenir cette opinion, que les sarcoptes connus propres aux herbivores n'étaient nullement organisés pour vivre sur notre tégument. C'est-à-dire que l'observation directe et l'entomologie se prêtant une mutuelle lumière, on ne pouvait admettre la contagion comme possible. Des faits nouveaux devaient cependant nous démontrer que cette contagion peut s'effectuer des carnivores et des herbivores à l'homme.

Nous avons constaté la contagion de la gale des carnivores à l'homme sur plusieurs individus qui donnaient leurs soins à des lions atteints de cette maladie, et les parasites, cause essentielle de la propagation de la maladie, ont été trouvés à la fois et sur les lions et sur leurs gardiens. Dans ce premier fait, on avait donc pu remonter directement de l'effet à la cause; et comme le parasite trouvé sur les lions ressemblait de tous points à l'acare ordinaire de l'homme, tout était expliqué.

L'étude de la gale du chat et de l'acare qui la produit permet de croire que le parasite trouvé sur les lions et qui est identique à celui de l'homme est bien propre au lion, attendu que l'acare qui appartient incontestablement au chat offre la plus grande ressemblance, sauf le volume, avec celui du lion.

La contagion de la gale des carnivores à l'homme était ainsi clairement démontrée, mais il n'en était pas ainsi de celle de la gale des herbivores; en effet, nous nous efforcions en vain de transmettre la gale connue du cheval, quand des faits imprévus vinrent nous prouver que les herbivores, et le cheval en particulier, pouvaient, dans des cas donnés, transmettre la psore.

Le premier exemple de contagion se montra sur huit élèves de l'École d'Alfort, qui, après avoir opéré un cheval galeux, éprouvèrent tous, dans les vingt-quatre heures, de violentes démangeaisons auxquelles succédèrent du prurigo, puis bientôt les sillons, dans lesquels nous trouvâmes l'acare bien connu de la gale de l'homme. Il avait été impossible d'examiner le cadavre du cheval opéré et de remonter de l'effet à la cause; mais il était trop évident que les élèves avaient gagné leur gale du cheval soumis aux opérations, pour qu'on pût douter de la contagion. Aussi avons-nous entrepris des expériences dans le but de constater par quelle voie le cheval opéré avait reçu des parasites semblables à ceux de l'homme et différents de ceux qui causent sa gale ordinaire; mais l'imprévu devait nous venir en aide et donner enfin l'explication de cette contagion.

Un loueur de voitures de Bercy amena à Alfort plusieurs chevaux atteints de maladies de la peau et se plaignit lui-même d'avoir des boutons et de ressentir de vives démangeaisons. Pour cette fois, en possédant les deux éléments importants du problème, nous examinâmes les chevaux avec le plus grand soin, dans l'espoir de trouver le parasite instrument de la contagion, et nous découvrîmes en effet, dans des débris pathologiques pris sur la peau des chevaux, un acare à sillons identique à celui de l'homme et produisant sur ces animaux une gale différente de celle connue jusqu'à ce jour, et qui pouvait manifestement se transmettre.

A quelques jours de là, un directeur de cirque à Neuilly présente plusieurs chevaux à Alfort, également atteints de cette espèce de gale, et nous avons encore trouvé sur eux les acares à sillons qui peuvent vivre sur la peau de l'homme.

Cette nouvelle variété de gale du cheval diffère autant dans l'ensemble de ses symptômes de celle connue jusqu'à ce jour, que les parasites qui en sont la cause première diffèrent entre eux. Elle est en ce moment très-commune à Paris, et tout porte à croire qu'elle est due, à part des causes générales et locales difficiles à apprécier, à la fatigue extrême qu'ont supportée les chevaux des voitures de place pendant l'exposition universelle. Cette psore, contagieuse pour l'homme, rendrait peut-être compte du nombre toujours considérable de galeux qui se présentent à la consultation des hôpitaux, malgré les progrès incontestables introduits, dans ces derniers temps, dans la médication antipsorique.

Nous présentons à la Société des dessins qui font ressortir les différences que l'œil peut saisir sur la peau des chevaux et qui permettent tout de suite de reconnaître de quelle espèce de gale l'animal est atteint, ainsi que des planches représentant les divers parasites de l'homme et du cheval.

Ces travaux sur la gale des animaux nous ont révélé une loi de pathologie générale fort importante quant aux conditions dans lesquelles cette maladie se développe. Nous avions constaté que les bêtes à laine résistent à la contagion, quel que soit le nombre de parasites qu'on dépose sur elles quand elles sont bien portantes et bien nourries, et qu'il suffit de déposer sur leur tégument une seule femelle d'acare fécondée pour produire en peu de temps une gale générale extrêmement grave, quand au contraire elles sont cachectiques, débilitées et mal nourries. Il n'était pas sans intérêt d'observer si cette condition première, indispensable à la pullulation des parasites chez les herbivores, l'était également chez les carnivores, et l'expérimentation a décidé la question par l'affirmative. Deux chiens, l'un atteint de la gale du chat, l'autre de celle propre à l'espèce canine, soumis à une alimentation insuffisante, ont failli périr de la gale, tant leur tégument en était profondément altéré; quelques mois d'un régime réparateur ont suffi pour les guérir de leur maladie. Ces deux animaux sont montrés à la Société dans un parfait état de santé.

Les considérations dans lesquelles nous venons d'entrer nous permettent donc d'établir aujourd'hui, comme un fait constant et démontré, la contagion de la gale des animaux carnivores et herbivores à l'homme, ainsi que la prédisposition psorique et parasitogénique, qui est la condition première de la contagion chez les animaux.

IV. — Pathologie humaine.

1° Diathèse tuberculeuse; tubercules de la colonne vertébrale, des phalanges des métatarsiens, du rein, du testicule, etc.; pas de tubercules dans le poumon; par M. Bouchut.

Masson (Adolphe), 3 ans, entré le 5 septembre 1855, au n° 31 de la salle Saint-Vincent de l'hôpital Sainte-Eugénie.

Il présente un mal de Pott avec incurvation prononcée de la colonne vertébrale lombaire.

L'enfant est affecté d'une diarrhée chronique qui résiste à la glycérine et disparaît sous l'influence du sous-nitrate de bismuth. Tout à coup il est pris de fièvre, de dyspnée; il tousse un peu, et au bout de quinze jours tombe dans un état complet de marasme.

Mort le 30 janvier 1856, à dix heures du soir.

La colonne vertébrale présente une affection tuberculeuse bien caractérisée au niveau des premières vertèbres lombaires.

Le corps de la seconde vertèbre lombaire a disparu; il en résulte un affaissement de la colonne en avant et une gibbosité en arrière.

Dans la première vertèbre lombaire se trouve un noyau jaune cru tuberculeux dans le tissu spongieux.

On trouve à gauche de la colonne vertébrale une poche contenant de la matière assez abondante, blanchâtre, d'apparence caséeuse, formée de graisse et de tubercule.

Cette poche présente le volume du poing; elle est située en arrière de la gaine du muscle psoas.

Sur le côté droit de la colonne vertébrale, il existe déjà une poche qui commence à se former et présente à peu près le volume d'un marron.

Un doigt de chaque main est malade; à droite, la deuxième phalange du médius est tuméfiée; son canal médullaire est très-augmenté, rempli de moelle rouge; à gauche, il y a une phalange affectée de carie et qui s'écrase avec l'instrument.

Au pied droit, un métatarsien est le siége d'une ostéite caractérisée par une raréfaction du canal médullaire rempli de substance rouge, et par le gonflement du périoste et des parties molles environnantes.

Le poumon gauche est engorgé, congestionné dans tout son lobe inférieur, qui a perdu un peu de sa cohésion et est devenu jusqu'à un certain point friable.

Le poumon droit présente un volume considérable et offre à sa surface des fausses membranes encore peu épaisses, peu adhérentes.

Du reste, pas d'épanchement dans la plèvre.

Le tissu pulmonaire est dense, sans cohésion, friable à la coupe; il présente une couleur gris sale.

Par places se trouvent des stries brunes, noires même.

Par la pression, il sort peu de liquide, et ce liquide examiné donne des globules granuleux et des globules sanguins en grande quantité.

Les ganglions bronchiques sont tuméfiés, ramollis, suppurés.

On ne trouve pas de traces de tubercules ni dans les poumons, ni dans les ganglions bronchiques.

Le foie est extrêmement volumineux; il s'avance jusqu'à l'extrémité de l'hypocondre gauche et recouvre complétement l'estomac et la rate.

Il a peu de cohésion, est de couleur jaunâtre et graisse légèrement le scalpel.

La rate est un peu ramollie.

Les ganglions lymphatiques sont tuméfiés.

L'estomac et l'intestin grêle ne présentent rien à noter, si ce n'est deux ou trois plaques de Peyer qu'on trouve dans l'intestin grêle; ces plaques sont un peu vascularisées, mais sans gonflement notable.

Le gros intestin, au contraire, présente par places des masses de follicules hypertrophiées, formant des espèces de plaques perpendiculaires à l'axe de l'intestin.

Ces saillies dures offrent à leur sommet un point noirâtre, quelquefois ulcéré.

A leur base, la muqueuse est tuméfiée et indurée.

La cavité abdomidale contient un peu de sérosité citrine, transparente.

Le rein gauche est un peu volumineux.

Le rein droit présente quelques tubercules crus et plusieurs cavernes tuberculeuses, contenant de la matière en pleine voie de ramollissement.

La membrane des calices offre une foule de petits grains de la grosseur d'un grain de millet; ce sont des tubercules qui sont situés au-dessous de la muqueuse, dans le tissu cellulaire sous-jacent.

Le testicule et l'épididyme droits sont sains.

Le testicule gauche est sain aussi; mais l'épididyme de ce côté présente une masse tuberculeuse enkystée, de la grosseur d'un haricot, masse tuberculeuse déjà en voie de ramollissement au centre.

La peau des bourses est adhérente au niveau du tubercule et présente une coloration rouge violacé; il y a même un commencement de travail ulcératif.

La substance cérébrale se présente dans un état de ramollissement notable.

Cependant rien de morbide aux méninges, qui n'adhèrent nullement aux circonvolutions,

Pas de liquide dans les ventricules,

Les coupes du cerveau présentent un sablé assez considérable.

Pas de granulations grises ni de tubercules encéphaliques.

Le ventricule gauche du cœur offre un énorme caillot se prolongeant dans l'aorte, présentant la couleur et la consistance de la gelée de groseille.

Dans le ventricule droit, caillot fibrineux, au milieu d'un sang noir, presque liquide.

2° Cas de néphrite latente; taches ecchymotiques de la vessie dans un cas de fièvre typhoïde; mort subite et imprévue; par M. E. Lécorché, interne de M. Rayer.

La présentation que j'ai l'honneur de faire à la Société de biologie est, je crois, de nature à l'intéresser. Il s'agit de lésions trouvées dans la vessie et dans les reins d'une femme morte de fièvre typhoïde dans le service de M. Rayer.

On sait que les lésions rénales et vésicales sont assez rares dans cette affection: M. Rayer n'en a signalé que quelques cas des premières; M. Cossy réunissant un assez grand nombre d'autopsies faites par MM. Genest, Andral et Louis, à quelques-unes qu'il avait faites lui-même dans le service de ce dernier, ne trouva qu'un nombre assez restreint d'altérations vésicales, et trois seulement ressemblaient à celles que nous avons trouvées. Il fit paraître en 1843 un mémoire sur ce sujet dans les Archives de médecine et relata dans ce mémoire les sept observations qui lui étaient propres. Dans ces observations, l'altération est presque entièrement localisée à la face interne de la vessie; ce sont des taches ecchymotiques, des plaques gangréneuses (III, IV, V). Les reins sont presque toujours à l'état sain ou quelquefois à peine congestionnés.

Dans les pièces que nous présentons à la Société, on peut constater, outre les taches ecchymotiques qui ressemblent assez à celles des deux premières observations de M. Cossy, une altération profonde des reins: nous la décrirons tout à l'heure.

Ce qu'il y a de remarquable, c'est que ces altérations n'ont point été accompagnées de symptômes qui aient permis de les diagnostiquer; il n'y eut point ici de rétention d'urine ni d'incontinence, comme dans la plupart des cas de M. Cossy; la malade n'accusa jamais de douleur rénale. L'urine examinée les deux premiers jours après son entrée, et quinze jours avant sa mort, était sans albumine; enfin il n'y eut point ces symptômes cérébraux si graves qu'on rencontre habituellement dans la suppuration du rein, ainsi que l'a signalé M. Rayer.

La fièvre typhoïde dont elle était atteinte, et qui l'emporta si rapidement,

fut du reste assez bénigne. Comme cette affection n'est ici pour nous que secondaire, nous allons en rapporter en peu de mots le cours.

Entrée le 12 janvier, Prospérine Fabry, domestique, âgée de 24 ans, était malade depuis dix ou onze jours, époque qu'elle nous signala comme début de son affection, et que vérifièrent les symptômes que nous vîmes peu à peu se dérouler sous nos yeux.

Lors de son entrée, elle ne présentait qu'un peu d'affaissement, de la céphalalgie, de l'insomnie; seulement elle accusait une courbature assez prononcée. La langue était large, blanche; la diarrhée avait cessé depuis quelques jours. Le ventre était douloureux à la pression de la fosse iliaque droite; peu de gargouillement.

La malade paraissait gênée dans sa respiration, mais on ne trouvait à l'auscultation que des râles muqueux. Le pouls était petit, fréquent; il y avait 112 pulsations à la minute.

Les taches n'apparurent que le 14; elles furent en petit nombre.

Cet état persista sans accidents pendant quelques jours.

Le 16, elle se plaignit des reins, mais ces douleurs, peu vives, tenaient sans doute à son état général de courbature et n'attirèrent pas notre attention.

Le 20, son état parut s'améliorer; la respiration était moins gênée; le pouls, moins fréquent, marquait 90.

A partir de ce moment, elle prit du bouillon, des potages; le sommeil était revenu, lorsque le 27 elle mourut subitement en demandant le vase de nuit, sans qu'on pût rapporter sa mort à une imprudence quelconque.

L'autopsie, faite vingt-quatre heures après, ne nous permit pas de trouver d'autres lésions que les ulcérations des follicules et des plaques de Peyer, et les altérations de la vessie et des reins que nous allons décrire.

Le cerveau avait sa coloration et sa consistance normales, les vaisseaux de la pie-mère étaient peu injectés; la sérosité de l'arachnoïde n'était pas augmentée.

Le cœur était flasque, un peu ramolli; à l'intérieur de cet organe, à peine quelques caillots mous de nouvelle formation. Nulle part de phlébite qui pût expliquer la présence du pus dans le rein.

Les poumons étaient injectés, mais du reste sains, sans tubercules, sans inflammation. Point d'épanchement dans le péritoine, qui était intact.

Le foie était gros, volumineux, de coloration foncée, mais on n'y rencontrait pas plus d'abcès que dans les poumons.

La rate, grosse, ramollie, ne présentait pas à la coupe de section nette.

Dans l'intestin, on trouvait les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde, les ulcérations des plaques de Peyer et de quelques follicules. Ces ulcérations, au nombre de vingt, étaient toutes situées dans le petit intestin.

Les ganglions du mésentère étaient engorgés, ramollis, mais non suppurés.

Quant aux reins, ils n'étaient point aussi malades l'un que l'autre.

Le rein gauche, pesant 113 grammes, avait conservé sa forme naturelle. Sa consistance était moins grande qu'à l'état sain. L'injection était très-apparente à sa surface extérieure; bien qu'elle fût générale, elle était plus prononcée par places en certains endroits où elle formait des taches d'un rouge veineux.

En coupant le rein parallèlement à ses faces, on put voir une injection assez prononcée de ses deux substances, mais elle était presque nulle dans les calices et le bassinet.

A droite, le rein pesait 131 grammes. Sa forme, un peu irrégulière, présentait à la circonférence, vers son bord externe, près de l'extrémité inférieure, une tumeur blanchâtre.

Cette tumeur blanchâtre, molle, fluctuante, qui n'était autre chose qu'un abcès, long de 3 centimètres sur 2 de large, empiétait sur la face antérieure du rein.

Tout le reste de la face antérieure était d'une teinte rouge assez uniforme, excepté toutefois dans la partie de substance corticale, qui limitait la tumeur blanche dont j'ai parlé. Cette substance corticale prenait en ce point une coloration vineuse et formait une espèce d'auréole à l'abcès.

Sur la face postérieure, à peu près au niveau de la tumeur blanchâtre que nous avons décrite, sur le bord externe, on voyait deux autres saillies jaunes, peu volumineuses, n'ayant guère que 0,005 de diamètre, et se touchant par leur bord. Ces deux saillies ressemblaient assez à deux pustules d'ecthyma; elles étaient séparées de la tumeur blanchâtre par de la substance corticale plus jaune qu'à l'état normal.

Sur cette face postérieure, l'injection était peu marquée; la teinte générale était jaunâtre et due à l'infiltration du pus dans une grande partie de la moitié postérieure de ce rein.

Ouvert parallèlement à ses faces, ce rein présentait une poche assez considérable qui correspondait à cette tumeur du bord convexe.

Cette poche était formée presque entièrement aux dépens de la substance corticale. Le tissu cortical, qui en constituait les parois, était désorganisé, noirâtre, comme gangrené. Dans le liquide qui s'échappa à la coupe, on reconnut aisément au microscope des globules purulents.

La moitié postérieure du rein, d'une coloration jaunâtre, présentait également du pus, mais il était infiltré dans la trame même de l'organe. L'infiltration était surtout considérable vers les saillies jaunâtres qu'on apercevait à la face postérieure.

L'injection des calices et du bassinet, bien que plus vive de ce côté que du côté gauche, n'était point accompagnée d'ecchymoses, et n'avait point assurément précédé l'inflammation du rein.

La vessie, de grandeur normale, contenait très-peu d'urine.

Dans toute l'étendue des parois postérieures, et un peu sur les faces latérales, on voyait à la surface interne de la vessie des taches ecchymotiques en grand nombre, isolées ou réunies. Ces taches, d'un rouge vineux, faisaient relief; elles semblaient dues à une injection du tissu sous-muqueux, accompagnées d'infiltration de sang. Entre ces taches ecchymotiques, il était facile de constater une injection assez vive du tissu cellulaire sous-muqueux. Ce tissu cellulaire était, en outre, gorgé de sérosité transparente.

3° Érysipèle interne; par M. Adolphe Gubler.

Les premières observations d'érysipèle des membranes muqueuses que j'ai eu occasion de recueillir remontent déjà à dix ans: elles ont été consignées dans la thèse inaugurale de mon excellent ami et collègue M. le docteur Ch. Lailler, médecin des hôpitaux.

Depuis lors, j'ai pu voir un grand nombre de faits analogues d'affections érysipélateuses, avec les déterminations morbides les plus variées sur les deux téguments. Parmi ces faits, il en est qui ont pu simuler des cas de fièvre typhoïde; tel est celui dont nous allons rapporter les détails et dont nous présentons les pièces anatomiques à nos collègues.

Nous appelons surtout l'attention sur l'absence des lésions des plaques de Peyer, et sur la forme particulière des ulcérations qui existent indifféremment dans les deux intestins.

L'observation suivante m'a été remise par M. Luton, interne de mon service.

Observation d'érysipèle interne, a forme typhoïde, étendu plus tard au tégument externe; mort; autopsie. (Hôpital Beaujon, service de M. Gubler.)

Il s'agit d'un homme, âgé de 29 ans, menuisier de son état, qui entra à l'hôpital Beaujon, salle Saint-Jean, n° 7, le 29 janvier 1856.

Cet homme, grand et robuste, était depuis trois ans à Paris; il paraît n'avoir eu antérieurement aucune maladie grave. Il se sent indisposé depuis quinze jours environ; il y a dix jours qu'il a pris le lit. Il a d'abord éprouvé de la fatigue, du malaise, puis un frisson suivi de fièvre. La fièvre est devenue continue; il ne semble pas qu'il y ait eu des paroxysmes ni des rémittences.

En même temps le malade a eu de la céphalalgie, de l'insomnie, des tintements d'oreille et du dévoiement; il a mouché un peu de sang.

A son entrée à l'hôpital, on constate une grande prostration des forces; la stupeur est peu marquée; la langue est tremblante, blanche sur son milieu, rouge à la pointe et sur les bords; elle est légèrement collante. On trouve manifestement du gargouillement iléo-cœcal: il y a de la diarrhée. Il existe même sur l'abdomen des taches beaucoup plus petites que les taches rosées lenticulaires et acuminées. Du côté de la poitrine, il y a quelques râles sibilants. Enfin, l'urine est fébrile, un peu albumineuse, et prend une teinte bleuâtre lorsqu'on la traite par l'acide azotique.

D'après l'ensemble de tous ces signes, on était évidemment en droit de conclure à une fièvre typhoïde, arrivée à la période du deuxième septénaire confirmé.

(Pour traitement: tartre stibié, 0,05; ipéca, 1,50 en trois prises; limonade, lavement émollient, cataplasme sur le ventre.)

Le lendemain, 30 janvier, on retrouve le malade à peu près dans le même état. La langue est toujours blanche et tremblante. Il existe un gargouillement iléo-cœcal très-liquide; le ventre n'est pas sensiblement ballonné. La fièvre existe toujours au même degré.

Les jours suivants, la maladie ne se modifia manifestement ni en bien ni en mal. La langue resta blanche, ne se sécha pas davantage; les fuliginosités n'apparurent pas. Par son allure, cette affection ressemblait assez à la fièvre lente nerveuse d'Huxham.

Le 13 février, on remarqua que la respiration était un peu gênée et n'était pas aphone. Il y avait de l'enchifrènement des narines; la respiration se faisait à la fois par le nez et par la bouche.

Le 14, un érysipèle de la face apparaissait autour des narines, sur l'extrémité du nez, et s'étendait un peu à la joue gauche. La fièvre était devenue intense: 108 pulsations. La langue s'était séchée, probablement parce que la respiration s'accomplissait par la bouche, les fosses nasales étant entièrement obstruées par le gonflement inflammatoire de la muqueuse.

Le 15, l'érysipèle a fait des progrès; il s'est étendu très-symétriquement à la plus grande partie de la face, y compris les yeux, ainsi qu'aux régions sincipitale et temporales du cuir chevelu et aux oreilles. Sa marche et son aspect sont ceux d'un érysipèle franc; il est limité par un bourrelet très-manifeste. 116 pulsations; il y a du délire. On prescrit un verre d'eau de Sedlitz.

Le 16, la tuméfaction érysipélateuse s'est affaissée; la rougeur a disparu. Il y a un délire comateux. Le pouls est petit, misérable, à 130. Les mains sont froides et cyanosées; carphologie. (Vésicatoire à la nuque.)

Le malade reste à peu près dans le même état le 17, et meurt le 18 dans la matinée.

Autopsie le 19. — L'érysipèle, survenu à la fin de cette maladie, a éveillé des doutes chez M. Gubler au sujet du diagnostic primitif. Ayant eu occasion d'observer des cas d'une affection qu'il désigne sous le nom d'érysipèle in-

terne à forme typhoïde, M. Gubler a pensé, du vivant même de l'individu, qu'ici l'érysipèle, apparu à la face en dernier lieu, pourrait bien n'être que la manifestation à l'extérieur d'une phlegmasie analogue, qui aurait parcouru d'abord la plus grande partie du tégument interne, en occasionnant les accidents notés pendant la vie.

De plus, l'affaissement de l'érysipèle, deux jours avant la mort, coïncidant avec des désordres cérébraux très-graves, indiquaient l'extension de l'exanthème aux membranes de l'encéphale. Aussi l'autopsie a-t-elle été faite avec beaucoup de soin, dans le but de vérifier ces suppositions.

L'attention s'est portée tout d'abord sur l'intestin, et l'on peut dire immédiatement qu'on n'y a pas découvert les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde. En parcourant l'intestin grêle, à partir du duodénum, on a trouvé une rougeur inflammatoire de la muqueuse, mais nullement uniforme. Elle semblait plus marquée au niveau du bord libre des valvules conniventes; puis on observait alternativement des portions d'intestin d'une rougeur lie de vin, avec une forte congestion des vaisseaux mésentériques voisins, et d'autres portions d'une rougeur de sang artériel, avec une injection fixe des capillaires; ce qui peut s'expliquer en disant que les premières portions appartenaient à la partie la plus déclive des anses intestinales, et les autres à la partie saillante. De toutes manières, on ne peut nier le caractère inflammatoire de l'injection capillaire. Ces signes n'étaient apparents que du côté de la muqueuse; rien ne les traduisait au dehors du côté de la séreuse. Les plaques de Peyer, que l'on rencontrait, chemin faisant, n'étaient ni saillantes ni ulcérées; quelques-unes cependant offraient une rougeur érythémateuse, comme si elles participaient à l'inflammation diffuse de toute la muqueuse intestinale.

On suivait cette même rougeur érythémateuse dans toute l'étendue du gros intestin, où elle n'était pas non plus uniforme.

A environ 1 décimètre de la valvule iléo-cæcale, on rencontra, dans l'intestin grêle, deux ulcérations assez larges. On en vit d'autres plus petites, non confluentes, dans l'intervalle qui séparait les deux premières de la valvule. Quelques-unes reposent sur des plaques de Peyer, qui ne présentent, d'ailleurs, ni épaississement notable, ni ramollissement, ni exsudation plastique dans leur intérieur, et qui ne sont altérées que dans une partie très-restreinte de leur étendue. Il y en a deux qui occupent le bord interne de la valvule et regardent du côté de l'intestin grêle.

Mais ce qu'il y a de plus remarquable, et ce qui ne permet pas de considérer ces ulcérations comme les traces caractéristiques d'une fièvre typhoïde, c'est qu'on retrouve des ulcérations analogues, plus abondantes et plus larges, dans le gros intestin. On en compte onze, très-apparentes, assez espacées; le plus grand nombre occupe le cæcum et le commencement du colon ascendant. Il y en a trois qui remontent jusqu'au colon transverse.

Ces ulcérations sont bien évidemment de même nature dans les deux intestins. La description peut maintenant devenir générale. Elles sont taillées comme par un emporte-pièce. Pour la forme, les unes sont bien arrondies, les autres sont elliptiques ou bien ont l'aspect d'une boutonnière: le plus grand axe est parallèle aux fibres circulaires de l'intestin. Pour les dimensions, les unes ont au moins la grandeur d'une pièce de 1 fr.; les autres ont à peine 2 millimètres de diamètre; puis on observe tous les intermédiaires entre ces deux extrêmes. La perte de substance est plus ou moins profonde: les unes vont jusqu'à la séreuse; les autres (c'est le plus grand nombre), ont seulement mis à nu les fibres musculaires circulaires.

Dans quelques-unes, le fond semble comblé par une couche pseudo-membraneuse ou pultacée. Les bords sont saillants, très-rouges, très-enflammés, et même comme ecchymotiques; ils forment comme des bourrelets qui augmentent la profondeur de la perte de substance. Il semble que, sur certains points, la muqueuse, ou seulement sa couche épithéliale, n'ait pas été détruite; de telle sorte qu'on dirait des pustules affaissées, et qu'on serait tenté de croire que les autres ulcérations ont en pour point de départ une pustule ou une vésicule.

Enfin, sur l'une des ulcérations, on a vu du sang exsudé et la couvrant d'un caillot. Cependant, après avoir pris tous les renseignements possibles, il ne paraît pas que ce malade ait eu, pendant sa vie, des selles sanguinolentes.

Les ganglions mésentériques, répondant aux ulcérations des deux intestins, n'ont paru ni tuméfiés ni ramollis, comme ils le sont ordinairement dans la fièvre typhoïde.

Ce qui n'est pas moins remarquable, c'est que la rate avait son volume normal et n'était nullement ramollie. Le foie était également parfaitement sain. L'estomac n'a pas été examiné. Les reins étaient congestionnés, mais sains d'ailleurs.

Les muqueuses buccale, pharyngienne et œsophagienne, n'offrent pas de rougeur inflammatoire. La muqueuse trachéale et bronchique présente des arborisations inflammatoires, mais peu confluentes, et d'une couleur de sang artériel. Il y a de la congestion pulmonaire, qui peut être rapportée à l'hypostase. Le cœur est sain.

Du côté de l'encéphale, il y avait un peu d'épanchement dans la cavité de l'arachnoïde. La pie-mère, sur la convexité, présentait une fine injection artérielle, manifestement inflammatoire; sa trame celluleuse était infiltrée, et, sur certains points, on voyait une teinte laiteuse troublant sa transparence. Partout ailleurs, dans la pie-mère de la base, dans les ventricules, dans la substance cérébrale, on n'observait aucune altération. Le cerveau, le cervelet, la protubérance offraient une consistance normale.

Le sang contenu dans les vaisseaux était noir, visqueux et diffluent. On voyait, dans les grosses veines, des caillots noirs ayant l'apparence de la gelée de groseille.

Les différences qui séparent ce fait de ceux auxquels il convient de réserver le nom de fièvre typhoïde, ressortent suffisamment des détails consignés dans l'observation de M. Luton, qui a d'ailleurs eu soin de les signaler en passant. Je n'ajouterai aucune réflexion, me réservant de rappeler ce cas d'érysipèle interne dans un travail d'ensemble que je prépare actuellement.

4° NOTE SUR LA PRÉSENCE DE LA GRAISSE LIBRE, FLUIDE, DANS LES LIQUIDES RÉSULTANT DE LA FONTE PURULENTE OU GANGRÉNEUSE DES TISSUS ADIPEUX; par le docteur ADOLPHE GUBLER.

Je ne crois pas que les chirurgiens aient encore signalé la présence d'une forte proportion de graisse libre à l'état fluide dans le pus provenant de la fonte des lipômes ou du tissu cellulo-adipeux sous-cutané. C'est un mélange de ce genre que j'ai l'honneur de soumettre à la Société de biologie. Le bocal que je mets sous les yeux de mes collègues renferme au moins 300 grammes de pus phlegmoneux, épais et très-opaque, surmonté d'une couche de graisse jaune, demi-solide à la température de la salle, dont l'épaisseur est égale au huitième environ de la hauteur du liquide purulent dans ce vase cylindrique.

Voici dans quelles circonstances ce liquide a été recueilli; l'observation du fait a été recueillie par M. Luton, interne de mon service.

OBSERVATION DE LIPÔME SUPPURÉ, INCISION DU FOYER; ISSUE D'UN MÉLANGE DE PUS ET DE GRAISSE LIQUIDE; GUÉRISON.

Une femme âgée de 34 ans (hôpital Beaujon, service de M. Gubler) et couchée au n° 44 de la salle Sainte-Paule, avait eu successivement deux attaques d'érysipèle de la face, dont la première avait offert une gravité réelle et avait été précédée de phénomènes typhoïdes assez tranchés. Elle était en pleine convalescence et n'était plus soignée que pour une ulcération de la paupière supérieure droite, consécutive à une gangrène produite par le premier érysipèle.

Le 14 février 1856, cette femme montra une énorme tumeur qu'elle portait au niveau de la fosse sous-épineuse droite. Le début de cette tumeur remonte à l'âge de 12 ans et peut-être plus loin encore; les souvenirs de la malade à cet égard ne sont pas bien précis. D'abord petite, la tumeur s'est accrue lentement; puis elle a acquis et conservé pendant bien longtemps le volume qu'elle présente aujourd'hui. Elle n'a jamais été douloureuse; elle n'occasionnait qu'un peu de gêne à cause de sa masse; elle alourdissait également les mouvements du bras correspondant. La malade ne la fit point remarquer d'abord, mais depuis quelques jours cette tumeur étant devenue douloureuse et le décubitus dorsal impossible, elle se décida à réclamer du secours. Voici les caractères offerts par cette tumeur:

Son volume égale au moins celui d'une tête de fœtus à terme. Elle est bien arrondie. La peau qui la recouvre est enflammée, rouge, injectée et luisante. Le palper, qui est assez pénible pour la malade, fait reconnaître immédiatement une rénitence liquide; mais elle est si tendue qu'on ne peut percevoir par les procédés ordinaires qu'une vibration et non le flot proprement dit. D'ailleurs on constate par la palpation que les parois de la poche deviennent très-épaisses vers la base de la tumeur, ce qui peut en partie expliquer ce résultat de l'exploration. La masse tout entière est mobile et n'adhère nullement à l'omoplate: la tumeur est donc sous-cutanée.

Les différentes personnes présentes et consultées ont successivement pensé à un abcès froid, à un kyste, à un encéphaloïde ramolli. M. Gubler diagnostiqua un lipôme enflammé et suppuré. De toute manière, l'opération est indiquée; M. Huguier, chirurgien de l'hôpital Beaujon, se charge de la pratiquer.

Une large incision, faite avec le bistouri, laisse écouler une grande quantité d'un pus épais, visqueux, que surnagent de larges gouttes huileuses. Après l'évacuation du foyer, le doigt, introduit dans sa cavité, sent des anfractuosités, des débris de cloisons, puis des parois d'une épaisseur considérable. Ce fait, joint à la présence de la graisse fluide mêlée au pus, justifie donc le diagnostic porté par M. Gubler. Au microscope, on voit, outre des globules de pus, des gouttelettes de graisse de grosseur variable. Il ne paraît pas que ce soient des vésicules adipeuses; cette graisse est libre, ainsi que le démontre l'expérience suivante:

On ajouta de l'eau à une certaine quantité de la matière évacuée, et on chauffa pour coaguler l'albumine, qui pouvait contribuer à émulsionner la graisse. On vit alors une huile jaune venir surnager et former une couche d'une épaisseur très-considérable relativement au volume du liquide morbide sur lequel on avait opéré. Cette huile s'est figée à une température de 10° c. environ; elle avait alors la consistance qu'a le beurre pendant l'été. La masse demi-solide était bien homogène; au microscope, il était facile de voir de belles rosaces de margarine cristallisée. D'après cela, on est conduit à la véritable constitution de ce corps gras; il semble qu'il soit formé par une dissolution de margarine dans l'oléine, dissolution dont le refroidissement précipite la première à l'état cristallin.

Mais l'analyse chimique a été aussi appliquée à la détermination de la nature de cette substance grasse. M. Bonnet, élève de M. Gubler, avait conclu, d'après ses expériences, qu'elle ne devait contenir que très-peu d'oléine, parce qu'après en avoir saponifié par l'oxyde de plomb une certaine quantité, il

avait vu que l'éther ne dissolvait qu'une très-faible proportion de ce savon; or on dit généralement, dans la plupart des traités de chimie, que l'oléate de plomb est sotubte dans l'étner. Il est vraisemblable, d'après l'avis de chimistes recommandables, que c'est là une errenr. Un autre mode d'analyse appliqué à celte substance permettra sans donte d'y démontrer l'oléine et de démontrer que sa constitution est celle de la plupart des graisses animales et surtout de la graisse humaine,

A la suite de l'incison, on introduisit une mèche dans le foyer. La suppnration fut de longue durée, et le pns conserva jnsqu'an bout ses caractères de pns graisseux, ainsi que le démontrèrent des examens réitérés et nombreux. La cicatrisation se compléta, et it resta après la guérison, à la place de la première tumeur, un noyau de tissu inodulaire, formé soit par du tissu plastique de nouvelle formation, soit par les trabécules fibreuses qui cloisonnaient le lipôme.

Les principales circonstances de ce fait sont dignes de remarque; avant de les résumer, je vais faire connaître les résultats de l'analyse opérée par un de nos savants collègues, M. Berthelot.

Voici la note qut m'a été communiquée par ce jeune et habile chimiste :

EXAMEN D'UNE MATIÈRE GRASSE REMISE PAR M. GUBLER ET PROVENANT D'UN LIPÔME SUPPURÉ.

Cette matière renferme sur 100 parties :

Acides gras libres.	1,0
Oléine, margarine et antres composés saponifiables. .	96,0
Substance non saponifiable (sans cholestérine)	3,0

Voici comment l'analyse a été faite :

1° On a dissous dans l'alcol bouillant 0gr,500 de matière; on a ajouté une goutte de teinture de tournesol, laquelle a rougi; puis on a versé goutte à goutte une solution titrée de baryte jusqu'à neutralisation. La proportion de baryte employée indique le poids de l'*acide gras libre*.

2° On a saponifié par la baryte nn poids connn de la matière grasse; pnis on a traité par l'éther et évaporé la solntion éthérée; on a ainsi obtenu la *substance non saponifiable;* elle était liquide et visqueuse et ne renfermait pas de cholestérine. L'éther la redissolvait aisément.

3° On a fait bouillir avec de l'alcool le savon de baryte oblenu précédemment; une partie de l'oléate de baryte s'est dissous et a cristallisé pendant le refroidissement de la liqueur filtrée. Décomposé par l'acide chlorhydrique, il a fourni l'*acide oléique* correspondant à l'*oléine primitive*.

4° Le sel de baryte non dissous par l'alcool a été traité par l'acide chlorhydrique; il a fonrni l'acide margarique et les autres acides gras solides, mélangés avec un peu d'acide oléique: ceci répond à la *margarine primitive* et aux substances analogues.

Il ressort de cette analyse que la matière grasse dont il s'agit offrait sensiblement la même composition que la graisse humaine normalement renfermée dans les vésicules du tissu adipeux. Comme celle-ci elle était essentiellement formée d'nn mélange d'oléine et de margarine, et elle n'en différait que par une petite quantité de matière non saponifiable et par une proportion plus faible encore d'acides gras libres. En tenant compte de la durée du séjour de cette matière grasse dans l'intérieur d'un foyer purulent et même de son contact prolongé avec le pus pendant une quinzaine de jours après l'évacuation de l'abcès, il est très-singulier que la décomposition des matières neutres n'ait pas été plus avancée, puisqu'il n'y avait encore qu'un centième d'acides gras mis en liberté. A cette occasion, M. Berthelot nous faisait judicieusement remarquer combien cette circonstance est propre à démontrer l'action spéciale du liquide pancréatique sur les graisses neutres introduites dans le tube digestif.

Au reste, la similitude, je dirais presque l'identité de composition qui existe entre la graisse libre trouvée dans le pus de notre tumeur et celle du tissu adipeux sain, est un puissant motif à alléguer en faveur de notre diagnostic.

La marche de la tumeur, son siége, m'avaient déjà conduit à la détermination de sa nature. Le travail d'inflammation et de suppuration dont elle fut prise n'était à mes yeux que la conséqnence de l'érysipèle de la face, survenu en premier lieu, qui s'est étendu au cou et à une partie du tronc, en arrière principalement.

La présence de la graisse libre au milieu du pus, et surtout la nature de cette graisse, les cloisons fibreuses qui donnaient au foyer une disposition aréolaire, sont venues prouver définitivement que nous avions affaire à un lipôme.

Enfin, le mécanisme, en vertu duqnel cette graisse s'est trouvée libre par les progrès de l'inflammation, se comprend très-bien par la destruction des cloisons fibro-cellulaires de la masse du lipôme, et aussi par celle de l'enveloppe albumino-fibrineuse des vésicules adipeuses. Cette explication se trouve justifiée par un grand nombre d'autres faits que nous pourrions citer ici. Nous nous contenterons d'en rapporter un seul.

Une femme de 45 ans (n° 51, salle Sainte-Paule, février 1856), atteinte de maladie de Bright, présentait un œdème énorme des membres inférieurs. La peau s'est éraillée spontanément sur certains points, et par ces ouvertures accidentelles s'est fait un suintement continuel de sérosité. Les éraillures sont devenues le point de départ de plaques gangréneuses et d'érysipèle lymphatique qui s'étendit à la jambe et à la cuisse (à gauche). Alors on vit suinter en abondance une sérosité roussâtre, surnagée par de larges gouttelettes huileuses, comme celles qui se trouvent sur le bouillon gras. Ce qui s'est passé ici, par suite de l'action de la gangrène et de l'inflammation sur le tissu cellulo-graisseux sous-cutané, donne l'explication de ce qui est arrivé au lipôme de la malade dans l'observation qui précède : la structure de cette tumeur ne différant pas essentiellement de celle du tissu cellulo-adipeux libre.

J'ai été témoin d'un fait analogue, dans des conditions très-différentes, pendant mon internat dans le service de M. Velpeau, en 1846.

Un ouvrier de la manufacture des tabacs était entré pour une fracture de jambe : la consolidation du tibia fut longtemps entravée par l'écoulement incessant d'une graisse fluide interposée entre les surfaces contiguës des fragments, laquelle entretint pendant longtemps un pertuis fistuleux, en communication avec la cavité médullaire. Enfin l'écoulement se tarit, et l'ossification devint complète.

Dans ce cas, comme dans les précédents, il me paraît que la graisse libre provenait d'un tissu adipeux, et conséquemment ici du tissu médullaire.

L'apparition de la graisse libre, à l'état fluide, dans ces liquides pathologiques, indique qu'elle y existait en trop forte proportion pour être entièrement émulsionnée par les matières albuminoïdes et autres capables de produire ce phénomène. Les gouttes huileuses pourront donc se montrer toutes les fois que la suppuration ou la dissolution gangréneuse se seront emparées d'un tissu très-riche en matière grasse, et leur présence, ou même la simple prédominance de la matière grasse à l'état de globules microscopiques, constituerait ainsi un indice assez certain pour diagnostiquer la provenance du pus ou la nature des tumeurs suppurées.

IV. — PATHOLOGIE COMPARÉE.

1° ÉPITHÉLIOMA PULMONAIRE CHEZ UN JEUNE PORC SOUMIS AU RÉGIME DE LA GARANCE; DÉPÔTS CRAYEUX DANS LES TUMEURS DES POUMONS ET DANS LES GANGLIONS BRONCHIQUES; COLORATION PAR LA GARANCE DE CES DÉPÔTS; STRONGLES DANS LES BRONCHES; par M. VULPIAN.

L'examen des poumons d'un cochon, âgé de 7 mois, a fait voir que ces organes contenaient de nombreuses tumeurs. Ces tumeurs, à l'état frais, présentaient une couleur blanc grisâtre, avaient l'aspect un peu lardacé, se déchiraient facilement et donnaient par le grattage une espèce de suc peu abondant et grisâtre. Elles offraient un volume très-variable, depuis la grosseur d'un très-petit grain de millet jusqu'à celle d'une amande. A première vue, ces tumeurs paraissaient être des tubercules, mais, en les examinant avec soin à l'œil nu, on se prenait à douter de leur nature tuberculeuse, bien qu'il fût difficile d'énoncer des caractères distinctifs bien évidents.

Le tissu pulmonaire avait une teinte plus rosée que ces tumeurs, et il y avait un passage progressif et presque insensible, quoique rapide, du tissu sain au tissu morbide.

Le surlendemain du jour où avait été faite l'ouverture de l'animal, le parenchyme pulmonaire était revenu sur lui-même, et alors, les tumeurs situées près de la surface formaient des saillies très-accusées qui n'existaient pas le premier jour; du reste, il n'y avait aucune vascularisation anomale au pourtour de ces tumeurs. En les divisant, on voyait, dans beaucoup d'entre elles, des vestiges de tissu pulmonaire peu altéré et facilement reconnaissable.

Dans plusieurs points, on rencontrait de la matière noire pulmonaire. Au centre de la plupart, on constatait une coloration rougeâtre qui paraissait due au dépôt d'une matière crayeuse molle et rouge déposée dans les tumeurs.

Dans quelques-unes des dernières bronches, et dans presque tous les cas au voisinage des tumeurs les plus volumineuses, on trouvait des helminthes vermiformes, assez grêles, rassemblés en grand nombre. Ces helminthes étaient du genre *strongylus paradoxus*.

Le cochon dont il est ici question était né le 27 mai 1855, on l'avait soumis au régime de la garance à partir du 16 octobre 1855, et on l'avait sacrifié le 19 décembre de la même année, pour préparer son squelette. Les os étaient très-rouges. Pendant la vie, cet animal n'avait présenté aucun phénomène particulier qui pût attirer l'attention sur son appareil respiratoire, ce qui a paru assez surprenant lorsqu'on a été à même de voir le nombre très-considérable de tumeurs qui siégeaient dans les deux poumons.

L'étude attentive qui a été faite de ces tumeurs à l'aide du microscope a fait reconnaître qu'elles étaient formées à peu près entièrement de cellules analogues aux cellules des culs-de-sac pulmonaires. Ces cellules offraient toutefois quelques caractères spéciaux. La plupart d'entre elles étaient devenues sphéroïdales, comme boursouflées, et granuleuses à la surface. Les granulations empêchent quelquefois d'apercevoir le noyau, mais, dans plusieurs cellules, on en constate facilement la présence. Quelques cellules contiennent même deux noyaux. Chaque noyau est pourvu d'un nucléole plus ou moins net. Dans un grand nombre des tumeurs, les cellules étaient accolées, réunies entre elles, et on a pu, dans plusieurs préparations, s'assurer que les groupes cellulaires affectaient la forme de cul-de-sac. Cette forme était surtout évidente vers les limites des tumeurs, mais à mesure que l'on s'éloignait de ces limites pour se rapprocher du centre, la disposition en cul-de-sac devenait très-incertaine. Souvent on n'a pu voir que des noyaux pressés les uns contre les autres, quelquefois altérés, granuleux. Dans les points centraux, il y a une grande quantité de matière comme poudreuse, noirâtre, qui obscurcit

la préparation et qui, à un grossissement convenable, paraît être constituée par un amas de cristaux imparfaits de matière calcaire. L'acide acétique a une action lente sur cette matière, qui au contraire se dissout rapidement, avec dégagement de nombreuses bulles gazeuses, dans l'acide azotique.

Dans le plus grand nombre des tumeurs, on trouve, outre ces éléments, des fibres élastiques, quelques cellules allongées, fusiformes, munies d'un noyau en forme de bâtonnet qui sont peut-être des fibres-cellules et du pigment pulmonaire. Quelques préparations ont montré que certaines de ces tumeurs étaient constituées en grande partie par des cellules cylindriques, tandis que, dans la grande majorité, ces cellules étaient très-rares.

Les ganglions bronchiques, très-hypertrophiés, ont été divisés, et sur les surfaces de section, on a pu voir des taches assez bien circonscrites, offrant une coloration d'un beau rouge garance, et qui correspondaient à des dépôts de matière crayeuse constituée absolument comme celle dont on a déjà parlé à propos des tumeurs du poumon.

En résumé, d'après les caractères microscopiques des tumeurs du poumon, on peut conclure que ces tumeurs étaient des épithéliomas. Ce cas a paru mériter d'être présenté à la société de biologie. En effet, les faits d'épithélioma pulmonaire observés chez les animaux domestiques sont peu nombreux; ces tumeurs contenaient dans leur centre une matière crayeuse qui peut-être eût envahi toute leur étendue et leur eût fait subir une transformation crétacée analogue à celle que subissent les tubercules. Enfin, cette matière crayeuse, soit dans les tumeurs pulmonaires, soit dans les ganglions bronchiques, était fortement colorée en rouge, la garance s'étant fixée sur cette matière, comme elle se fixe sur les os. On doit ajouter que la présence des strongles, quoique déjà constatée dans les bronches du porc par MM. Rayer, Chaussat et par plusieurs autres observateurs, prend ici un nouvel intérêt, car on pourrait se demander si le développement de ces strongles a précédé celui de l'épithélioma, et si, dans ces cas, on doit attribuer à ces helminthes une part quelconque dans la production des altérations pulmonaires. C'est là une question qui malheureusement doit rester sans réponse.

2° ANALYSE DE GANGLIONS BRONCHIQUES PROVENANT D'UN JEUNE PORC SOUMIS AU RÉGIME DE LA GARANCE; par M. LECONTE. (Voir ci-dessus la communication faite par M. Vulpian.)

Ces ganglions présentent, quand on les coupe avec le scalpel, un assez grand nombre de petites concrétions *calcaires* fortement colorées en rouge; ces concrétions, traitées par un acide sous le microscope, donnent une assez grande quantité de bulles d'acide carbonique. Fallait-il admettre, d'après cette réaction, que les concrétions étaient formées de carbonate de chaux, et par suite que ce composé chimique possédait, au même degré que le phosphate de la même base, la propriété de fixer la matière colorante de la garance?

L'emploi de l'azotate d'uranium, que j'ai proposé depuis plusieurs années pour la recherche et le dosage de l'acide phosphorique, me permit facilement de résoudre la question précédente. A cet effet, je séparai aussi exactement que possible une certaine quantité de concrétions des tissus environnants; je les traitai par l'acide acétique étendu, afin de séparer la petite quantité de tissu adhérent à la substance minérale, il se dégagea une *petite quantité* d'acide carbonique, la liqueur filtrée fut évaporée à sec, le résidu calciné pour détruire une petite quantité de matière organique; le produit de la calcination fut dissous dans de l'eau distillée acidulée par l'acide acétique; cette liqueur, additionnée d'azotate d'uranium, donna un abondant précipité de *phosphate* d'uranium; il fut ensuite facile de reconnaître dans l'eau mère la présence d'une grande quantité de chaux et des traces de magnésie.

On voit donc, en résumé, que les concrétions précédentes contenaient les matières suivantes :

Carbonate de chaux,
Phospate de chaux,
Phosphate et carbonate de magnésie, traces.

On ne saurait donc attribuer la fixation de la matière colorante au carbonate de chaux, puisque, dans le produit pathologique qui nous occupe, il était associé au phosphate de chaux comme dans les os.

Du reste, je n'ai pas encore, jusqu'à ce jour, trouvé chez les mammifères de concrétions privées de phosphate de chaux.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE MARS 1856; par M. le docteur VULPIAN, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

1° NOTE SUR UN CAS D'ANÉVRISME DE L'ARTÈRE SPLÉNIQUE; par M. E. LEUDET.

Nous avons déjà publié dans les BULLETINS DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE (vol. IV, p. 158, sér. 1, 1852), une note sur cette altération anatomique. A cette époque, nous avons comparé notre pièce d'anévrisme de l'artère splénique avec celles qui ont été antérieurement publiées par Chabert (BULL. SOC. ANAT., 1837, p. 228), par M. Cruveilhier (TRAITÉ D'ANAT. PATH. GÉN., vol. II, p. 753). A ces faits nous pouvons en ajouter un autre de Legrand (BULL. SOC. ANAT., vol. XXIV, p. 239, 1849), dans lequel l'artère splénique, à un pouce environ de la rate, était dilatée du volume d'une noisette; la dilatation était béante et due à des concrétions fibrineuses. Un autre exemple existe au musée Hunterien de Londres (CATALOGUE OF THE MUSEUM OF THE COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND, vol. III, p. 267, n° 1698); enfin, M. K. Rokitansky mentionne l'anévrisme de l'artère splénique au nombre des tumeurs anévrismatiques qu'il a pu observer.

J'ai eu l'occasion d'examiner dernièrement un nouvel exemple d'anévrisme de l'artère splénique sur le cadavre d'une femme de 53 ans, morte de pneumonie dans ma division à l'Hôtel-Dieu de Rouen. Chez cette femme, le cœur présentait un peu d'hypertrophie des parois du ventricule gauche, avec dilatation de la cavité; les valvules aortiques, mitrale et celles du ventricule droit étaient saines et ne présentaient ni concrétions calcaires, ni épaississement de leurs membranes. L'aorte, de même que les artères mésentériques et iliaques, étaient parfaitement saines. A son entrée dans la rate, la branche supérieure de la division de l'artère splénique était le siége d'une dilatation anévrismale du volume d'une aveline, formée par la dilatation de toutes les tuniques, non uniforme, mais irrégulière et surmontée elle-même d'autres saillies partielles semisphériques et tapissées de plaques calcaires; l'anévrisme communiquait par une large ouverture avec la cavité de l'artère. Deux autres anévrismes se rencontraient sur le trajet du tronc même de l'artère splénique, au niveau de l'estomac; ces dilatations étaient également latérales, représentant au moins les deux tiers d'une sphère; l'autre, beaucoup moins volumineuse, atteignait à peu près la grosseur d'un gros pois; une concrétion calcaire, aussi grosse que la tête d'une épingle, était contenue dans les parois mêmes de l'artère; les parois de ce vaisseau étaient altérées, la tunique celluleuse épaissie, les flexuosités très-prononcées. La rate avait son volume ordinaire, sa membrane fibreuse d'enveloppe était saine, l'estomac n'offrait aucune altération.

BIBLIOGRAPHIE.

RECUEIL DE TRAVAUX ORIGINAUX SUR LES SCIENCES MÉDICALES (GESAMMELTE ABHANDLUNGEN ZUR WISSENSCHAFT-MEDICIN); par le professeur RUD. VIRCHOW. — Erste Hælfte. — Frankfurt-A.-M., chez Meidinger (S.) et comp. — 1856.

Il n'y a guère qu'une dizaine d'années, c'était dans l'automne de 1844, qu'un disciple de John Müller et de Robert Froriep, deux patriarches de la science, aussi illustres par leurs travaux que par les nombreux élèves qu'ils ont formés pour les continuer, s'est distingué parmi tous les autres tant par la solidité de ses connaissances que par son amour ardent pour les sciences, et a mérité la place de chef des travaux anatomiques de l'hôpital de la Charité à Berlin. Ce jeune travailleur, dont le nom n'avait pas encore franchi l'amphithéâtre de ses maîtres, mais qui, dès lors, peut donner cours à sa passion pour l'étude sérieuse, qui devient en même temps suppléant d'un des professeurs les plus renommés, qui, recueillant ainsi un immense héritage, trouve même le moyen de l'agrandir encore par son activité féconde et son talent d'observation; cet homme est devenu le savant et honorable professeur Virchow. Le volume que nous avons sous les yeux, et que nous voulons signaler à l'attention de nos lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE, renferme précisément les premières recherches, les premières méditations auxquelles il s'est livré, soit spontanément, soit d'après les conseils de ses maîtres. C'est par des relations de cette nature et non par des phrases creuses et hypocrites que se soutiennent ces solides et véritables écoles où les traditions se conservent, où les vérités acquises se transmettent de siècle en siècle, sous la garantie des progrès de l'esprit humain, et où les plus récentes découvertes s'épurent de toutes leurs imperfections et reçoivent leur sanction définitive. Ces écoles, disons-le à l'honneur de l'esprit allemand, ne subsistent guère que parmi les peuples germaniques; partout ailleurs on ne trouve plus ni maîtres ni élèves. Est-ce la faute plutôt de ceux-ci que de ceux-là? Nous ne le pensons pas. Le germe du mal est, suivant nous, tout entier dans l'éducation médicale et sociale. Mais revenons à notre sujet.

Dès ses premières recherches, Virchow entra pleinement dans la question que les travaux antérieurs avaient amenée et dont la solution était le plus vivement désirée: c'était celle de la phlébite, rattachée non-seulement à l'inflammation, mais encore et surtout aux modifications pathologiques et physiologiques même de la masse du sang; il avait compris, ainsi que Froriep, ainsi que le professeur Cruveilhier, que la phlébite dominait toute la pathologie. Aussi a-t-il poursuivi, depuis lors, ses recherches dans cette direction, malgré les devoirs du professorat auquel il fut élevé en 1846 et les préoccupations d'une des plus sérieuses publications périodiques de l'Allemagne (ARCHIV. F. PATHOLOG. ANATOMIC, PHYSIOLOG. U. F. KLIN. MEDICIN.). C'est que dès lors il songeait déjà à édifier le monument le plus grandiose que nous ayons vu paraître à notre époque, son TRAITÉ DE PATHOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE (HANDBUCH DER PATHOLOGIE U. THERAPIE); il en recueillait les éléments, vérifiait par des expériences nouvelles les ré-

sultats annoncés, contrôlait les vérités admises, et ce sont tous ses travaux originaux qu'il réunit sous le titre de GESAMMELTE ABHANDLUNGEN, dans un volume dont nous possédons un premier fascicule; il ajoute des notes aux mémoires qui avaient vieilli déjà, il les commente tous et complète ceux que les travaux d'autrui ont sanctionnés.

Le premier mémoire de ce recueil est un travail très-sérieux sur les tendances à l'unité dans les sciences médicales que l'auteur soutient n'avoir jamais perdues de vue, ni au lit du malade ni dans ses recherches nécropsiques et microscopiques. Il nous représente l'homme plutôt en naturaliste qu'en philosophe, quoiqu'il ne le reconnaisse ni pour un esprit pur ni pour une simple agrégation matérielle et qu'il admette bien que l'intégrité de ses facultés physiques présuppose une intégrité parfaite du cerveau, sans qu'il soit porté cependant à embrasser les vues exclusives des dogmatiques ou des matérialistes; l'être humain est, selon lui, une unité basée sur une dualité de force et de matière, d'esprit et de corps, pensant, se déterminant et agissant; aucun naturaliste, aucun philosophe ne pourra jamais lui contester ces facultés. Qu'importe, dit Virchow, que le foyer de la pensée soit dans le cerveau ou dans l'âme?

Différant, sous ce rapport, de l'opinion des anciens philosophes, d'Aristote, entre autres, qui reconnaissaient le critérium de la vie dans le seul mouvement, qui considéraient comme étant vivants et le cristal, et la terre, et l'atmosphère, le professeur de Wurzburg trouve entre ce qui vit et ce qui ne vit pas, entre ce qui est organisé et ce qui est inorganique, un dualisme analogue à celui dont nous avons conscience par le moi et le non-moi; ce en quoi l'un diffère de l'autre est *la vie*. Une définition de cette nature peut séduire par sa brièveté, sa clarté et son originalité; mais ne revient-elle pas à dire que l'être vivant est celui qui vit, que la cessation de la vie c'est la mort?

Dans un chapitre spécial consacré à la médecine, l'auteur rappelle combien elle subit les influences religieuses, philosophiques et scientifiques de chaque époque, combien l'histoire de la médecine est liée étroitement au développement général de l'esprit humain; il en emprunte la définition à Boerhaave : « Est objectum ejus hominis vita, » sanitas, morbus, mors; horum causæ quibus oriuntur; eorumdem » media, quibus diriguntur. » Aussi cherche-t-il à démontrer que, dans tous les temps, les progrès en médecine ont rencontré les plus grands obstacles de la part de l'autorité et des systèmes; qu'aujourd'hui encore, que les traditions passent au creuset de l'expérience et de l'observation, la médecine obéit aux tendances soit d'une certaine philosophie naturelle et outrecuidante, soit d'un chimisme non moins exclusif; tandis que le médecin ne devrait être qu'un naturaliste qui observe les phénomènes suivant les méthodes rationnelles, et un critique qui ne juge que d'après les faits. « Ses sens et son raisonnement doivent être ses plus grandes autorités, » dit Virchow.

L'unité en médecine a été rompue du jour où les systèmes personnifiant, individualisant les maladies, les ont envisagées comme des êtres parasitaires, déchaînés contre la vie; alors la pathologie a été opposée à la physiologie, non pas dans cette pensée élevée de Haller : *Pathologia physiologiam illustrat*, mais dans cette forme barbare qui confond vie et maladie, et qui ne recule pas devant cet affreux accouplement de *pathologie physiologique*. La pathologie ne s'occupe que d'un certain ordre de phénomènes; elle rentre donc dans la physiologie. Aussi tout système de pathologie construit sur la nosologie est-il faux et illogique. « Les systèmes qui reposent sur les maladies, dit le professeur Virchow, appartiennent au passé; les systèmes basés sur les conditions morbides sont les seuls possibles, et la nécessité de créer une médecine étiologique, selon les vues de J. Guérin, est aujourd'hui parfaitement justifiée. » (Page 32.)

En supprimant ainsi l'ontologie morbide, la maladie n'étant que la vie dans certaines conditions, on anéantit du même coup la thérapeutique ontologique et toutes les écoles des spécifiques.

Dr B. SCHNEPP.

VARIÉTÉS.

— INSTITUT MÉDICAL DE VALENCE. — L'Institut de Valence (Espagne) a décerné, le 31 mars dernier, les prix mis au concours pour 1856.

Une médaille d'or et le titre d'associé de mérite (premier prix) ont été décernés à M. M.-A. Marquez, pharmacien à Coutances, pour son mémoire sur les alcaloïdes, et le titre d'associé de mérite à M. C.-J.-F. Carron du Villards, pour son mémoire sur la choroïdite.

Voici le programme du concours pour 1857 :

Question de médecine. — Déterminer au moyen de signes rationnels et physiques, mais d'une manière certaine, la présence des tubercules pulmonaires dans tous les états de leur existence, et le tempérament qui y prédispose; faire connaître les moyens thérapeutiques les plus sûrs pour éviter leur formation, et pour guérir leurs funestes conséquences lorsqu'ils se sont déjà déclarés dans l'économie.

Question de chirurgie. — Histoire clinique et anatomique des tumeurs. Faire connaître les analogie, identité et différence qui peuvent exister entre le cancer et les tumeurs épidermiques papillaires, les fibres plastiques et épithéliums.

Question de pharmacie. — Faire connaître la manière d'obtenir artificiellement quelques-uns des alcaloïdes végétaux qui sont employés en thérapeutique.

Question des sciences naturelles.—Etude chimique du pain comme aliment, et les changements qu'éprouvent ses principes immédiats dans l'organisation animale.

Deux prix sont proposés pour la solution de chacune de ces questions. L'Institut offre, pour le premier, une médaille d'or frappée au nom du lauréat, en outre, le titre de membre de mérite de l'Institut; pour le second le titre de membre de mérite de l'Institut.

Les mémoires, écrits en espagnol, latin, français, portugais, anglais ou italien doivent être envoyés *franco*, dans les formes académiques, au docteur don Juan M. Velasquez, secrétaire de la correspondance, *calle de Caballeros*, nº 43, à Valence, avant le 1er décembre 1856.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

Les journaux de médecine de la capitale ont fait connaître les noms de la plupart des médecins morts, en Crimée on à Constantinople, du typhus, qui depuis deux mois a déjà fait tant de victimes dans notre armée; mais beaucoup d'omissions ont été commises, et c'est un hommage à rendre à la mémoire de nos camarades, de faire connaître leurs noms à tous nos confrères.

Il ne m'appartient pas de vous dire combien les efforts de chacun ont été multipliés, combien le sentiment du devoir a été souvent poussé au delà même de ses limites rationnelles, combien tous ont cherché à mettre leurs soins et leur dévouement à la hauteur des circonstances difficiles où nous nous trouvons; malheureusement la part des médecins militaires est déjà trop grande dans la liste des victimes de cette épidémie. A aucune autre époque de nos grandes guerres, ils n'ont payé un aussi large tribut aux maladies infectantes, et si c'est un titre glorieux d'exposer sa vie pour le soulagement des misères humaines, la médecine militaire peut à juste titre regarder comme une des belles pages de son histoire les derniers mois de la campagne de Crimée.

Pardon, monsieur le rédacteur, de me laisser aller à ces quelques mots d'éloges après avoir reconnu que ce rôle ne m'appartenait pas. Je plaide une cause générale et je pense avant tout à ceux que nous avons perdus.

Ce sont :

MM. Brunweld, médecin major.	MM. Leker, médecin aide-major.
Girard, id.	Servy, id.
Boussan, médecin aide-major.	Precy, id.
Masson, id.	Gillin, id.
Leclerc, id.	Volage, médecin principal.
Lardy, id.	Sagne, méd. aide-major.
Cordeau, id.	Rampont, médecin major.
Dartigaux, id.	Félix, id.
Dulac, id.	Peyrusset, id.
Savaëte, id.	Perrin, méd. aide major.
Gueury, id.	Jacob, méd. sous-aide.
Ragu, id.	Gontt, médecin major.
Mittemberger, id.	Fournier, id.
Bouguéraux, id.	Puel, id.
Forget, id.	Demiconrt, id.
Pégat, médecin major.	Moulinier, id.
Daraignes, ancien élève de l'hôpital Saint-André de Bordeaux.	Leclerq, id.

M. le maréchal Pélissier, pour récompenser les services de chacun, vient d'accorder aux médecins militaires de Crimée et de Constantinople 47 décorations d'officiers ou de chevaliers de la Légion d'honneur.

L'état sanitaire général s'améliore beaucoup en Crimée. M. l'inspecteur Baudens, dans le dernier mois qu'il vient d'y passer, a présenté comme indispensablement nécessaire le changement général des campements infectés par le séjour prolongé dans le même lieu. Ces mesures, que M. le maréchal fait exécuter rigoureusement, ont déjà eu un bon résultat. Le nombre des typhiques fournis par les régiments a diminué, et il n'est pas douteux que quand, avec la fixité du beau temps, les mêmes mesures pourront être généralement appliquées, on n'obtienne promptement la cessation de l'épidémie.

A Constantinople, la dissémination des malades dans de nouveaux hôpitaux tous baraqués, l'isolement des typhiques dans des salles spéciales, avec deux lits pour chacun d'eux, les moyens de désinfection incessamment employés tant dans les salles que dans les literies ont déjà produit l'effet désiré; les nouveaux cas diminuent chaque jour; il ne s'en développe presque plus sur des malades entrés à l'hôpital pour d'autres maladies, et les cas ont perdu de leur gravité. Cette situation est de nature à nous faire espérer la fin prochaine de toutes nos misères.

Agréez, etc.

F. QUESNOY.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — INOCULATION DES EAUX AUX JAMBES DU CHEVAL A L'HOMME. — EXPÉRIENCES DE LOY, DE SACCO, DE JENNER.

L'Académie a entendu mardi dernier une lecture de M. Leblanc, à propos de l'inoculation des *eaux aux jambes*, dont nous avons entretenu nos lecteurs dans le dernier numéro de la GAZETTE. M. Leblanc a vu nombre de fois des *eaux aux jambes*, et dans aucune circonstance il n'a constaté leur transmission fortuite du cheval à l'homme. De plus, il a cherché maintes fois à opérer l'inoculation artificielle de la maladie, et toujours sans succès. Il a donné à l'Académie un compte rendu exact des faits toujours négatifs dont il a été témoin. Il est bon de savoir que, de nos jours encore, des observateurs habiles, tels que MM. Leblanc et Bouquet, n'ont pas réussi à démontrer expérimentalement la transmissibilité des eaux aux jambes du cheval à l'homme. Cet insuccès confirme les faits antérieurs tels qu'ils sont indiqués par Jenner, par Loy, par Sacco. Loin d'y trouver, comme M. Leblanc, une preuve de la non-transmissibilité des eaux aux jambes, nous voyons que ses expériences corroborent celles qui ont été faites au commencement de ce siècle, en Angleterre et en Italie. Dans tous les cas, l'inoculation du cheval à l'homme a été très-difficilement réalisée. Mais en continuant les expériences, en variant les conditions de l'inoculation, on a réussi à communiquer artificiellement, dans quelques cas, la maladie à des vaches et à des hommes. Comme dans la discussion qui a eu lieu à ce sujet à l'Académie, et dont nos lecteurs trouveront les détails au compte rendu, il n'a été fait aucune allusion aux observations dont nous avons parlé, qui constituent cependant les vraies données de la question; comme ces faits sont presque partout mentionnés incomplétement, nous avons pensé qu'il serait utile d'en fournir ici un résumé. Nous commencerons par les expériences de J.-G. Loy (1).

Au commencement de 1801, Loy, chirurgien à Pickering, petite ville du comté d'York, eut occasion de voir une maladie qu'on n'avait observée auparavant que dans les comtés occidentaux, où l'on avait reconnu qu'elle provenait du *grease* des chevaux (2). Son premier malade fut un maréchal-ferrant qui s'adressa à lui avec une éruption aux mains, consistant en pustules séparées les unes des autres et entourées d'un cercle inflammatoire. Les vésicules ressemblaient à celles qui proviennent d'une brûlure, mais elles étaient régulièrement rondes, et l'on pouvait distinguer au milieu une tache noire, qui semblait être la suite de quelque légère lésion. Cet homme avait été occupé à panser un cheval attaqué du *grease*, et il n'avait jamais eu de mal semblable avant cette occupation. Il n'avait pas de fièvre et avait eu autrefois la petite vérole.

(1) EXPÉRIENCES SUR L'ORIGINE DE LA VACCINE, par J.-G. Loy, D. M., traduit de l'anglais par Jean de Carro, D. M.; avec quelques observations du traducteur, et des fragments de sa correspondance avec le docteur Jenner sur ce sujet. (*In* BIBL. BRITANNIQUE, t. XXI. Genève, 1802.)

(2) *Grease*, eaux des jambes.

Vers la même époque, un jeune homme, boucher à Middleton, près de Pickering, fut attaqué d'ulcères douloureux aux deux mains, et surtout vers la racine des ongles. Ces ulcères s'enflammèrent au bout de quelques jours et une vésicule se forma sur chacun d'eux. Peu de temps après l'apparition de ces vésicules, on observait des lignes rouges qui étaient douloureuses et qui s'étendaient jusqu'aux aisselles où il se forma une tumeur. Cet homme avait aussi une pustule semblable à celle de ses mains, sur un sourcil qu'il avait, disait-il, gratté fort souvent à cause de la démangeaison qu'il y éprouvait, et cette pustule avait été sûrement communiquée par le contact de ses doigts. Il avait une fièvre considérable qui continua jusqu'à ce qu'une application caustique empêchât l'absorption de la matière contenue dans les pustules, et fit disparaître l'enflure des aisselles. *Ce malade, ainsi que le précédent, avait été employé pendant quelque temps à appliquer des remèdes aux talons d'un cheval attaqué du* grease *et s'en occupait encore au moment où il tomba malade.* Il n'avait jamais eu la petite vérole.

EXP. I. — Loy, afin de vérifier si cette maladie pouvait se communiquer par inoculation, prit de la matière des pustules de ce dernier malade et l'inséra au bras de son frère qui n'avait jamais eu la petite vérole. Au bout de quelques jours, on s'aperçut de quelque inflammation, et le troisième jour il se forma une vésicule. Le malade inoculé eut alors quelques légers symptômes de fièvre qui continuèrent un jour ou deux. Cette maladie avait précisément les caractères de la vraie vaccine.

Pendant qu'on faisait cette expérience, on prit de la matière de la main du même malade avec une lancette toute neuve; on en inséra le lendemain une partie dans le pis d'une vache, réservant le reste pour en faire l'essai sur un enfant. Pendant cinq jours, on n'aperçut rien à la partie inoculée, et on ne l'examina ensuite que le neuvième jour. On y trouva alors une vésicule entourée d'un cercle inflammatoire rose. Le pis était dur même à une grande distance de la piqûre, et si douloureux, que l'animal ne permettait pas qu'on le maniât. La vésication continua pendant plusieurs jours, mais ensuite il se forma une croûte et tout se guérit sans aucun remède.

EXP. II. — La matière prise le neuvième jour sur le pis de cette vache fut insérée au bras d'un enfant. Les progrès de cette inoculation furent suivis avec la plus grande attention, et l'inflammation, la vésication et la formation de la croûte furent tellement semblables à la vaccine ordinaire qu'on ne pouvait pas les distinguer. Le sixième jour, on inocula la petite vérole à cet enfant. La piqûre parut s'enflammer jusqu'au troisième jour, mais elle se cicatrisa bientôt, et l'enfant n'a pas été indisposé.

EXP. III. — On inocula un enfant avec le reste de la matière conservée du malade de M. Loy. Le troisième jour, la partie piquée s'éleva au-dessus de la peau; le sixième, elle était entourée d'une inflammation pâle, et ses bords étaient élevés au-dessus du centre; le huitième, on apercevait une vésicule qui contenait un fluide limpide qui s'écoula de cette vésicule, et qui, au quatorzième jour, était changé en une croûte brune et dure. Aussitôt qu'on en a pu trouver l'occasion, cet enfant a été inoculé avec de la petite vérole, qui n'a produit aucun effet.

FEUILLETON.

SATIRES DE JUVÉNAL,

TRADUITES EN VERS FRANÇAIS PAR A. CONSTANT DUBOS, MÉDECIN.

(Deuxième article.)

J'ai un remords, j'ai commis une faute grave et je ne sais pas comment la punition s'est fait attendre jusqu'à ce jour, comment un critique de profession, saisissant l'occasion offerte et sa férule, ne m'a pas tancé d'importance. Pour prévenir cette peine que je reconnais avoir méritée, je vais me corriger moi-même et prendre une fois de plus la résolution de ne jamais citer de mémoire. La paresse est si douce chose, on croit se rappeler un passage de son poète favori, et l'on se trompe, et l'on prête à rire à ses dépens, car c'est justice : à pédant, pédant et demi. Mais assez de préambule; voici le mal, et j'y applique un facile remède.

Minxerit in patrios cineres, attribué par moi à un libertin que gourmande Horace, constitue une erreur capitale, je le confesse volontiers; il s'agit d'un mauvais poète qui vous assassine de ses vers, et Horace se demande par quel crime il a mérité cette vengeance d'Apollon. Est-ce pour avoir souillé les cendres de son père

. . . . Utrum
Minxerit in patrios cineres, an triste bidental
Moverit incestus?

on pour avoir profané un lieu frappé de la foudre? Voilà ma citation rétablie, le texte remis en honneur; j'ai fait une amende honorable à ce cher Horace en relisant avec délices son ART POÉTIQUE (voyez le vers 470), et comme la fameuse sangsue,

Non missura cutem, nisi plena cruoris, hirudo,

je n'ai quitté le livre que quand je suis arrivé à la dernière page. Je recommencerai bientôt.

Et puisque j'ai laissé Juvénal pour Horace, je ne pense pas qu'on me sache mauvais gré d'allonger un peu cette digression. L'ami de Mécène, le poète de cour, bien qu'assez leste dans ses dires, garde cependant une certaine mesure; il ne prodigue pas, comme le grand satirique d'Aquinum, ces expressions rudement familières empruntées aux lieux que fréquentait l'auteur, et néanmoins, en parcourant son livre, on trouve la preuve qu'il ne se gênait pas pour donner à sa pensée tout le relief dont elle était susceptible. Trois fois, dans les œuvres d'Horace, on rencontre ce terrible *mingere* qui gêne si fort les traducteurs. Je viens d'en montrer un qui a été cause de l'erreur dont je viens de m'accuser publiquement; il y en a un autre qui n'est pas très-

Exp. IV. — De la matière très-limpide prise du talon d'un cheval affecté de *grease* a été insérée dans le pis d'une vache avec une lancette parfaitement propre. Le cinquième jour, la piqûre était élevée et entourée d'une pâle rougeur. Dans peu de jours, il s'est formé une vésicule de couleur pourpre qui contenait un fluide limpide. Quoique la partie fût enflée et douloureuse, l'animal ne paraissait pas malade.

Exp. V. — De la matière prise de la pustule de cette vache a été insérée dans le bras d'un enfant. Le troisième et le quatrième jour, on n'observait aucune marque d'infection, mais le sixième on aperçut beaucoup de rougeur, et au neuvième une vésicule. Alors l'enfant fut inoculé avec de la matière variolique à trois endroits différents, de manière à ne pas douter qu'il en aurait été affecté s'il en eût été susceptible. Il n'en a cependant ressenti aucun effet, ni local, ni constitutionnel.

Exp. VI. — La matière du grease prise du même cheval, a été insérée dans le bras d'un enfant. Le troisième jour, la pustule a été entourée d'un peu d'inflammation; le quatrième, elle était fort élevée, et le cinquième on y apercevait une vésicule de couleur pourpre; le sixième et le septième la vésicule a augmenté et est devenue plus foncée; l'enfant a eu des frissons, des nausées et des vomissements. Ces symptômes ont été suivis de beaucoup de chaleur, de mal de tête et d'une respiration accélérée; le pouls était fréquent et la langue blanche. L'inoculation variolique fut tentée sans succès.

Exp. VII. — Six jours après l'insertion du grease, on prit de la matière à cet enfant et on en inocula trois autres. Au dixième jour, ceux-ci présentèrent une rougeur érysipélateuse autour des vésicules, qui commençaient à sécher, mais qui contenaient encore une quantité considérable de matière limpide. Ils furent alors tous trois inoculés avec du pus variolique. L'insertion de ce liquide ne produisit aucun effet excepté une très-petite inflammation qui disparut le cinquième jour.

Ce n'a été qu'après plusieurs essais que l'auteur s'est convaincu que la matière du grease peut agir sur la vache sans avoir passé par le corps humain. Il lui est souvent arrivé de ne produire aucun symptôme de cow-pox en employant la matière prise directement des talons d'un cheval. Un liquide provenant de trois chevaux différents, et à différentes époques de leur maladie n'a produit aucun effet lorsqu'on l'a inséré dans les mamelons ou dans le pis d'une vache. Pour que l'expérience fût régulière il la fit sur plusieurs vaches, mais elle ne réussit point, et il ne fut pas plus heureux d'abord dans ses expériences sur l'homme.

Enfin, « j'eus le bonheur, dit-il, de trouver un cheval dans le talon duquel la matière était beaucoup plus limpide que dans tous les précédents, c'est-à-dire le quatorzième jour de la maladie, et le septième depuis que la matière avait de l'écoulement. La matière prise de ce cheval a produit la maladie décrite dans les expériences IV et V, et sur trois autres vaches. »

Ce fait engage l'auteur à penser qu'il y a deux sortes de *grease* qui diffèrent en pouvoir contagieux. Les chevaux qui donnèrent la maladie à ceux qui les pansaient étaient attaqués localement et constitutionnellement. Ces animaux avaient eu, dès le début, des symptômes de fièvre dont ils furent soulagés dès que le mal parut aux talons, et qu'ils eurent une éruption à la peau. Le même cheval, dont la matière avait communiqué la maladie par une inoculation, était fort indisposé jusqu'à l'apparition de la maladie des talons, qui fut, ainsi que chez les autres, accompagnée d'une éruption dans la plus grande partie du corps; ceux qui ne communiquérent pas leur maladie n'avaient qu'une affection locale.

Ces faits ne sont pas les seuls à citer, ceux de Sacco (1) les confirment complétement :

Quant aux résultats de l'inoculation du javart sur les vaches et sur les hommes, dit cet observateur, mes premieres expériences à cet égard ne furent point heureuses, parce que je ne connaissais encore qu'imparfaitement la nature de cette maladie. J'avais déjà inoculé le javart à 27 vaches et à 18 enfants, sans produire aucun effet ni sur les uns ni sur les autres, et je commençais à désespérer de réussir quand je répétai mes expériences après la lecture de celles de Loy. Elles n'eurent guéres plus de succès; j'inoculai d'abord le pus sortant d'un javat ouvert depuis trois jours à 3 enfants et 2 vaches; mais ce fut inutilement, cette inoculation ne produisit aucun effet. Il en fut de même de huit autres enfants que j'inoculai d'après un autre chevel atteint de la même maladie. Enfin, mon propre cheval l'ayant aussi prise, je me servis de la sérosité claire, visqueuse et fétide, qui lui sortait dès le quatrième jour, d'une crevasse dans le paturon pour inoculer encore 2 enfants et une vache, sans être plus heureux cette fois que les autres. Mais *le valet d'écurie qui pansait tous les jours le cheval en eut cinq boutons*, savoir, trois à la main droite et deux à l'avant-bras gauche. Comme il avait eu la petite vérole, il n'en fut que légèrement incommodé. Les pustules me parurent parfaitement semblables à celles de la vaccine, et je ne doute pas qu'elles n'aient été produites par le javart. Mais quand je les vis, elles étaient trop avancées et trop prêles à se sécher pour tenter quelques expériences avec l'humeur qu'elles contenaient. Dans le même temps, un cocher de M. Clari, qui avait aussi pansé des chevaux atteints de javart, et qui n'avait pas eu la petite vérole, eut les mains couvertes d'une éruption vésiculeuse accompagnée de fièvre et de diarrhée. Il fut à l'hôpital consulter le chirurgien, M. Birago, qui trouvant ces boutons parfaitement semblables à ceux de la vaccine, en inocula plusieurs enfants, dont quelques-uns eurent une vaccine régulière et bien complète. Le même cocher, étant venu me voir, je lui trouvai vingt boutons dont je portai le même jugement que M. Birago. Je le conduisis le même jour à l'hôpital des enfants trouvés, à Lemhrate, et je me servis de ces boutons pour inoculer neuf enfants et une vache. Cette inoculation fut sans effet sur la vache ainsi que sur sept enfants; les deux autres eurent une vaccine régulière et complète qui m'a servi depuis pour une longue chaîne de vaccinations subséquentes, et toujours avec succès.

Jenner, qui a mis sur la voie de tous ces faits et à qui revient certainement l'honneur des expériences qui les ont révélés, Jenner écrivait en janvier 1801 :

(1) Sacco, Trattato di vaccinazione con osserv. sul giavardo e vajuolo pecorino. Milan, 1809. In-4°. Traduit en français par Daguin; Paris, 1813. In-8°.

---

difficile à aborder, car il ne s'agit que d'un ami qui a commis quelques fautes légères, par exemple : *Comminxit lectum potus;* il avait un peu trop bu, il a souillé le lit sur lequel il mangeait étendu, il a renversé un plat précieux, il a saisi un poulet placé devant un autre convive, etc.

Mais le troisième chapitre, comment l'aborder? Essayons. Vous souvenez-vous de ce dialogue entre Horace et Davus, ce drôle qui profite de la liberté des saturnales pour dire à son maître des vérités si vraies, et entre autres, celle-ci :

Te conjux aliena capit, meretricula Davum.
Peccat uter nostrum cruce dignius?......

Et il ajoute : Quand mon désir est satisfait, je m'en vais sans souci de mon remplaçant :

. . . . *ne*
Ditior aut formæ melioris meiat eodem.

Traduisez donc ces derniers mots, essayez de nous donner l'équivalent de cette figure de rhétorique?

Mais assez de ces légèretés antiques, revenons à notre Juvénal et voyons quels rôles jouent, dans son œuvre, et la médecine et les médecins. La deuxième satire, consacrée aux hypocrites, débute bien, *fronti nulla fides!* Un adepte des amours socratiques prétend châtier la débauche :

Hispida membra quidem et duræ per brachia setæ
Promittant atrocem animum; sed podice levi
Cæduntur tumidæ, medico ridente, mariscæ.

Notre confrère, appelé à donner ses soins à ce philosophe austère, à ce censeur des mœurs légères, ne peut s'empêcher de rire en découvrant l'indice de ces pratiques infâmes si communes alors. C'est un trait de mœurs qui va bien au tableau de Juvénal; le médecin oubliant la gravité de son rôle, en présence de ces tumeurs accusatrices, s'abandonne à une gaieté que le bon goût, la raison et les convenances réprouvent également; car avait-il donc la prétention d'être sûr de son fait, d'avoir sous les yeux un signe pathognomonique? M. Dubos, qui ne cherche pas les périphrases, dit :

Mais de ton chauve anus extirpant les tumeurs
Le médecin se rit de tes sauvages mœurs.

Podice levi devient, sous la plume de M. Lacroix, *un flanc poli*, et c'est une énigme; mais passons, ces turpitudes inspirent une haine vigoureuse à Juvénal; on la partage pleinement. Il rencontre à chaque pas ces hommes qui

De virtute locuti
Clunem agitant. Ego te ceventem, Sexte, verebor?

Tout cela est horrible, mais cela ne justifie pas le rire indiscret de ce médecin. Mais j'y pense, et j'en demande bien pardon à qui de droit, peut-être ne s'agit-il ici que d'un chirurgien! L'esprit de corps pourrait y voir une circonstance atténuante, *est modus in rebus*, toute révérence gardée envers les instrumentistes, la hiérarchie nous sauve et ce mauvais plaisant qui oublie le décorum doctoral peut être relégué dans une classe inférieure de praticiens moins responsables.

« Le garçon d'un fermier de mon voisinage, près de Berkeley, qui était employé à laver deux fois par jour les talons d'un cheval nouvellement attaqué d'une crevasse, en fut infecté, en conséquence d'une coupure qu'il avait aux deux petits doigts. Les ulcères ressemblaient infiniment à la vaccine, et le petit garçon en fut assez malade. Trois mois après, on lui inocula la petite vérole, qui ne fit aucun effet. »

En février 1802, il annonce avoir vu, l'été précédent, une pustule sur la main d'un domestique de ferme qui avait été infecté en pansant un cheval; cette pustule ressemblait tellement à la vaccine, qu'il était impossible d'y apercevoir la moindre différence. J'ai essayé, dit-il, plusieurs fois ensuite de le vacciner, mais je n'ai jamais pu produire, chez ce sujet, autre chose qu'une légère rougeur qui a bientôt disparu.

A ceux qui arguent, comme M. Leblanc, de la rareté ou de l'impossibilité des inoculations, Jenner répond: Le vaccin, même pris du pis d'une vache et inséré par la lancette dans le pis d'une autre, ne produit aucun effet, du moins dans tous les essais dont j'ai connaissance. De manière qu'il faut supposer quelque agent inconnu qui donne l'activité nécessaire au virus du cheval. Un fait bien singulier, c'est que les bœufs et les taureaux ne sont jamais atteints du cow-pox; cependant la vaccination réussit très-bien sur les veaux tant mâles que femelles.

Ces faits éclairent, comme on le voit, d'une manière complète la question soulevée de nouveau par M. Leblanc. Ils la résolvent d'une manière opposée aux conclusions de l'honorable académicien. Il peut apporter à l'appui de son opinion un nombre considérable de faits négatifs; on peut y joindre celles d'un grand nombre d'observateurs aussi distingués. Tout cela constitue, selon nous, des expériences qui n'ont pas réussi; elles ne peuvent donc avoir force de loi, on ne peut en tirer aucune conclusion. Pour qu'une expérience soit démonstrative, pour qu'elle ait une valeur quelconque, il faut qu'elle prouve ou qu'elle détruise un fait. Or tout fait voir que les expériences d'inoculations qui ne réussissent pas ne prouvent pas l'impossibilité de l'insertion des maladies virulentes.

THOLOZAN.

PHYSIOLOGIE.

NOUVELLES RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES MOUVEMENTS ET LES BRUITS NORMAUX DU CŒUR, ENVISAGÉS AU POINT DE VUE DE LA PHYSIOLOGIE MÉDICALE; par A. CHAUVEAU, chef des travaux anatomiques à l'École impériale vétérinaire de Lyon, et le docteur J. FAIVRE, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

I.

PRÉLIMINAIRES.

1. Préambule. 2. Moyens expérimentaux mis en usage pour éclairer la question. 3. Notre procédé. 4. Notre plan d'exposition.

1. — Cette question, pleine d'intérêt pour le médecin, est l'une de celles qui ont été, sinon le mieux, du moins le plus étudiées. Mais malgré le nombre et la valeur des travaux dont elle a été l'objet, elle n'a pu recevoir, dans ses points les plus intéressants, une solution incontestée, puisqu'aujourd'hui encore, en France du moins, elle partage le monde médical en deux camps principaux, qui diffèrent, il est vrai, par le nombre des combattants, mais non point par leur mérite. Elle réclame donc un nouvel examen.

Accepter les charges d'une pareille entreprise, c'était nous poser comme arbitres entre des hommes considérables; c'était peut-être nous mettre en opposition avec les uns et les autres; c'était en un mot nous engager dans une voie fort épineuse; car il nous appartient moins qu'à personne de nous ériger en juges. Nous n'avons point hésité cependant, résolus, du reste, à effacer notre personnalité derrière les faits pour leur laisser entièrement le soin de décider.

2. — Convaincus que le mécanisme du cœur ne peut s'étudier d'une manière fructueuse que sur l'organe mis à nu, et qu'il est impossible d'obtenir autrement des renseignements utiles, les physiologistes et les médecins se sont jetés, à l'envi les uns des autres, dans la voie de l'expérimentation sur les animaux, en vue d'élucider cet important sujet. Seule marche rationnelle, en effet, qui eût dû, semble-t-il, amener tout le monde aux mêmes résultats; car rien ne paraît plus simple, au premier abord, que d'analyser le jeu d'un appareil qui fonctionne sous les yeux mêmes de l'observateur. Il est cependant loin d'en être ainsi; jamais question peut-être n'a fait surgir un aussi grand nombre d'opinions et d'interprétations diverses.

C'est que tous les expérimentateurs n'ont pas su se placer dans les meilleures conditions possibles pour l'observation rigoureuse des faits qu'ils voulaient mettre en évidence, soit sous le rapport du choix de leurs sujets, soit dans la pratique de leurs opérations.

Le plus grand nombre ont fait servir à leurs recherches les reptiles ou même les poissons, parce qu'on peut découvrir le cœur, chez ces animaux, sans troubler notablement le jeu de leurs organes respiratoires, et ils ont transporté leurs observations dans le domaine de la physiologie et de la pathologie humaines, jugeant du cœur d'un mammifère d'après celui d'une grenouille ou d'une anguille, sans tenir compte des différences anatomiques, sans penser que ces différences doivent nécessairement se reproduire dans l'ordre physiologique, et que, fussent-elles même de minime importance, elles n'en constitueraient pas moins un grave élément de confusion dans une analyse aussi délicate que celle des mouvements et des bruits du cœur. Aussi ces expérimentateurs ont-ils introduit dans cette analyse le trouble, l'incertitude et les malentendus dont nous voyons encore actuellement le fâcheux spectacle.

Quelques physiologistes ont substitué les oiseaux aux reptiles sans en obtenir beaucoup plus de lumières. Il existe, en effet, dans la topographie du cœur des oiseaux des dispositions particulières qui influent nécessairement sur la locomotion de l'organe; cet organe, de plus, est trop petit pour se prêter à une auscultation parfaite, et à plus forte raison à des opérations ayant pour but de rechercher l'utilité relative de telle ou telle de ses parties; enfin ses mouvements se succèdent avec une trop grande rapidité et donnent à l'œil une sensation vertigineuse qui défie l'attention la mieux soutenue.

Quand aux expériences réellement dignes de fixer l'attention des hommes sérieux, c'est-à-dire celles qui ont été faites sur les mammi-

---

Nous prêtons à Juvénal une bienveillance qu'il n'a certainement pas. Il y a dans la troisième satire, sur les embarras de Rome, un passage qui montre bien le peu de cas qu'il faisait des médecins. Il déblatère contre les Grecs qui remplissent la ville, qui sont bons à tout, qui ont tout envahi:

Ede, quid illum
Esse putes? Quemvis hominem secum attulit ad nos:
Grammaticus, rhetor, geometres, pictor, aliptes,
Augur, schœnobates, medicus, magus: omnia novit.

M. Constant Dubos a fort bien dit:

Sais-tu ce qu'est un Grec? Jamais même figure.
Que d'hommes en un seul! peintre, baigneur, augure,
Géomètre, sorcier, rhéteur, grammairien,
Médecin, acrobate, il n'ignore de rien.

Cette kyrielle d'industriels de bas étage comprend, ô honte! un médecin; le voilà confondu avec ces espèces qu'enveloppait dans son mépris le poëte courroucé; et nous n'avons rien à objecter à cet arrêt souverain, à moins toutefois que nous ne voulions voir dans ce médecin grec qu'un effronté charlatan, race éternelle qui pullule en dépit de Juvénal et de Molière, qui se moque de la sévérité des lois, qui s'enrichit toujours, car elle exploite la bêtise humaine, cette Californie aux filons inépuisables.

Voici, dans la satire sixième, un acte médical qui n'a rien de fâcheux pour nous: Un homme à marier désire une femme chaste, vertueuse:

Quid? Quod et antiquis uxor de moribus illi
Quæritur? O medici! mediam pertundite venam!

Il est fou, s'écrie Juvénal, vite un médecin! qu'on le saigne! Ouvrez-lui la veine médiane! On voit que le poëte indique avec précision le vaisseau qui doit fournir du sang, et j'en conclus que la folie, en ce temps-là, n'était pas encore traitée par des moyens moraux, lors même qu'elle n'était évidemment qu'une simple aberration de l'esprit.

Comment vous raconter une scène où l'un des plus célèbres médecins de Rome, Archigène, est appelé auprès d'une de ces femmes qui, comme le dit Boileau,

Se font des mois entiers, sur un lit effronté,
Traiter d'une visible et parfaite santé?

Sa mère est là qui lui enseigne ce rôle odieux, qui la pousse à spéculer sur ce mensonge:

Tunc corpore sano
Advocat Archigenem, onerosaque pallia jactat.
Abditus interea latet et secretus adulter,
Impatiensque moræ pavet, et præputia ducit.

J'aime à croire qu'Archigène n'a pas failli à sa mission, qu'il aura démasqué ces fourberies et chassé cet impudent coquin qui souille le gynécée de sa présence et de ses fureurs immondes. Juvénal ne le dit pas, cela est vrai,

fères eux-mêmes, ce sont les moins nombreuses; et il devait en être ainsi à cause des difficultés dont ces expériences se trouvent entourées. On ne peut effectivement ouvrir la poitrine d'un mammifère pour mettre le cœur à nu, sans s'exposer à voir bientôt l'animal périr par asphyxie, dans les douleurs les plus vives et les convulsions les plus désordonnées, à moins d'éteindre préalablement la sensibilité, et d'entretenir la respiration d'une manière artificielle, en pratiquant l'insufflation pulmonaire. C'est ce qu'ont fait, du reste, les expérimentateurs qui se sont formés en comités pour étudier la question des mouvements et des bruits du cœur, il y a déjà plusieurs années, en Angleterre d'abord, puis dans les États de l'Union américaine; et c'est ainsi qu'ils ont pu, par une série des plus remarquables travaux, jeter une grande et vive lumière sur le sujet qu'il voulait élucider.

3. — Avec l'intention bien arrêtée d'éviter tout travail de discussion pour laisser les faits parler seuls, notre route se trouvait toute tracée; nous devions marcher à la suite des physiologistes anglais, et nous inspirer de leur travaux pour instituer nos expériences dans des conditions telles que nous puissions obtenir des résultats *indiscutables*, à même d'être aisément contrôlés par tout le monde, et pour atteindre ainsi le but que nous nous proposions en nous engageant dans cette entreprise.

Ainsi donc c'est au cœur des animaux mammifères que nous avons demandé les secrets de la physiologie du cœur de l'homme; et pour étudier le jeu de cet organe, nous l'avons mis à nu après avoir anéanti la faculté motrice avec la sensibilité, en remplaçant la respiration normale par l'insufflation pulmonaire : est-ce à dire cependant que nous avons suivi servilement ou en aveugles les procédés anglais? Non sans doute; car nous n'aurions pu alors obtenir ces résultats *indiscutables* que nous avions la prétention d'evouloir produire, puisque les expériences anglaises ont pu être discutées.

La grande difficulté de l'observation des mouvements du cœur, c'est la succession trop précipitée de ces mouvements, succession si rapide, en effet, que l'œil a de la peine à saisir la durée et le synchronisme des phénomènes dont ces mouvements s'accompagnent; on est frappé, en lisant les relations des expérimentateurs, de l'espèce de *consensus* avec lequel ils signalent cette difficulté. Hâtons-nous de le dire, elle s'est présentée également aux physiologistes anglais, et ils n'ont point su l'éviter, par un choix bien entendu des sujets d'expériences et de procédés opératoires. Les animaux qu'ils ont sacrifiés étaient, en effet, trop jeunes ou de trop petite taille pour avoir les battements du cœur peu précipités, et ceux-ci se trouvaient encore accélérés par les moyens employés pour éteindre le mouvement et la sensibilité, c'est-à-dire l'assommement ou l'administration d'un poison stupéfiant.

C'est pour éviter ce grave inconvénient que nous avons pratiqué nos expériences sur le cheval adulte, dont le pouls ne donne que 35 à 40 pulsations par minute et peut même descendre au-dessous du chiffre 30 chez certaines bêtes âgées. Il est à remarquer, du reste, que cet animal se recommande encore aux expérimentateurs par un autre avantage; chez lui les côtes antérieures, celles qui répondent au péricarde, sont très-peu courbées, presque plates même, et forment, par leur face interne, un plan à peine concave sur lequel repose le cœur quand l'animal est couché de côté; en sorte que la poitrine étant ouverte, par l'ablation d'une partie de sa paroi latérale, l'agent essentiel de la circulation apparaît dans sa position et ses rapports normaux, ce qui est d'une immense importance. A cet égard, les animaux à poitrine ronde, comme les carnassiers, quoique plus rapprochés de l'homme par leur conformation, se présentent dans les conditions les plus défavorables. Nous avons dû cependant en sacrifier un certain nombre, en vue d'établir une comparaison qui nous permît de conclure plus sûrement du cheval à l'homme. C'est dans la même intention que nous avons cru devoir aussi expérimenter sur le singe.

Quant à nos procédés opératoires, ils ne diffèrent de ceux des Anglais que par le moyen mis en usage pour provoquer la paralysie. Ainsi, au lieu d'employer l'assommement ou le worara, nous nous bornons à pratiquer la section atloïdo-occipitale de la moelle, comme le faisait Legallois quand il a voulu se livrer à l'étude des respirations artificielles. Cette opération donne des résultats incomparablement supérieurs à ceux qu'on obtient avec les méthodes anglaises. Non-seulement on arrive ainsi à paralyser dans le tronc de la manière la plus parfaite le mouvement et la sensibilité; mais on respecte l'intégrité des autres actions nerveuses, dans chaque tronçon de l'axe cérébro-spinal, et l'on n'altère en rien le fonctionnement du cœur. Avec une insufflation pulmonaire bien faite, il est certainement possible de faire battre cet organe avec son rhythme normal pendant toute une journée.

Nous n'avons point à rechercher ici la nature de l'influence excitatrice qui entretient ainsi les battements du cœur dans ces circonstances artificielles. Bornons-nous à dire que ce curieux phénomène est dû à l'intégrité de la moelle, dont on sait que Legallois a fait l'agent incitateur des contractions cardiaques. Sans doute des objections graves ont été opposées à Legallois. Mais nous croyons qu'il est possible d'expliquer les faits contradictoires sur lesquels s'appuient ces objections sans renverser la théorie de cet ingénieux physiologiste. Nous espérons pouvoir bientôt venir en aide à cette théorie, et la compléter peut-être, en prouvant que la moelle n'agit sur le cœur que par son pouvoir réflexe, et que l'activité de cette propriété est mise en jeu, dans le cas spécial qui nous occupe, à l'aide des excitations développées sur la face interne de l'endocarde par le contact du sang, excitations localisées auxquelles s'en ajoutent d'autres plus générales, qui prennent naissance au sein des organes.

Quoi qu'il en soit, du reste, voici les détails de notre procédé opératoire, quand nous l'appliquons au cheval.

Nous tenons prêt un soufflet de boucher de dimensions moyennes et un tube en caoutchouc ajusté, par l'une de ses extrémités, sur un bouchon de liége assez volumineux, pour remplir la trachée du patient.

L'animal, maintenu debout, est préparé à l'avance à recevoir cette dernière pièce de l'appareil à insufflation. La trachée est donc mise à nu par une incision longitudinale pratiquée en avant du cou, et l'on y perce deux ouvertures superposées : l'une supérieure, destinée à l'introduction du bouchon qui porte le tube en caoutchouc; l'autre, inférieure, beaucoup plus petite, devant servir au passage de l'air expiré pendant la marche de la respiration artificielle.

On procède ensuite à la section de la moelle, au moyen d'un fort scalpel dont la lame est rapidement introduite entre l'atlas et l'occipi-

---

mais au moins n'accuse-t-il pas de complicité le ministre d'Esculape, ce qu'il n'eût pas manqué de faire si la vérité l'eût exigé. Le poëte qui a osé dire d'une mère :

Scilicet expectas, ut tradat mater honestos,
Atque alios mores quam quos habet? Utile porro
Filiolam turpi vetulæ producere turpem.

n'eût pas craint d'imprimer un brûlant stigmate au front d'un médecin, si haut placé qu'il fût dans l'estime de tous, et justement parce qu'il aurait joui d'une renommée plus éclatante. Donc le silence de Juvénal nous est acquis, et je passe outre, toutefois après avoir remercié les traducteurs de la discrétion qu'ils ont mise à reproduire ces pages où tant de cynisme abonde.

Voulez-vous un autre incident où le médecin est dignement apprécié? Une femme de grande maison, une Lamia, en proie à une passion furieuse pour un joueur de lyre, fait un sacrifice à Vesta, à Janus,

Cum farre et vino Janum Vestamque rogabat.
. . . . Quid faceret plus
Ægrotante viro? Medicis quid tristibus erga
Filiolum?

Juvénal est impitoyable pour cette folle qui, dans son délire absurde,

Nec turpe putavit
Pro Cithara velare caput, dictataque verba
Pertulit, ut mos est, et aperta palluit agna.

Pour un époux mourant, pour un fils bien-aimé,
Dont le mal se jouerait d'Hippocrate alarmé,
Qu'eût-elle fait de plus?

L'*Hippocrate alarmé* de M. Dubos ne me paraît que médiocrement heureux, et M. Jules Lacroix qui a traduit *medicis tristibus* par

Quand les secours de l'art deviennent superflus,

n'a pas mieux reproduit le sens réel de ce passage. Juvénal, si avare d'éloges, en adresse un au praticien attristé par la maladie d'un enfant; il a reconnu, ce terrible anatomiste du cœur humain, que l'aspect d'un mal redoutable qui sévit sur le fils de cette mère est une cause de pitié profonde, même pour le médecin habitué à la vue de ces misères, et il a rendu justice au praticien attendri. Merci donc, merci, Juvénal, pour ce bon sentiment que vous attribuez avec raison à l'homme qui gémit de l'impuissance de son art et regrette de ne pouvoir arracher à la mort ces douces victimes à qui tant d'avenir paraissait réservé! On croirait volontiers que notre poëte a voulu désigner le docteur Blache de son temps.

La médecine chez les Romains ne se tenait pas immobile dans le sactuaire, elle acceptait des alliances avec certains savants qui, dédaignant l'observation vulgaire, invoquaient des causes supérieures, occultes, et de là ce mélange de connaissances positives et de formules cabalistiques, le médecin et l'astrologue marchaient de pair, et c'est ainsi qu'à Rome, au temps de Claude et de Domitien, Thrasylle et Petosiris se partageaient la faveur pu-

tal. L'animal tombe instantanément sur le sol. On a soin de favoriser sa chute sur le côté opposé à celui par lequel on désire observer (1).

Le tube en caoutchouc est aussitôt fixé sur la trachée par une forte ligature, et l'on adapte son extrémité libre à la douille du soufflet, qu'un aide est chargé de faire manœuvrer, de manière à représenter la respiration normale du cheval. Cet aide a soin de concerter ses mouvements avec ceux d'un second qui doit boucher le trou inférieur de la trachée pendant que l'air est poussé dans le poumon, et le tenir ouvert après l'inspiration artificielle, pour permettre l'expiration.

Aussitôt l'insufflation mise en train, la paroi thoracique est découverte derrière le membre antérieur, au moyen d'une incision en T, qui intéresse les téguments et les muscles sous-jacents, puis ouverte par l'excision des trois ou quatre côtes qui répondent plus particulièrement au cœur.

Les hémorrhagies sont arrêtées au moyen du cautère actuel ou avec des ligatures; le sang épanché dans la poitrine est soigneusement épongé; le péricarde est ouvert, et le cœur apparaît alors dans les meilleures conditions possibles pour l'étude de ses mouvements.

Et en effet, l'animal ainsi préparé pour l'observation physiologique du cœur peut être regardé comme un malade atteint de paralysie générale, mais plein de vie du reste. L'hématose, ce pivot sur lequel roule la succession des autres fonctions se faisant avec régularité; le cerveau et la moelle sont excités, comme avant l'opération, par le sang rouge qu'ils reçoivent, et conservent ainsi toutes leurs propriétés. Aussi toutes les actions réflexes qui dépendent du bulbe, comme le clignement, la déglutition, etc., se développent-elles dans toute leur intensité. Aussi voit-on se produire dans les mâchoires, le globe de l'œil, les lèvres, les naseaux, les oreilles, la langue, des mouvements essentiellement volontaires, qui prouvent évidemment la conservation des propriétés cérébrales et l'intégrité de la connaissance. Aussi, enfin, l'axe nerveux médullaire continue-t-il à réfléchir sur les fibres charnues du cœur les excitations qui mettent en jeu leur contractilité, et cet organe persiste à battre avec son rhythme normal, malgré l'énorme plaie qui entame la poitrine, malgré le contact de l'air avec la surface du cœur, sources d'excitations anormales, qui viendront, il est vrai, altérer plus tard la régularité des mouvements cardiaques.

Dans les cas ordinaires, ce tableau, l'un des plus intéressants que le physiologiste puisse avoir sous les yeux, dure trois et même quatre heures, si, par des manipulations qui blessent le cœur ou l'intéressent d'une manière quelconque, on n'entrave pas la succession de ses battements.

Quand nous avons voulu étudier le mécanisme du cœur sans exposer cet organe à l'influence directe de la pression atmosphérique, il va sans dire que nous nous sommes dispensés d'entamer la paroi thoracique. Nous arrivions alors sur le cœur en pénétrant dans la cavité abdominale d'abord, au moyen d'une incision pratiquée sur la ligne blanche, en arrière de l'appendice xyphoïde, puis dans la cavité pectorale, en traversant le diaphragme. La main pouvait ainsi explorer le cœur sur presque toute sa périphérie, avec la plus grande facilité. Il fallait, il est vrai, prendre quelques précautions pour éviter l'entrée de l'air dans le thorax.

4. — Mis ainsi en possession d'un procédé expérimental infaillible, osons-nous dire, nous avons pu nous livrer à nos recherches en profitant des immenses ressources que nous offrait l'École vétérinaire de Lyon.

Il n'entre point dans nos vues d'exposer avec détail le récit de toutes nos expériences; nous grossirions notre mémoire sans augmenter son intérêt. Qu'il nous suffise de dire qu'elles sont assez nombreuses pour être concluantes, puisque, sans compter celles que nous avons entreprises à titre d'essai, ces expériences ont porté sur 26 solipèdes, 10 chiens et 1 singe, c'est-à-dire 37 sujets en tout (1). Un seul motif eût pu nous décider à adopter, contre notre gré, le plan d'exposition que nous repoussons: le désir de mettre notre bonne foi à couvert. Mais nous n'avions rien à craindre de ce côté, car nos expériences, loin d'avoir été faites à huis clos, ont eu pour témoins un nombre imposant de spectateurs compétents, qui nous serviront au besoin de garants, et parmi lesquels nous sommes heureux de compter les noms les plus honorables (2).

Nous remplacerons donc l'espèce de livre-journal qu'eussent formé les procès-verbaux de nos observations par une analyse méthodique des résultats que nous avons obtenus. Grâce à cette substitution, nous diminuerons l'aridité et la monotonie de notre mémoire, tout en lui donnant une sorte de tournure aphoristique qui nous permettra d'être brefs, et de glisser rapidement sur les choses hors de discussion.

(La suite au prochain numéro.)

(1) Depuis la rédaction de notre mémoire, nous avons modifié le premier temps de l'opération : nous préférons coucher l'animal sur une table.

(1) Ce nombre a plus que doublé depuis le moment où nous écrivions ces lignes.

(2) Nous devons citer d'une manière particulière MM. Bruîel et Lembert, dont le concours actif et l'assistance fructueuse nous ont été du plus grand secours.

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR L'EMPLOI DU DRAINAGE CHIRURGICAL DANS LE TRAITEMENT DU PHLEGMON DIFFUS; par M. CHASSAIGNAC, chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

(Suite et fin. — Voir les numéros 17, 19 et 22.)

4° PHLEGMON DIFFUS TOTAL. — De toutes les variétés du phlegmon diffus, il n'en est aucune qui soit aussi redoutable que le phlegmon diffus total. C'est le nom que nous donnons à celui dans lequel l'occupation purulente est tellement généralisée que la sécrétion concrète s'effectue dans toutes les couches du membre en même temps.

Il ne faudrait pas croire cependant que cet état pathologique fût au-dessus des ressources de l'art; mais le chirurgien qui se contenterait de taillader la surface d'un membre sans mettre à nu l'aponévrose, peut être parfaitement sûr d'une chose, c'est qu'il laissera périr son malade. On peut donc faire de cette nécessité de poursuivre tou-

---

blique avec Archigène. C'était encore de la médecine, si bizarre qu'elle fût; mais ces antiques erreurs ont-elles donc disparu à jamais, et aurions-nous bonne grâce à nous moquer de cette dame en proie aux superstitions de son temps? Elle doit entreprendre un voyage,

Non ibit pariter, numeris revocata Thrasylli.

Si elle se met en route, dès la première borne,

.... *Si prurit frictus ocelli*
Angulus, inspecta Genesi, collyria poscit.

Elle s'est frotté l'œil, de là quelque prurit.
Vite, dans la Genèse, elle cherche un collyre.

Pareil travers est-il donc si rare de nos jours, et ne voyons-nous pas à chaque instant ces chercheurs de recettes, ces prôneurs de drogues, et cela non pas parmi la foule ignorante, mais au sein de la société choisie? Ces folies sont de tous les temps: le monde a beau vieillir, il n'en devient pas plus sage. Enfin cette femme dont se moque si âprement notre Juvénal:

Ægra licet jaceat, capiendo nulla videtur
Aptior hora cibo, nisi quam dederit Petosiris.

La voilà malade, au lit, elle se plaint, elle soupire, mais

N'importe, elle mourra plutôt que de changer
L'heure où Pétosiris ordonne de manger.

Cette foi robuste aux prescriptions d'un jongleur est rarement accordée aux sages conseils d'un praticien honnête et instruit; autrefois comme aujourd'hui,

L'homme est de glace aux vérités,
Il est de feu pour le mensonge.

Terminons cette revue par deux vers de la 13e satire :

Curentur dubii medicis majoribus ægri :
Tu venam vel discipulo committe Philippi.

Cela veut dire tout simplement que les gens très-malades doivent s'adresser aux médecins les plus renommés, tandis que toi, tu n'as besoin que d'un simple élève de Philippe, d'un carabin. Nos deux traducteurs patentés ont hasardé des périphrases inadmissibles, et dont je ne veux pas surcharger ce travail déjà si long.

Remarquons que Philippe, médecin des plus estimés, a un disciple qui fait sa petite chirurgie; ce qui constitue un trait de mœurs bon à noter. Mais Archigène est toujours le premier dans l'estime de Juvénal; c'est toujours lui qu'il cite dans les cas graves. Ainsi nous le voyons paraître quand Ladas, ce dépositaire infidèle, préfère tous les maux à la restitution de l'argent qu'on lui a confié (satire XIII) :

..... *Pauper locupletem optare podagram*
Nec dubitet Ladas, si non eget Anticyra, nec
Archigene.

jours les incisions jusqu'au contact de cette aponévrose et jusqu'à son examen approfondi, une espèce de loi du débridement des phlegmons diffus. Nous avons eu à l'hôpital Saint-Antoine un cas extrêmement remarquable de phlegmon diffus total.

Obs. VIII. — Le sujet était un jeune soldat en congé. On l'amène à l'hôpital dans l'état où se trouvent les individus arrivés presque à la période ultime d'une fièvre typhoïde : subdélirium, marmottement, dents fuligineuses, langue sèche, expression typhoïde du facies, tuméfaction du membre inférieur gauche jusqu'au-dessus de la partie moyenne de la cuisse.

Je répartis sur la longueur de ce membre, mais particulièrement aux régions antérieure externe et postérieure, sept ou huit incisions de trois à quatre travers de doigt de longueur chacune. Arrivé jusqu'à l'aponévrose, en ayant soin de faire éponger après chaque coup de bistouri, je reconnais une couleur jaune verdâtre qui m'indique la présence du pus sous l'aponévrose. Car il faut bien remarquer une chose dont on serait loin d'avoir l'idée *à priori*, c'est que la présence du pus dans le tissu cellulaux qui enveloppe par contact direct l'aponévrose n'altère pas la couleur de celle-ci, tandis que le pus renfermé à l'intérieur de la gaîne aponévrotique, la colore invariablement en jaune ou en vert, et c'est ce qui nous fait dire que, *dans le phlegmon diffus, les aponévroses ne se teignent pas par dehors, mais par dedans.*

Je procédai alors à des débridements aponévrotiques, et il me fut possible de racler avec le bistouri la surface des fibres charnues, de manière à détacher du pus concret. De plus, les incisions faites à l'aponévrose subirent de petits débridements latéraux auxquels j'attache, en pareil cas, beaucoup d'importance.

Je croyais, je l'avoue, qu'un pareil état de choses, tant général que local, était incompatible avec la conservation de la vie, et je supposais que quelque large que fût le débridement aponévrotique, du moment que l'infiltration concrète existait au sein des interstices musculaires, le pus aurait toujours plus de tendance à envahir jusqu'aux moindres espaces interfibrillaires qu'à s'échapper au dehors.

Malgré la conscience d'un insuccès presque assuré, j'établis dans chaque incision un système de douches lancées avec force. J'eus recours à des pressions expulsives, à des changements d'attitude, en un mot, à tous les artifices que suggère au chirurgien l'idée de déterger des foyers anfractueux, et je parvins, au bout de quelques mois, à guérir complétement ce malade, qui a été revu depuis par plusieurs chirurgiens militaires, et qui a pu rentrer sous les drapeaux.

Ce fait est d'autant plus remarquable à mes yeux qu'il m'a éclairé sur plusieurs points importants, relatifs, non-seulement à l'histoire anatomique du phlegmon diffus, mais encore à la convalescence de cette affection : 1° Il m'a donné la mesure de ce qu'on pouvait attendre d'une intervention chirurgicale énergique et rapide dans les cas de phlegmon diffus les plus graves; 2° c'est lui qui m'a fait voir que quand deux incisions parallèles ne sont pas suffisamment distantes, la lanière de peau comprise entre elles est frappée de mortification; 3° enfin il m'a fourni des enseignements précieux sur la convalescence des phlegmons diffus les plus graves.

A ce sujet, je dois entrer dans des détails qui forment, pour ainsi dire, une seconde observation complément de la précédente. Mais le lecteur me les pardonnera en raison de l'intérêt qui s'attache au point de vue essentiellement pratique que nous avons à lui soumettre.

Pendant les périodes aiguës de l'affection, une portion assez considérable de la peau du jarret fut frappée de sphacèle. Il y en avait à peu près la largeur de trois travers de doigt.

Lorsque les périodes dangereuses furent franchies et que le travail de cicatrisation fut en pleine activité, je prévoyais bien que le tissu cicatriciel qui allait réparer la perte de substance de la peau du jarret, amènerait une rétraction de la jambe sur la cuisse. Je m'attachai donc à combattre de bonne heure cette tendance et à ne laisser le travail cicatriciel se compléter qu'autant que le membre serait maintenu dans l'état d'extension. J'y parvins au moyen d'une gouttière métallique dans laquelle je fis placer le membre. Le malade guérit dans cette attitude. Il sortit de l'hôpital marchant encore avec des béquilles, mais ne présentant aucune rétraction.

Je croyais donc mon but complétement atteint; mais, au bout de quelques mois, cet homme revint avec une rétraction anguleuse très-prononcée et une énorme corde inodulaire occupant longitudinalement le creux du jarret. La dureté de ce tissu me paraissait de nature à supporter des tractions énergiques, et ne sachant point encore, comme je le sais aujourd'hui, quelle est la friabilité du tissu inodulaire en apparence le plus dur, quand il n'est pas encore très-éloigné de son origine, je me mis en devoir d'étendre par la force cette cicatrice vicieuse. Le malade est assoupi au chloroforme. Un infirmier place le talon du membre rétracté sur son épaule, pendant qu'avec les deux mains il presse sur la rotule de manière à ouvrir l'angle poplité. A peine cette manœuvre avait-elle commencé, que la cicatrice se rompt brusquement, et avec elle des tendons, rendus sans doute friables par le travail inflammatoire qui avait persisté dans les entourages de la cicatrice. Un lambeau se détache par une de ses extrémités, et pend dans le creux du jarret, comme s'il eût été irrégulièrement découpé par un instrument tranchant. Un effort de plus, et l'artère poplitée participait à la déchirure des parties superficielles. Cette tentative fut arrêtée à temps. Le pansement par occlusion fut aussitôt appliqué; aucun accident n'eut lieu; mais la rétraction de la jambe persista au même degré, et je dois avouer qu'effrayé par le spectacle que j'avais sous les yeux, je n'eus pas le courage de tirer parti de l'extension qui venait d'être faite, me trouvant fort heureux d'obtenir la cicatrisation pure et simple de l'énorme plaie qui avait été produite.

Je croyais donc ce malade voué à une rétraction définitive et incurable de la jambe, lorsque j'appris, sept ou huit mois après, par le général Dulac, qu'un jeune soldat, qui disait avoir été soigné par moi pour une maladie très-grave, était au Val-de-Grâce, soumis depuis quelque temps à un traitement par lequel on était parvenu à redresser sa jambe, et qu'aujourd'hui cet homme était valide et appelé à reprendre son service. Je suppose qu'on est arrivé par l'extension lente et graduée à rétablir la direction du membre. Toujours est-il que ce malade est revenu voir la sœur de l'hôpital, et qu'il ne présentait ni rétraction ni claudication.

Diagnostic du phlegmon diffus. — D'après la manière dont nous avons envisagé le phlegmon diffus, il n'y a pour nous de diagnostic absolument certain de cette affection que celui qui s'obtient par le secours d'une incision faite jusqu'à l'aponévrose. Comment pourrait-on déduire de quelques nuances dans les degrés de la rougeur, dans la trace que laisse le doigt au milieu des parties œdématiées, dans la chaleur ou la sensibilité morbide, les caractères différentiels d'un véritable phlegmon diffus et d'un érysipèle œdémateux?

C'est encore de l'incision et de l'incision seule que doit être attendue la détermination de l'espèce de plegmon diffus à laquelle on a affaire.

Celui-là est le médecin par excellence; il était l'ami de Juvénal, de Galien; ses travaux le désignaient à la confiance de tous les malades, et l'on peut voir par les fragments conservés dans l'œuvre d'Aétius combien il avait ajouté aux connaissances médicales de son temps. C'est donc un grand honneur pour Archigène, un grand honneur pour la médecine romaine que d'avoir mérité cette inscription favorable sur un monument où la Némésis vengeresse attache au poteau d'infamie tant de noms si justement méprisés. Juvénal, qui punit toujours, a trouvé un homme, un médecin, digne de ses respects, de son estime, Archigène (je ne parle pas de Philippe dont il ne cite que le nom) a eu la gloire de contraindre à une louange cette plume habituée aux invectives les plus sanglantes, et c'est par là que je veux finir.

Boileau, qui ne gâte pas son prochain, n'a mis dans ses œuvres qu'un seul nom de médecin, et il ne l'a pas critiqué; c'est celui de Guénean, dignement porté de nos jours par les descendants de ce praticien si justement estimé sous Louis XIV.

P. Menière.

— Par décret du 31 mai, l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon est réorganisée de la manière suivante, à partir du 1er janvier 1857 :

L'enseignement comprendra : 1° l'anatomie et la physiologie; 2° la pathologie externe et médecine opératoire; 3° la clinique externe; 4° la pathologie interne; 5° la clinique interne; 6° les accouchements, maladies des femmes et des enfants; 7° la matière médicale et thérapeutique; 8° la pharmacie et les notions de toxicologie.

Ces chaires seront confiées à huit professeurs titulaires.

Le nombre des professeurs adjoints, de ladite école, est fixé à trois, qui seront attachés à la chaire d'anatomie et physiologie, à la chaire de clinique externe et à la chaire de clinique interne.

Le nombre des professeurs suppléants est de quatre, qui seront attachés aux chaires de médecine proprement dite, aux chaires de chirurgie et d'accouchements, à la chaire d'anatomie et physiologie, aux chaires de matière médicale, thérapeutique, pharmacie et toxicologie.

Il est également attaché à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon : un chef des travaux anatomiques, un prosecteur, un préparateur de chimie et de toxicologie.

— M. le docteur Vleminckx, inspecteur du service de santé de l'armée belge, vient de recevoir du roi de Danemarck, la croix de commandeur de l'ordre de Danebrog. C'est la récompense des services importants rendus par M. Vleminckx à l'armée du Danemarck, à l'occasion d'une épidémie d'ophthalmie.

— Il vient de paraître à Madrid un nouveau journal sous le nom de l'Emancipation médicale.

En effet, le phlegmon panniculaire est diagnostiqué d'emblée par la section, même la moins profonde, de la peau et de son coussinet graisseux; le phlegmon par nappe purulente se reconnaît au moyen de la division complète du tégument et de sa doublure adipeuse, division qui met à nu le tissu cellulaire siége de la nappe purulente.

Nous avons dit à quel caractère important de la coloration des aponévroses s'appréciait le phlegmon sous-aponévrotique; et quant au phlegmon total, les incisions qui ont servi à faire découvrir chacun des trois éléments dont, en définitive, il se compose, ne sont-elles pas le meilleur et l'unique moyen d'arriver à un diagnostic précis en pareil cas?

En tant qu'il s'agirait de différencier le phlegmon diffus de la phlébite et de l'angioleucite, nous croirions faire injure aux pathologistes de notre époque que de leur rappeler ici, même sommairement, les caractères propres à deux affections aujourd'hui si bien connues et si savamment décrites.

Traitement du phlegmon diffus, considéré en général. — D'après les idées que nous avons émises sur le phlegmon diffus, le traitement repose avant tout sur une indication fondamentale, celle des incisions longues, multipliées, pénétrant jusqu'à l'aponévrose, dans tous les cas sans exception, et divisant cette dernière quand on la trouve altérée dans sa couleur.

Toutes les autres méthodes de traitement ne nous paraissent avoir dû leur efficacité qu'à ce qu'elles avaient été employées dans des cas qui n'étaient pas de véritables phlegmons diffus. Il est assurément très-difficile de prouver à un chirurgien expérimenté, quand il croit avoir guéri un phlegmon diffus par les émissions sanguines, la position, les mercuriaux, la compression, etc., que ce n'est pas à un phlegmon diffus qu'il avait affaire; mais on nous accordera qu'il ne lui serait pas moins difficile d'établir qu'en l'absence des moyens qu'il a employés, l'affection eût fatalement suivi la marche du phlegmon diffus, qu'elle eût amené les vastes productions purulentes, les sphacèles du tissu cellulaire, les larges décollements de peau, les infiltrations, etc., et que c'est à l'énergie du traitement employé qu'il faut attribuer l'avortement de tous ces accidents. Nous serions donc ici sur le terrain des appréciations contradictoires, des prévisions plus ou moins hypothétiques sur ce que serait devenue telle ou telle affection qui s'annonçait avec les apparences du phlegmon diffus. Qu'il nous suffise à cet égard d'avoir signalé le côté controversable de cette question, d'avoir établi antécédemment, d'une manière positive, que certaines phlegmasies du tissu cellulaire pouvaient se présenter sous l'aspect de phlegmon diffus commençant, et combien, dans des cas de ce genre, la méprise est facile.

Nous avons dit que la règle première de l'incision destinée à combattre le phlegmon diffus, c'est que cette incision atteigne toujours jusqu'à l'aponévrose musculaire exclusivement; et c'est même là un des motifs pour lesquels je m'attache toujours à faire la première incision sur le point où l'aponévrose du membre offre le plus d'épaisseur.

Voici sur quoi se fonde ce principe: d'abord, il n'y a pour nous d'exploration complète et de diagnostic positif d'un phlegmon diffus qu'autant que la surface de l'aponévrose a été mise à nu. En effet, en vain vous auriez divisé la presque totalité d'un pannicule celluloraisseux très-épais, que vous pourriez ignorer encore complétement qu'il existe chez le malade actuellement soumis à votre observation, la variété du phlegmon diffus, par nappe purulente, et à plus forte raison devriez-vous méconnaître l'existence de celui qui siégerait au-dessous de l'aponévrose. C'est même là ce qui, dans certains cas, inspire à quelques chirurgiens une sécurité funeste pour le malade; ils croient que, parce qu'ils ont largement incisé la peau, entamé profondément le tissu cellulaire, tout ce qui est nécessaire pour le succès du traitement a été fait, et ils ne s'aperçoivent pas que la nappe purulente non encore atteinte va propager ses ravages même au-dessous de leurs incisions dans le tissu cellulaire lâche qui existe à la surface des aponévroses d'enveloppe.

Si nous n'insistons pas sur les autres particularités du traitement, c'est parce que nous les considérons comme étant suffisamment établies et depuis longtemps dans la pratique de tous les chirurgiens; mais il est un point sur lequel nous devons nous arrêter quelques instants d'une manière particulière: nous voulons parler des douches détersives au moyen desquelles on débarrasse une et deux fois par jour le champ des incisions des produits qui s'y accumulent et qui s'opposent à la libre issue de la suppuration. Le pus lui-même, à cause de sa qualité concrète, les lambeaux sphacélés de tissu cellulaire, le sang, les sécrétions comme glutineuses qui existent en pareil cas, tels sont les corps dont il faut assidûment provoquer l'expulsion, si l'on veut tirer des incisions faites toute l'utilité qu'on est en droit d'en attendre.

Ce serait une erreur très-préjudiciable dans la pratique que de croire qu'il a suffi de débrider largement et même jusqu'à l'aponévrose, et qu'on puisse se contenter de recouvrir ces incisions par des cataplasmes et d'abandonner à lui-même le travail de la nature. Il y a ici une double nécessité qu'on doit bien comprendre: il faut d'abord se mettre en garde contre la tendance à l'infiltration qui persiste et continue ses ravages, même en dépit des incisions les mieux faites; il faut encore après avoir ouvert une issue, y appeler par les moyens spéciaux du drainage les produits à l'élimination desquels elle est destinée.

Une autre considération non moins importante, c'est celle d'abréger la marche de la maladie.

Il est rare, dans le cours des affections médicales ou chirurgicales, que le traitement employé ait le pouvoir de hâter la succession des périodes dont elles se composent. Les actes pathologiques ont une durée pour ainsi dire nécessaire. Ce n'est pas sur le temps dévolu à chacune de leurs périodes que la thérapeutique peut avoir de la prise; elle en a sur l'intensité des phénomènes, et encore cela n'a pas toujours lieu; mais quant à l'acte pathologique en lui-même, elle ne peut ni en intervertir les périodes, ni en diminuer la durée. Ceci ne s'applique pas aux affections qui, comme le phlegmon diffus, se composent d'une série d'envahissements en quelque sorte subintrants: nous entendons par là ces affections dans lesquelles une première invasion est bientôt suivie d'une seconde, puis d'une troisième avant que la première n'ait parcouru toutes ses phases.

D'un autre côté, les maladies qui sont compliquées ou entretenues par le fait de la présence d'un corps étranger ont un élément de durée excessivement variable et qui tient en grande partie à l'absence ou à la persistance du corps étranger.

Le phlegmon diffus est dans ce cas.

Suivant que l'on facilite ou que l'on abandonne à elle-même l'expulsion des produits morbides, on active ou l'on retarde la succession des périodes. Or devancer les événements en pareille circonstance, c'est assurer le succès du traitement, car ce n'est pas impunément que des produits voués à une décomposition incessante séjournent quelques jours ou seulement quelques heures de plus dans les tissus.

Que la surface interne de la peau ou la surface externe des aponévroses soit en rapport avec des matières septiques, elle pourra supporter ce contact, non pas impunément, mais pendant quelque temps; la durée de ce contact dépasse-t-elle une certaine limite, aussitôt surviennent des altérations proportionnelles à la prolongation de cet état. Ce sera ou un travail ulcératif ou un travail de résorption putride, mais ce sera, à coup sûr, quelque chose de toujours nuisible. Nous disons donc que certaines abréviations réalisables par les procédés de l'art peuvent devenir pour les malades une cause de salut. Nous sommes parfaitement sûr que chez des vieillards cachectiques, épuisés soit par la nature, soit par l'excès de leurs travaux habituels, nous sommes parvenu, grâce à la rapidité du traitement, à prévenir une issue fatale.

On a évité ainsi de faire supporter aux efforts vitaux ce qu'aurait exigé le cours d'une pareille affection, nous ne disons pas abandonnée à elle-même, mais traitée, en tant que nombre et étendue des incisions, moins énergiquement que nous ne l'avons fait. Chez un amidonnier atteint de phlegmon par nappe purulente et chez un vieillard présentant un phlegmon diffus panniculaire, nous avons la certitude d'avoir réussi, par cette initiative vigoureuse, à conjurer les chances d'une ruine presque inévitable.

Dans le cas où le phlegmon diffus, après avoir envahi tout un membre, menace d'atteindre des portions plus ou moins considérables du tronc, l'amputation faite à propos et dans l'article peut seule sauver la vie du malade. Ces cas d'amputation faite avec succès en pareille circonstance sont rares parce que la plupart du temps, quand les désordres locaux ont atteint de si grandes proportions, l'état général du sujet est devenu tellement grave, que la conservation de la vie est à peu près impossible. Nous avons toutefois à citer une observation de désarticulation de l'épaule pratiquée avec succès pour un cas de phlegmon diffus, et le fait en lui-même est d'autant plus remarquable que l'infiltration purulente atteignait déjà les régions sur lesquelles l'opération a dû être exécutée. Voici cette observation:

PHLEGMON DIFFUS; DÉSARTICULATION DU BRAS GAUCHE; GUÉRISON.

OBS. IX. — Entré le 23 août 1849 à l'hôpital Saint-Antoine, le nommé Dijon (Charles), âgé de 51 ans, ébéniste, bonne constitution, santé habituellement bonne, a été renversé à dix heures du soir par un omnibus. Le malade ne

peut guère donner de renseignements sur la manière dont cet accident lui est arrivé; ce qu'il peut dire, c'est qu'il a été foulé sous les pieds des chevaux. A son entrée à l'hôpital, une heure après l'accident, il n'était pas ivre.

On constate, à quatre travers de doigt de l'articulation huméro-cubitale, une plaie contuse, avec décollement de la peau dans toute la circonférence du membre; contusion profonde au niveau de l'articulation du coude, sur tout à la face postérieure; vaste épanchement sanguin sous-olécrânien; pas de signe de lésions osseuse; saillie à quatre travers de doigt au-dessus de l'olécrâne, formée par l'extrémité inférieure du corps charnu du triceps, qui a été divisé à trois travers de doigt au-dessus de l'articulation; à la face externe du membre une plaie contuse ne paraissant intéresser que la peau.

24. Légère tension du membre; pas de fièvre.

25. La main, l'avant-bras et la face interne du bras présentent un état de tension très-marquée. (Diète, 30 sangsues à la partie interne du coude, 15 dans l'aisselle.)

26. L'inflammation a fait de nouveaux progrès. (30 sangsues à l'aisselle.)

27. Tension considérable de tout le membre; pas d'accidents généraux. (30 sangsues.) Escarre assez considérable à la partie externe du bras; larges incisions; le pus s'écoule en abondance.

29. L'escarre fait de nouveaux progrès; large décollement de la peau; douleur très-vive; le gonflement phlegmoneux avec teinte érysipélateuse a envahi l'épaule.

30. La rongeur dépasse en arrière le bord interne et la pointe de l'omoplate; le bras est complétement infiltré de pus, malgré les larges incisions qui ont été faites.

31. La mortification fait de nouveaux progrès; les tissus malades sont un peu moins tendus.

1er septembre. Voyant l'envahissement du phlegmon diffus par delà l'omoplate (il y avait déjà de l'œdème jusque dans la région lombaire), considérant, d'un autre côté, que si le malade résistait, contre toute vraisemblance, aux accidents actuels, il succomberait inévitablement par suite d'une suppuration abondante et prolongée, je me décidai à faire la désarticulation du bras dans l'épaule, et le malade étant soumis au chloroforme, je pratiquai l'opération par le procédé de Lisfranc.

Je crois pouvoir dire que dans les cas où l'on a besoin de compter sur un dégorgement rapide et abondant des tissus qui environnent l'épaule, il n'est peut-être pas de procédé qui satisfasse aussi bien que celui-là à cette indication.

D'après ce que nous avons dit de l'état des parties, il est évident que les lambeaux furent nécessairement taillés dans des parties malades, enflammées, érysipélateuses et présentant quelques points en suppuration. Néanmoins le pansement à la cuirasse de sparadrap fut appliqué, ainsi que quelques points de suture entortillée, pour faire tenir les lambeaux l'un contre l'autre; mais seulement à la partie supérieure de la plaie.

Examen du membre malade. — La peau est sphacélée dans une assez grande étendue; les muscles de l'avant-bras sont intacts; les muscles de la partie antérieure du bras sont contus; le triceps est complétement broyé au-dessus de l'olécrâne. La partie inférieure du triceps communique avec l'articulation du coude qui contient environ une cuillerée de pus; les ligaments sont ramollis. L'existence d'une collection purulente dans l'articulation du coude, collection dont la présence ne m'était pas connue, il est vrai, au moment où je me décidai à opérer, est un argument de plus en faveur de l'amputation du bras.

1er septembre au soir. Le malade a un peu reposé; soif excessive; pouls à 75. (Alcoolature d'aconit, 2 grammes; limonade, 2 pots; diète.)

2, 3 et 4. Pas d'accidents généraux; légère augmentation du pouls le soir; soif moins vive. Chaque jour le pansement externe est renouvelé, mais la plaie d'amputation n'est pas mise à découvert. Les quatre premiers jours l'issue des fluides fournis par le plaie était tellement abondante que, malgré une masse énorme de charpie et de compresses, le lit du malade était fortement imprégné de sérosités sanguinolentes.

8. Le huitième jour depuis l'opération, la plaie mise à nu présente un très-bon aspect; la suppuration qui se trouve sous la cuirasse est peu abondante et de bonne nature; le pouls est normal. A peine y a-t-il eu de la fièvre traumatique; car on n'a pu constater aucun symptôme de réaction fébrile bien marquée. Dès le surlendemain de l'opération, le malade avait repris de l'appétit, quoiqu'il eût une soif assez vive. (On continue l'acouit, une portion et deux potages.)

17. Le malade va bien. (Même prescription.)

24. Il y a réunion de la plaie dans sa moitié supérieure; il s'écoule deux cuillerées de pus de bonne nature.

31. Le malade va très-bien, tout annonce une guérison prochaine.

Par toutes les méthodes de traitement autres que les incisions multiples, on n'a de prise que sur ce que j'appelle l'engorgement concomitant. J'admets qu'on modifie très-bien cet engorgement par les sangsues, les scarifications, les frictions mercurielles, la compression, la position, etc.; mais on n'agit pas sur l'élément essentiel et grave de la maladie.

Je terminerai ce travail par l'énoncé des conclusions dans lesquelles j'ai résumé mes principales idées sur le phlegmon diffus.

CONCLUSIONS.

1° L'étude anatomique des périodes initiales du phlegmon diffus ne peut se faire que dans les conditions suivantes :

Ou bien lorsqu'on a l'occasion de faire l'autopsie, la lésion locale étant encore à son début, ou bien au moyen d'incisions faites de très-bonne heure dans un but tout à la fois diagnostique et thérapeutique, et dont on étudie attentivement les coupes en s'aidant du lavage et de l'éponge.

2° Dans le phlegmon diffus, l'aponévrose ne perd pas sa couleur normale, tant que le pus est à sa surface externe; mais toutes les fois qu'il s'est formé du pus dans les parties que recouvre l'aponévrose, celle-ci prend une teinte jaune verdâtre. On peut dire que les aponévroses *se teignent pathologiquement du dedans au dehors et non du dehors au dedans.*

3° On peut admettre quatre variétés de phlegmon diffus : 1° le phlegmon diffus par nappe purulente; 2° le phlegmon diffus panniculaire; 3° le phlegmon diffus sous-aponévrotique; 4° le phlegmon diffus total.

Dans la variété *panniculaire*, le pus réside exclusivement dans les mailles du tissu cellulo-adipeux qui double la peau.

Dans la variété dite par *nappe purulente*, une formation de pus concret occupe la couche du tissu cellulaire séreux extérieur aux aponévroses.

Le phlegmon diffus *sous-aponévrotique* présente le pus exclusivement renfermé dans les gaines musculaires.

Le phlegmon diffus *total* consiste dans une infiltration purulente simultanée de toutes les couches du membre.

4° Dans le diagnostic du phlegmon diffus, il faut s'attacher à bien saisir les caractères qui le distinguent de trois affections avec lesquelles il est susceptible d'être confondu; ce sont: 1° l'érysipèle œdémateux; 2° le phlegmon par diffusion; 3° l'œdème douloureux.

5° Le phlegmon diffus se différencie du *phlegmon par diffusion* à l'aide des caractères suivants :

A. Dans le phlegmon diffus, l'invasion purulente est simultanée sur un grand nombre de points. Dans le phlegmon par diffusion, elle est successive;

B. Dans le phlegmon diffus, rien de plus fréquent que le sphacèle du tissu cellulaire. Rien de plus rare dans le phlegmon par diffusion;

C. Dans le phlegmon diffus, on observe souvent l'état concret du pus. Celui-ci est toujours liquide dans le phlegmon par diffusion;

D. Une seule incision suffit souvent pour le traitement du phlegmon par diffusion. Il faut toujours des incisions multiples dans le véritable phlegmon diffus;

E. Le décollement de la peau est habituellement beaucoup plus étendu dans le phlegmon diffus.

6° Le diagnostic du phlegmon diffus dans sa première période n'est à l'abri de toute contestation que quand on a constaté par incision l'état de la couche celluleuse sous-panniculaire et celui de l'aponévrose d'enveloppe.

7° Lorsqu'à la suite du phlegmon diffus la déperdition d'une portion de peau donne lieu à la formation de cordes inodulaires, on ne doit pas les allonger, lorsqu'elles sont encore de date récente.

8° Les exemples de guérison de phlegmon diffus sans le secours d'aucune incision peuvent être considérés comme se rapportant à des cas de pseudo-phlegmon diffus.

9° Dans le phlegmon diffus, on doit répartir sur toute l'étendue des couches envahies, les incisions évacuatives. On doit de plus atteindre et dépasser les limites actuelles de l'infiltration purulente. (Incisions limitatives ou préventives.)

10° Toutes les fois que deux incisions sont parallèles, il ne faut jamais les faire à une distance moindre que celle de deux travers de doigt.

11° Quand le phlegmon est sous-aponévrotique, on ne peut assurer le libre écoulement du pus qu'en pratiquant des débridements latéraux sur les deux lèvres de l'incision faite à l'aponévrose.

12° Dans le cas où le phlegmon diffus, après avoir envahi tout un membre, menace d'atteindre des portions plus ou moins considérables du tronc, l'amputation faite à propos et dans l'article, peut seule sauver la vie du malade.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS

(Suite.)

III. JOURNAL FUR KINDERKRANKHEITEN ;

Publié par les docteurs BEHREND et HILDEBRAND.

Les trois premiers cahiers doubles de 1855 (de janvier à juillet) contiennent les mémoires originaux dont voici les titres : 1° *Sur le lait de la mère et sur celui des nourrices comme aliment de l'enfant bien portant et de l'enfant malade*; par le docteur Ploss. (Travail d'érudition contenant le résumé des recherches les plus récentes sur la sécrétion du lait, sa composition et les meilleurs conditions de l'allaitement.) 2° *Fragments sur la médecine des enfants*; par M. C. A. Tott. (Ces fragments se composent de cinq mémoires sur une épidémie de parotides observée par l'auteur, sur l'hydrocéphale aiguë et chronique, sur la fièvre hectique chez les enfants, sur une diarrhée bilieuse qui a régné épidémiquement chez les enfants pendant l'été de 1854 et sur la rougeole.) 3° *Quelques remarques sur la rougeole ou rubéole;* par le docteur Paasch. (Considérations sur les affinités qui peuvent exister entre la rougeole et la scarlatine; distinction de ces deux maladies d'après une épidémie observée en 1854.) 4° *Sur l'insufflation de l'air dans les poumons des enfants nouveau-nés*; par le docteur Küster. (L'auteur signale les inconvénients de ce procédé et conclut à ce qu'il soit banni de la pratique; il dit qu'il ne l'a jamais vu réussir pendant une pratique de seize ans. — Il nous semble difficile de faire admettre cette conclusion absolue; quand il s'agit de rappeler un enfant à la vie, on ne doit négliger aucun des moyens qui peuvent faire arriver à ce résultat, ces moyens eussent-ils des inconvénients.) 5° *Remarques sur le croup, sa nature et son traitement et surtout sur l'opportunité du sulfate de cuivre contre cette affection*; par le docteur Hoenerkopff. 6° *Sur l'anémie dans le jeune âge*; par le professeur Mauthner. (Suite.) 7° *Leçons sur les anomalies du cœur, faites à l'hôpital Saint-Thomas*; par le docteur Thomas B. Peacock. (Article reproduit du LONDON MEDICAL TIMES.) 8° *Sur l'alimentation des enfants sevrés ou de ceux qu'on prépare au sevrage*; par le docteur Gumprecht. 9° *Nécropsies faites à l'hôpital des Enfants de Francfort-sur-le-Mein*; par le docteur Fr. Stiebel jeune. (Suite.)

REMARQUES SUR LE CROUP, SA NATURE ET SON TRAITEMENT ET SURTOUT SUR LES AVANTAGES DE L'EMPLOI DU SULFATE DE CUIVRE DANS CETTE MALADIE ; par le docteur HOENERKOPFF.

Les monographies, les observations, les remarques de toute espèce sur la nature et sur le traitement du croup, abondent dans les journaux, et cependant on est encore loin de tomber d'accord sur les principales questions relatives à cette redoutable affection. Le travail du docteur Hoenerkopff offre de l'intérêt par la manière dont il l'envisage et par l'analyse qu'il donne des principaux symptômes de la maladie et des effets du traitement. Pour lui le croup est un spasme et non une inflammation; l'exsudation couenneuse n'est pas une condition nécessaire pour le caractériser; la plupart des cas observés par lui, et même des cas mortels, n'étaient pas accompagnés de fausses membranes. On comprend que la négation de ce caractère pathologique qu'un grand nombre de médecins regardent, au contraire, comme pathognomonique, est de nature à soulever des objections sur la valeur des cas traités par l'auteur et peut très-bien expliquer les succès de son traitement. D'un autre côté, les doses élevées de sulfate de cuivre qui ont été administrées avec succès montrent l'innocuité de cette substance, dont bon nombre de praticiens redoutent l'action toxique L'auteur a employé le sulfate de cuivre dans 90 cas, sur lesquels il y a eu 77 guérisons; il l'a continué pendant six à huit jours chez plusieurs enfants, et même pendant vingt-quatre jours; dans un cas, il a porté la dose jusqu'à 2 grammes (40 grains) par jour. Il a renoncé aux émissions sanguines et aux autres médicaments pour se borner au seul sulfate de cuivre. Il fait préparer une solution de 6 à 8 grains sur une once d'eau distillée, et fait prendre une cuillerée à café ou une demi-cuillerée à bouche, voire même une cuillerée à bouche entière de cette substance, suivant la facilité du vomissement. Plus la maladie est violente, plus les doses doivent être rapprochées. Au début, elles sont administrées toutes les dix ou quinze minutes. Ce traitement a pour résultat immédiat de diminuer la toux et de rendre la respiration plus facile. Quand on a remarqué une amélioration réelle, on éloigne les doses de manière à ne les donner que toutes les vingt ou trente minutes; il est prudent de ne pas supprimer entièrement le remède, même quand tous les signes du croup ont disparu; on le donne encore de deux en deux heures pendant une journée. Cependant le sulfate de cuivre ne réussit pas toujours, quelquefois il reste sans effet sur l'estomac et ne produit pas de vomissement; alors, dit l'auteur, il faut recourir aux affusions froides, à la trachéotomie ou au musc. Il cite un cas remarquable emprunté à la dissertation inaugurale de Stubenrauch, dans lequel le musc rendit les plus grands services. Les affusions lui ont réussi une fois dans un cas désespéré.

En résumé, d'après la manière dont l'auteur envisage le croup et d'après cette circonstance que sur les 90 cas observés par lui, 10 à peine étaient accompagnés de fausses membranes, il est difficile de déduire des conclusions réelles sur l'efficacité du sulfate de cuivre; toutefois on peut le regarder comme un des meilleurs agents thérapeutiques à employer contre cette maladie.

SUR L'ALIMENTATION DES ENFANTS PENDANT LE SEVRAGE; par le docteur J. GUMPRECHT (de Hambourg).

L'auteur rappelle qu'il a fait connaître, il y a quelques années, les bons effets du suc exprimé de carottes mélangé à des substances féculentes pour les enfants qu'on prépare au sevrage, comme pour ceux qui sont déjà sevrés. Cependant cette nourriture, très-convenable dans la plupart des cas, n'est pas toujours supportée par les enfants sujets aux diarrhées et chez lesquels la digestion est en souffrance. Les résidus des substances amylacées fatiguent souvent les voies digestives en séjournant dans l'intestin. Pour éviter ce dernier inconvénient, l'auteur conseille de ne jamais employer que des fécules torréfiées, attendu que la torréfaction détruit la partie insoluble de la fécule. De plus, il fait remarquer avec justesse que les aliments doivent renfermer une certaine quantité d'albumine, et il s'élève, avec le professeur Wendt, contre le préjugé qui s'oppose à ce qu'on fasse prendre du bouillon aux enfants qui n'ont pas encore un an. Une nourriture animale est d'autant plus nécessaire aux enfants délicats que la viande est plus facile à digérer et plus assimilable que les substances végétales. D'après ces considérations, l'auteur conseille de prendre de la chair de bœuf crue, du meilleur filet, de la râper et de la transformer en une sorte de bouillie, après l'avoir dépouillée de toute graisse, et d'en faire prendre dans les vingt-quatre heures deux cuillerées à bouche partagées en quatre portions pour la journée, ou d'administrer le bouillon de Liebig : le tout conjointement avec des soupes préparées avec des substances féculentes qui ont subi la torréfaction.

C'est un fait reconnu par beaucoup de médecins que la chair de bœuf râpée et mélangée à du sucre ou sans sucre, ou mêlée à du bouillon préparé à la fécule, est le meilleur moyen pour guérir des diarrhées très-rebelles qui ont résisté à toutes les médications. Or si cette nourriture convient à des estomacs maladifs, et si elle est digérée, à plus forte raison peut-on espérer que la viande crue, râpée et transformée en une bouillie ténue, sera un aliment convenable pour les enfants qu'on voudra sevrer, particulièrement pour les enfants délicats et lymphatiques. La viande crue est une substance nutritive, qui ressemble assez aux parties constituantes essentielles du sang pour être facilement transformée en ces parties par la digestion; car une matière nutritive est d'autant plus facilement assimilable qu'elle se rapproche davantage de la nature des parties qui composent l'organisme, et mieux un aliment se dissout dans les liquides de la digestion, plus cet aliment est de facile digestion.

L'auteur conseille aussi de préparer avec soin les soupes faites avec des matières féculentes préalablement torréfiées. Ces substances doivent être d'abord délayées dans l'eau froide, puis on y ajoute la quantité nécessaire d'eau houillante, et on les fait cuire le temps convenable, en remuant souvent.

Le second moyen diététique recommandé par l'auteur est la soupe de Liebig, avec ou sans substances féculentes. On la prépare avec la chair de bœuf dépouillée de toute graisse et hachée, comme on le fait pour la confection des saucisses. On prend une livre de cette viande qu'on met sur le feu avec une égale quantité d'eau et un peu de sel; on laisse cuire une demi-heure, puis on passe à travers une serviette; ce bouillon ne contient que les parties actives de la viande.

IV. ZEITSCHRIFT FUR DIE STAATSARZNEIKUNDE;

Par le docteur BEHREND.

Les deux premiers cahiers de 1855 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Les soins de la médecine dans le Mecklenbourg par la Faculté de médecine de Rostock, pendant les quinzième et seizième*

siècles; par le docteur Tott. (Travail historique.) 2° *Recherches d'états douteux des facultés intellectuelles.* (Sous ce titre se trouvent réunies six observations, par divers auteurs, savoir : *a* Babet accusée d'infanticide simule une aberration d'esprit; *b* F. maltraite tellement sa femme qu'elle en meurt; il allègue un accès de folie; *c* Scandale dans une église pendant un accès de folie. Ces trois observations sont dues au docteur Simeons. *d* Mauvais traitements sur une femme enceinte par son mari; examen des facultés intellectuelles de l'accusé, par le docteur Vezin. *e* Meurtre commis par un garde forestier, par le docteur Kœnig. *f* Rapport sur un cas de monomanie religieuse suivie de folie furieuse, par le docteur Griepenkerl.) 3° *Sur les moyens de s'acclimater et sur les maladies d'acclimatation;* par le docteur Clemens. (Considérations intéressantes sur la constitution physique des diverses régions de la terre et sur les conditions les plus générales qui peuvent favoriser l'acclimatation.) 4° *Sur la question de la superfétation.* (Cet article comprend un mémoire du docteur Santlus *sur la possibilité de la superfétation*, avec une observation à l'appui et un autre du docteur Albert *contre la superfétation*; il est suivi de remarques par le docteur Bebrend.) 5° *Mémoire sur la docimasie pulmonaire dans le cas de putréfaction des poumons, suivi de remarques sur l'insufflation de l'air dans les bronches;* par le docteur Vogler. 6° *Observations et considérations médico-légales sur l'infanticide;* par le docteur Haselberg. (Réflexions sur la difficulté de prouver juridiquement un grand nombre de cas d'infanticides et sur l'impunité qui en résulte.) 7° *Remarques sur la nature de la rage*; par le docteur Faber. 8° *Sur la recherche du genre de mort d'enfants nouveau-nés.* (*a* Cas de grossesse et d'accouchement dissimulés, suivis de la disparition de l'enfant, par le docteur Hedrich. *b* Autopsie de deux enfants trouvés morts, et remarques sur plusieurs questions relatives à l'infanticide, par le docteur Blosfeld.) 9° *Sur la distinction des taches de sang et des taches de matière colorante rouge sur les vêtements;* par le docteur Albert. 10° *L'épidémie de choléra à Berlin pendant l'année* 1853; par le docteur Müller. 11° *Coup d'œil sur les progrès de la médecine légale pendant l'année* 1853; par le docteur Wolf.

SUR LA DOCIMASIE PULMONAIRE DANS LE CAS DE PUTRÉFACTION DES POUMONS, AVEC DES REMARQUES SUR L'INSUFFLATION DE L'AIR DANS LES BRONCHES; par le docteur VOGLER.

L'auteur résume de la manière suivante les considérations contenues dans son mémoire :

1° Aucun degré de putréfaction des poumons ne doit dispenser de recourir à l'épreuve hydrostatique, excepté quand l'état d'agrégation de ces organes est entièrement détruit.

2° Les circonstances sous l'influence desquelles un poumon qui renfermait de l'air peut en être privé par l'effet de la putréfaction, ne peuvent que très-rarement atténuer la valeur des preuves fournies par la docimasie hydrostatique, et, dans le cas d'un résultat douteux, il est toujours possible, à l'aide d'un examen exact et attentif des poumons, d'arriver à connaître la vérité.

3° Ordinairement la putréfaction ne rend pas plus légers les poumons des enfants mort-nés. Il n'est pas prouvé que les gaz développés par la putréfaction distendent uniformément le parenchyme et les cellules pulmonaires; cette distension ne se montre que par places.

4° Les expériences de Wistrand, comme celles de Weber et d'Elsæsser, confirment ce qu'on savait déjà, que l'insufflation de l'air dans les poumons réussit rarement au médecin dans la pratique obstétricale, et que, même sur la table de dissection, elle ne réussit qu'incomplétement. Cette insufflation produit toujours l'emphysème, si même elle ne provoque pas directement la mort du nouveau-né. (Cette dernière assertion n'est-elle pas trop absolue?)

On ne peut donc, en médecine légale, attribuer à l'insufflation de l'air le fait que les poumons d'un enfant mort-né surnagent, si le poumon tout entier jouit de cette propriété et si l'air est répandu dans toutes ses parties. Si la présence de l'air n'était que partielle, on ne pourrait pas récuser la possibilité d'une insufflation, mais cette possibilité est toujours très-peu vraisemblable quand l'insufflation n'a pas été faite par des personnes compétentes.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 2 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE.

NOTE SUR LES DÉVELOPPEMENTS PRIMITIFS; FORMATION DE L'ŒUF; VÉSICULE OVIGÈNE ET GERMINATIVE; CONDITION PRIMORDIALE DE LA DUPLICITÉ MONSTRUEUSE; par M. SERRES.

Dans les mémoires que j'ai présentés à l'Académie sur les développements primitifs des animaux, je me suis attaché à procéder de la formation des organes à celle de l'embryon, et par cette méthode simple et rigoureuse, j'ai montré que ni l'embryon ni les organes n'étaient préformés dans l'œuf. J'ai établi au contraire, non-seulement que les animaux se formaient de toutes pièces des éléments constitutifs de l'œuf, mais encore que cette formation était assujettie à des règles dont la nature ne s'écartait jamais, même dans les écarts que nous lui supposions dans le développement de la monstruosité.

Mais là ne s'arrête pas l'étude des développements primitifs des animaux. Après avoir démontré que tout ce qui a vie provient d'un œuf, reste à déterminer d'où vient l'œuf lui-même, quelle est son origine et quel est son mode propre de formation.

La solution de ce nouveau problème, dont les prémices ont si bien été posées par Graaff et Malpighi, intéresse au plus haut degré la zoogénie, celle particulièrement des animaux invertébrés dont les rapports avec les vertébrés sont encore si vaguement déterminés. En rappelant que les premiers termes de l'ovogénie ont été anciennement posés, on a reconnu que nous voulons désigner le follicule de Graaff. C'est, en effet, ce follicule qui est l'organe formateur de l'œuf, et depuis longtemps nous lui avons donné le nom de *vésicule ovigène*, afin de caractériser le rôle important qu'il remplit dans la génération des animaux. Mais ce rôle, tout évident qu'il soit, a néanmoins été méconnu : premièrement, par la raison que les belles vues de Graaff tombèrent dès leur origine dans le domaine du système des préexistences; secondement, parce que l'école de Haller nia la présence de l'ovule dans l'intérieur du follicule, pour la rapporter dans l'oviducte, et troisièmement enfin, par la raison que la découverte de la vésicule germinative absorba pendant des années toute l'attention des physiologistes et des micrographes.

A l'aide de cette découverte capitale, on éclaira d'abord la composition de l'œuf des oiseaux, puis celle de l'œuf des mammifères, des reptiles et des poissons, puis celle de l'œuf des invertébrés jusqu'aux polypes. On arriva ainsi, à la suite des recherches les plus persévérantes et les mieux combinées, à reconnaître et à établir l'*analogie de composition de l'œuf dans toute la série animale*.

La vésicule germinative servit de cette manière de régulateur et de guide à l'ovologie comparée. Mais on fut trop loin, et on dépassa les limites de l'observation microscopique, lorsque MM. Baer et Barry s'efforcèrent de faire de cette vésicule le point générateur de l'œuf. Les observations nombreuses et si précises qu'ils invoquèrent à l'appui de leur opinion, firent ressortir avec évidence l'erreur de leur interprétation. Cette erreur avait, en effet, sa source, dans la négligence apportée par ces illustres embryologistes, dans l'ordre de formation et de succession des parties constituantes de l'œuf à l'époque où il est enclavé dans le stroma de l'ovaire. En rétablissant cet ordre, en suivant pas à pas le développement de l'œuf ovarien, et analysant avec soin les parties qu'il renferme dans ses divers temps de formation, on détermine avec exactitude les parties primitives de l'œuf, de ses parties consécutives, et, comme on va le voir, on parvient à reconnaître que le follicule de Graaff est l'organe formateur de l'œuf ou la vésicule ovigène.

Si l'on place sous le microscope des tranches minces, coupées à la surface de l'ovaire des mammifères, on remarque, à un grossissement de 200 à 300 diamètres, une myriade de petits corps granuleux, qui sont de plus en plus volumineux à mesure que l'on se rapproche de la surface extérieure de l'organe. Sur cette surface extérieure et au-dessous du péritoine, on voit, même à l'œil nu, dix ou douze de ces petits corps qui ont un aspect vésiculeux.

Ces petits corps sont la vésicule de Graaff, à des degrés divers de développement ou de maturité. Le premier degré est constitué par l'état granuleux; le second représente un follicule, et le troisième est à l'état parfait de la vésicule.

Dans l'état granuleux, on ne distingue pas d'enveloppe membraneuse; cette enveloppe est, au contraire, très-distincte chez le follicule, et d'une transparence qui rappelle celle des membranes séreuses. L'intérieur du follicule renferme un liquide limpide, de nature albumineuse, et des globules particuliers ronds ou aplatis, dans lesquels Barry a aperçu un *nucleus*.

Le passage de l'état folliculeux, à l'état de vésicule parfaite, est le temps le plus remarquable de la vésicule ovigène; c'est le moment de la formation de la vésicule germinative, le moment de la formation du vitellus, le moment par conséquent où les éléments fondamentaux de l'œuf se constituent. Comment se constituent ces éléments fondamentaux de l'œuf? Par quel mécanisme, par quel procédé?

Suivons toujours la nature, et nous la verrons elle-même répondre à ces questions.

En effet, si, après l'apparition des globules prolifères huileux, on observe attentivement les phénomènes qui se passent dans l'intérieur de la vésicule ovigène, on voit d'abord ces globules se multiplier, puis un d'entre eux s

dilater, s'éclaircir, assembler autour de lui d'autres globules et dessiner ainsi nettement, au milieu de ces derniers, une petite vésicule incluse dans la grande; cette petite vésicule de nouvelle formation est la *vésicule germinative*, née au milieu de la masse de globules prolifères dont l'aspect grisâtre les fait ressembler à des gouttes d'huile, et dont quelques-uns forment une double ceinture au pourtour du corps nouveau et si important qui vient d'apparaître.

La vésicule germinative n'apparaît donc, dans la vésicule ovigène de Graaff, que lorsque les globules prolifères huileux se sont montrés; ceux-ci, les globules prolifères huileux, ne se montrent qu'après le liquide transparent qui remplit la vésicule ovigène, et cette dernière enfin n'est que la transformation du granule par lequel a débuté ce petit appareil.

Chez les oiseaux, les reptiles et les poissons, le développement de la vésicule ovigène suit le même ordre que chez les mammifères. On observe, chez ces animaux, les granules en premier lieu; en second lien, les follicules avec leur liquide transparent; en troisième lieu, les globules prolifères à aspect huileux, moins nombreux que chez les mammifères, et en quatrième lieu enfin, la vésicule germinative.

Chez les invertébrés, la vésicule ovigène ne se sépare pas de son produit; elle fait partie intégrante de l'œuf, et remplit dans le développement de leur embryon l'office de la vésicule blastodermique chez les vertébrés. De même que cette dernière, elle est composée de trois lames, l'une séreuse et externe, la seconde vasculaire et moyenne, et la troisième interne et muqueuse. L'introduction de cet élément nouveau dans l'étude des développements *primitifs* des polypes, des annélides, des mollusques, des crustacés et des insectes, nous a servi à éclairer leur embryogénie comparée.

La vésicule germinative est donc le produit de la vésicule ovigène; elle prend naissance dans le fluide que renferme cette dernière vésicule, et sitôt après sa naissance, elle devient le centre de formation autour duquel se développe le cumulus prolifère, le vitellus et sa membrane propre, en un mot l'appareil d'où provient l'embryon après la fécondation.

Dans l'état ordinaire, il ne se développe, dans chaque vésicule ovigène, qu'une seule vésicule germinative, par conséquent qu'un seul cumulus, qu'un seul jaune et qu'un embryon unique. Quelquefois cependant il s'en forme deux, trois et même quatre, très-étroitement logés dans la même vésicule ovigène. Or, comme chaque vésicule germinative appelle autour d'elle son cumulus d'une part, et son vitellus de l'autre, il se forme ainsi des ovules doubles, triples ou quadruples, contenus toujours dans une vésicule ovigène unique.

On conçoit la confusion qui s'établirait parmi tous ces éléments organiques, si chacun d'eux ne se formait à part, ne s'attachait à la vésicule germinative dont il est le satellite, pour constituer d'abord son individualité propre. Mais on conçoit aussi qu'à raison de l'étroitesse de la loge où ils sont renfermés, ces ovules sont facilement amenés au contact les uns des autres, et par ce contact amenés également à se pénétrer et à s'unir. C'est là la condition physique et primordiale de la duplicité, de la triplicité et de la quadruplicité monstrueuses.

Valentin a observé trois ovules dans la même vésicule ovigène; Baer, deux et trois chez le chien; Barry, deux et quatre chez le même animal, deux chez le saumon. J'en ai rencontré deux chez la poule, jamais chez l'homme. Chez une poule qui avait pondu des œufs à doubles jaunes, j'ai rencontré un ovule double dans le même calice, dont les deux vitellus s'étaient réunis, quoique les deux cicatricules rapprochées fussent distinctes. Chez un pigeon, j'ai rencontré l'inverse. Les deux cicatricules s'étaient pénétrées, quoique les deux vitellus fussent inférieurement séparés. Ainsi l'œuf ovarien est le produit de la vésicule ovigène. L'ordre de succession des parties constitutives de cet appareil, indépendamment des preuves fournies par l'observation directe, est confirmé de plus par la loi de solidescence des parties. Le fait général de cette loi est *que, dans le développement de tous les organismes, la solidité des parties développées est toujours en raison directe de leur âge, de sorte que cette solidescence représente exactement l'époque relative de leur avénement.* Pour l'appareil qui nous occupe, la solidité des tissus est plus marquée dans les parois de la vésicule ovigène que dans le reste de l'appareil, puis vient la vésicule germinative, puis le cumulus et sa membrane, puis le vitellus, puis enfin la zone transparente chez les mammifères.

Ainsi, 1° l'œuf est le produit de la vésicule ovigène; 2° la vésicule germinative est la première partie de l'œuf qui se développe; 3° puis autour de la vésicule germinative apparaissent, en premier lieu, le cumulus prolifère, et en second lieu le vitellus et sa membrane propre; 4° chez les vertébrés, l'œuf se détache de la vésicule ovigène, et il se développe, ainsi que l'embryon, en dehors de l'influence de cette vésicule; 5° chez les invertébrés, au contraire, la vésicule ovigène reste inhérente à l'œuf, et elle prend part à son développement, ainsi qu'à celui de l'embryon; 6° de la présence ou de l'absence de la vésicule ovigène, dans la composition de l'œuf des deux embranchements du règne animal, résultent des différences notables dans leur embryogénie comparée, différences que nous chercherons à apprécier plus tard; 7° la vésicule germinative est, chez les vertébrés, l'élément fondamental de l'œuf et le radical de leur embryon: le cumulus prolifère et le vitellus sont les satellites de cette vésicule primordiale; 8° de l'unité ordinaire de la vésicule germinative dans la vésicule ovigène, résultent l'unité du cumulus, l'unité du jaune et l'unité de l'embryon; 9° de la pluralité des vésicules germinatives, dans l'intérieur d'une même vésicule ovigène, résulte à son tour la pluralité des cumulus et des vitellus: il y a toujours autant de vitellus et de cumulus qu'il y a de vésicules germinatives; 10° qu'il y ait une ou plusieurs vésicules germinatives dans la même vésicule ovigène, les développements de l'œuf et de l'embryon s'opèrent toujours de la même manière et d'après les mêmes règles: seulement dans les cas de pluralité d'ovules dans une vésicule ovigène unique, l'étroitesse du champ des développements fait que les ovules s'associent pour accomplir leurs évolutions; 11° enfin, dans ces derniers cas encore, la condition primordiale de l'association des ovules et des embryons a lien, tantôt par la réunion homœozygique des deux vitellus, tantôt par celle des deux allantoïdes, selon que la réunion s'opère par le plan supérieur au diaphragme, ou qu'elle s'effectue par le plan inférieur à cette cloison.

Sur le typhus de Crimée: Lettre de M. Baudens à M. le président de l'Académie.

(Commissaires: MM. Velpeau, Cloquet.)

Constantinople, 5 mai 1856.

Les nombreux documents que j'ai recueillis en Crimée et à Constantinople me permettraient de traiter *in extenso* l'importante question du typhus des armées. Pour le moment, je demande à l'Académie des sciences la permission de me borner à l'examen sommaire de l'identité et de la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde. Ce point de vue divise encore la science; mais à l'armée d'Orient, on peut dire que tous les médecins sont aujourd'hui convaincus de la non-identité.

Étiologie. — On s'accorde généralement à reconnaître que la fièvre typhoïde et le typhus ont pour cause le miasme organique. C'est incontestable, au moins pour le typhus: il est engendré par la misère, par l'accumulation, par l'encombrement dans les prisons, dans les navires, dans les camps, dans les hôpitaux; on pourrait le faire naître et mourir à volonté. Il n'en est pas de même de la fièvre typhoïde, ni des maladies épidémiques, telles que le choléra, qui, quoi qu'on fasse, apparaissent fatalement et disparaissent sans qu'on sache pourquoi. Une fois né spontanément sous l'empire des causes précitées, le typhus se propage ensuite par infection. La contagion, encore mise en doute pour la fièvre typhoïde, n'est pas contestable pour le typhus. A l'ambulance de la première division du troisième corps, presque tout le personnel hospitalier, presque tous les soldats entrés pour d'autres maladies et quinze médecins sur seize ont eu le typhus. Entre la Crimée et Constantinople, trente-sept médecins, vingt sœurs de Charité, huit aumôniers, des centaines d'infirmiers, tous pleins de santé, sont morts empoisonnés au souffle des malades typhiques.

Qu'il y ait infection ou contagion, vraisemblablement les deux à la fois, n'importe, le résultat est le même: l'infection, qui bien certainement a la plus grande part, est bien plus redoutable que la contagion, puisqu'il suffit de respirer l'air concentré par les typhiques, dans le premier cas, tandis qu'il n'y aurait qu'à ne pas les toucher pour être préservé dans le second. C'est par ces propriétés contagieuses que le miasme du typhus se révèle; il est attesté par la propagation du fléau et une grande mortalité partout où il a été apporté. Nos hôpitaux de Constantinople l'ont reçu de la Crimée.

La différence qu'il y a entre le typhus et les maladies épidémiques ordinaires, c'est que celles-ci n'ont qu'une durée passagère dépendante de l'action et de l'état atmosphérique, tandis que le typhus dure tant qu'on ne s'est pas rendu maître de l'infection. Aussi, tandis que le médecin d'hôpital se borne à traiter les typhiques, le médecin en chef d'armée doit arrêter le fléau par des mesures de haute prophylaxie. L'incubation du miasme organique paraît être en moyenne de six jours. Mon secrétaire a contracté le typhus sept jours après avoir visité avec moi l'hôpital russe de la Balbec où il régnait. L'empoisonnement miasmatique a marché quelquefois lentement en Crimée, quand il rencontrait une très-grande puissance de réaction, et pendant le temps qui précède son apparition complète, on peut suivre sur la physionomie des médecins, où la stupeur a laissé sa trace visible, les progrès du mal. Ces cas d'infection lente et progressive ont été presque toujours mortels.

Marche. — Le typhus de Crimée a offert une marche moins uniforme et moins régulière que le typhus d'ailleurs, si bien décrit par Hildebrand. L'irrégularité du typhus de Crimée tient à diverses causes, parmi lesquelles il faut noter en première ligne: le scorbut, la dysenterie, les fièvres intermittentes dues surtout aux marais de la vallée de la Tchernaïa. C'est à partir du 1er janvier 1856 que le typhus, qui, l'année précédente, avait commencé à poindre, a pris de grands développements; mais dans les derniers temps du siége de Sébastopol, la pourriture d'hôpital, ce typhus des plaies, avait fait de grands ravages. Pour éclater, le typhus contagieux n'attendait plus que la concentration et l'accumulation, que la rigueur de l'hiver a amenée naturellement. Les soldats, blottis dans leurs tentes hermétiquement fermées, dont le sol était humide et imprégné d'impuretés, ont subi l'empoisonnement du miasme organique.

Le typhus régulier de Hildembrand aurait pu se montrer sur les médecins, sur les aumôniers et sur le personnel hospitalier de Constantinople dont la constitution n'était pas altérée. Ici encore l'irrégularité a été la règle; aussi les huit périodes décrites par Hildembrand n'ont-elles peut-être pas été observées une seule fois.

Traitement. — Avant tout, de l'air pur sans cesse renouvelé; respecter la période inflammatoire comme un effort suprême de la nature pour chasser au dehors le poison miasmatique par une poussée exanthématique à la peau; ne saigner que si le sujet est très-fort, s'il y a menace d'apoplexie cérébrale; préférer le plus souvent à une saignée générale, dont il faut être très-sobre, quelques sangsues aux apophyses mastoïdes ou quelques ventouses entre les épaules; recourir aux mêmes moyens quand la petitesse du pouls trahit l'oppression des forces vitales, qui se relèvent après une déplétion sanguine mo-

dérée. Quand, dès le début, comme dans le typhus de Crimée, il y a des paroxysmes rémittents, les couper par quelques doses de sulfate de quinine pour rétablir la continuité de la fièvre qui tombe alors d'elle-même après quelques jours, quand elle n'est pas entretenue par une lésion organique accidentelle. Cette complication a fréquemment lieu quand on ne prend pas soin d'anéantir tout d'abord les paroxysmes. Au début du typhus, un éméto-cathartique est avantageux, quand surtout il existe de l'embarras gastro-intestinal; boissons mucilagineuses ou acidulées, et même eau vineuse. Dans la période nerveuse, recourir aux remèdes usités contre l'ataxie et l'adynamie. Dans ce dernier cas, les toniques, tels que le vin de Malaga et de Porto, ont eu un grand succès.

Tel est le traitement qui a donné les résultats les plus avantageux à l'armée d'Orient, et auquel se sont ralliés les praticiens les plus expérimentés, tels que M. le médecin principal Cazalas, qui a préconisé l'un des premiers le sulfate de quinine pour régulariser la période inflammatoire et la débarrasser de l'élément palustre, qui a eu une grande influence sur les maladies de la Crimée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 10 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

1° Les comptes rendus des épidémies qui ont régné dans les départements de l'Ardèche, de la Mayenne, de la Moselle, de la Marne, du Lot-et-Garonne et des Hautes-Alpes en 1855.

2° *a*. Un rapport final de M. le docteur Debée, médecin des épidémies pour l'arrondissement d'Arras, sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans la commune d'Havrincourt en 1855-56. *b*. Deux autres rapports du même médecin sur une épidémie de rougeole qui a régné, au commencement de l'année 1856, dans les communes de Simencourt et de Wailus.

3° Un rapport de M. le docteur Danvin, médecin des épidémies de l'arrondissement de Saint-Pol, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en 1855-56 dans la commune de Leparq. (Commission des épidémies.)

4° Les rapports de MM. les docteurs Auzouy, Buissard, Chevallier, Biémont, Cavaroc, Tailhade, Loubies, Lafon, Marbotin, Bailly, Coroll-Boirot, Bathedat, Arrat-Balous et Massie, sur le service médical des eaux minérales de Cransac, la Motte-les-Bains, Chaudes-Aigues, Vic-sur-Lère, Caphern, Propiac, Trébas, Saint-Amand, Bains, Cusset, Préhacq, Gamarde, Saint-Loubouer et Espérons, de Saint-Pierre, Bibi, Baignols, la Bagnère et Joannin, pendant l'année 1854. (Commission des eaux minérales.)

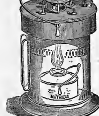
5° Les tableaux des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements de l'Orne et de la Gironde et le rapport sur le concours de vaccine de l'année 1855 dans le département de la Gironde. (Commission de vaccine.)

— La correspondance non officielle comprend :

Un mémoire de M. le docteur A. Monticelli (de Naples) intitulé : RECHERCHES THÉORICO PRATIQUES SUR LE TRAITEMENT DES ANÉVRISMES PAR L'INJECTION DE PERCHLORURE DE FER. (Commission déjà nommée.)

Un mémoire de M. Chauveau, chef des travaux anatomiques à l'École vétérinaire de Lyon, sur la question glycogénique. (Commissaires : MM. Longet, Bussy, Bouley.)

— M. MATHIEU soumet à l'Académie un appareil fumigatoire construit d'après les indications de M. le docteur Ed. Langlebert.



Cet appareil, destiné à simplifier et à vulgariser l'emploi des fumigations de cinabre dans le traitement des syphilides et autres maladies de la peau, se compose d'une chaudière à vapeur en cuivre, de forme annulaire, reposant sur un cylindre en fer-blanc, au fond duquel est une forte lampe à alcool. La face supérieure de la chaudière porte quatre petits tubes pour le dégagement de la vapeur; au-dessus de son ouverture centrale est une petite capsule en tôle, dans laquelle on place le cinabre, et que vient frapper directement la flamme alcoolique.

Pour faire usage de cet appareil, on verse de l'eau dans la chaudière et on allume la lampe à alcool qui est au-dessous. Lorsque la vapeur commence à se dégager par les tubes, on met dans la capsule 8 à 10 grammes de cinabre, et on place le tout entre les jambes du malade assis sur le bord d'une chaise, et entouré d'une couverture de laine fixée autour du cou. La fumigation doit durer quinze à vingt minutes; après quoi le malade se met au lit en s'enveloppant de sa couverture encore chaude et tout imprégnée des vapeurs mercurielles et sulfureuses.

Ce procédé remplit exactement toutes les conditions que réalisent les grands appareils fumigatoires ordinaires. Il a sur ces derniers l'avantage de permettre aux malades de faire chez eux et d'une manière très-commode les fumigations qu'ils étaient obligés d'aller prendre dans les établissements publics, et aux médecins de prescrire cette médication dans toutes les localités. (Commissaires : MM. Lévy et Larrey.)

— M. le docteur SMITH (de New-York) soumet à l'examen de l'Académie plusieurs appareils électriques destinés à des applications médicales. (Commissaires : MM. Poiseuille, Soubeiran et Bouvier.)

— M. LANGLEBERT, officier de santé à Paris, adresse une lettre, dans laquelle il s'efforce de justifier son prétendu spécifique anticholérique, qui a été l'objet d'un blâme de la part de l'Académie, blâme qui a donné lieu à une réclamation de M. le docteur Edmond Langlebert.

— M. GUÉRARD fait hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, de la thèse inaugurale de M. Grassi, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu. Cette thèse a pour titre : ÉTUDE COMPARATIVE DES DEUX SYSTÈMES DE CHAUFFAGE ET DE VENTILATION ÉTABLIS A L'HÔPITAL LARIBOISIÈRE. Ces deux systèmes de ventilation consistent, l'un à aspirer l'air vicié (système de M. Léon Duvoir), l'autre à injecter de l'air pur (système de MM. Laurens, Thomas et Grouvelle); c'est à ce dernier système que M. Grassi accorde la préférence.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie que le bureau, allant au-devant des sentiments de la compagnie, a souscrit pour 500 francs pour les victimes des inondations.

EAUX MINÉRALES.

M. O. HENRY donne lecture, au nom de la commission des eaux minérales, de différents rapports dont voici l'extrait :

1° *Eaux d'Usson* (Ariége). — On connaît dans le bourg d'Usson deux sources d'eau minérale, également sulfureuses et employées depuis longues années avec succès contre une foule de maladies. Ces eaux ont beaucoup d'analogie dans leur composition chimique avec les eaux voisines de Carcanières et d'Escouloubre. Comme dans celles de la chaîne des Pyrénées, c'est le sulfure de sodium qui en fait l'élément capital, associé au chlorure de sodium, aux sulfate, carbonate et silicate alcalins et terreux et à quelques autres principes, peu importants d'ailleurs. La présence de l'élément sulfureux n'a pas été douteuse, mais la proportion de cet élément s'est montrée variable pour l'une et l'autre source, ce qu'il faut attribuer sans aucun doute à un mode vicieux d'embouteillage et à la facile altérabilité de ces eaux et des eaux sulfureuses en général expédiées au loin. La commission propose de répondre au ministre qu'une analyse de ces eaux devra être faite en grande partie aux sources mêmes, afin d'établir nettement leur composition chimique et les avantages relatifs qui doivent en résulter. (Adopté.)

2° *Eau de Vrécourt* (Vosges). — L'eau de Vrécourt est fournie par un puits artésien, débitant vingt-deux litres à la minute. L'analyse de cette eau minérale et les renseignements transmis permettent d'établir qu'elle est froide, limpide et sans aucune odeur; sa saveur est à peine sensible, un peu *alcalescente*; toutefois son action sur le papier tournesol bleu ou rougi est à peu près nulle avant sa concentration. Les principaux éléments minéralisateurs de cette eau sont le sulfate de soude, le chlorure de sodium, le bicarbonate de soude, les bicarbonates de chaux et de magnésie, l'arsenic en quantité appréciable, etc. Il y a entre l'eau de Vrécourt et de celle bien connue de Plombières une certaine analogie de composition. La commission est d'avis qu'avant d'accorder l'autorisation d'exploiter cette eau, il faut qu'un captage définitif en ait assuré l'aménagement et que des observations sérieuses aient établi nettement les propriétés médicales qu'on lui attribue. (Adopté.)

3° *Eaux d'Aurensan* (Gers). — Il résulte des premiers essais faits dans le laboratoire de l'Académie de médecine que l'eau des sources d'Aurensan a quelque analogie avec celles d'Aulus, de Capvero, d'Encausse, situées dans le même département ou dans des départements voisins et employées depuis longtemps comme eaux minérales. L'eau d'Aurensan est limpide, sans odeur ni saveur bien sensible; sa température est de 17° c. et le produit des sources assez abondant pour répondre aux besoins d'un établissement thermal assez important.

En raison des propriétés médicales reconnues par plusieurs médecins aux eaux d'Aurensan et de la création de l'établissement thermal qui s'y trouve la commission propose de répondre au ministre que l'autorisation d'exploiter cette source au point de vue médical peut être accordée. (Adopté.)

4° *Eau de la fontaine de Marina, près Saint-Dizier*. — L'eau de la fontaine de Marina, connue et fréquentée depuis un temps fort ancien par les gens de la localité, est essentiellement riche en fer; elle paraît renfermer du gaz sulfhydrique, mais en quantité insignifiante, et encore la production en paraît-elle accidentelle et éphémère. Les autres principes minéralisateurs sont : les carbonates de chaux et de magnésie, les sulfates de soude, de chaux, de magnésie et de potasse, des traces de manganèse, de silice, de brome, d'iode et de cuivre. Il y a lieu de revoir cette eau minérale au point de vue de sa composition chimique, et avant qu'on accorde la concession demandée, la source devra être débarrassée de toutes matières étrangères organiques et captée convenablement, afin qu'on obtienne une eau minérale pure et propre à des essais de toute nature. La commission propose de répondre qu'il y a lieu de surseoir à la demande de concession jusqu'à ce qu'on ait rempli ces conditions. (Adopté.)

ÉLECTION.

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 74,

M. Trousseau obtient 54 suffrages
M. Bayle. . . . . 18 —
M. Durand-Fardel. . . 1 —
Un billet blanc.

En conséquence, M. Trousseau est proclamé membre de l'Académie.

DE LA NON-CONTAGION DES EAUX AUX JAMBES.

M. Leblanc donne lecture d'un travail dans lequel il présente plusieurs objections aux opinions exprimées par M. Bousquet dans l'avant-dernière séance; il s'agit d'une communication de MM. les docteurs Manoury et Pichot relative à un cas de vaccine produit par le contact du liquide des *eaux aux jambes* d'un cheval. Ce fait est si insolite, dit M. Leblanc, qu'il ne faut négliger aucune des circonstances qui s'y rapportent. M. Morean a proposé de s'informer si le cheval ferré par le sujet inoculé, le sieur Brissot, était bien atteint d'*eaux aux jambes*. Il serait plus intéressant de savoir à quel degré se trouvait cette affection au moment où le maréchal-ferrant a été en rapport avec le cheval. En effet, cette maladie présente des phases nombreuses; une d'elles aurait-elle la propriété de produire la vaccine? Est-ce ainsi qu'on devra expliquer la rareté de cette transmission? A la première question, je réponds négativement.

Les *eaux aux jambes*, à aucune période de leur évolution, n'ont, selon M. Leblanc, la propriété de produire la vaccine. Les expériences faites par M. Bousquet en sa présence en sont la preuve. Le liquide pris par lui sur des chevaux, dont la maladie était récente, n'a donné aucun cas produit d'éruption spéciale ni chez les enfants ni chez les génisses auxquels M. Bousquet a essayé de l'inoculer. Un infirmier, qui pansait un des animaux malades, eut au nez quelques boutons nullement spécifiques et tels que les palefreniers en ont souvent après avoir soigné les chevaux atteints de maladies cutanées.

Ce sont là les seules expériences d'inoculation; mais il existe des faits où la contagion accidentelle a été admise du cheval à l'homme. L'inoculation du cheval à la vache et an mouton a donné des résultats contradictoires: insuccès d'une part, et d'une autre résultats qui semblent confirmatifs de l'opinion de Jenner, à savoir que la vaccine se produit par l'inoculation des *eaux aux jambes* sur la vache. Hurtrel d'Arboval a rappelé un fait analogue à celui de MM. Manoury et Pichot; mais il se demande si la vaccine ne provenait pas d'une autre source que des *eaux aux jambes* du cheval soigné par le cocher. Je ferai la même objection à l'occasion du fait de Brissot; je remarque que les pustules n'ont commencé à se développer sur les deux mains de Brissot que douze jours après le contact, et cette incubation serait toute différente de celle de la vaccine; puis Brissot a seulement ferré le cheval; la personne qui maintenait le pied pendant le ferrage était bien plus exposée. Que de fois j'ai vu des *teneurs de pieds* avoir les mains et les bras couverts du liquide des *eaux aux jambes*, et cependant je n'ai pas constaté de cas de contagion chez ces hommes, qui n'avaient probablement pas été tous vaccinés ou variolés.

A ces faits de non-contagion, j'ajouterai, comme preuve auxiliaire, le raisonnement; rien de plus dissemblable que les lésions, les symptômes, la marche et les causes des *eaux aux jambes* d'une part, de la vaccine d'autre part. Les *eaux aux jambes* ne sont pas contagieuses du cheval au cheval; comment le seraient-elles du cheval à la vache et à l'homme? Je ne puis donc partager l'opinion de M. Bousquet sur la portée du fait rapporté par MM. Manoury et Pichot; l'inoculation directe est évidemment le seul moyen de résoudre la question en litige. Que l'on produise des *eaux aux jambes* chez un cheval en lui inoculant la vaccine, et M. Leblanc croira à la production de la vaccine par les *eaux aux jambes*. Or, on sait que l'inoculation de la vaccine au cheval n'a pas même produit la vaccine.

M. Bousquet: M. Leblanc a rappelé, au commencement de son travail, l'observation faite par M. Moreau. Je dois dire que Jenner pensait qu'il n'y avait d'inoculables que les *eaux aux jambes* aiguës. A ce point de vue, il y a trois époques dans la vie de Jenner; dans la première, Jenner avait complétement adopté la tradition populaire; dans la seconde, il a cru que la vache recevait la vaccine des *eaux aux jambes* du cheval et que ces virus devenait alors transmissible à l'homme; dans la dernière partie de sa vie, Jenner admettait la possibilité de l'inoculation directe, et c'est dans cette croyance qu'il est mort. Pour moi, j'ai inoculé à plusieurs reprises les *eaux aux jambes*, et toujours sans succès. Kolhmann paraît avoir réussi dans une de ses expériences, mais de nouveaux essais lui ont donné un résultat contradictoire. Sasko partage l'opinion de Jenner; il n'a jamais réussi cependant à inoculer les *eaux aux jambes*, mais il a vu une fois un palefrenier qui avait reçu le vaccin des *eaux aux jambes*. Nous avons de plus aujourd'hui le fait de MM. Manoury et Pichot. Dans ce dernier cas, les pustules avaient toutes les apparences du vaccin, et il y avait du reste un moyen de le vérifier, c'était l'inoculation de la vaccine sur Brissot; cette vérification a été faite; donc, c'était bien la vaccine. On peut objecter que cette éruption n'était autre chose que la variole elle-même. L'aspect seul des pustules n'eût pas permis de se prononcer. Mais j'ai inoculé le virus recueilli sur Brissot à un grand nombre d'enfants; il n'y a eu chez aucun d'eux d'éruption générale; ce n'était donc pas la variole. De deux choses l'une, cet homme s'est inoculé lui-même la vaccine sur les mains ou il a reçu effectivement la vaccine des *eaux aux jambes*.

M. Leblanc s'étonne de la longueur de l'incubation chez Brissot; c'est un fait peu concluant à ses yeux, car il pourrait se faire, après tout, que cet homme ait été en contact avec des vaches pendant cette incubation présumée.

M. Gibert pense que M. Bousquet va trop loin lorsqu'il exclut la variole à cause de l'absence d'une éruption générale. On sait très-bien que la variole inoculée n'a donné lieu quelquefois qu'à une éruption locale. D'ailleurs, les *eaux aux jambes*, maladie essentiellement chronique, ne peuvent produire la vaccine.

M. Bousquet: Ce que vient de dire M. Gibert est vrai pour la varioloïde et non pour la variole. Or, on ne pourrait confondre l'une avec l'autre à cause de la durée très-différente d'évolution des pustules dans l'une et l'autre de ces maladies éruptives. La varioloïde n'a jamais donné la variole.

M. Bouley ne voit nullement la démonstration que les *eaux aux jambes* ne peuvent donner la vaccine, dans le fait de l'impossibilité de leur inoculation directe; il y a beaucoup de maladies qui sont contagieuses et non inoculables; la morve chronique est dans ce cas; il en est de même de la péripneumonie des bêtes à cornes. Cette maladie, non inoculable et essentiellement contagieuse, produit, toutes les fois que l'homme s'expose au contact des produits morbifiques, une affection qui n'est plus la péripneumonie, mais simplement une maladie cutanée.

M. Bousquet appuie le raisonnement de M. Bouley; il en voit une nouvelle preuve dans les modifications que subit le *cow-pox* en passant de la vache à l'homme. Chez ce dernier, l'éruption ne ressemble en rien à la maladie primitive de la vache, et il est difficile de reconnaître la deux affections identiques.

M. Leblanc assure de nouveau qu'il a vu un grand nombre d'individus plonger impunément leurs mains ou leurs bras nus dans la matière des *eaux aux jambes*.

MM. Bousquet et Bouley objectent que ces individus pouvaient avoir été vaccinés ou avoir eu la variole.

M. Bousquet pense qu'en admettant l'opinion de M. Leblanc, il faudrait reconnaître au *cow-pox* une double origine; il procéderait directement de la vache ou, suivant l'opinion de Jenner, il pourrait, provenir aussi des *eaux aux jambes* du cheval.

La séance est levée à quatre heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

THE INFLUENCE OF TROPICAL CLIMATES ON EUROPEAN CONSTITUTIONS, INCLUDING PRACTICAL OBSERVATIONS ON THE NATURE AND TREATMENT OF THE DISEASES OF EUROPEANS ON THEIR RETURN FROM TROPICAL CLIMATES (DE L'INFLUENCE DES CLIMATS CHAUDS SUR LES EUROPÉENS, SUIVI D'OBSERVATIONS PRATIQUES SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DES MALADIES DES EUROPÉENS A LEUR RETOUR DES CLIMATS TROPICAUX); by James Ranald Martin, f. r. s. — A new edition. — Londres, 1856. Chez John Churchill.

Il y a peu de sujets qui méritent une plus sérieuse attention que l'étude des variations des maladies suivant les contrées et les climats. Il n'y a pas de pathologie complète sans la connaissance des changements de forme ou de nature que présentent les affections suivant les points du globe où on les observe. La population de la zone intertropicale peut être évaluée au tiers de la population totale de la terre. Ces régions étaient jadis détachées pour ainsi dire de l'Europe à cause de l'éloignement et de la difficulté des communications; aussi on entendait peu parler des maladies qui s'y manifestent. Aujourd'hui que beaucoup de points de cette zone ne sont plus qu'à quinze ou vingt jours de distance de la France et de l'Angleterre, depuis que l'émigration européenne pour ces pays est devenue plus considérable, à mesure que les relations industrielles ou politiques ont multiplié les intérêts et les besoins, force a été de connaître les maladies qui se développent dans cette partie du globe, afin de les prévenir et de leur porter remède. Nos alliés les Anglais, dont les rapports avec ces pays sont beaucoup plus fréquents et plus considérables que les nôtres, depuis le commencement de ce siècle, ont été naturellement appelés à observer sur une plus grande échelle que les autres nations civilisées, les maladies des pays chauds. Aussi la littérature médicale anglaise est-elle très-riche en travaux de topographie et de statistique relatifs aux maladies des tropiques.

Les personnes qui voudront connaître tout ce qui a été fait à ce sujet en Angleterre pourront se borner à consulter l'ouvrage que nous annonçons aujourd'hui. J. R. Martin a habité pendant plusieurs années le Bengale où il a recueilli ses premières observations. De retour en Angleterre, il fit paraître en 1841 la première édition de ce livre en collaboration du docteur James Johnson. Six éditions épuisées depuis cette époque attestent de l'utilité pratique d'un ouvrage indispensable aux médecins appelés à exercer dans les pays chauds. La septième édition que nous avons sous les yeux, entièrement refondue, est en quelque sorte un livre nouveau; le cadre des éditions précédentes y a été complétement modifié et tous les chapitres ont été mis

au courant des progrès de la pathologie. L'analyse suivante, en donnant à nos lecteurs une idée des sujets traités, leur fera mieux connaître qu'une appréciation d'ensemble une œuvre conçue sur un plan spécial et qui diffère totalement des autres travaux faits sur le même sujet.

D'abord, *Définition générale des climats et description du climat de Calcutta et du Bengale :* Élévation du sol, position des montagnes, effets du voisinage de la mer, géologie, influence de la culture, population, vents dominants, pluies, évaporation, humidité, fleuve, lac salé, bois et marais des Sunderhunds. — Ensuite, *Appréciation du climat au point de vue médical* (influence des saisons) : Effets physiques des climats, la saison chaude et ses effets, la saison des pluies, la saison froide. Ce chapitre comprend en outre des données statistiques sur l'influence des climats et des saisons sur les maladies et la mortalité à Calcutta : mortalité suivant les races, Européens, naturels du pays ; mortalité des soldats et marins anglais. — Le troisième chapitre contient des *observations générales relatives au mode d'action des climats tropicaux sur les Européens :* Transpiration, influence de la chaleur sur les fonctions du foie, lichen des tropiques, règles hygiéniques propres aux pays chauds concernant le vêtement, les aliments, les boissons, l'exercice, les bains, le sommeil. — Le quatrième chapitre est consacré à l'étude de *la fièvre rémittente du Bengale :* Observations générales, détails statistiques et topographiques, résumé historique, causes prédisposantes, symptômes et marche ; choix des moyens thérapeutiques, émétique, bains chauds, affusions tièdes ou froides, boissons froides, saignées, purgatifs, diaphorétiques, préparations mercurielles, quinquina, arsenic, vin, opium ; adaptation de la thérapeutique aux cas particuliers ; soins à prendre dans la convalescence ; indication des moyens de traitements employés contre la fièvre rémittente dans les différents pays. — Le cinquième chapitre traite de *la fièvre intermittente.* — Le sixième de *la fièvre continue de la saison froide au Bengale.* — Le septième de *la fièvre ardente continue de la saison chaude.* — Le huitième chapitre, relatif *aux maladies de la population indigène,* traite spécialement de la topographie générale de l'Inde britannique, des caractères physiques des habitants, de l'état de l'agriculture et des arts, des maladies de l'armée indigène dans les présidences du Bengale, de Madras et de Bombay, du traitement des maladies des indigènes — Dans le neuvième chapitre, l'auteur fait l'histoire de la *dyssenterie aiguë du Bengale :* historique, causes prédisposantes, symptômes, complications hépatiques, spléniques, scorbutiques ; traitement de la dyssenterie aiguë des tropiques, traitement de la dyssenterie hémorrhagique, hépatique, scorbutique, traitement de la dyssenterie compliquée de fièvre intermittente et rémittente, tableau comparatif du traitement de la dyssenterie aiguë dans les différents pays, aux différentes époques. *La dyssenterie chronique et la dyssenterie des indigènes* font l'objet du dixième chapitre.

Le docteur J. R. Martin traite ensuite d'une manière spéciale *des maladies du foie,* de la *congestion endémique de la rate,* du *choléra épidémique,* de la *fièvre jaune,* du *delirium tremens,* du *choix des localités propres à l'habitation des Européens dans les possessions intertropicales,* de *la mortalité des enfants européens et des soins à leur donner au Bengale.* Ces chapitres peuvent être considérés comme une série d'intéressantes monographies sur les maladies des pays chauds. On y trouve un résumé substantiel des faits les plus importants relatifs aux causes, aux symptômes, au traitement, à la prophylaxie des maladies des pays chauds. Le point de vue pratique est celui qui préoccupe le plus l'auteur de l'ouvrage, c'est le côté sur lequel il apporte le plus de faits et d'expérience personnelle, celui sur lequel il jette le plus de lumière. Si les données de la symptomatologie ne sont pas quelquefois aussi complètes et aussi rigoureuses qu'on le désirerait, la faute en revient à la pathologie des pays chauds, qui n'est pas faite complètement dans toutes ses parties ; si les inductions étiologiques paraissent quelquefois prématurées, l'auteur a soin de rappeler qu'il ne les donne que comme un moyen d'expliquer et de retenir les faits pathologiques et prophylactiques les plus importants. Il apporte partout une connaissance approfondie des faits, un jugement sain et le désir d'être utile. On consultera en outre, avec fruit, tout ce qui se rapporte à la climatologie, à la statistique et à la topographie médicale.

La seconde partie de cet ouvrage contient les *observations sur la nature et le traitement des maladies auxquelles sont sujets les Européens qui ont habité les climats chauds, à leur retour en Europe.* M. Martin, qui a beaucoup contribué à éclairer ce point de pathologie, nous donne à ce sujet des détails importants sur *l'anémie* consécutive aux maladies des pays chauds, sur la *diarrhée chronique* à laquelle les Européens sont sujets au retour des zones tropicales, sur la *dyssenterie chronique,* sur les *congestions passives du foie* et sur *l'atonie de cet organe,* par suite du passage d'un climat chaud à un climat froid ; sur les *effets des augmentations chroniques du volume du foie sur la constitution* après le changement de latitude.

Les Européens qui vont habiter les pays chauds et ceux qui reviennent de la zone torride, sont directement intéressés à la connaissance des maladies qui se développent dans ces circonstances. Les gouvernements, qui entretiennent à grands frais des troupes ou des corps d'armée dans ces localités éloignées, ont besoin d'être éclairés sur la mortalité due à un climat brûlant, sur celle qui tient à des conditions particulières d'insalubrité, sur l'hygiène la plus rationnelle. Les médecins qui vont exercer sous ces latitudes ont besoin de connaître, non pas tant les maladies de nos climats que celles des tropiques ; malheureusement, il faut le reconnaître, ils ne se préoccupent pas assez des conditions au milieu desquelles ils vont se trouver, au début de leur pratique, dans des circonstances totalement différentes de celles au milieu desquelles ils ont étudié ou observé en Europe. Les traités classiques contiennent très-peu de donnés à cet égard ; l'enseignement officiel ne se préoccupe pas de ce sujet, de telle sorte que les maladies des pays chauds restent à peine connues. Nous croyons qu'il y a beaucoup à faire encore pour indiquer les caractères véritables de cette pathologie, pour apprécier les vraies causes de ces maladies, pour en connaître l'anatomie et la physiologie pathologique. Mais sur tout cela il y a déjà beaucoup de faits acquis, beaucoup de travaux et d'observations pratiques.

Le livre du docteur Martin, résumant tout ce qui a été fait en Angleterre à ce sujet, apporte pour la solution des questions scientifiques ou pratiques un contingent considérable de matériaux bien élaborés. Les lecteurs le consulteront toujours avec fruit sur les questions qu'il expose ; nous les renvoyons à l'ouvrage même, n'ayant pas ici l'espace nécessaire pour en résumer aujourd'hui les nombreux détails.

THOLOZAN.

VARIÉTÉS.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

Vous avez bien voulu, dans votre numéro du 7 juin, donner de la publicité à la liste nécrologique que M. le docteur Quesnoy, médecin-major à l'armée d'Orient, vous a adressée ; permettez-moi d'y ajouter quelques noms, omis involontairement sans doute, qui ont également droit à la reconnaissance publique :

Ce sont, en Orient :

MM.	Fresneau,	pharmacien-major.	
	Musard,	id.	aide-major.
	Gontier,	id.	id.
	Granal,	id.	id.
	Boussard,	id.	id.
	Claquart,	id.	id.
A Marseille :			
	Carron,	id.	id.

Parmi les médecins, les docteurs Berthemot et Bonnet-Mazimbert, morts à Marseille ; Fratini et Demanet, en Orient.

Agréez, etc.

Dr BOYER,
Pharmacien aide-major à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce.

—Par suite de la rentrée en France d'une partie de l'armée d'Orient, le grand hôpital de Péra a été fermé. Cet hôpital, qui a contenu près de 2,000 malades à la fois, en a reçu 27,500 pendant les deux mois qu'il a été ouvert. Sur ce nombre, 13,000 ont été évacués, pendant la convalescence, sur la France ou sur d'autres hôpitaux. Le nombre des journées de traitement s'est élevé à 633,986.

— Le COURRIER DE L'ISÈRE rapporte que M. le docteur Aragon (du Bourg-d'Oisans), a péri le 29 mai, victime des inondations qui ravagent une partie de la France. M. Aragon, en revenant la nuit de visiter ses malades dans les montagnes, a été surpris par les eaux d'un torrent et entraîné par elles. Le 31 mai, son cadavre n'avait pas encore été retrouvé.

— M. de Quatrefages, professeur, membre de l'Institut, commencera son cours d'anatomie et d'histoire naturelle de l'homme ou d'anthropologie au muséum d'histoire naturelle le mardi 17 juin 1856, à trois heures et demie, et le continuera les mardis et samedis, à la même heure.

Après avoir examiné les principales questions de zoologie générale qui se rattachent à l'étude de l'homme, le professeur fera l'histoire des races humaines. Il exposera avec détail leurs caractères extérieurs et anatomiques ; il indiquera les particularités de mœurs, de croyances religieuses qui les distinguent, et insistera sur leur distribution géographique.

Le Rédacteur en chef, JULES GUERIN.

STATISTIQUE MÉDICALE.

RÉSUMÉ STATISTIQUE ET MÉDICAL DES OPÉRATIONS DU CONSEIL DE RÉVISION DANS LE DÉPARTEMENT DE MAINE-ET-LOIRE DEPUIS 1817 JUSQUES ET Y COMPRIS 1850; par le docteur AD. LACHÈSE (d'Angers) (1).

Au Rédacteur.

Monsieur et très-honoré confrère,

Lecteur assidu de votre journal, suivant de loin, mais d'un œil attentif, le mouvement scientifique du corps médical, j'ai constaté le petit nombre de travaux ayant pour but l'étude des causes qui agissent sur les masses, qui tiennent sous leur dépendance la santé publique, ou mieux encore, la validité des populations. Les recherches cliniques sont assurément d'une importance extrême, la détermination des maladies, et leur guérison forment les deux points culminants autour desquels gravitent toutes les ressources de l'art; mais je me suis quelquefois permis de considérer un hôpital comme une prison où l'on enferme ceux qui ont violé les lois de l'hygiène. Mieux vaudrait enseigner aux coupables le moyen de ne pas tomber en pareille faute. Donc la connaissance des causes des maladies l'emporte sur tout autre enseignement médical, donc les recherches qui conduisent à ces résultats sont du plus haut intérêt; par conséquent vous devrez accueillir favorablement un travail destiné à mettre en évidence les circonstances qui influent sur la santé publique d'un demi-million de Français. Si par hasard il se rencontrait dans chaque département un médecin qui voulût consacrer ses loisirs à une besogne fastidieuse, mais utile, qui, s'armant de patience à l'aspect de chiffres nombreux, songeât au bénéfice qui doit résulter de cette œuvre, nous aurions à nous féliciter hautement, moi, d'avoir donné un bon exemple, et vous, cher confrère, d'avoir ouvert vos colonnes à cette statistique d'où jaillissent à chaque instant les questions d'étiologie les plus importantes.

Constater avec toute la rigueur possible l'état sanitaire de la population masculine d'un grand département, baser cette appréciation sur les décisions authentiques des conseils de révision, c'est apporter dans cette étude un élément positif capable de prouver quelque chose. Or, nous tâcherons de prouver qu'en dépit de l'aridité d'un tel travail, il y a matière à réflexions utiles, puisque l'attention éveillée sur certains faits pathologiques devra nécessairement en chercher le remède. Permettez-moi donc d'entrer dans quelques détails nécessaires; il faut que vous connaissiez le terrain sur lequel je suis placé, et vos nombreux lecteurs verront bien que je suis décidé à ne pas abuser de leur patience. Je place ici le vrai titre de mon travail.

AD. LACHÈSE, D. M. P.

Le département de Maine-et-Loire appartient à la région nord-ouest de la France; il a été formé de la presque totalité de l'ancienne province d'Anjou. Ses limites sont : au nord, les départements de la Sarthe et de la Mayenne; à l'ouest, celui de la Loire-Inférieure; au sud-ouest, celui de la Vendée, au sud, celui des Deux-Sèvres; à l'est, ceux de la Vienne et d'Indre-et-Loire. Il est un des plus importants de la France par sa superficie, par l'abondance et l'excellente qualité de ses produits agricoles et industriels, par sa population intelligente et laborieuse. Il est divisé en cinq arrondissements que voici :

Angers. . .	9	cantons	89	communes	154,946	habitants	155,898	hectares
Baugé . . .	6	—	66	—	79,709	—	140,629	—
Beaupreau.	7	—	77	—	121,375	—	161,786	—
Saumur . .	7	—	83	—	97,339	—	137,958	—
Ségré. . . .	5	—	61	—	62,080	—	116,239	—
	34		376		515,448		712,510	

Pendant dix ans, de 1828 à 1838, l'autorité m'ayant chargé de prendre part à l'ensemble des opérations du conseil de révision, je remarquai bientôt l'extrême différence qui existait entre ces divers arrondissements, tant sous le rapport de la nature du sol, de la fertilité, du genre d'industrie qui y règne que sous le rapport des dispositions physiques et morales de leurs habitants. Angers, avec ses 50,000 âmes, donne au premier arrondissement un caractère plus intellectuel; plus actif, plus mobile; les ardoisières exploitées sur une immense échelle dans sa banlieue, les usines de houille situées sur la rive gauche de la Loire, comptent une population ouvrière très-considérable dont on connaît assez la turbulence et l'énergie. Baugé, arrondissement presque sans culture, à cause de ses grandes forêts, de son sol sablonneux, presque sans industrie, n'ayant pris aucune part active à nos troubles politiques, diffère considérablement de Beaupreau, qui est riche de ses moissons immenses, plus riche encore par la vente des bœufs qu'il livre par milliers à la consommation parisienne, de Beaupreau, le foyer de la grande guerre royaliste de 1793; tandis que Saumur, avec la jolie ville qui lui donne son nom, avec les délicieux coteaux de la Loire, les magnifiques plaines de Doué, Saumur, pays aux idées révolutionnaires, n'a aucune analogie avec Ségré, entièrement agricole, où l'on ne trouve que des champs entourés de haies, et qui, sous le rapport politique, a toujours fait cause commune avec la Vendée.

Après avoir noté maintes fois ces différences, je pensai qu'elles devaient influer sur les qualités physiques et morales de la population de ces divers arrondissements, et que, dès lors, des localités aussi dissemblables devaient fournir pour le recrutement des contingents non moins hétérogènes. Je crus aussi qu'en étudiant sur une grande échelle les décisions formulées par le conseil de révision, en les groupant, en les analysant, on pourrait en tirer des indications précieuses pour l'administrateur, pour le moraliste et le médecin. Je soumis cette opinion à M. Ganja, alors préfet de Maine-et-Loire, à M. le comte de Montbrun, sous-intendant-militaire, qui m'accordaient, pendant nos excursions, une affectueuse intimité; ils partagèrent ma manière de voir et m'encouragèrent à entreprendre ce travail. J'eus à ma disposition toutes les pièces officielles déposées aux archives et dans les bureaux de la préfecture; je pris pour point de départ la mise à exécution de la loi votée en 1818, sur le recrutement, et je commençai par la classe de 1817.

(1) En décembre 1842, ce travail, bien que très-incomplet, obtint une mention honorable à l'Académie des sciences, sur le rapport de M. Héricart de Thury. En janvier 1854 la même Académie lui a décerné une médaille d'or.

FEUILLETON.

UN CHAPITRE OUBLIÉ DANS LA PLUPART DES TRAITÉS DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE.

La médecine! mais c'est simple comme bonjour! Vous prenez un malade, vous lui demandez ce qu'il a; il vous répond qu'il souffre de la poitrine, qu'il tousse, qu'il a eu du frisson. Bon! vous lui tâtez le pouls, vous tenez à la main une montre à secondes; une, deux, trois, quatre, etc. Vingt-huit pulsations pour un quart de minute, cela fait cent douze battements à la minute, par conséquent il y a fièvre. Le malade est au lit, vous le faites asseoir et vous frappez sur son dos; pan, pan, pan; il y a un peu de matité dans la fosse sous-épineuse; vous portez l'oreille sur ce point, et vous trouvez du râle crépitant et même du souffle bronchique; hon! le mal est connu, et puis quelque crachats sont là, ils ont une certaine couleur acajou clair; bon! voilà un diagnostic qui ne laisse rien à désirer, la pneumonie est évidente, la saignée est indiquée, vous prescrivez, vous agissez et vous vous en allez la conscience nette, les mains dans vos poches, tout prêt à recommencer pareille besogne sur un autre patient, qu'il s'agisse d'une affection typhoïde, d'une insuffisance des valvules aortiques, d'une hépatite chronique ou d'un rhumatisme articulaire.

Que la clinique est une belle chose! Elle exige tout au plus de bons yeux, de bonnes oreilles; à l'hôpital Saint-Louis, la vision règne en souveraine; à l'Hôtel-Dieu, à la Charité, c'est l'acoustique qui l'emporte; vous trouvez dans ces lieux célèbres consacrés à l'étude minutieuse des phénomènes physiques des maladies, une foule d'instruments perfectionnés à l'aide desquels vous appréciez à un millième de millimètre près, le volume d'un globule, la capacité d'une cellule, vous avez des polarimètres, des saccharimètres, des sphygmomètres, des plessimètres, et une foule de mètres qu'on ne sait où mettre, de sorte que le baccalauréat ès sciences physiques et mathématiques est à peine suffisant pour enseigner à un futur docteur le nom de ces appareils et la manière de s'en servir.

Nous ne voudrions pas que l'on prit en trop mauvaise part cette petite boutade contre l'envahissement du domaine sacré de la science médicale par des procédés empruntés à la physique et à la chimie. Peut-être est-il permis de redouter l'assimilation de notre art aux exploitations industrielles qui poursuivent un autre but. Qu'un propriétaire découvre sur ses terres une substance d'apparence métallique; il en recueille des échantillons, il les met en caisse avec un certificat d'origine; la chose est expédiée à l'École des mines, au bureau des essais; là on analyse, on pèse, on étudie, et une diagnose authentique fait connaître le résultat de cette recherche, et classe ce produit dans la catégorie qui lui convient. N'avons-nous pas quelque chose d'analogue? N'adresse-t-on pas tous les jours à de savants experts, jurés priseurs d'un monde presque invisible, des tissus morbides, un liquide quelconque afin de savoir l'arrêt porté par un bon microscope habilement manié, par une analyse qua-

Je me suis arrêté à l'année 1850, inclusivement, après avoir mis en tableaux, par cantons, par arrondissements, puis par l'ensemble du département, un total de 77,348 décisions officielles.

Pour bien faire comprendre ma pensée, il n'est pas inutile de rappeler comment s'opère le recrutement. Tous les jeunes Français doivent être, sans exception, inscrits sur la liste de la conscription au commencement de l'année où ils comptent leurs 20 ans révolus. Cette opération se fait par commune. Les listes sont remises au chef-lieu de canton, et là, chaque individu inscrit vient, à un jour fixé par l'autorité, tirer un numéro d'ordre. Plus tard, les jeunes gens sont une seconde fois convoqués au chef-lieu de canton; le conseil de révision s'y rend, les appelle et les examine en suivant l'ordre des numéros du tirage jusqu'à ce qu'il ait atteint le nombre d'hommes propres au service déterminé par le contingent du canton. Une décision est prise pour chacun des hommes et inscrite en regard de son nom. C'est l'examen et la comparaison de ces décisions qui vont servir de base à mes recherches. En voici l'analyse.

De 1817 à 1850, c'est-à-dire pendant trente-quatre ans, le département de Maine-et-Loire a dû fournir, comme contingent, un total de 32,779 hommes.

147,917 jeunes gens ont été inscrits sur les listes d'appel, et sur ce nombre 77,348 ont comparu devant le conseil de révision, qui a pris à leur égard les décisions suivantes.

34,873 conscrits ont été déclarés propres au service militaire. Ce chiffre, supérieur de 2,094 à celui du contingent demandé, comprend les hommes mis sur la liste supplémentaire, ou réserve, et de plus, 2 jeunes gens d'Angers, dispensés du service militaire comme ayant remporté le prix d'honneur au grand concours des colléges de Paris, savoir, M. Eugène Boré, en 1829, et M. Léon Guépin, en 1832.

Voici maintenant une indication générale des exemptions qui ne sont pas du ressort de la médecine :

Fils aînés ou uniques de femmes actuellement veuves	5,413
Frères aînés d'orphelins de père et de mère	885
Frères de militaires morts au service ou réformés pour blessures	2,003
Frères de militaires en activité de service	4,082
Fils aînés ou uniques de pères septuagénaires	348
Décédés depuis le tirage	193
Condamnés à des peines infamantes	2
Mariés avant la loi de 1818	153
Fils aînés ou uniques de pères aveugles	43
Frères jumeaux	31
Autres exemptions légales	138
Défaut de taille	5,819

Ainsi nous avons déjà un total de 19,110 individus qui n'ont eu besoin, pour être dispensés du service militaire, que de la constatation administrative des motifs reconnus par la loi. Ce chiffre très-considérable, restreint d'autant l'action de l'officier de santé dans le sein du conseil de révision et diminue aussi l'importance des résultats qu'il signale, car ceux-ci augmenteraient de valeur à mesure que les recherches porteraient sur un plus grand nombre de conscrits. Or, 34,873 hommes ont été bons au service, en voici 19,110 qui sont exemptés de droit; cela fait 53,983 jeunes gens sur le compte desquels la science n'a pas eu à se prononcer. Reste donc un total de 23,365, base de travail plus spécialement médical que nous allons exposer ici.

Dans l'impossibilité d'adopter une classification méthodique, nous suivrons cependant un certain ordre capable de rapprocher les choses analogues et de fournir des aperçus plus satisfaisants :

1° Imbécillité, idiotisme	227
Aliénation mentale	31
Manie périodique	4
Épilepsie	150
Névralgie et mélancolie	1
Somnambulisme	3
Hydrocéphalie	2
Surdi-mutité	48
Mutisme et paralysie	3
Vertiges, tremblements, etc.	8
Et enfin, bégayement	311

Cette première catégorie, comprenant les maladies ayant leur siége dans le système cérébro-spinal, offre un total de 783 individus.

2° Difformités des membres ou du tronc	2,316
Perte des membres, estropiement	1,700
Maladies des membres ou des articulations	1,051
Cicatrices adhérentes, ulcères anciens	899
Varices	1,573

Voici un total de 7,539 conscrits chez qui l'appareil locomoteur s'est trouvé affecté de lésions telles, que la vie de soldat était devenue impossible. Nous rechercherons les causes de ces maladies si communes et si fâcheuses, puisqu'elles atteignent près d'un dixième des hommes de 20 ans :

3° Affections pulmonaires, faiblesse générale	7,817
Id. du cœur et des gros vaisseaux	129
Scrofules	532
Goîtres	33
Maladies de la peau	382
Obésité	10

Ces diverses lésions n'ont entre elles de point de contact que leur apparence extérieure, leur facile constatation à première vue, et enfin une sorte d'état cachectique dépendant de causes générales. On voit que cette catégorie est nombreuse (8,802 individus), et combien il importerait de prévenir des désordres qui atteignent la partie la plus active de la population masculine.

4° Organes des sens.

Oreilles. —	Surdité	144
	Otorrhées chroniques	67
	Perforation du tympan	2
	Absence de l'oreille	1
	Perforation chronique de l'oreille interne	1
Yeux. .. —	Perte ou maladies des yeux	902
	Myopie	259
Nez. ... —	Ozène	11
	Difformité du nez	7
	Polypes du nez	10
	Imperforation des narines	1
Bouche. —	Perte de beaucoup de dents	1,068
	Bec-de-lièvre	25
	Lésions du palais	9

---

litative et quantitative exécutée selon les plus rigoureux procédés de la chimie moderne, de celle qu'on nomme chimie organique et qui, comme chacun sait, est arrivée au dernier degré de perfection?

Nous ne blâmons pas, non certes, le praticien qui, voulant éclairer quelque point d'un diagnostic obscur, aura recours à ces explorateurs patentés des régions infinitésimales; je comprends que l'on ressente le besoin de ces aides spéciaux quand les procédés ordinaires de la science ne fournissent pas les éléments d'une conviction nécessaire; mais ces cas sont rares, et je n'admets guère que le médecin ne puisse faire un pas dans son vaste domaine sans cet attirail d'instruments, de réactifs, dont on embarrasse aujourd'hui la clinique. Il y a, selon nous, un appareil bien plus utile, bien plus indispensable, c'est le cerveau, c'est l'intelligence dont on se déshabitue peu à peu quand on compte tant sur ces auxiliaires mécaniques, sur ces outils d'un métier où la précision joue le premier rôle, ne laissant à l'esprit que le soin d'enregistrer des résultats qui dépendent d'un tour de roue, d'une réaction chimique, d'un effet d'optique ou d'acoustique. Nous nous sentons un peu humilié, nous l'avouons, à l'aspect de ces lunettes, de ces cornets, de ces cornues, de ces chercheurs de quintessences, subtiles adeptes d'un savoir alambiqué, héritiers directs de Paracelse, de Van Helmont, celui-ci reniant celui-là, perpétuels démolisseurs de ce qui les précède, et préparant la même besogne à ceux qui doivent les suivre.

Tout cela ne veut pas dire qu'il faut se passer des acquisitions légitimes d'une science nouvelle, que l'on doive rester orgueilleusement sur un roc inaccessible, vivant de la tradition et refusant le bien, surtout parce qu'il contrarie la science toute faite, parce qu'il exige perpétuellement une étude attentive de la part de ceux qui s'endorment volontiers sur un oreiller commode. Non, nous blâmerions ces esprits obstinés, ces retardataires qui se rouillent dans la doctrine des faits accomplis et montrent leur éclectisme en choisissant l'immobilité. Mais nous voulons dire que toute la médecine n'est pas là, que cette science des livres, des amphithéâtres des cliniques, n'est pas la vraie médecine, celle qui se fait dans le monde, au sein de la société, au milieu des familles. Après des travaux longs, difficiles, après l'étude des faits au lit du malade et dans les salles de nécropsie, il y a quelque chose de plus élevé, de plus important, de plus directement utile, c'est l'application de ces connaissances si péniblement acquises, c'est la mise en œuvre de l'art lui-même, l'action immédiate du praticien.

Or, pourrait-on croire qu'on est devenu un médecin vraiment digne de ce nom uniquement parce que l'on a montré une aptitude incontestable à ausculter, à percuter, à palper, à analyser tel ou tel phénomène physique ou chimique, parce que l'on sait jouer de la lentille ou des acides azotique ou chlorhydrique, parce que toutes les réactions de ces drogues vous sont connues?

Hélas! nous avons vu à l'œuvre des manipulateurs qui sont passé maîtres en toutes ces belles choses, ils ne doutaient de rien, ils voyaient la maladie *oculorum acie acerrimâ*, ils la touchaient *non dubitante manu*; mais le malade, que devenait-il en présence de ces hardis explorateurs?

Il faut bien se persuader que ces pauvres malades, outre la chair et les os, ont aussi un cœur, moralement parlant, qu'ils entendent et cherchent à com-

5° Appareil génito-urinaire :
Maladie ou mauvaise conformation de ces organes. . . 453
Varicocèle. 1,354
Et enfin, à cause du voisinage :
Hernies. 1,568

Les numéros 3, 4 et 5 donnent un chiffre considérable (6,001), et en additionnant tous ces cas de réforme déterminés par le médecin, nous arrivons à un total de 23,030, lequel extrait de 23,365 individus déclarés impropre au service militaire, nous laisse à peine un résidu de 335 conscrits à répartir entre tous les points du cadre nosologique. Ajoutons que 86 hommes ont été renvoyés sans que le motif de la réforme ait été indiqué, et l'on comprendra que nous nous abstenions d'examiner en détail chacun de ces cas rares.

Ces chiffres, tout intéressants qu'ils soient, ne pouvaient m'être d'aucune utilité; ils n'auraient de valeur réelle qu'autant qu'on pourrait les comparer avec des chiffres semblables obtenus dans un ou plusieurs départements, mais je ne sache pas que jusqu'ici on ait essayé de faire des relevés analogues.

Pour tirer un bon parti des matériaux que j'avais sous la main, j'avais à comparer entre eux les cinq grandes divisions de Maine-et-Loire, et il me fallait, pour arriver au but, posséder les chiffres particuliers à chacun de ces arrondissements. Ayant établi, par le calcul, la proportion exacte qui se trouve entre le chiffre de la décision prise et le nombre des jeunes gens visités dans chaque arrondissement, j'ai eu, par ce moyen, un élément positif servant de base à mon travail. Tout imparfait qu'il puisse être, il engagera, je l'espère, quelques médecins à profiter de circonstances favorables pour apporter des faits nouveaux propres à la solution d'un problème digne des méditations de tout homme voué à l'étude des sciences morales et politiques.

(*La suite au prochain numéro.*)

CHIRURGIE PRATIQUE.

ESSAI SUR LES TUMEURS DE LA RÉGION PALATINE; par le docteur PARMENTIER, ex-interne des hôpitaux, membre titulaire de la Société anatomique et de la Société médicale d'observation.

(Suite et fin. — Voir le numéro 25.)

CHAPITRE II.

DESCRIPTION DES TUMEURS DE LA RÉGION PALATINE.

Les tumeurs de la région palatine peuvent être divisées en tumeurs liquides et en tumeurs solides.

Dans la première section, on remarque les abcès, les tumeurs gommeuses, les kystes séreux et les tumeurs sanguines.

Dans la deuxième section, on trouve l'hypertrophie des glandules du voile du palais, les exostoses, les kystes osseux, les tumeurs fibreuses et les tumeurs carcinomateuses.

PREMIÈRE SECTION. — TUMEURS LIQUIDES.

ABCÈS. — Les abcès se développent à la région palatine tantôt à la voûte, tantôt dans le voile du palais; d'autres fois ils occupent à la fois une portion de ces deux parties de la région palatine.

Comme dans toutes les régions du corps, ces abcès résultent tantôt d'une inflammation simple du tissu cellulaire, tantôt ils sont symptomatiques d'une maladie du squelette de la voûte palatine.

Les abcès précédés d'une inflammation du tissu cellulaire s'observent également à la voûte et au voile du palais; l'abcès dont parle Kruger (1) était situé à la partie postérieure de la voûte et supérieure du voile du palais; celui dont parle Thomas Bartholin (2) était situé au côté gauche de la voûte palatine, celui que j'ai observé en 1852, dans le service de M. le professeur Malgaigne, était situé à la partie supérieure du pilier antérieur du voile du palais. Ces abcès surviennent souvent sans cause bien appréciable; d'autres fois ils succèdent à l'avulsion d'une dent, mais ce sont surtout ceux qui sont accompagnés d'une lésion de l'os (3). On a vu ces abcès survenir à la suite d'une piqûre à la voûte palatine avec une grosse arête de poisson (4). M. le docteur Demarquay a vu plusieurs abcès de la voûte palatine survenus à la suite de l'application d'un dentier en hippopotame; c'est surtout au début de l'usage de ce moyen de prothèse que les abcès se produisent (5).

Le plus souvent ils ont pour cause une carie de l'alvéole et de la voûte palatine (6).

Les abcès du voile du palais donnent lieu à de la douleur à l'isthme du gosier, et le malade y éprouve constamment la sensation d'un corps sur le point d'être dégluti. Il y a impossibilité d'avaler la salive, en même temps surviennent de la douleur dans l'oreille correspondante au côté de la phlegmasie, une grande difficulté à ouvrir la bouche, et lorsque le malade veut boire, souvent les boissons repassent par les fosses nasales; il est obligé de se serrer le nez avec la main afin d'empêcher la sortie du liquide; en même temps la voix est nasonnée, inintelligible. Il y a de la fièvre, de l'inappétence, une soif plus ou moins vive; la muqueuse de la région palatine est très-rouge. Au bout de quelques jours, le pus se ramasse en foyer et un point blanc jaunâtre commence à paraître sur la tumeur qui est fluctuante.

Les abcès qui surviennent à la suite de l'avulsion d'une dent succèdent ordinairement à une fluxion; le pus, qui prend quelquefois sa source dans le lieu même de la maladie de l'os, décolle la muqueuse palatine, fuse plus ou moins loin, de sorte que lors de l'ouverture spontanée ou provoquée de l'abcès, on rencontre une portion de la voûte palatine dénudée dans une certaine étendue (7).

Au début, les abcès symptomatiques d'une maladie de la voûte palatine se manifestent par une fluxion; il y a un gonflement considérable du nez et de la lèvre, puis survient une tumeur à la voûte palatine, tumeur qui finit par s'ouvrir d'elle-même si elle ne l'est pas par le chirurgien; l'ouverture reste fistuleuse et il se développe des fongosités qui acquièrent un volume plus ou moins considérable.

Dès que l'on a reconnu la présence du pus dans la tumeur, il faut y pratiquer une ouverture afin d'éviter que le pus ne fuse et ne vienne

(1) J. MÉD., t. V, p. 69; Jourdain, MAL. DE LA BOUCHE, obs. XXVI.
(2) Ch. V. Hist. 91.
(3) Jourdain, J. MÉD., t. XXXVII, an 1772, p. 542, obs. I.
(4) Jourdain, *loc. cit.*, obs. IV.
(5) Communication orale.
(6) Jourdain, *loc. cit.*, obs. VI.
(7) Jourdain, J. DE MÉD., t. XXXVII, an 1772, p. 342, obs. I, II et III.

---

prendre, qu'ils s'inquiètent, qu'ils tiennent à la vie par des liens puissants, et que l'action du médecin sur cet être vivant et sentant ne peut se borner à la partie mécanique du métier. Il faut bien se rappeler que ce malade est entouré d'une famille qui a le plus grand intérêt à savoir ce qui se passe, ce qui doit survenir, et dont les inquiétudes mortelles trouvent dans une parole, un geste, un air de tête du médecin, des motifs de trouble, de désespoir ou d'une confiance que l'événement ne se charge pas toujours de justifier.

Mais, dira-t-on, cela va sans dire, il n'est pas nécessaire de formuler ces pratiques, qui sont essentiellement dominées par les circonstances; tout médecin prend conseil de l'occasion, il voit ce qu'il doit faire; le bon sens, l'habitude du monde, ce tact que donne la connaissance du cœur humain, voilà ses guides, et il n'appartient à personne de lui prescrire des règles de conduite qui rentrent dans son for intérieur; il a la liberté d'action dont il n'est justiciable qu'envers sa propre conscience et nul n'a le droit de pénétrer dans ce sanctuaire.

Il semble, en effet, que ces raisons ont décidé la plupart des médecins qui ont écrit sur la pathologie générale à ne pas franchir ces limites respectées, et cependant cette sorte de réserve me paraît plutôt un oubli, tant de nos jours la tendance des esprits est vers le positif, tant on dédaigne volontiers tout ce qui est du domaine de l'imagination, tant on s'applique à restreindre ces élans du cœur dont se moquent les forts, dont se passe le public, dont on ne saurait assigner la place dans le cadre d'une nosographie bien distribuée.

Et cependant il y a là d'impérieux devoirs à remplir, de grands services à rendre. L'homme de cœur qui a su voir au delà de l'enveloppe, qui pénètre jusqu'à la fibre secrète, le vrai siége des passions, le ressort qui entretient le mouvement et la vie, le médecin qui comprend la hauteur de sa mission, celui-là ne se borne pas à la constatation matérielle des signes de la maladie, à la prescription des remèdes les plus propres à combattre le mal; il va plus loin, *il soutient le moral du patient*, il le gouverne, il exerce sur son esprit une salutaire influence due à l'ascendant que sait prendre le *vir probus medendi peritus* sur celui qui souffre et qui lui demande soulagement et guérison. Écoutez Sydenham qui a dit: *Ægrorum nemo a me alias tractatus est, quam egomet tractari cuperem, si mihi ex iisdem morbis ægrotare contingeret.* Ce grand homme a pu, au déclin de sa carrière, se rendre cette justice; nous voudrions que tout médecin gravât cette pensée dans son cœur et s'identifiât tellement avec son malade qu'il crût se traiter soi-même en le soignant, à la condition toutefois qu'il aurait un égal respect pour la sensibilité de la peau et pour la sensibilité morale, qu'il apporterait un soin égal à écarter la douleur physique et à prodiguer les consolations de l'âme, ce baume salutaire qui fait bénir la main d'où il découle.

Est-il besoin de rappeler l'incertitude du jugement humain, surtout dans les choses qui tiennent à l'organisme vivant, pour démontrer combien la circonspection est nécessaire dans le pronostic des maladies? Hippocrate a dit: *In acutis, non omnino tutæ sunt prædictiones, neque ad sanitatem, neque ad mortem.* Et cependant combien ne voit-on pas de médecins porter des arrêts que le temps se charge de casser, et qui, recueillis avec soin par un public peu indulgent, portent une grave atteinte à la considération dont nous avons besoin? Ces accidents se renouvellent tous les jours, on affirme, on tranche,

décoller la muqueuse dans une certaine étendue, ce qui pourrait amener une nécrose superficielle, et de là une exfoliation d'une partie de l'os. Le pus qui sort de l'abcès est souvent fétide, ainsi que cela arrive dans les abcès situés à l'entrée des ouvertures naturelles.

J'ai déjà mentionné les deux abcès dont parlent Thomas Bartholin et Kruger, et dans lesquels on trouva un calcul. En 1852, dans le service de M. le professeur Malgaigne, j'ai vu une femme qui avait un abcès au bras gauche; à l'ouverture, il s'écoula du pus, et dans le fond de la plaie on trouva plusieurs fragments durs, d'une apparence pierreuse. Soumis à l'analyse chimique, on reconnut qu'ils étaient constitués par du carbonate de chaux.

Lorsque l'abcès a été ouvert, tous les symptômes déterminés par la présence du pus cessent rapidement, et la plaie tend à se cicatriser; il suffit de prescrire au malade l'usage d'un gargarisme émollient, mais quand l'abcès est symptomatique d'une maladie de l'os, son ouverture devient fistuleuse, des fongosités saignant aisément se développent autour, et il s'écoule continuellement un pus séreux qui ne se tarit qu'après la guérison de l'os malade.

Dans ces cas, il faut inciser le trajet fistuleux, détruire les fongosités et cautériser avec le fer rouge la portion d'os cariée, afin d'en déterminer la nécrose et par suite son exfoliation; si l'os est nécrosé, il faut, avec des pinces, avec la gouge et le maillet, en débarrasser de suite le malade.

Enfin, s'il existe quelque dent cariée, on doit immédiatement en opérer l'avulsion. On peut, dans ces opérations, blesser une des branches de l'artère palatine; cet accident me paraît être arrivé à Meeckren (1), au médecin qui a donné des soins au malade qui fait le sujet de l'obs. XXIII du mémoire de Jourdain, ainsi qu'à ce chirurgien luimême (2).

Dans tous ces cas, on s'est rendu maître de l'hémorrhagie au moyen de la compression faite à l'aide d'une petite plaque munie d'un petit tourniquet, espèce de compresseur imaginé par Anselin et modifié par Jourdain; ce dernier préfère beaucoup la compression à la cautérisation dans les cas d'hémorrhagie, parce que, dit-il, lorsque l'escarre se détache, souvent l'accident se reproduit; c'est ce qu'il dit être arrivé au malade qui fait le sujet de l'obs. XXIV.

Tumeurs gommeuses. — On observe assez souvent, chez les sujets atteints de syphilis constitutionnelle, des tumeurs gommeuses au voile du palais. On sait que ces tumeurs font partie des accidents tertiaires de la syphilis. M. Ricord en dit seulement un mot dans les notes qu'il a mises au Traité de la syphilis, de Hunter; il n'en est pas question dans le Traité de pathologie externe, de Vidal (de Cassis). M. Ph. Boyer, qui a ajouté un chapitre sur la syphilis à l'ouvrage de son père, ne parle que de l'ulcération du voile du palais, il ne mentionne pas les tumeurs gommeuses que l'on y observe aussi bien qu'à la langue. MM. Ricord et Vidal (de Cassis) ne font que les mentionner aussi dans leur Traité des maladies vénériennes. Dans ces derniers temps, M. Demarquay a eu occasion d'observer plusieurs tumeurs gommeuses du voile du palais; je dois à l'obligeance de MM. Luys, Paupert et Touzelin la relation de ces faits, que je mettrai à profit pour faire l'histoire de ces tumeurs.

(1) Obs. méd. chir., 5e, Jourd. Mal. de la bouche, p. 392, obs. XXIII.
(2) Obs. XXIV, *loc. cit.*

Petites et à peine sensibles au début, les tumeurs gommeuses du voile du palais sont dures, adhérentes à la muqueuse par une sorte de pédicule, et mobiles sous les parties sous-jacentes et voisines; leur accroissement se fait lentement et sans douleur, elles arrivent au volume d'une noisette, et la muqueuse qui jusque-là était restée sans altération de texture et de couleur devient d'un rouge brun-violacé, la région sous-maxillaire se tuméfie, le malade accuse des sifflements d'oreille, parfois même une surdité presque complète, la déglutition est pénible et douloureuse, la voix est nasonnée, on perçoit à travers une sorte de coque qui sert d'enveloppe à la tumeur, de la fluctuation; la muqueuse se perfore dans un ou plusieurs points, et il s'échappe un pus ichoreux, mal lié et entraînant avec lui des débris organiques.

A ces ouvertures succède bientôt une ulcération à bords saillants, taillés à pic, à fond grisâtre; elle fait des progrès rapides, perfore le voile du palais, et il s'établit une communication entre la cavité buccale et la partie postérieure des fosses nasales.

Les symptômes d'angine qui précèdent l'ouverture de la tumeur étant ceux qui fixent l'attention du malade et le déterminent à réclamer les secours de l'art, on conçoit que l'on pourrait croire à un simple abcès du voile du palais, si l'on ne questionnait le malade sur ses antécédents. Le malade de M. Touzelin avait depuis six mois un coryza continuel; il était entré dans le service de M. Hardy pour se faire traiter de douleurs rhumatoïdes siégeant dans les deux genoux et dans l'épaule gauche. La malade de M. Luys avait eu antérieurement plusieurs boutons aux grandes lèvres, symptômes qui peuvent bien faire croire à une syphilis antérieure. Si l'on était appelé au début, avant qu'il y eût aucune trace de fluctuation, on pourrait croire que l'on a affaire à une hypertrophie glandulaire, à un cancer. Nous verrons plus tard que la tumeur due à l'hypertrophie glandulaire n'est jamais adhérente à la muqueuse, quelle que soit son ancienneté. Il n'y a aucune tendance à l'ulcération; quant au diagnostic différentiel avec la tumeur cancéreuse, on l'établira à l'aide des commémoratifs. Enfin, nous croyons que, dans tous les cas, on fera bien d'essayer le traitement des accidents tertiaires de la syphilis pour éclairer complétement le diagnostic, avant de se décider à porter sur la tumeur l'instrument tranchant.

Une tumeur gommeuse du voile du palais entraîne toujours un pronostic fâcheux, à cause de l'accident dont le malade se trouve menacé: je veux parler de la perforation du voile du palais; cet accident imminent nécessite un diagnostic positif et demande un traitement très-actif pour tâcher de l'éviter lorsqu'il en est temps encore.

On devra donc se hâter d'administrer l'iodure de potassium, en commençant par 1 gramme. Ce traitement convient dans tous les cas, même lorsqu'il y a perforation et ulcération du voile du palais; sous son influence, on voit assez promptement l'ulcération se déterger, et un travail de cicatrisation commence, en même temps que les autres symptômes de syphilis disparaissent, comme cela a été vu par M. Demarquay chez le malade dont M. Touzelin m'a communiqué l'observation. On doit aussi favoriser la cicatrisation de la fistule palatine par des cautérisations répétées; mais, si l'on ne peut l'obtenir, il faut pra-

---

on se pose en prophète inspiré; l'avenir se dévoile à ces yeux perçants, et les plus éclatants démentis ne les corrigent pas de cette manie, ne les font pas descendre de ce trépied d'où ils prodiguent les oracles.

Il en est qui ne cèdent à ces inspirations divinatoires que pour affirmer quand d'autres doutent, pour se donner le mérite d'une perspicacité plus grande, au risque d'un échec fâcheux; ce genre d'importance pratique est un jeu de hasard qui les favorise quelquefois. Nous nous permettrons de le blâmer hautement. Il faudrait ne pas céder à ces suggestions d'un intérêt d'amour-propre ou de tout autre calcul aussi peu honorable. Le médecin doit s'effacer dans l'accomplissement d'un devoir qui entraîne une aussi grande responsabilité, ces mesquines considérations de vanité ou de profit sont indignes de lui, il doit respecter sa robe et ne songer qu'à l'honneur de la profession.

Entrez plus avant dans cette voie intime, allez jusqu'au fond des entrailles du malade, mettez-vous à sa place et voyez ce que vous avez à faire. Sachez lui inspirer de la confiance par l'intérêt que vous lui portez, par votre patience à l'écouter, par vos soins assidus, empressés, par cette sympathie qu'il lit dans vos yeux, sur votre visage; qu'il vous trouve à la fois grave et affectueux, laissez avec un soin égal les airs sépulcraux de certains fatalistes, et la physionomie évaporée ou distraite de quelques sceptiques, et surtout soyez vrai, c'est-à-dire ne dites que ce que vous pensez, mais non pas tout ce que vous pensez. L'auteur de ce chapitre si intéressant où je puise toutes les pensées que nous venons d'écrire, insiste avec raison sur la nécessité de ne pas mentir avec les malades, car ils ont en général une mémoire excellente, et quand un nouveau mensonge, rarement d'accord avec le premier, vient leur démontrer que vous les trompez, alors vous avez perdu tout crédit près d'eux.

Le même auteur a donné d'excellents conseils sur la conduite à tenir à l'égard des parents, sur les ménagements à garder envers ceux qui entourent le malade, qui lui sont unis par les liens les plus intimes; il nous apprend à ménager la sensibilité de ceux qui survivent et qui aiment tant à se faire illusion quand il s'agit de la perte des objets les plus chéris. Il le dit avec un charme extrême, que rehausse l'autorité d'une longue expérience. Dieu a placé dans le cœur humain, l'une à côté de l'autre, l'espérance et la crainte, il y aurait donc de l'inhumanité, de l'impiété à vouloir apprendre aux malades ce que la prévoyance divine a voulu leur cacher, le médecin doit envelopper de voiles favorables cette nécessité cruelle de la mort prochaine, et il évitera avec soin qu'un pauvre incurable lui dise: J'aurai recours à un autre médecin, car *vous ne me guérissez pas, vous ne me soulagez pas, vous ne me consolez pas.*

Jeunes médecins, vous qui, pleins de science nouvellement acquise, n'avez pas encore eu le temps d'apprendre à douter, lisez ce chapitre, je ne saurais trop le recommander à vos méditations. Il vous montrera la route à suivre, celle qui conduit au bien, celle qui aboutit au terme des plus hautes ambitions, le respect unanime des honnêtes gens, la confiance de tous, l'estime de soi-même, ce que donne le sentiment du devoir accompli. Vous y puiserez en même temps certaines règles de conduite qu'on ne trouve pas dans les livres, mais qui désormais y tiendront une belle place, car chaque auteur s'empressera de reproduire ce code pratique qui vaut bien le fameux

tiquer la staphylorapbie, comme l'a fait M. Demarquay chez le malade de M. Paupert.

Kystes séreux et hydatifères. — Il n'existe pas, dans la science, d'observation de kyste séreux de la région palatine; néanmoins on conçoit qu'il puisse s'en développer dans cette région; en effet, au voile du palais on rencontre les ouvertures des nombreux conduits glandulaires; or on conçoit qu'une de ces ouvertures venant à s'oblitérer, le conduit de la glandule se dilate par suite de l'accumulation du produit de sécrétion et amène un kyste séreux; quant à la voûte, des kystes séreux ont déjà été observés depuis quelques années sur un grand nombre d'os, rien d'étonnant quand un jour ou l'autre on en observerait sur la voûte palatine.

Enfin, tout le monde connaît l'observation d'hydatide trouvé dans l'amygdale qui est rapportée dans les leçons orales de clinique chirurgicale de Dupuytren; des kystes hydatifères ont été rencontrés dans plusieurs muscles de l'économie; mais aucun fait d'hydatide dans la région palatine n'a encore été rapporté dans les annales de la science.

Les kystes séreux et hydatifères doivent être enlevés par l'instrument tranchant.

Tumeurs sanguines. — M. Delabarre a observé un anévrisme d'une artère de la voûte palatine; M. le professeur Velpeau, qui cite le fait dans son Anatomie chirurgicale, dit que, si jamais pareil cas se présentait, il faudrait traiter le mal par le cautère actuel, l'inégalité des os et la dureté des parties empêchant d'y appliquer la ligature ou la compression; celle-ci a pourtant été employée avec succès pour combattre une hémorrhagie de l'artère palatine, ainsi que je l'ai dit en parlant des abcès.

Scarpa a observé une tumeur sanguine congénitale de la voûte palatine sur un homme de 47 ans, en 1795. La tumeur avait la grosseur d'un marron de forme écrasée; sa surface était sillonnée de points et de lignes rougeâtres; elle offrait en général un aspect noirâtre et violacé. Le malade disait qu'il portait la tumeur depuis sa plus tendre enfance; petite alors et pas plus grosse qu'un petit pois, elle avait, avec les progrès de l'âge, graduellement augmenté de volume et rendait la mastication difficile et la déglutition excessivement douloureuse.

Molle, élastique, douloureuse à la pression et présentant une base élargie, cette tumeur fut enlevée complètement en rasant la muqueuse de la voûte palatine avec des ciseaux à bec de cuiller. Du sang veineux noirâtre s'écoula aussitôt en abondance, mais on parvint à s'en rendre maître par la compression après avoir placé une boulette de charpie imbibée d'esprit-de-vin mêlé à quelques gouttes d'acide sulfurique. Si un cas pareil se présentait, il conviendrait d'employer le perchlorure de fer (sol. au 30°).

La tumeur extirpée était constituée par un peloton de vaisseaux veineux et unis étroitement les uns aux autres par du tissu cellulaire mince et délié.

Deuxième section. — Tumeurs solides.

Hypertrophie des glandules du voile du palais. — L'anatomie du voile du palais nous montre les muscles séparés de la muqueuse par une couche lamelleuse remplie de follicules très-gros, glandes acineuses qui peuvent, en s'hypertrophiant, donner naissance à des tumeurs qui doivent être rapprochées des tumeurs mammaires chroniques d'Astley Cooper auxquelles M. le professeur Cruveilhier a donné le nom de corps fibreux de la mamelle, et que le microscope a démontré à M. le professeur Lebert n'être autre chose qu'une hypertrophie d'un ou plusieurs lobules glanduleux de la mamelle. En effet, ce dernier observateur a reconnu, dans plusieurs tumeurs du voile du palais, soumises à son examen, les mêmes éléments que dans l'hypertrophie mammaire; le microscope est ainsi venu confirmer ce qu'aurait pu faire prévoir le scalpel en nous montrant l'identité d'aspect de la mamelle, de la parotide, de la couche glanduleuse du voile du palais. Dans l'historique, on a vu que M. le professeur Nélaton était le premier qui eût appelé l'attention des chirurgiens sur cette espèce de tumeur.

Les tumeurs hypertrophiques commencent à la partie supérieure du voile du palais, se développent lentement; le deuxième malade observé par le professeur Nélaton avait 34 ans, et dès l'âge de 14 ans il avait reconnu pour la première fois la présence d'une tumeur qui se développait à la partie postérieure de la bouche; pendant longtemps elle conserva le volume d'une noisette. Le malade opéré par M. Michon disait qu'il y avait dix ans environ que la tumeur avait commencé à apparaître. C'est du côté de la face antérieure qu'elles font d'abord saillie; plus tard, en acquérant plus de volume, elles peuvent faire saillie et du côté de la bouche et du côté du pharynx, comme chez la première malade de M. Nélaton, ce qui ne s'observait cependant pas chez le second malade ni chez celui de M. Michon. Le volume est variable, c'est celui d'une pomme d'api, d'un œuf de poule. La muqueuse qui recouvre la tumeur est plus colorée que dans les parties circonvoisines, elle est plus lisse, un peu distendue. Chez le second malade de M. Nélaton on voyait une veine un peu volumineuse, légèrement variqueuse qui se dirigeait dans le sens longitudinal; du reste la muqueuse n'est pas altérée quelle que soit l'ancienneté de la tumeur; elle glisse à sa surface, et on peut en la pinçant y déterminer des rides, symptôme important à noter au point de vue du diagnostic et du manuel opératoire. Les tumeurs présentent une dureté assez considérable, rappelant celle de certaines tumeurs fibreuses ou des ganglions lymphatiques atteints d'inflammation chronique; elles sont bien circonscrites, et le doigt peut en suivre aisément tous les contours. Elles sont mobiles, sans adhérences avec les tissus voisins et se laissent aisément énucléer. Ces tumeurs accompagnent le voile du palais dans tous ces mouvements; ce que l'on juge facilement si l'on engage le malade à faire un mouvement de déglutition, la bouche légèrement ouverte, de manière que le regard puisse plonger dans le fond de la bouche. En se développant, ces tumeurs gênent beaucoup la déglutition, surtout celle des liquides; il en est de même pour la respiration et la phonation. La gêne de la respiration s'observe surtout la nuit; la parole est sourde, voilée et possède un timbre nasonné. Quelle que soit l'ancienneté de la tumeur, la muqueuse ne tend pas à s'ulcérer; jamais on n'observe l'engorgement des ganglions parotidiens ou sous-maxillaires; jamais les malades n'y accusent des élancements, aucune douleur de quelque nature que ce fût. L'ensemble des symptômes qui viennent d'être exposés mettra aisément sur la voie du diagnostic et fera porter un pronostic favorable.

Les troubles fonctionnels doivent déterminer à agir promptement,

---

serment d'Hippocrate, car il est l'expression fidèle et la plus haute acception du génie de la médecine moderne. Et si vous voulez vous en convaincre, lisez le chapitre intitulé : *Des moyens propres à soutenir le moral des malades*, page 636 de la quatrième édition des Éléments de pathologie générale de M. le professeur Chomel.

P. Menière.

— Par décret du 12 juin, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Commandeur. — M. Amic, premier médecin en chef de la marine, à la Martinique.

Officiers.—MM. Bonnafont, médecin principal à l'hôpital militaire du Roule; Godard, médecin principal à l'hôpital militaire de Versailles; Barallier, 2e médecin en chef de la marine.

Chevaliers.—MM. Marit, Ducreux, Blot, Leclerc, Lassaigne, du Bodon, Cordier, Prudhomme, médecins-majors;

M. Rebond, médecin aide-major;

M. Drouet, chirurgien professeur de la marine;

M. Legaudin, chirurgien principal de la marine;

MM. Olivier, Richer-Desforges, Isnard, Bourdel, Gouin, Ballot, chirurgiens de la marine;

M. Martin, chirurgien orthopédiste des maisons impériales Napoléon.

— Par décret du 16 juin, a été nommé dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur, M. Moutier, médecin-major au 92e de ligne.

— On lit dans la Gazette médicale de Lyon :

« Nous voyons depuis quelques jours se développer dans les salles de l'Hôtel-Dieu on arriver du dehors des affections gastro-intestinales de divers degrés et souvent indéterminées, embarras gastriques, états bilieux et saburaux, diarrhées subites et coliques, etc. En ville aussi ces cas se multiplient. On attribue assez généralement ces malaises à la corruption des eaux que l'on boit. Cette idée ne nous paraît pas justifiée, bien que l'abus des boissons aqueuses puisse, chez quelques personnes, être la cause occasionnelle de désordres abdominaux. Nous aimerions mieux chercher l'origine du nombre croissant de ces indispositions dans l'élévation subite de la température, au milieu d'une atmosphère profondément humide et dont l'état hygrométrique persiste depuis si longtemps. Ces diverses influences et d'autres que nous ne pouvons apprécier concourent sans doute à produire les affections abdominales que nous observons à présent, et qui se voient d'ordinaire dans les premières chaleurs de chaque année.

» Quoi qu'il en soit, la plupart de ces affections sont encore légères. Il en est pourtant un petit nombre qui se rapprochent des fièvres graves et qui font craindre l'apparition prochaine de ces fâcheuses maladies. »

c'est-à-dire à enlever la tumeur. Cette opération ne présente pas ordinairement une bien grande difficulté, car dès que l'on a fait une incision verticale suivant le grand diamètre de la tumeur, on peut facilement l'énucléer. Il est inutile de faire aucune suture pour rapprocher les lèvres de la plaie. La cicatrisation complète a ordinairement lieu vers le douzième jour.

Examinées après leur ablation, ces tumeurs présentent de petites saillies lobulées, arrondies, elles sont dures, ne se laissent pas affaisser même par une pression assez forte, rappellent assez bien par leur consistance, leur pesanteur et leur couleur le pancréas à l'état sain, comme lui elles sont d'un jaune grisâtre, assez uniforme, aussi bien à l'extérieur, à travers la membrane d'enveloppe, qu'à l'intérieur, sur une coupe fraîche. Si l'on fend la tumeur, elle ne cède au tranchant qu'avec une certaine difficulté, sans cependant présenter le petit cri propre aux tumeurs squirrheuses. La coupe offre un aspect lobulé ; le tissu de la tumeur est blanc, dépourvu de suc, parcouru par des stries fibreuses laissant dans leur intervalle un tissu plus jaunâtre, friable, percé d'une foule de petits pertuis; on y trouve aussi quelquefois des kystes remplis d'une tumeur visqueuse. Enfin au microscope on y trouve des culs-de-sac glandulaires hypertrophiés, des cellules épithéliales, mais surtout des noyaux d'épithélium, quelques éléments fibro-plastiques et des faisceaux de tissu fibreux.

Exostoses. — Dans ces derniers temps, M. Chassaignac a beaucoup insisté sur l'exostose médio-palatine comme signe d'affections syphilitiques antérieures; suivant ce chirurgien, ce signe est d'autant plus important qu'il est quelquefois le seul vestige de l'existence antérieure de la syphilis et qu'il est extrêmement facile à constater.

Si l'on promène le doigt indicateur sur la voûte palatine, la pulpe du doigt tournée en haut, on reconnait que chez un grand nombre de sujets qui ont été atteints de syphilis à une époque plus ou moins éloignée, il existe une saillie longitudinale à laquelle M. Chassaignac a donné le nom d'*exostose médio-palatine*. Dans bien des cas ce n'est qu'une légère crête osseuse antéro-postérieure, espèce de *veru montanum* du palais qui échapperait très-facilement à l'observation si l'on n'était pas prévenu.

Les exostoses syphilitiques doivent être traitées par l'usage de l'iodure de potassium à la dose de 2, 3, 4 et 5 grammes, en commençant par un gramme et augmentant progressivement la dose du médicament.

Kystes osseux. — Je rappellerai ici le fait de M. le docteur Loir, où il s'agit d'un kyste osseux contenant une dent renversée à son intérieur. On pourrait arriver au diagnostic d'un kyste semblable en examinant d'abord attentivement l'arcade dentaire supérieure et en cherchant à faire céder la paroi du kyste correspondante à la cavité buccale; en effet, dans le cas de kyste séreux, on sent que la paroi cède un peu sous la pression du doigt (1), tandis que si l'on avait affaire à un kyste renfermant une dent déviée, la tumeur serait dure, sans aucune élasticité et ne pourrait être déprimée dans aucun de ses points.

Tumeurs fibreuses. — C'est aux tumeurs de cette espèce que me paraissent devoir être rapportées la tumeur dont parle Botot (2), celle qui fut enlevée par Anselin sur un habitant d'Amiens (3), celle qui fut extirpée par Varner et dont Jourdain a rapporté l'observation (4). Les tumeurs fibreuses ne s'accompagnent pas de l'engorgement des ganglions lymphatiques et se développent lentement. Le malade d'Anselin avait sa tumeur depuis quatorze ou quinze ans, celui de Varner depuis sept ans. Les tumeurs fibreuses ont toujours été vues à la voûte palatine, et en se développant elles gênent considérablement les diverses fonctions du palais : le malade de Varner ne pouvait plus se nourrir que de liquides, celui d'Anselin ne mangeait et ne parlait qu'avec beaucoup de difficulté; sa respiration était en outre presque toujours laborieuse, la tumeur faisant obstacle à l'introduction de l'air.

Ces tumeurs sont très-dures. Botot dit que la tumeur de son malade était si dure et si coriace, principalement sur ses bords, qu'à chaque coup de bistouri qu'il donnait on aurait cru entendre couper un cuir desséché. La tumeur dont Varner fit l'ablation lui parut formée d'une substance cartilagineuse entremêlée de longues parties ossiformes. Quant à leur volume, il est variable; néanmoins, lorsque les malades se décident à se faire opérer, la tumeur n'est pas encore très-volumineuse, car les tumeurs apportent de si bonne heure une telle gêne dans les fonctions de la voûte palatine que ceux qui en sont affectés sont obligés de réclamer les secours de l'art; ainsi dans les observations précédemment citées, il est dit que les tumeurs avaient au plus le volume d'un œuf de pigeon.

Ces tumeurs doivent être enlevées par l'instrument tranchant; mais l'opération n'est pas sans difficulté et sans danger à cause de l'hémorrhagie qui peut suivre l'ablation de la tumeur; le malade de Varner eut quelques heures après l'opération une hémorrhagie qui nécessita l'emploi du cautère actuel. Dans l'opération d'Anselin, une artère ouverte à la partie latérale droite et presque postérieure du palais donna lieu à une hémorrhagie considérable et nécessita l'application d'un petit compresseur particulier qu'imagina ce chirurgien pour la combattre.

Quant à la guérison, elle a lieu au bout d'un temps variable : le malade de Botot fut guéri au bout de trois semaines, celui d'Anselin au bout de sept, après l'exfoliation de plusieurs portions d'os; enfin le malade de Varner fut guéri en trois semaines.

Tumeurs cancéreuses. — Les tumeurs cancéreuses affectent tantôt le voile du palais, tantôt la voûte, d'autres fois elles occupent les deux parties de la région palatine. Le cancer peut débuter primitivement dans cette région ou bien l'envahir consécutivement après avoir été limité pendant un certain temps aux parties environnantes.

Dans l'état actuel de la science, on ne doit décider de la nature d'une tumeur qu'après l'examen microscopique; voilà pourquoi l'on doit se tenir sur la réserve relativement à la tumeur que M. Marjolin a enlevée de l'épaisseur du voile du palais, bien qu'il soit dit dans l'observation que la tumeur était dure, inégale, et avait l'aspect d'une tumeur cancéreuse (1), ces caractères pouvant facilement induire en erreur.

On doit, au contraire, regarder comme cancéreuse, la tumeur de la voûte palatine enlevée par Blandin en 1844, le microscope y ayant reconnu des cellules cancéreuses très-marquées (2); il en est de même de la tumeur opérée en 1849 par M. Chassaignac (3).

Les tumeurs cancéreuses se développent rapidement; la malade opérée en 1844 par Blandin ne s'était aperçue de sa tumeur que six semaines avant d'entrer à l'hôpital, et cependant la tumeur avait déjà 5 à 6 centim. de long sur 2 à 3 de large en avant et 4 au moins en arrière et atteignait en hauteur le rebord des dents supérieures.

Ces tumeurs donnent bientôt lieu à l'engorgement des ganglions lymphatiques voisins. Chez la malade que M. Gosselin a présentée à la Société de chirurgie et que M. Chassaignac a opérée plus tard, la tumeur datait de dix-huit mois, avait acquis le volume d'un petit œuf de poule, et occupait la moitié gauche du voile du palais, les deux piliers correspondants et l'amygdale; il y avait un chapelet de ganglions indurés, depuis l'angle de la mâchoire jusque dans la région sus-claviculaire.

La consistance des tumeurs cancéreuses est tantôt dure (squirrhe); tantôt mollasse, élastique (encéphaloïde). Ces tumeurs sont bosselées, ne présentent au toucher ni battement ni véritable fluctuation; ordinairement le malade y éprouve des élancements, d'autres fois la tumeur est indolore; enfin, comme toute les tumeurs de cette région, en se développant elles gênent beaucoup la parole et les fonctions digestives et respiratoires.

Les tumeurs cancéreuses résistant à tout traitement médical, on doit leur appliquer un traitement tout chirurgical; cependant avant de se décider à l'opération, il faut, suivant le conseil de Vidal (de Cassis) (4), essayer l'iodure de potassium à la dose de 4 à 6 grammes par jour, et si en quinze jours la tumeur ne se modifie pas, il faut de suite en venir à l'opération.

Le succès qu'a obtenu M. Maisonneuve avec l'iodure de potassium sur un malade envoyé par Blandin à Bicêtre, dans la division des cancéreux, ne permet pas de regarder comme étant de nature cancéreuse l'affection de ce malade, affection pour laquelle Blandin avait imaginé en 1844 un procédé de ligature si ingénieux (5).

Lorsque la tumeur a peu d'étendue, est bien limitée, on peut l'enlever aisément avec le bistouri, et si l'hémorrhagie ne s'arrête pas d'elle-même, on s'en rend maître par la cautérisation avec le fer rouge. Quand, au contraire, la maladie a une grande étendue, on est obligé de pratiquer une resection du maxillaire supérieur, comme l'a fait M. Chassaignac; enfin, dans le cas où le voile du palais serait seul affecté, il faudrait cerner le mal par plusieurs anses de fil, ainsi que

(1) J'ai constaté ce signe sur une malade affectée d'un kyste séreux du maxillaire inférieur, et que j'ai observée en 1852, dans le service de M. le professeur Malgaigne.
(2) J. de méd., t. XXXVI, p. 269.
(3) J. de méd. de Vandermonde, t. XIII, p. 433.
(4) Jourdain, Traité des mal. de la bouche, t. I, p. 417.

(1) Gaz. des hôp., 1851, p. 152.
(2) Gaz. des hôp., 1844, p. 290, obs. recueillie par M. Demarquay.
(3) Gaz. des hôp., 1849, p. 409.
(4) Gaz. des hôp., 1849, p. 32t.
(5) J'ai revu le malade à Bicêtre en 1849 : il jouissait d'une santé parfaite; l'engorgement des parties molles que ce malade présentait à l'isthme du gosier lors de sa sortie de l'Hôtel-Dieu avait complétement disparu.

je l'ai vu faire au professeur Blandin en 1844, procédé qui a été décrit avec beaucoup de soin par M. Demarquay dans la GAZETTE DES HÔPITAUX en 1845, p. 86.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS

(Suite.)

IV. ZEITSCHRIFT FUR DIE STAATSARZNEIKUNDE;

Par le docteur BEHREND.

REMARQUES SUR LA NATURE DE LA RAGE; par le docteur FABER.

Nous avons relaté dans la GAZETTE MÉDICALE (1853, p. 824) l'opinion du docteur Bruckmüller qui regarde la rage comme n'étant pas une maladie particulière, mais comme pouvant être causée par diverses affections et comme ayant, entre autres, beaucoup d'analogie avec le tétanos. D'autres médecins dont le docteur Faber cite les noms et les écrits ont cherché à établir que la rage n'est pas contagieuse, que toute autre lésion qu'une morsure peut la produire et qu'elle peut survenir dans diverses maladies.

La question est assez sérieuse, dit M. Faber, pour qu'elle vaille la peine d'être examinée. L'auteur commence par faire observer que l'une des principales causes de cette singulière opinion, c'est qu'on confond la rage avec l'hydrophobie; cette dernière n'est qu'un symptôme qui peut se manifester dans des affections autres que la rage.

La rage, au contraire, celle de l'homme *toujours* et celle des animaux très-souvent, est produite par la morsure d'un animal enragé. Quant à la contagion, elle constitue, dit l'auteur, un fait tellement avéré, qu'on ne comprend pas qu'on puisse encore revenir sur cette question.

L'auteur s'applique à réfuter les opinions du docteur Bruckmüller et des autres médecins qui ont écrit dans le même sens, puis il établit un parallèle détaillé entre la rage et le tétanos, pour montrer les différences qui caractérisent ces deux affections.

VI. ZEITSCHRIFT FUR RATIONELLE MEDIZIN,

Publié par les docteurs HENLE et PFEUFER.

Les deux premiers cahiers du tome VI renferment les articles originaux suivants : 1° *Sur le choléra épidémique*; par le professeur Buhl. (Relation des cas de choléra observés à la clinique du professeur Pfeufer, à Munich.) 2° *Recherches microscopiques faites sur le cadavre d'un supplicié*; par le docteur Krause. 3° *Tumeurs papillaires végétantes, mais non cancéreuses, de la peau (nævus papillaris Thomson)*; par le professeur Wernher. (Description anatomique et microscopique de deux végétations papillaires siégeant sur la peau des extrémités et distinctes du cancer épithélial; les éléments anatomiques de ces tumeurs étaient les mêmes que ceux de la peau; il n'y avait pas de formations épithéliales particulières sous l'épiderme; enfin, les saillies papillaires, après avoir atteint un énorme développement, se flétrissaient et étaient remplacées par de nouvelles végétations. L'auteur rapproche cette production morbide des verrues et des condylomes.) 4° *Quelques mots sur la signification des altérations pathologiques des cartilages articulaires*; par le docteur Ad. Nüscheler. (Considérations pathologiques et étiologiques sur les principales formes que revêtent les maladies des surfaces articulaires, suivies de réflexions sur la vascularisation de ces surfaces et sur l'affection chronique de l'articulation coxo-fémorale désignée sous le nom de mal sénile.) 5° *Un mot sur l'atrophie concentrique des os et sur le mal sénile*; par le professeur Hermann Meyer. (Addition au travail précédent.) 6° *Sur la périostite des enfants (rachitis)*; par le même. 7° *Sur les courbures congénitales de la colonne vertébrale*; par le même. (Description avec figures de trois pièces relatives à cette déformation survenue pendant la vie fœtale.) 8° *Remarques relatives à la micrographie*; par le docteur Hermann Welcker. (Indication des règles à suivre dans les observations faites à l'aide du microscope; excellents conseils propres à garantir l'observateur contre des illusions d'optique très-fréquentes et passées jusqu'ici inaperçues.) 9° *Documents pour servir à la connaissance chimique du pus*; par le professeur Bœdeker. (Recherches de la graisse, des matières protéinées, entre autres de la caséine et des matières extractives contenues dans le pus.) 10° *Sur la détermination quantitative du sucre de raisin et du sucre de lait, à l'aide de l'oxyde de cuivre*; par le même. 11° *Sur les différences de composition du lait aux différentes époques de la journée*; par le même. 12° *Sur les différences qui existent entre les maladies contagieuses et les maladies miasmatiques, et particulièrement sur la contagion de la peste et du typhus, au point de vue géographique*; par le docteur Mühry. 13° *Fragments pour servir à l'angiologie et à l'ostéologie de l'homme*; par le docteur Theile. (Recherches anatomiques sur les sinus occipitaux postérieurs, sur le trou pour le sinus pétreux inférieur à la base du crâne, sur l'asymétrie des trous jugulaires, sur les trous cotyloïdiens postérieurs, sur la cloison des narines et sur la troisième phalange des orteils.) 14° *Un cas de trichina spiralis*; par J. Henle. (Relation d'une autopsie d'un homme de 60 ans sur lequel on rencontra le *trichina spiralis* dans la plupart des muscles striés; ils étaient, comme toujours, enkystés, et, dans quelques-uns de ces kystes, imprégnés de substance calcaire; M. Meissner, qui a examiné ces vers, les regarde comme des larves de *trichosoma*.)

RECHERCHES MICROSCOPIQUES SUR LE CADAVRE D'UN SUPPLICIÉ; par le docteur KRAUSE.

L'examen eut lieu vingt minutes après l'exécution.

L'auteur commença par l'œil. Après avoir enlevé le globe oculaire, il le divisa à peu près par moitié dans de l'eau chargée d'albumine, en commençant la section à une ligne environ de l'insertion du nerf optique pour la faire aboutir au bord externe de la cornée. On vit alors distinctement la tache jaune d'une couleur intense et, dans son milieu, le trou central nettement circonscrit et de couleur foncée. La couleur de la face jaune allait en s'effaçant peu à peu dans toute sa circonférence. Il n'y avait pas de véritable pli central de la rétine, mais on voyait que cette membrane, transparente partout ailleurs, paraissait plus trouble et plus épaisse au-dessus et au-dessous de la tache jaune. Une petite portion de cette tache, examinée au microscope, montra de nombreuses cellules ganglionnaires multipolaires munies de très-longs prolongements.

M. Krause examina ensuite l'épithélium de la conjonctive palpébrale, pour constater de nouveau l'absence de cils vibratiles; il le trouva uniquement composé de cellules en pavé.

Il ne trouva aussi que de l'épithélium en pavé dans le troisième ventricule, dans les ventricules latéraux et dans le ventricule de la cloison transparente.

Le canal thoracique et les principaux vaisseaux du mésentère regorgeaient de chyle provenant du souper de la veille; malheureusement la digestion était terminée et les villosités intestinales vides.

L'auteur trouva ces dernières en partie injectées par du sang, en partie montrant le vaisseau lymphatique central renflé en massue à son extrémité et dont on distinguait très-bien les parois propres. Ce vaisseau était vide.

L'auteur pense, d'après cela, que le réseau lymphatique sans parois propres décrit d'abord par son père, puis par E.-H. Weber, Nuhn et Funke, et qui constituerait l'origine des vaisseaux chylifères, ne se produit que pendant la digestion et résulté de l'écartement des éléments des villosités.

Ayant recherché les corpuscules tactiles dans les papilles de la langue, M. Krause a vu les filaments nerveux pénétrer entre les vaisseaux dans l'intérieur des papilles filiformes, mais il n'a pu découvrir aucune trace de corpuscules tactiles.

SUR LA PÉRIOSTITE DES ENFANTS (RACHITIS); par le professeur HERMANN MEYER (de Zurich.)

L'auteur regarde les divers phénomènes dont l'ensemble est décrit sous le nom de rachitis, comme provenant primitivement d'une hyperémie du périoste, c'est-à-dire d'une périostite. Il donne ici la relation de deux cas dans lesquels il a constaté les produits purulents de la périostite.

Le second de ces cas est remarquable en ce qu'il offre un exemple certain de rachitis développé pendant la vie intrautérine. Il a été observé chez un enfant nouveau-né auquel tenait encore le cordon ombilical.

Les extrémités des os longs ou même la plupart des autres os offraient les altérations suivantes :

La substance compacte de l'os était recouverte d'un ostéophyte solide et dense, limité extérieurement par une surface bosselée. Sur la limite, entre la portion moyenne de l'os et les cartilages des épiphyses, le périoste était soulevé et l'épiphyse montrait une très-grande mobilité.

Le périoste ayant été incisé dans cet endroit, on trouva une cavité remplie d'une matière épaisse, ressemblant à du chocolat.

L'extrémité de la diaphyse plongeait dans cette cavité, libre de toute adhérence aux parties voisines et baignée par le liquide en question.

Il était évident que le produit purulent de la périostite avait dissous et fait disparaître toute la substance cartilagineuse.

Les extrémités de la diaphyse offraient un commencement d'érosion.

SUR LES DIFFÉRENCES DE COMPOSITION DU LAIT AUX DIFFÉRENTES ÉPOQUES DE LA JOURNÉE; par le professeur BOEDEKER.

Les analyses faites avec tout le soin possible ont donné les résultats suivants :

1° La quantité de matière grasse croît, du matin à midi, de 5/4 à 1 1/2, et va même au double dans la soirée. Sur 16 onces de lait du matin, l'enfant reçoit 3/8 d'once de beurre, tandis que dans le lait du soir, il reçoit jusqu'à 6/8 ou 3/4 d'once de la même substance.

2° A l'accroissement dans la quantité de graisse se joint aussi une augmentation, quoique faible, de caséine. Sur 16 onces, il y avait le matin et à midi 3/8 d'once de caséine sèche, et, le soir, près de 9/20.

3° L'albumine diminue à peu près dans la même proportion que la caséine augmente.

4° Le sucre de lait subit peu de variations; c'est dans l'après-midi qu'il est à son minimum; sa quantité augmente un peu pendant la nuit et elle atteint son maximum dans la matinée.

5° La quantité des sels se maintient à un degré constant.

V. ARCHIV FUR PHYSIOLOGISCHE HEILKUNDE,

Publiées à Tübingue par le professeur K. VIERORDT.

Les deux premiers cahiers de la quatorzième année (1855) renferment les articles originaux suivants : 1° *Sur les maladies de la peau produites par des parasites*; par le docteur B. Gudden. (Article consacré à la description de la gale, sous le rapport pathologique, zoographique et thérapeutique. Ce travail est accompagné de très-bonnes figures représentant la femelle et le mâle dans diverses positions, les sillons avec les animaux qu'ils renferment, des œufs à divers degrés de développement, etc.) 2° *Expériences physiques et physiologiques sur la production des bruits des vaisseaux*; par le docteur Théod. Weber. 3° *Sur les tumeurs épithéliales et papillaires*; par le professeur C. Bruch. (Travail intéressant accompagné de nombreuses observations et destiné surtout à faire connaître la composition microscopique des tumeurs épithéliales et leur caractère pathologique.) 4° *Sur les apoplexies des centres nerveux des nouveau-nés, particulièrement sur l'apoplexie méningée et sur ses terminaisons*; par le docteur Friedleben. (Travail rédigé d'après 59 autopsies de nouveau-nés. Dans un court aperçu historique, l'auteur fait remarquer que c'est surtout à des médecins français qu'on doit des recherches sur cette cause de mort, et qu'en général c'est à eux qu'on est redevable des plus beaux travaux sur les maladies des enfants.) 5° *Expériences relatives à l'influence qu'exercent les pertes sanguines sur la marche de l'empoisonnement par la strychnine*; par M. W. Kaupp. (Les symptômes tétaniques sont survenus un peu plus tard chez les lapins auxquels on avait pratiqué une saignée; la moyenne des différences a été de 43 secondes; l'auteur en conclut qu'il est permis de douter que la saignée favorise directement l'absorption.) 6° *Sur le typhus abdominal*; par le professeur Thierfelder. 7° *De l'influence que le pouvoir diffusible de certaines substances exerce sur leur action inflammatoire*; par le professeur Buchheim. (D'après l'auteur, les substances qui ont le plus grand pouvoir diffusible sont aussi celles qui produisent le plus facilement des phénomènes inflammatoires.) 8° *Matériaux pour servir à l'étude des mouvements respiratoires*; par MM. K. Vierordt et G. Ludwig. (Représentation graphique et appréciation numérale des mouvements respiratoires, à l'aide du cymographe.) 9° *Sur le traitement de la fissure à l'anus*; par le docteur Passavant. 10° *Kystes dans la muqueuse utérine*; par le docteur E. Wagner.

EXPÉRIENCES PHYSIQUES ET PHYSIOLOGIQUES SUR LA PRODUCTION DES BRUITS DES VAISSEAUX; par le docteur THÉODORE WEBER (de Leipzig).

Le travail du docteur Th. Weber comprend une partie physique et une partie physiologique.

Dans la partie physique, il décrit les expériences qu'il a faites pour éclairer la question de la production du bruit dans des tubes. Les résultats de ces expériences ont été résumés sous forme de propositions que nous allons reproduire.

1. Les bruits qu'on observe dans les tubes par lesquels coule un liquide dépendent directement des vibrations des parois du tube produites par le mouvement du liquide et non du frottement que les molécules du liquide exercent les unes contre les autres. D'où il faut conclure que les bruits produits dans les vaisseaux de l'homme ne proviennent pas du frottement des corpuscules sanguins.

2. La raison pour laquelle les liquides qui coulent dans des tubes entrent moins facilement en vibration que les parois de ces tubes, c'est que les liquides sont à peu près incompressibles, tandis que les parois du tube sont compressibles et élastiques.

3. La facilité avec laquelle les bruits se produisent et le genre de ces bruits dépendent surtout de la forme des tubes et des propriétés de leurs parois, ainsi que de la vitesse du courant, plutôt que de la nature du liquide lui-même.

4. Les inégalités de la surface interne des tuyaux rendent la production des bruits plus facile, en augmentant le frottement.

5. Les bruits ont lieu plus facilement quand les parois sont minces que quand elles sont épaisses.

6. Ils se produisent plus facilement dans les tuyaux larges que dans les tuyaux étroits, parce que la facilité de leur production est en rapport avec l'étendue de la surface de contact entre le liquide et le tuyau.

7. Il faut une vitesse beaucoup plus grande des liquides pour que des bruits aient lieu dans des tubes de verre ou de laiton que dans des tubes flexibles et extensibles (tubes en caoutchouc, veines, etc.)

8. Le mercure produit plus facilement des bruits que l'eau, l'eau plutôt que le lait, le lait plus facilement que du sang étendu d'eau, ce dernier liquide plus facilement que du sang pur, les liquides limpides et lourds plus facilement que les liquides visqueux et légers.

9. Pour produire des bruits dans des tubes qui ne sont nulle part rétrécis, il faut une vitesse d'écoulement beaucoup plus grande que si des rétrécissements existent; les bruits sont alors perçus dans toute l'étendue du tube et non dans des endroits déterminés.

10. Les bruits se produisent avec la plus grande facilité dans des tuyaux rétrécis en un point, c'est-à-dire qu'il n'est besoin alors que d'une faible vitesse d'écoulement. Les bruits se font surtout entendre dans l'endroit où le courant passe de la partie rétrécie dans la partie élargie du tube.

11. Quelquefois les vibrations des tuyaux sont tellement fortes qu'on peut les percevoir non-seulement par les oreilles, mais même par le simple contact des doigts.

12. On entend quelquefois un son musical à divers degrés de vitesse du courant ou de compression.

13. Quand on ralentit le courant de plus en plus, il existe une limite à partir de laquelle le courant est trop lent pour produire un bruit.

14. Le degré de tension des parois d'un tube qui produit un bruit dans sa partie rétrécie a peu d'influence sur ce bruit.

15. Dans des tuyaux entourés d'air et d'eau, les bruits se transmettent surtout par les parois, et cela d'autant mieux que celles-ci sont plus denses et plus élastiques. Voilà pourquoi de faibles bruits produits sur un point quelconque d'un tuyau de laiton ou de verre sont perçus facilement sur tous les points de ce tuyau, tandis que, quand on emploie un tube en caoutchouc, le bruit n'est perçu que dans les parties les plus rapprochées de son lieu d'origine.

La partie physiologique du travail que nous analysons comprend des expériences sur le cadavre et de nombreuses observations faites sur le vivant. L'auteur établit plusieurs propositions qu'il développe successivement en détaillant les expériences ou les observations qui s'y rattachent. Avant d'exposer séparément les bruits des artères et ceux des veines, il développe les deux propositions suivantes :

1° Si l'on fait couler de l'eau avec une vitesse suffisante dans la veine jugulaire d'un cadavre rétrécie sur un point, il se produit un bruit.

2° Si de l'eau coule avec une vitesse uniforme le long des vaisseaux d'un cadavre, il se produit des bruits continus et uniformes; si le courant est accéléré ou ralenti périodiquement, les bruits deviennent rémittents ou intermittents.

Pour donner une idée suffisante des résultats obtenus par M. Weber, nous ne croyons pouvoir mieux faire que de reproduire l'énoncé des propositions relatives aux bruits des artères ou des veines. Chacun de ces énoncés est suivi de développements dont il serait impossible de donner l'analyse, et qui sont basés sur des expériences ou sur des observations physiologiques ou pathologiques.

BRUITS DES ARTÈRES. — Tous les bruits qui se produisent dans les artères de l'homme vivant sont intermittents ou rémittents.

Les bruits artériels se produisent dans les parois des artères et sont occasionnés par le frottement du sang et par l'ébranlement de ces parois.

Les bruits artériels deviennent rémittents ou intermittents quand le vaisseau est comprimé.

Les bruits qui sont perçus dans un anévrisme paraissent provenir de ce que le sang passe d'un tube étroit dans une cavité plus large, et par suite du frottement du liquide contre les parois ordinairement rugueuses du sac anévrismal.

BRUITS DES VEINES. — Il ne se produit de bruits dans les veines que lorsqu'elles sont rétrécies en un point. Ils sont continus, parce que le courant est uniforme.

Quand le cœur cesse momentanément de battre et que par suite le sang cesse de se mouvoir, le bruit qu'on entendait auparavant dans la veine jugulaire cesse aussi d'être perçu.

Quand on tourne la tête et le cou d'un côté, il se produit des bruits dans la veine jugulaire du côté opposé. (Il y a dans cette position compression de cette veine.)

Les bruits jugulaires se produisent plus facilement chez les personnes chlorotiques que chez celles qui sont en bonne santé. On les entend plus fréquemment sur les petits enfants que sur les adultes.

L'auteur indique la manière de produire à volonté des bruits dans la veine crurale et termine son travail par des considérations sur les bruits placentaires.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 9 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE.

SUR L'ORDRE DE FORMATION DE LA VÉSICULE OVIGÈNE ET DE LA VÉSICULE GERMINATIVE. ÉTIOLOGIE DE LA DUPLICITÉ MONSTRUEUSE; par M. SERRES.

L'ovogénie constitue le premier terme de l'embryogénie comparée; elle a pour objet capital de rechercher d'abord l'origine de l'œuf.

L'œuf naît-il spontanément dans le stroma de l'ovaire, ou bien est-il le produit d'un organisme qui le précède, le follicule de Graaf, follicule que nous avons nommé *vésicule ovigène?*

Cette question, je l'ai résolue expérimentalement dans la note que j'ai présentée lundi dernier à l'Académie, et dont la conclusion est que la vésicule germinative prend naissance dans le fluide que renferme la vésicule ovigène et que, sitôt après son apparition, elle devient le centre de formation autour duquel se développent le cumulus prolifère, le vitellus et sa membrane propre. Ce mode de formation est différent de celui exposé par MM. Baer et Barry. Selon ces illustres embryologistes, la vésicule germinative précéderait la vésicule ovigène, et, autant que j'ai pu le saisir, c'est aussi l'opinion de l'auteur de la note qui vient d'être lue.

Si la vésicule germinative se forme dans l'intérieur de la vésicule ovigène, comment a-t-on pu supposer le contraire? comment a-t-on pu avancer que la vésicule germinative précédait dans sa formation la vésicule ovigène?

L'examen de cette question éclairera peut-être ce problème si difficile de l'ovogénie.

Baer est le premier auteur de cette opinion, non moins préjudiciable à l'étude des développements primitifs que ne l'a été celle qu'il a émise sur la ligne primitive à laquelle il a donné le nom de *corde dorsale*.

Toutefois, en relevant les erreurs de cet illustre observateur, devons-nous oublier que dans les sciences d'observation la difficulté capitale consiste à faire les premiers pas? Devons-nous oublier que la présence de l'œuf dans l'ovaire des mammifères découverte par Graaf, il y a cent soixante-dix ans, et confirmée par Cruikshank, avait été perdue pour faire place à l'opinion émise par Haller que l'œuf était formé dans l'oviducte en dehors de l'ovaire? Devons-nous oublier qu'en 1824, Prevost et Dumas entrevirent l'œuf dans cet organe, et que Baer l'y découvrit et le reconnut en 1827? Une découverte de cette importance et dans un sujet si difficile couvre par son importance même les erreurs que l'on peut commettre en parcourant une route si ténébreuse. Or, pour faire produire à cette découverte les vérités qu'elle renferme, n'est-il pas nécessaire de la dégager des erreurs qui peuvent faire méconnaître son origine?

Purkinje, ouvrant, par la découverte de la vésicule germinative, l'ère nouvelle de l'ovogénie, dit qu'elle constitue la partie primitive de l'œuf. Pour lui, l'œuf se composant de vitellus et de sa vésicule, la vésicule ovigène de Graaf était en dehors de ses recherches. Baer, croyant que l'ovule des mammifères représentait la vésicule germinative des oiseaux, supposa en outre qu'elle précédait la formation de la vésicule de Graaf. L'ordre de succession de ces parties était, selon lui, la vésicule germinative d'abord, puis, en second lieu, la vésicule ovigène. Purkinje mit en doute l'analogie que Baer avait supposée entre l'ovule des mammifères et la vésicule germinative des autres animaux, doute qui fut confirmé par la découverte faite par Coste en France, par Jones en Angleterre, par Valentin et Bernhard en Allemagne, d'une vésicule germinative entrant dans la composition de l'ovule des mammifères. En examinant le travail de M. Coste, à qui revient cette découverte, nous reconnûmes avec Dutrochet et M. Flourens que Baer avait entièrement méconnu la vésicule germinative dans l'état primitif de l'œuf de la première classe des vertébrés. Lors donc que Baer dit que la formation de la vésicule germinative précède celle de la vésicule ovigène de Graaf, c'est l'ovule en entier qu'il faut entendre.

Mais que ce soit l'ovule ou la vésicule germinative qui pour Baer ne faisait qu'un seul organisme, cet auteur l'a-t-il réellement vu précéder dans sa formation celle de la vésicule ovigène? Nullement. C'est même après les tentatives infructueuses auxquelles il se livra pour connaître cette succession des parties, qu'il écrivit cette phrase qui traduit son découragement : *Je doute qu'il soit jamais possible à l'homme de s'en convaincre par l'observation.* Et en effet, comment l'observation pourrait-elle dévoiler à l'homme un ordre de succession des parties qui est l'inverse de celui suivi par la nature? Barry, néanmoins, crut pouvoir être plus heureux que Baer, et les efforts qu'il fit n'aboutirent qu'à mettre en opposition ses observations si remarquables sur les premiers développements de la vésicule de Graaf, avec la supposition qui le préoccupait dans cette difficile investigation. Barry, moins circonspect que Baer, comme ce dernier, suppose que la vésicule ovigène, qu'il nomme *ovisac*, doit précéder la vésicule germinative, et aussitôt, délaissant ce que l'observation lui a montré, il conclut en sens inverse de ce qu'il a observé. Sa conclusion, toutefois, renferme l'aveu de la formation primitive de la vésicule ovigène de Graaf, tant la nature est impérieuse dans ses commandements. On en jugera par cette citation :

« *Chacun des ovisacs* (vésicule de Graaf) contenait *probablement*, en outre, » des granules particuliers visibles dans leur intérieur, *une partie cachée* non » visible, la vésicule germinative, qui paraît être l'élément le plus primitif » de l'œuf. »

En rendant à la conclusion de Barry sa légitime expression, nous pouvons donc la remplacer par la nôtre en disant qu'à ce second temps de développement la vésicule ovigène est déjà formée avec son liquide, avec les granules contenus dans son intérieur, tandis que la vésicule germinative n'est pas encore développée? La légitimité de cette dernière conclusion est justifiée encore par les efforts que fait l'auteur pour expliquer l'invisibilité de la vésicule germinative à une époque où elle n'existe pas, et le mécanisme de son apparition quand enfin elle se développe. « Après la formation de l'ovisac, ajoute- » t-il, la vésicule germinative est généralement cachée pendant un certain » temps. Cela est dû *peut-être* en partie aux petits globules ressemblant à des » gouttes d'huile, qui sont mêlés aux granules particuliers de l'ovisac (vési- » cule ovigène) et causent une grande réfraction. Cependant la liquéfaction » de quelques granules *paraît* avoir lieu, ou bien il s'ajoute un *fluide de quel-* » *que autre source*, et alors la vésicule germinative est vue dans ou près le » centre de l'ovisac. » Comment, d'une part, quelques granules épars pourraient-ils cacher et rendre invisible une vésicule? et d'autre part, pourquoi supposer la liquéfaction de quelques-uns d'entre eux pour la rendre visible? et si cette liquéfaction rend visible la vésicule, à quoi bon faire intervenir un fluide provenant d'une source inconnue? Ne sent-on pas dans ces suppositions tout l'embarras de l'observateur pour se rendre compte de ce qu'il voit et de ce qu'il ne voit pas? L'embarras devient plus grand encore quand, croyant avoir établi que la vésicule germinative est primitive et la vésicule de Graaf (ovisac) secondaire, il cherche à expliquer la formation de cette dernière autour des granules qui environnent la première? Ici Barry se met en contradiction avec ses propres observations, ainsi qu'avec celles de tous les observateurs. Qui ne sait en effet que la vésicule ovigène est contenue à l'état de granule dans le stroma de l'ovaire des mammifères? Qui mieux que Barry a mis ce fait microscopique en évidence? « La surface d'un ovaire, dit-il, pré- » sente à l'œil nu peut-être dix, vingt ou cinquante vésicules de Graaf, tandis » qu'avec le microscope on en voit des millions. Chez le bœuf, par exemple, » un pouce cube de son ovaire contiendrait environ deux cents millions d'o- » visacs ou de vésicules de Graaf. La petitesse de ces vésicules est incroya- » ble. »

Après avoir si bien démontré l'existence primitive des ovisacs ou la vésicule de Graaf dans le stroma de l'ovaire, à quoi bon lui chercher plus tard une autre origine? et la chercher, cette origine, après l'apparition de la vésicule germinative, quand déjà vos observations la représentent toute formée chez le bœuf, chez le chien, chez le pigeon, avant qu'il existe aucun vestige de cette même vésicule germinative?

Les observations de Barry prouvent, avec la dernière évidence, qu'à l'état granuleux primitif de la vésicule ovigène de Graaf succède l'état folliculeux avec son liquide transparent dans l'intérieur. Elles prouvent que dans ce liquide transparent apparaissent en troisième lieu des globules grisâtres ayant un aspect huileux. Elles prouvent enfin que ce n'est que lorsque toutes ces parties se sont montrées, que les rudiments de la vésicule germinative commencent à se développer. L'ordre de succession des parties est donc le même que celui que nous avons énoncé, et nous pouvons établir, d'après les observations même de Barry, que, par sa destination et ses fonctions, la vésicule de Graaf justifie le nom de *vésicule ovigène* que nous lui avons donné.

Quant à la question de l'étiologie de la duplicité monstrueuse, consécutive à la duplicité de la vésicule germinative et du vitellus dans une vésicule ovigène unique, je l'ai si longuement traitée, il y vingt-cinq ans, dans le travail sur *Ritta-Christina*, que je me bornerai à transcrire ici quelques-uns des corollaires qui en renferment les éléments. Ces corollaires sont relatifs à l'influence qu'exercent sur la duplicité monstrueuse, la veine ombilicale qui représente le vitellus, et les artères du même nom qui représentent l'allantoïde.

« Vous verrez (1) la duplicité de la veine ombilicale produire la duplicité » de tous les organismes du plan supérieur à l'ombilic, et l'unité des artères » ne donner naissance qu'aux développements ordinaires dans le plan » inférieur.

» Vous verrez, par contre, la duplicité des artères ombilicales doubler le plan » inférieur, tandis que le supérieur restera simple, si simple est la veine » ombilicale.

» Vous verrez encore, dans la duplicité des veines ombilicales, l'une d'elles, » l'antérieure, presque toujours plus volumineuse que la postérieure, d'où » résultera la prédominance du foie, du cœur, des poumons, du thorax, du » col, de la tête situés en avant, et l'avortement plus ou moins marqué des » parties mêmes situées en arrière.

(1) THÉORIE DES FORMATIONS ET DES DÉFORMATIONS ORGANIQUES APPLIQUÉE A L'ANATOMIE DE RITTA-CHRISTINA ET DE LA DUPLICITÉ MONSTRUEUSE, pages 176 et 177; 1832.

» Vous verrez enfin, dans la duplicité des artères ombilicales, les antérieures plus prononcées ordinairement que les postérieures; d'où résultera, si les bassins sont coalescents, la prédominance de l'antérieur sur le postérieur, la prédominance de la vessie et de l'utérus situés en avant sur l'utérus et la vessie placés en arrière. Tous ces rapports se suivent.

» Or tous ces rapports ont une condition générale et commune dans la disposition primitive des placenta.

» Si les placenta sont libres, les deux embryons, indépendants l'un de l'autre, peuvent parcourir leurs évolutions respectives, et venir à terme bien conformés. C'est le cas des jumeaux ordinaires.

» Ou bien, des deux embryons le plus fort peut se développer aux dépens du plus faible; c'est le cas si fréquent d'un enfant bien conformé, coexistant dans le même utérus avec un acéphale, et toujours avec un acéphale libre.

» Si, au contraire, les deux placentas sont confondus et coalescents, de cette coalescence résulte d'abord une communauté d'enveloppes, puis une communauté des deux cordons ombilicaux. Les deux embryons isolés dans le principe, sont ainsi suspendus à une tige commune.

» Or, ainsi suspendus, on conçoit qu'il est encore possible que les deux enfants se développent régulièrement, et que de ces enveloppes communes sortent des jumeaux bien conformés; mais ils n'en sortent et ne peuvent en sortir qu'à une condition, celle d'être unis par leur ombilic,

» C'est le cas des jumeaux coalescents comme les deux Siamois (omphalodymes).

» On conçoit encore que de deux embryons si voisins, le plus fort atrophie le plus faible, d'où résulte un enfant ordinaire et un acéphale, unis par l'ombilic, par l'intestin et des vaisseaux. C'est l'acéphalie parasite constituant les hétéradelphes.

» On conçoit enfin que cet acéphale resté parasite par privation de veine ombilicale, et venant à acquérir cette veine, rentre dans ses droits par cette acquisition, il devient alors l'égal de son frère, et fournit ta moitié de son contingent pour les organismes communs qui doivent les unir. Les deux enfants n'en forment plus qu'un seul. Ce sont les monstres doubles ou les hépatodymes; c'est notre *Ritta - Christina*. Mais, d'après ce qui précède, ces deux enfants sont rarement complets; le plus souvent, il manque quelques parties à l'un et à l'autre; l'un et l'autre, considérés à part, sont des monstres par défaut, dont l'association donne naissance aux organismes communs qui les unissent et les confondent en ramenant leur dualité à l'unité. »

Ces remarques font suite à la note que j'ai communiquée dans la dernière séance.

OBSERVATIONS OZONOMÉTRIQUES FAITES AVEC LE PAPIER SCHOENBEIN, AUTOUR DE LA CASERNE DE SAINT-CLOUD (DU 6 OCTOBRE AU 5 NOVEMBRE 1855); par M. BÉRIGNY (de Versailles).

(Commissaires : MM. Becquerel, Cl. Bernard, J. Cloquet.)

Je dois dire d'abord que j'ai choisi ce lieu d'expérimentation, parce que ce bâtiment me présentait intérieurement et extérieurement des conditions d'un grand intérêt scientifique, à cause des différents états météorologiques qu'il m'offrait par ses expositions diverses, par l'état hygrométrique dépendant du cours de la Seine, et par l'agglomération d'hommes logés dans ce bâtiment.

La caserne de Saint-Cloud se compose de quatre étages donnant une hauteur totale de 21 mètres; le premier est à 11 mètres au-dessus du sol : le troisième est à 17m,70 au-dessus de ce même niveau. Je fais mention de ces deux étages seulement, parce que je n'ai placé mes appareils qu'à ces deux altitudes. Il m'a semblé que ces deux positions pouvaient embrasser les conditions de l'air de l'étage intermédiaire. Quant au rez-de-chaussée, il est formé par des écuries qui occupent toute la longueur des deux bâtiments de la caserne. Voyons ce qui concerne les appareils, et les résultats qu'ils ont donnés.

Quatorze appareils ont enveloppé, pendant trente et un jours, la caserne de Saint-Cloud, et j'ai renouvelé toutes les douze heures, ainsi que le conseille M. Schœnbein, les papiers ozonométriques contenus dans ces appareils on abris. Sur la cour, à chacune des deux ailes du bâtiment, quatre appareils établis au premier étage, quatre autres situés au troisième, partageaient en parties égales la longueur de chacune des deux ailes. Sur la façade regardant la Seine, même disposition des appareils; mais sur la façade au sud-ouest, je n'ai pu établir des appareils, attendu qu'au moment où nous faisions nos expériences, la construction de la nouvelle caserne, située derrière cette aile, nécessitait un bitumage qui développait toute la journée une grande quantité de fumée.

Chaque appareil était suspendu à l'extrémité d'une tige ayant 70 centimètres de longueur, l'autre extrémité de cette tige était fixée dans les baies des croisées, de sorte que chaque appareil faisait saillie de 15 centimètres en dehors des fenêtres. Cette disposition avait été choisie afin que les papiers fussent autant que possible sous l'influence de l'air qui entrait par les fenêtres. Mais pour que les expériences fussent complètes, il fallait aussi connaître l'influence de l'air du milieu de la cour; c'est pourquoi j'ai pensé qu'il était urgent de l'éprouver en cet endroit. En effet, il n'était pas indifférent de savoir si l'air atmosphérique du milieu de la cour était de même nature que celui qui glissait le long des murs de la caserne, et qui pénétrait même dans l'intérieur. Et, pour que toutes nos expériences fussent comparables entre elles, nous avons fait placer, à 23 mètres de la grande aile du bâtiment, et à 47 mètres de la petite, un mât, le long duquel ont été hissés deux appareils correspondants au niveau de chacun des deux étages auxquels nous opérions. Seulement, après onze jours d'observations, j'ai cru devoir abaisser l'appareil n° 1, celui qui était placé au niveau du premier étage, de façon à ce qu'il ne fût plus qu'à 3 mètres du sol; je désirais m'assurer par ce moyen si l'influence du sol se ferait sentir sur le papier ozonométrique, et c'est précisément ce qui a eu lieu.

Il résulte des expériences que nous avons faites :

1° Qu'il y a plus d'ozone le jour que la nuit, lorsque l'on opère sans tenir compte de l'exposition des papiers ozonométriques;

2° Que l'on trouve, au contraire, plus d'ozone la nuit que le jour du côté de la Seine;

3° Qu'il y a, comme dans le premier cas, plus d'ozone le jour que la nuit du côté de la cour.

Si maintenant nous examinons les résultats que fournissent nos expériences par rapport aux deux altitudes auxquelles nos appareils étaient situés, nous constatons les suivants :

1° Qu'il y a moins d'ozone au premier qu'au troisième étage, lorsque l'on opère sans tenir compte de l'exposition des papiers ozonométriques;

2° Que si, au contraire, nous recherchons les résultats fournis séparément du côté de la cour et du côté de la rivière au premier et au troisième étage, nous trouvons :

3° Qu'il y a dans les deux cas plus d'ozone au troisième qu'au premier étage.

Pendant que nous examinons le rôle que joue l'ozone par rapport à l'altitude des appareils et aux diverses situations qu'ils occupent, je rappellerai que précédemment nous avons dit qu'après onze jours d'observations nous avions abaissé l'appareil n° 1 placé le long du mât, de telle sorte qu'il fût plus rapproché du sol.

Ici, comme dans tous les cas qui concernent l'altitude, nous retrouvons la même loi qui démontre que plus on s'élève, plus on rencontre d'ozone.

Une preuve qui vient à l'appui de l'influence que l'ozone exerce sur la santé se trouve dans l'examen d'un état indiquant le nombre des malades survenus depuis le 12 septembre jusqu'au 31 octobre dernier. Cet état, que j'ai fait établir de telle sorte qu'il indique la situation des malades par étage, fournit les résultats suivants sur 49 malades :

Pour le premier étage.	21
Pour le deuxième étage. . . .	12
Pour le troisième étage.	12
Pour le quatrième étage.	4
Total.	49

D'où il suit que le nombre de ces malades a été beaucoup plus fort au premier étage qu'au troisième.

J'ai voulu m'assurer si la marche de l'ozone à Saint-Cloud était la même que celle de Versailles, et pour atteindre ce but j'ai choisi, afin que les résultats fussent comparables, celui des appareils de Saint-Cloud qui, par sa situation, me paraissait le mieux placé pour être en harmonie avec celui de Versailles; l'appareil n° 2, hissé au haut du mât, m'a semblé réunir ces conditions. M. Richard a tracé un plan graphique représentant ces deux courbes rapprochées, et il résulte de ce rapprochement que la marche de l'ozone, à très-peu d'exceptions près, est exactement la même à Saint-Cloud qu'à Versailles. Ce fait est important, parce qu'il prouve que la présence de l'ozone subit la même loi que les autres phénomènes météorologiques, en s'exerçant également dans un certain rayon.

RECHERCHES SUR L'ENSEIGNEMENT DE LA PAROLE AUX SOURDS-MUETS : MOYEN SIMPLE ET FACILE PROBABLEMENT EMPLOYÉ PAR LES PREMIERS INVENTEURS DE CET ART; par M. RAMBOSSON.

(Commissaires : MM. Andral, Cl. Bernard.)

Les résultats que l'on obtient de nos jours dans l'enseignement de la parole aux sourds sont, dit l'auteur, si peu satisfaisants, qu'on est d'abord porté à croire qu'il y a eu de l'exagération dans ce qu'on nous rapporte des succès obtenus par les premiers inventeurs. Cependant, en y réfléchissant, j'ai été porté à croire véritables les récits qui nous ont été transmis, et à supposer seulement qu'on avait oublié d'y mentionner des circonstances qui avaient une grande importance sur la réussite de l'enseignement.

Lorsque j'étais chargé de la direction de l'Institution royale des Sourds-Muets à Chambéry, je remarquai que les sourds-muets les plus jeunes arrivaient, sans beaucoup d'efforts à prononcer des mots; mais pour ceux qui étaient déjà d'un certain âge, c'était une perte de temps et une peine incroyable pour arriver à presque rien.

Ce fait m'ayant frappé, je m'informai ensuite dans les différentes institutions que je visitai, lorsque j'entendais un sourd-muet parler un peu mieux que les autres, à quel âge on avait commencé à lui enseigner la parole; et il se trouva, sans aucune exception, que la parole avait été enseignée à ces sourds-muets dès la première enfance. J'entrevis tout de suite ce qui empêchait l'essor de cet enseignement. Je m'empressai d'aller visiter l'établissement de M. Dubois, rue de Courcelles, à Paris. M. Dubois père, homme admirable de dévouement, et dont les amis des sourds-muets pleurent la mort récente, m'ouvrit les portes de l'établissement avec la plus grande obligeance, fit exercer les élèves et me permit de les exercer moi-même. J'eus de nouveau la satisfaction de voir la justesse de mon observation.

Je fis part de mes réflexions à ce maître distingué; elles se trouvèrent en parfaite harmonie avec sa manière de voir. Il me cita plusieurs faits qui vinrent la corroborer, entre autres celui de l'éducation de son fils, qui est sans doute, pour le moment, le sourd-muet du monde qui parle le mieux. Il est lui-même professeur d'articulation à l'Institution impériale des Sourds-Muets de Paris. Son éducation pour la parole fut commencée aussitôt qu'on se fût aperçu qu'il était sourd-muet. J'ai fait, dit M. Dubois quelques autres éducations de sourds-muets pour la parole, en les prenant dès la plus tendre enfance, à l'âge où les autres enfants commencent à parler; elles ont aussi et sans beaucoup de peine parfaitement réussi.

A l'âge où l'on commence en général l'éducation du sourd-muet, les résultats que l'on obtient par tant de travaux sont peu de chose, si on les compare à ceux obtenus dans un âge plus tendre. Ce serait à la mère, lorsqu'elle tient son petit enfant sur ses genoux, ou à ceux qui la remplacent dans les soins maternels, à commencer cet enseignement. C'est là, sans aucun doute pour moi, les moyens employés par les premiers inventeurs de l'art, et la solution de ce problème si plein d'intérêt.

— M. de Quatrefages présente un travail de M. Jacquart sur l'appareil circulatoire sanguin chez le serpent Python. (Commissaires : MM. Duméril, Serres, de Quatrefages.)

Sur les monstres doubles; par M. Schultze.

(Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

L'intérêt qui s'attache à l'importante question de l'origine des monstres doubles, intérêt qui s'est manifesté au sein de l'Académie des sciences par les discussions qui ont eu lieu dans les séances de mars et avril 1855 entre les hommes les plus éminents en embryogénie et en tératologie, m'a porté à faire hommage à l'Académie de deux opuscules que j'ai publiés sur ce sujet et à lui présenter un petit résumé de l'ensemble de mes recherches.

Partant de ce principe que l'embryogénie pathologique est le seul fondement de la tératologie, j'explique les monstres doubles par la duplicité totale ou partielle de la bande primitive (*bandelette embryonnaire* Lereboullet, *axenplatte* Remak). Il ressort évidemment des observations de MM. Jacoby, V. Baer, Reichert, Valentin, Coste, sur les œufs de poissons, des oiseaux et des crustacées, que cette double disposition des organes de l'axe embryonnaire se forme à la surface d'un seul vitellus.

En outre, il est prouvé, par une observation d'Étienne Geoffroy et un fait rapporté par moi, que chez les oiseaux, et probablement aussi chez les reptiles, dont les œufs, sortant de l'ovaire sans chorion, s'enveloppent dans les oviductes d'une coque dure, qu'il y a une seconde condition pour la formation des monstres doubles, c'est que deux vitellus soient renfermés dans une seule coque.

Tous les animaux dont l'œuf quitte l'ovaire enveloppé du chorion, les mammifères, y compris l'homme, les amphibies et les poissons, manquent des conditions d'une fusion secondaire de deux vitellus ou de deux embryons s'y formant; des monstres doubles ne peuvent naître chez eux que sur un seul vitellus.

Quelles sont donc les conditions sous l'empire desquelles une bandelette embryonnaire en partie ou entièrement double se montrera dans un vitellus? Un tel vitellus diffère-t-il de l'ordinaire, et par quoi? Déjà F. W. Beneke, dans sa *Disquisitio de ortu et causis monstrorum*, propose l'hypothèse que la coexistence de deux vésicules germinatives dans un vitellus devient la cause de la naissance d'un monstre double. Moi je l'ai prononcé pour la première fois avec assurance dans mon traité: *Ueber anomale duplicität der Axenorgane* (douzième résultat) que les monstres doubles naissent par une différenciation primitive et simultanée dans des œufs dont le vitellus contient deux vésicules germinatives. M. Coste, dans la séance de l'Académie du 16 avril 1855, s'est prononcé pour la même opinion. Ces faits embryologiques dissipent tous les doutes qui pourraient rester à ce sujet. La grande importance de la vésicule germinative pour la segmentation et pour la formation de l'embryon est reconnue par tous les embryologistes. Des vitellus sans vésicule germinative ne sont pas fécondables. La manière dont la vésicule germinative se répartit dans tous les globules de fractionnement du vitellus n'a été observée qu'une seule fois par M. J. Muller chez l'*entoconites mirabilis*. Ordinairement la vésicule germinative n'a pu être observée dès le commencement du phénomène de segmentation. Chez les animaux dont une partie seulement du vitellus subit la segmentation, chez la plupart des poissons, chez les reptiles et les oiseaux, c'est celle qui entoure la vésicule germinative, et la bande primitive occupe précisément la place de la vésicule germinative. Il est très-probable que chez les amphibies, les mammifères, et parmi les poissons, chez les pétromyzons dont les œufs éprouvent une segmentation totale, la fonction de la vésicule germinative est encore la même pour la formation de l'embryon.

D'après cela, il semble évident que la place de la vésicule germinative doit être plus tard le centre de la formation de l'embryon. Dans le blastoderme d'un œuf, dans lequel se développe un monstre double, existent deux centres de formation plus ou moins rapprochés ou éloignés. La fonction de la vésicule germinative pour le développement normal étant prouvée, il en résulte la preuve de l'existence de deux vésicules germinatives dans les œufs où naissent des monstres doubles. L'existence pathologique de deux vésicules germinatives dans un œuf est souvent observée, tandis que le développement de ces œufs ne l'a été jamais; cependant l'anatomie comparée nous fournit un fait qui s'y rapporte : les œufs d'une petite turbellariée, du *vortex balticus*, qui contiennent deux vésicules germinatives, produisent toujours deux embryons, selon les observations de Max Schultze.

Chez tous les animaux dont le développement des œufs a été observé, la vésicule germinative est la première formation et la plus essentielle de l'œuf. Chez les vertébrés, une partie des cellules de l'ovaire embryonnaire se développe en vésicules germinatives, tandis que le reste forme le parenchyme de l'ovaire. L'espace autour de la cellule germinative s'agrandit et forme le follicule de Graaf. Autour de la vésicule se dépose le vitellus, et autour de celui-ci naissent la membrane vitelline et les autres formations secondaires. Si des cellules primitives deux qui sont très-rapprochées se changent en vésicules germinatives, on si en général le développement du parenchyme n'a pas lieu entre deux vésicules, elles seront situées dans un seul follicule. Ici elles peuvent encore se développer en deux œufs. Mais si elles sont couchées assez près l'une de l'autre, un seul vitellus les enveloppera, une seule membrane vitelline et un seul oolemma en fera un seul œuf, dans lequel cependant, s'il est fécondé, deux centres de formation se montreront; par conséquent il y naîtra un monstre double.

La position primitive des vésicules germinatives aura une grande influence sur le degré et l'espèce de la duplicité, parce qu'elle détermine la place des centres de formation. Sur les œufs dans lesquels par leur figure même on peut remarquer des axes différents, l'embryon est toujours parallèle à un même axe de l'œuf; par conséquent les deux bandes primitives qui composent le monstre double seront opposées ou par leurs têtes ou par leurs queues, si la ligne qui joint les deux vésicules germinatives est parallèle à cet axe; elles seront couchées parallèlement l'une près de l'autre, si cette ligne est perpendiculaire à cet axe.

Il faut supposer aussi qu'un certain axe de la vésicule germinative détermine la position de l'embryon. Quand même il n'y aurait pas d'observations à ce sujet, cet axe pourrait être reconnu, parce que la tache germinative est située toujours près de la paroi de la vésicule. Normalement, il faut que cet axe soit parallèle à l'axe embryonnaire de l'œuf. Quand, au contraire, ces axes de deux vésicules germinatives, situées l'une à côté de l'autre, sont des obliques qui s'écartent également de l'axe embryonnaire de l'œuf, de manière que les queues sont rapprochées, il se formera une queue simple et moyenne et une tête double dont les extrémités seront divergentes; quand les têtes des axes sont convergentes, une simple tête et une double queue se formeront. De la différente grandeur de l'angle formé par les axes des vésicules germinatives et de la distance plus ou moins grande entre les vésicules se déduisent deux séries de formes différentes de la bande primitive double. Si nous y ajoutons les positions des axes déterminées plus haut, tous les monstres doubles s'expliqueront facilement.

En effet, dans les observations dont nous avons fait mention, la bandelette embryonnaire a toujours montré une des trois formes nommées plus haut. Par leurs modifications expliquées par moi et réduites aux différentes positions des vésicules germinatives, la forme extérieure et toute l'organisation des monstres doubles connus jusqu'à ce jour, s'expliquent d'après les lois du développement normal, comme je l'ai fait voir dans les mémoires imprimés qui accompagnent cette note. C'est ainsi que j'ai montré comme tous les monstres doubles autositaires, y compris ceux à deux ombilics, en outre, tous les parasitaires, y compris les endocymiens difficiles à expliquer, naissent sur un seul vitellus.

En adoptant les noms donnés par les tératologistes, nous dirons que les monstres doubles se rangent, eu égard à leur genèse, dans les trois séries mentionnées plus haut, de la manière suivante : première série, duplicité antérieure; deuxième série, duplicité postérieure; troisième série, duplicité parallèle.

L'auteur considère successivement ces trois cas.

— M. Piorry prie l'Académie de vouloir bien comprendre dans le nombre des pièces admises à concourir pour les prix de médecine et de chirurgie un mémoire qu'il a lu dans la séance du 3 mars, et qui a pour titre : Du dessin des organes ou de l'organographisme. (Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

Addition à la séance précédente.

Note sur la préparation et les propriétés de l'acide arsénique; par M. E. Kopp.

(Commissaires : MM. Chevreul, Dumas.)

Après avoir indiqué un nouveau procédé de préparation de l'acide arsénique et avoir décrit les propriétés chimiques de cet acide, M. Kopp en résume ainsi les propriétés physiologiques :

L'acide arsénique hydraté, appliqué sur la peau, y produit bientôt des ampoules, tout à fait semblables à des brûlures; les ulcères qui en sont résultés ont guéri sans la moindre difficulté.

En laissant les mains fréquemment en contact avec une solution d'acide arsénique, assez étendue pour ne pas agir comme caustique, on reste assez longtemps sans rien ressentir. Peu à peu on éprouve, sous les ongles principalement, une sensation pénible qui finit par devenir franchement et fortement douloureuse; enfin il se déclare un gonflement considérable; les doigts doublent de volume, le gonflement s'étend graduellement à la main entière et même à l'avant-bras; en même temps se déclarent des mouvements fébriles. En usant de précaution et surtout en lavant fréquemment les mains dans de l'eau de chaux, ces symptômes disparaissent rapidement.

J'ai constaté la présence de l'arsenic dans les excrétions liquides et so-

lides. Du reste, je n'ai éprouvé aucune altération de la santé générale; seulement, dans les deux mois pendant lesquels je maniais presque journellement l'acide arsénique, j'observai une augmentation du poids du corps de près de 10 kilogrammes. Ayant cessé de m'occuper de cet acide, au bout de neuf à dix semaines le corps est revenu au poids ordinaire de 75 kilogrammes.

NOTE SUR UN MONSTRE EXENCÉPHALIEN; par M. E. GINTRAC.

(Commissaires : MM. Serres, Is. Geoffroy-Saint-Hilaire, Rayer.)

Le fœtus qui fait le sujet de cette note était du sexe masculin, et né à terme à l'hôpital de la Maternité de Bordeaux, à la suite d'un accouchement laborieux. Il présentait une dépression considérable de la voûte du crâne et une tumeur volumineuse, aplatie et allongée, sur le côté droit du cou, s'étendant sur le même côté du thorax, en soulevant le scapulum.

L'examen anatomique de cette éminence anormale a fait reconnaître qu'elle était due à la présence du cerveau dont les circonvolutions et la texture étaient parfaitement reconnaissables.

Les côtes, les muscles intercostaux étaient recouverts par cette couche épaisse de substance cérébrale qui s'enfonçait profondément dans la région cervicale. Là, un intervalle de 1 à 2 centimètres séparait la troisième vertèbre de la quatrième; les deux artères vertébrales étaient conservées. La droite marchait au niveau de la matière cérébrale.

Les nerfs cervicaux qui concouraient à la formation du plexus brachial étaient très-distincts.

Dans l'intervalle des troisième et quatrième vertèbres du cou se voyaient la moelle épinière et, à son extrémité supérieure, un renflement manifeste où il était possible de distinguer le bulbe, le mésocéphale et les rudiments du cervelet.

Le crâne et les trois premières vertèbres cervicales ayant été divisés sur la ligne médiane, il devint évident qu'une portion de l'encéphale avait conservé sa position normale : c'était l'hémisphère gauche du cerveau. Le déplacement d'une portion considérable de cet organe mentionné dans cette note, n'a pu être attribué à des violences extérieures.

Les téguments et le tissu cellulaire ne portaient l'empreinte d'aucune lésion.

La conservation des vaisseaux du cou, l'absence de tout épanchement sanguin profond, prouvent bien qu'il ne s'agissait que d'une aberration congénitale.

J'ai donné à ce monstre le nom de *pleurencéphale* (πλευρα côté, πλευρας de côté). C'est un genre nouveau dont ce fait donne le premier exemple.

Une figure lithographiée accompagne le mémoire du monstre pleurencéphale.

— MM. FOLLIN et GOUBAUX, auteurs d'un mémoire sur la cryptorchidie, présenté au concours pour les prix de médecine et de chirurgie, adressent, pour se conformer à une condition imposée aux concurrents, une indication de ce qu'ils considèrent comme neuf dans leur travail.

(Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— M. JOBARD (de Bruxelles) rappelle, à l'occasion d'une communication de M. Rouget sur l'appareil d'adaptation de l'œil des vertébrés, qu'il a lui-même, dans une note lue à l'Académie le 18 juin 1855, fait pressentir la nécessité d'appareils servant à produire ce qu'il désignait sous le nom de la *mise au point de l'œil*.

M. Jobard soupçonne que l'œil est muni de divers appareils qui le rendent propre à la vision distincte de loin comme de près; depuis longtemps même il a émis l'idée que les muscles moteurs de l'œil pouvaient contribuer à produire cet effet, n'ayant pas seulement pour fonction de changer la direction de l'organe, mais agissant aussi de manière à le modifier dans sa forme.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 17 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

1° Les rapports de MM. les docteurs Lenfant et Lebret sur les eaux minérales de Sail-sous-Couran (Loire) et de Balaruc (Hérault), sur le service médical de ces établissements pendant l'année 1854. (Commission des eaux minérales.)

2° Plusieurs recettes de remèdes secrets. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

3° Les tableaux des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements de la Haute-Marne, de la Vendée et de la Loire-Inférieure. (Commission de vaccine.)

— La correspondance non officielle comprend :

Une lettre de M. Parchappe, qui se désiste de sa candidature à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

Une note de M. Léon Dufour, membre correspondant de l'Académie, sur un cas de dysurie intermittente guérie par la quinine. (Comm. : MM. Bégin, Civiale.)

Un mémoire sur l'acide arsénieux dans les congestions encéphaliques, par M. le docteur Lamare-Picquot. (Comm. : M. Piorry.)

Une note sur la teinture éthérée d'acétate de fer, par M. Hoffmann, pharmacien à Paris, qui sollicite le titre de membre correspondant et adresse à l'appui de sa candidature la liste de ses travaux. (Comm. : M. Chevallier.)

Un mémoire de M. Bonfiler, chirurgien de la marine, sur la cause du sexe des enfants, que l'auteur attribue à l'alternance du sexe des germes, à chaque menstruation. (Comm. : M. Bousquet.)

INOCULATION DES EAUX AUX JAMBES DU CHEVAL A L'HOMME.

MM. PICHOT et MANOURY adressent la lettre suivante, relativé au rapport de M. Bousquet et à la discussion sur l'inoculation des *eaux aux jambes* du cheval à l'homme.

« Que l'Académie veuille bien nous permettre quelques observations en réponse au rapport si judicieux de M. Bousquet et à la discussion qui a suivi ce rapport.

» Nous avons eu l'honneur de vous adresser, sans commentaire aucun, le fait du maréchal-ferrant Brissot, et les expériences auxquelles il a donné lieu; nous nous sommes bien gardés de toutes réflexions théoriques, pour ne pas atténuer les observations elles-mêmes.

» Ce que nous pouvons affirmer, c'est que Brissot n'a voulu tromper personne, et nous, qui le connaissons et qui avons pris tous les renseignements sur son caractère, nous n'avons pas douté un instant de sa sincérité.

» Quelle est la cause de l'éruption des pustules survenues sur la main de Brissot?

» Cette éruption est-elle spontanée? est-elle le résultat du contact de la main de Brissot avec le pied du cheval atteint d'*eaux aux jambes*? est-elle due à d'autres causes qui échappent encore à la science? Nous ne pouvons rien affirmer d'une manière absolue; mais ce qui est évident pour nous, c'est que Brissot n'a jamais été vacciné et ne porte pas de traces de vaccination sur les bras; c'est qu'il n'a pas touché à des vaches; c'est qu'il a ferré le 11 février 1856 un cheval atteint d'*eaux aux jambes*; c'est que le pus pris le 5 mars, sur une des pustules de la main de Brissot, enfermé entre deux plaques de verre et transmis, après dilution avec un peu d'eau, sur les bras d'un enfant, qui a produit, sur cinq piqûres, une seule pustule vaccinale qui a été la source du virus pour des inoculations successives.

» Nous avons pensé, d'après toutes ces circonstances, que ce fait venait à l'appui des idées et des observations de Jenner sur l'origine du *cow-pox*, et nous l'avons soumis à l'appréciation de l'Académie.

» Maintenant, qui peut expliquer complétement les conditions essentielles, nécessaires à l'inoculation des virus tels que le virus vaccin, le virus charbonneux, le virus syphilitique, et à leur transmission d'un individu à un autre individu de même espèce ou d'espèce différente?

» Par exemple, pourquoi le vrai *cow-pox* est-il si rare et si difficile à transmettre de la vache à l'homme? Quels sont ses caractères essentiels?

» Pourquoi le sang de rate, cette maladie charbonneuse du mouton, produit-elle chez l'homme la pustule maligne par simple contact et par inoculation?

» Pourquoi, au contraire, la sérosité d'une pustule maligne de l'homme, inoculée au mouton, paraît-elle ne produire aucun effet nuisible, tandis que cette pustule maligne excisée en totalité ou en partie et introduite dans le tissu cellulaire d'un mouton, détermine la mort de ce mouton en cinquante ou soixante heures?

» Pourquoi l'inoculation du pus du chancre de l'homme aux animaux est-elle sans effet; tandis que l'introduction d'un chancre récent, excisé dans sa totalité et introduit dans le tissu cellulaire d'un lapin paraît produire des accidents syphilitiques, chez ce lapin?

» Pourquoi le sperme pur des salamandres ne féconde-t-il aucun œuf, tandis que, mêlé avec deux parties d'eau, il produit une fécondation complète, etc., etc.?

» Autant de questions à résoudre et pour lesquelles nous invoquons le concours éclairé de MM. les vétérinaires de l'Académie.

» Les conditions essentielles, dynamiques, de la transmission des virus, de même que celles de la fécondation, sont tellement subtiles à nos moyens de recherches expérimentales, qu'il est impossible, dans l'état actuel de la science, de nier les idées de Jenner sur l'origine et l'inoculation de la vaccine, pas plus que les expériences de Spallanzani sur la fécondation

» Du reste, la question de l'inoculation des virus des espèces animales à l'homme, ou de l'homme aux espèces animales, est tellement importante et tient si intimement à la grande question de la contagion, qu'elle est bien digne de fixer toute l'attention de l'Académie. »

— M. H. LARREY dépose sur le bureau un ouvrage intitulé : OSSERVAZIONI SUL COLERA MORBO, par le docteur Gaetano Barracano (de Naples).

TYPHUS CONTAGIEUX.

M. CHAUFFARD, médecin de l'hôpital d'Avignon, donne lecture à l'Académie du résumé suivant d'un travail sur le typhus contagieux observé à l'hôpital d'Avignon, pendant les mois de mars et d'avril :

1° Le typhus contagieux a été importé directement des hôpitaux de Constantinople dans l'hôpital d'Avignon, et il s'est propagé dans ce dernier hôpital, ou par contagion proprement dite, contagion par le contact, ou plutôt par la formation d'une atmosphère d'infection dans l'intérieur même de l'hôpital. La maladie ne s'est pas propagée en dehors de l'établissement où elle a été primitivement importée.

2° Les prodromes du typhus contagieux doivent se diviser en prodromes

communs aux typhus et aux fièvres graves, avec un cachet pourtant qui les spécialise en quelque sorte dans le typhus: en prodromes spéciaux, embarras de la parole, hésitation ou tremblotement de la voix, tremblements des mains et des bras; et enfin en prodromes pathognomoniques et tout à fait initial, bourdonnement ou tintement d'oreille.

3° La marche symptomatique du typhus contagieux est, dès le début, entièrement spéciale, et ne permet pas de confondre le typhus avec aucune fièvre grave, continue ou rémittente.

4° Le typhus offre une éruption caractéristique et qui n'appartient qu'à lui, l'exanthème pétéchial; cet exanthème apparait vers le quatrième ou cinquième jour de la maladie et dure presque sans s'affaiblir pendant un septénaire; il diminue ensuite peu à peu.

5° Cet exanthème est primitif et essentiel, et non critique et symptomatique, ainsi que cela est démontré par son apparition précoce, par sa constance, par sa durée, et par les funestes effets de sa rétrocession.

6° Le typhus doit être rangé dans la classe des maladies fébriles exanthématiques, ainsi que l'avaient fait la plupart des observateurs du siècle passé sous le nom de fièvre pétéchiale.

7° Le typhus présente, pendant presque toute sa durée, une remarquable fixité dans l'énergie des symptômes. La période d'état de la maladie se prolonge presque sans adoucissement jusqu'au moment où apparait la rémission.

8° Cette rémission survient toujours brusquement, et, à un état éminemment grave la veille, succède tout à coup un état relativement modéré, et offrant tous les signes d'une issue favorable. C'est comme un réveil instantané de l'intelligence, des sens et du sentiment, après une prostration générale et extrême. C'est la crise de la maladie.

9° Cette crise succède ordinairement à une aggravation momentanée de tous les symptômes, et s'opère le plus souvent sans évacuation sensible.

10° La période de rémission se déclare en général vers le quatorzième jour de la maladie, très-rarement plus tôt, quelquefois entre le quatorzième et le vingt et unième jour. Elle dure de cinq à sept jours.

11° Le typhus ne nous a offert aucune lésion des organes, vraiment caractéristique et appréciable. La muqueuse intestinale, et en particulier celle de l'intestin grêle, nous a paru tout à fait à l'état d'intégrité.

12° Le typhus déclaré ne peut être enrayé dans son développement.

13° Les indications thérapeutiques propres au typhus contagieux se doivent déduire des symptômes généraux et locaux, de la nature propre de la maladie que ces symptômes révèlent, et du travail éruptif que la nature accomplit. Combattre les uns lorsqu'ils témoignent d'un danger réel, et seconder ce dernier qui est dans les vrais besoins de la nature, est la tâche du praticien dans le traitement du typhus.

14° Les médications, pour être convenables, doivent isolément remplir ces diverses indications, ou simultanément employées y aider et y concourir chacune. (Comm. nommée : M. Michel Lévy, rapporteur.)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU TUBE DIGESTIF.

M. P. Ménière lit un mémoire sur un point de l'anatomie pathologique du tube digestif. (Comm. : MM. Barth et Grisolle.)

Nous publierons ce mémoire textuellement.

— L'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport sur les titres des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique. En l'absence de M. Blache, rapporteur, la séance publique est reprise.

TÉRATOLOGIE; CYCLOPIE.

M. Depaul présente à l'Académie un fœtus monstrueux atteint de cyclopie, qui vient de lui être apporté pendant la séance.

C'est la seconde monstruosité de ce genre qu'il ait observée depuis quelques semaines. Seulement, chez le premier, il n'y avait pas de nez; chez celui-ci, au contraire, il y a une trompe. La cavité orbitaire est unique et l'œil probablement aussi. Dans le cas précédent, il n'y avait qu'un œil, un seul nerf optique et un lobe cérébral unique.

VACCINE.

M. Bousquet donne lecture du rapport annuel de la commission de vaccine sur les travaux qui lui sont parvenus dans le courant de l'année 1855.

Le rapporteur trouve, dans l'analyse de ces travaux, la confirmation des opinions qu'il a émises au sujet de l'utilité de la revaccination et de l'impossibilité de considérer la vaccine comme ayant engendré la fièvre typhoïde ou l'ayant rendue plus fréquente. Il invite les personnes qui pourraient être assez heureuses pour trouver le *cow-pox*, à transmettre ce virus à l'Académie, qui se fera un devoir de l'expérimenter.

Après quelques observations de MM. Dubois (d'Amiens) et Hervez de Chégoin, le rapport est mis aux voix et adopté.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DE TOXICOLOGIE MÉDICALE, CHIMIQUE ET LÉGALE; par M. Galtier. — 3 vol. in-8°, 1855.

La pratique de l'empoisonnement est ancienne, quoique la toxicologie soit une science bien jeune encore. Sans remonter aux temps fabuleux de Médée et de Circé, on peut affirmer que nous ne connaissons aucun poison analogue à ceux qui étaient employés chez les Grecs, les Carthaginois et les Romains. Mithridate, combattant contre les Romains, empoisonna, dit-on, sur son passage l'eau des fontaines, et Annibal, pour dompter les Africains, fit mettre dans leur vin des substances fournies par la famille des solanées. Qui ne sait que Locuste préparait des poisons aussi redoutables que l'acide cyanhydrique et que, dans l'antiquité et le moyen âge, les empoisonnements étaient si fréquents que les princes faisaient déguster les boissons et les aliments par leurs échansons? Qui ne sait les horribles empoisonnements commis par Borgia, la Topbana, la Brinvilliers et tant d'autres?

La toxicologie, empruntant ses moyens d'investigation aux sciences naturelles, a progressé comme elles; elle était encore dans l'enfance au commencement de ce siècle; mais depuis la chimie a fait d'immenses progrès; les procédés analytiques se sont perfectionnés; on a découvert des réactifs plus sûrs et plus sensibles qui ont permis de distinguer facilement les poisons les uns des autres; on a pu rechercher facilement les substances toxiques, non-seulement dans les matières alimentaires, mais encore dans les organes de l'économie. Cependant peu de médecins s'occupent sérieusement de cette science si importante et qui a déjà rendu tant de services à la justice. Aussi on doit savoir gré à M. Galtier d'avoir enrichi la toxicologie d'un excellent ouvrage.

Le traité de toxicologie de M. Galtier se compose de trois volumes : le premier est consacré à la toxicologie générale, et les deux derniers aux poisons en particulier et aux falsifications des matières alimentaires. Dans la toxicologie générale, après quelques mots sur l'absorption des poisons, leur séjour dans l'économie et leur élimination, il cite quelques expériences, rappelle quelques théories, et là s'arrête tout ce qu'il peut dire sur un sujet qui n'a pas encore été suffisamment étudié; c'est, en effet, le côté faible de la toxicologie. Souvent enfanté par le crime, quelquefois par l'erreur, le poison agit toujours; il suit sa loi désorganisatrice, et une mort inattendue, suspecte, est souvent le résultat de son passage. Mais dans l'économie il subit des transformations, il s'assimile en quelque sorte, et alors sa présence devient difficile à saisir. Il existe des agents toxiques, à l'état normal, dans l'économie; on en trouve dont la médecine a prescrit l'usage et qui ne sont pas encore expulsés. De là des causes d'où peut naître l'erreur; de là la nécessité d'être très-prudent quand on doit se prononcer. Grâce à la chimie, la toxicologie se trompe rarement quand il s'agit de constater la présence d'un poison soit normal, soit accidentel. Les faits qu'elle a avancés ont toujours été d'une exactitude incontestable; mais quand elle doit s'appuyer sur la physiologie, il n'en est pas de même. Les expériences faites jusqu'ici sur l'absorption et l'élimination des poisons n'ont pas donné des résultats assez concluants qui permissent de leur accorder une grande confiance. L'auteur arrive ensuite à la recherche des poisons; il énumère les procédés divers employés pour les obtenir, les réactifs qui prouvent leur présence et qui établissent leur différence. Il expose les méthodes qui ont été proposées sans les discuter.

Les effets toxicologiques font le sujet du chapitre suivant. L'auteur est entré dans des détails d'un grand intérêt, surtout pour les médecins appelés à constater un état pathologique, qui quelquefois peut paraître l'effet d'un empoisonnement. L'organisme humain est soumis à des causes nombreuses qui l'altèrent, et qui provoquent chez lui des maladies dont le triste dénoûment est tellement rapide que l'on doit dans certains cas être très-embarrassé. Mais, il faut l'avouer aussi, les médecins s'occupent trop peu de toxicologie. Il semble qu'elle soit le privilége de certains hommes. Aussi n'est-il pas étonnant de voir les aveux des coupables révéler des crimes que n'avaient pu reconnaître ceux qui étaient appelés à donner leurs soins aux victimes.

Les contre-poisons à employer, selon l'état du malade et les indications fournies soit par les restes du poison, soit par les effets qu'il a produits, ont permis à M. Galtier de faire preuve de connaissances très-étendues de matière médicale et de pharmacie. Il passe ensuite à des considérations dont la valeur ne peut être bien jugée que par ceux qui ont eu occasion de paraître devant les tribunaux. Ce sont les questions que souvent on adresse aux experts pour s'assurer qu'aucune erreur n'est venue se glisser dans leurs appréciations. La solution de ces questions est non-seulement utile aux personnes chargées d'affaires de médecine et de chimie légales, mais elle met la conscience du juge à l'abri de tergiversations qui ne profitent jamais qu'au coupable.

M. Galtier résume ce premier volume, et dans ses corollaires il est facile de se convaincre que les procédés toxicologiques ont atteint une assez grande perfection pour permettre de découvrir tous les poisons organiques ou inorganiques; que les effets toxiques sont assez dis-

tincts des effets pathologiques ordinaires et assez peu semblables entre eux pour laisser un praticien douter non-seulement qu'il a un empoisonnement à combattre, mais bien encore que cet empoisonnement est le résultat de l'ingestion d'une substance dont la nature lui est connue; que bien que les contre-poisons ne soient pas d'une valeur incontestable, ils peuvent, administrés à temps, et chacun dans leur sphère d'action, produire des effets salutaires, et qu'enfin la toxicologie est une science d'un enseignement doctrinal.

Dans les deux autres volumes, dont le premier comprend les empoisonnements par les substances inorganiques ou minérales, et le second les empoisonnements par les substances organiques, gazeuses et alimentaires, l'auteur examine chaque poison en particulier, les effets propres à chacun d'eux, leur manière d'agir, les symptômes qu'ils doivent présenter au médecin, les procédés employés à les découvrir, et leurs antidotes. Il réunit tous les faits, rien ne lui échappe; mais là encore il ne donne comme originale que la partie médico-légale, les erreurs à éviter. Nous citerons entre autres articles l'empoisonnement par les composés arsenicaux, monographie très-exacte, très-complète de tous les travaux publiés jusqu'à ce jour sur un poison qui fournit à lui seul les neuf dixièmes des crimes. Ce que nous disons pour l'arsenic, nous pourrions avec autant de sincérité le répéter pour le plomb, le cuivre, le mercure; mais nous avouerons que nous avons été étonné de lire dans le traité de M. Galtier que le sous-nitrate de bismuth est toxique à la dose de 4 à 8 grammes. Est-ce bien le bismuth qui a produit les accidents qu'il mentionne, ou la crème de tartre avec laquelle, dans le cas particulier qu'il cite, il était mélangé, ou l'arsenic qu'il contient et dont le commerce se dispense presque toujours de le purifier? Le nitrate de bismuth n'est-il pas aujourd'hui souvent prescrit à la dose de 30 grammes? C'est là une légère critique que nous nous permettons d'adresser à M. Galtier. Orfila et Devergie avaient, du reste, rapporté ce fait; M. Galtier n'a pas cru devoir le passer sous silence.

Pour les poisons organiques, l'auteur suit la même marche. Dans cette partie de son ouvrage, la poudre des solanées lui a fourni l'occasion de faire quelques expériences pour les différencier entre elles. Seulement, et nous le regrettons vivement, il avoue lui-même que toutes ses expériences n'ont pas de valeur toxicologique bien réelle. Il employait cependant un moyen précieux, qui a déjà donné de beaux résultats, et qui rend tous les jours d'importants services, le microscope.

Après une énumération complète de tous les poisons fournis par le règne végétal, l'auteur étudie avec soin les poisons fournis par les animaux vénéneux, moins pour apprendre à les reconnaître à l'analyse que pour indiquer le traitement curatif. Il en est de même des substances gazeuses, qui ne fournissent à la médecine légale que des empoisonnements par accidents. M. Galtier arrive ensuite aux matières alimentaires qui sont toxiques ou par nature, ou par décomposition, ou par volonté. C'est aux aliments qu'on mêle le poison à administrer, afin de dissimuler plus facilement le crime. Les aliments, dans un but de cupidité, sont souvent falsifiés, conservés dans des vases métalliques ou vernissés, qui leur communiquent des propriétés nuisibles. Enfin, par des causes jusqu'alors inconnues, il se produit chez eux des altérations spontanées qui les rendent toxiques.

L'auteur examine d'abord les champignons, cette source féconde de morts violentes, que n'arrêtent ni les avis, ni les précautions de la police, ni les nombreux et malheureux exemples portés chaque jour à la connaissance de tout le monde. Nous approuvons hautement M. Galtier d'avoir placé la falsification des denrées alimentaires parmi les empoisonnements; jusqu'à présent, on ne l'avait considérée qu'au point de vue commercial, mais l'emploi journalier de substances qui, loin de rendre à l'organisme les forces qu'il a perdues et dont il attend la réparation, introduisent en lui des agents qui ne peuvent être que nuisibles, pour être moins rapide, pour être moins facilement révélé à l'analyse, ne produit-il pas le même effet que l'emploi des poisons?

En résumé, l'ouvrage de M. Galtier est utile aux chimistes et aux juges, indispensable aux médecins et à tous ceux qui veulent étudier la toxicologie. Professeur éclairé, l'auteur enseigne la pharmacologie, la matière médicale et la toxicologie; aussi son livre possède-t-il la clarté, la méthode qui font réussir les études, en les rendant moins pénibles. Docteur en médecine, il a pu, par ses connaissances acquises au lit du malade, aplanir les difficultés qui rendent l'étude de la toxicologie souvent si difficile.

E. FÉGUEUX.

VARIÉTÉS.

— Le JOURNAL DE CONSTANTINOPLE annonce que trois médecins viennent encore de succomber au typhus. Ces trois confrères sont MM. Sautier, Molinard et Desblancs. M. l'inspecteur Bandens, qui est revenu depuis peu de jours de Crimée à Constantinople, a prononcé sur la tombe de M. Desblancs quelques paroles empreintes d'une vive sympathie:

« L'histoire de notre digne et si regretté camarade, a-t-il dit en terminant, est celle des cinquante-neuf médecins *morts du typhus*, et qui l'ont précédé de quelques jours dans la tombe.

» L'armée leur conserve à tous un souvenir d'estime et de reconnaissance. Elle les a vus sous le feu de l'ennemi; elle les a suivis avec admiration auprès des soldats atteints de la cruelle maladie; elle sait que pas un médecin, dans cette solennelle épreuve, n'a failli.

» Jamais la médecine militaire n'a brillé d'un plus vif éclat; elle doit être fière, messieurs, du rôle que sa destinée lui a fait.

» Monsieur Desblancs, votre nom va être inscrit le soixante-dix-neuvième sur cette pierre tumulaire. Il fermera, si Dieu le veut, le douloureux martyrologe des médecins de l'armée d'Orient. Mais cette pierre sera usée par le temps, que votre exemple et celui des amis que nous pleurons guidera encore les générations médicales dans la voie du devoir et de l'abnégation. »

— Nous insérons avec empressement la lettre suivante que nous adresse M. le docteur Maheux. La GAZETTE MÉDICALE s'associe de grand cœur aux sentiments qu'elle exprime, et à la proposition de notre honorable confrère.

SOUSCRIPTION POUR UN BANQUET A OFFRIR AUX MÉDECINS DE L'ARMÉE D'ORIENT.

Au rédacteur.

Monsieur,

Je viens de lire les paroles pleines de cordialité et de généreuse énergie que M. Bandens a prononcées récemment sur la tombe du docteur Deblancs, mort du typhus à Constantinople. Je suis encore ému lorsqu'après cette lecture, je songe aux fatigues inouïes et aux dangers de toute espèce auxquels nos confrères ont été si constamment exposés pendant la guerre qui vient de finir. Je ne puis surtout me défendre d'un profond sentiment de tristesse en pensant au nombre considérable de ceux que le fer de l'ennemi, que le climat, que les maladies plus terribles encore, ont moissonnés depuis trois ans.

Une chose, sinon me console, du moins apporte quelque adoucissement à ma peine, c'est que là-bas chacun a fait son devoir, et s'est couvert d'une gloire immortelle. Aussi répéterai-je bien haut, avec M. l'inspecteur Baudens: Jamais la médecine militaire n'a brillé d'un plus vif éclat. A juste titre, elle doit être heureuse du rôle que la destinée lui a fait.

Pour nous, praticiens de Paris, praticiens des départements, qui représentons la médecine civile, nous devons être fiers de nos confrères de l'armée. En toute circonstance, en effet, ils ont bien mérité de la profession; ils ont montré une fois encore que malgré l'injustice des hommes et celle de la société, chez le riche comme chez le pauvre, aussi bien dans la clientèle privée que sur les champs de bataille, le médecin reste toujours la plus haute personnification de la probité et du dévouement, et que jamais il ne reconnait pour mobile de sa conduite que ces trois nobles mots: honneur, patrie, humanité!

Transporté d'enthousiasme pour tant d'actes éclatants, d'abnégation et de courage, j'ai cru qu'il était de notre devoir à nous, médecins civils, de témoigner notre reconnaissance à nos confrères de l'armée.

Voici donc ce que je propose à cet effet:

C'est qu'au nom de la famille médicale française, les praticiens civils offrent un banquet à leurs confrères de Crimée aussitôt que ceux-ci seront de retour en France.

Je pense, monsieur le rédacteur, que vous accueillerez favorablement cette idée, et qu'en conséquence vous voudrez bien faire insérer ma lettre dans un des plus prochains numéros de la GAZETTE MÉDICALE. Je ne doute pas non plus que chacun de vos abonnés n'approuve avec satisfaction cette manière d'honorer ceux qui ont porté si haut la gloire de la médecine française.

Je propose, en outre, qu'en souvenir de ce banquet, des médailles soient offertes à chacun de nos dignes invités avec cette inscription: « Témoignage d'estime et de sympathie offert par la médecine civile aux médecins de l'armée d'Orient. »

Agréez, etc.

Dr MAHEUX.

— Le docteur Letenneur (de Nantes), communique à la GAZETTE DES HÔPITAUX un nouveau fait d'inoculation fortuite des eaux aux jambes du cheval à l'homme observé par Biett, en 1837, à l'hôpital Saint-Louis.

— L'Académie de médecine a voté dans sa dernière séance une somme de 500 fr. pour les victimes des inondations.

— MM. les professeurs et médecins du Val-de-Grâce ont souscrit au profit des inondés pour la somme de 557 fr.

— M. Flourens, membre de l'Institut, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, ouvrira un cours de physiologie comparée le mardi 24 juin 1856, à onze heures précises, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

Il traitera cette année de l'ontologie ou étude des êtres.

Les leçons auront lieu dans l'amphithéâtre de géologie.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

ANTHROPOLOGIE.

COURS D'ANTHROPOLOGIE PROFESSÉ AU MUSÉUM, PAR M. DE QUATREFAGES, MEMBRE DE L'INSTITUT. — PREMIÈRE LEÇON RECUEILLIE PAR M. LE DOCTEUR JACQUART.

Après avoir fait l'historique de la chaire, le professeur continue ainsi :

Dans cet établissement, au Muséum d'histoire naturelle, l'enseignement de l'homme doit forcément être comparatif. Là seulement est sa raison d'existence, et par conséquent son vrai point d'appui.

Mais comment entendre cette comparaison entre l'homme et les animaux? Il est évident qu'elle ne saurait être purement anatomique. Sans doute il serait possible de faire un cours d'anatomie comparée très-différent de celui que faisait Cuvier, ou qu'eût fait Geoffroy. En agissant ainsi on rendrait des services, on resterait fidèle à l'ancien titre de la chaire, mais on serait incomplet, on mentirait à la seconde partie du titre de cette même chaire. C'est dans cette seconde partie que la ligne à suivre me semble parfaitement tracée; et à vrai dire les deux titres étaient inutiles; le second suffisait. Qui dit histoire naturelle d'un animal quelconque en dit assez. Nous ne sommes plus au temps où ces mots signifiaient seulement la description extérieure et quelques anecdotes sur les mœurs. Quand nous voulons faire l'*histoire naturelle* d'un animal, nous en faisons l'histoire complète. C'est ainsi du moins que j'ai toujours cherché à agir pour mériter le beau titre de naturaliste.

J'ai généralement procédé par monographies. Peut-être y avait-il là d'abord un reste d'habitude du temps où je m'occupais de chimie; mais cette méthode me paraît encore aujourd'hui avoir le grand avantage de ne pas séparer ce qui fonctionne toujours uni. Poursuivre un organe dans la série entière en l'isolant des autres, ne peut conduire à des notions réellement physiologiques. Le mécanicien qui étudierait un à un tous les engrenages tous les échappements, tous les pistons, sans jamais les réunir, n'aurait jamais l'idée de ce qu'est une montre, ou une machine à vapeur. Or, toutes les fois que cela m'a été possible, mes monographies ont été partagées en trois parties intitulées : 1° Description et histoire naturelle; 2° Anatomie et physiologie; 3° Embryogénie. En m'occupant de l'homme je ne changerai rien à mes habitudes, et je ferai son histoire, comme j'ai fait celle de la hermelle ou du taret. Mon enseignement se trouvera donc scindé en trois parties distinctes.

En traitant des animaux, j'avais d'ordinaire à décrire plusieurs espèces et quelques variétés. Nous aurons presque le contraire en étudiant l'homme. Ici il n'existe qu'une seule espèce, mais en revanche des races et des variétés très-nombreuses. C'est là une vérité que j'espère vous démontrer de manière à ne laisser aucun doute dans votre esprit. Il va sans dire que mes arguments seront empruntés à la science, et à la science seule.

Permettez-moi à ce sujet une courte digression qui sera en même temps une profession de foi. Lorsque j'ai été appelé à cette chaire, et que j'ai annoncé l'intention de traiter avec détail l'histoire des races humaines, on m'a dit : Mais vous rencontrerez des questions bien délicates ! Ferez-vous ou non de véritables frères du blanc et du noir? Dans le premier cas, vous vous ferez accuser de bigoterie, et vous amenterez contre vous les libres penseurs; dans le second, on criera au scandale, et vous alarmerez les consciences, vous aurez contre vous les hommes religieux.

J'espère ne soulever nulle part de pareilles colères; et pour cela je n'aurai qu'à rester sur le terrain qui m'est échu. La religion et la science ne sont nullement opposées; d'illustres noms parmi les morts et parmi les vivants sont là pour le prouver; mais elles ont leur domaine à part et leurs voies sont différentes. L'une règne avant tout sur le cœur, et procède par la foi; l'autre s'adresse exclusivement à l'esprit, et procède par l'observation et l'expérience. La première croit, la seconde discute. La religion s'appuie sur un roc qu'elle regarde comme inébranlable, et que rien ne doit modifier. La science a pour domaine un sol mobile dont le travail et le progrès ont maintes fois changé l'aspect et la nature. Vouloir confondre ces deux ordres d'idées et de faits serait évidemment dangereux pour l'une et pour l'autre; quant à moi, je l'éviterai soigneusement. Ici, au Muséum, dans cette chaire, nous sommes sur le terrain de la science, et nous n'en sortirons pas.

Pour traiter cette grande question de l'unité de l'espèce humaine, il faudra d'abord nous faire une idée bien nette de ce que signifient les mots *espèce*, *race*, *variétés*; il faudra rechercher jusqu'à quel point les unes et les autres peuvent être modifiées par des causes soit appréciables, soit inconnues, et quelles lois président à la formation, soit des races fondamentales, soit des races hybrides. Nous aurons donc à examiner quelques questions de zoologie générale, nécessaires pour comprendre ou interpréter les résultats de nos études ultérieures sur l'homme. Ici nous aurons à interroger l'histoire des animaux, des végétaux eux-mêmes, pour nous éclairer.

Nous aborderons ensuite l'étude de l'espèce humaine. Permettez-moi de vous dire en quelques mots comment je comprends cette partie de mon cours.

I. — Il va sans dire que chaque race ou sous-race sera examinée à part, et que les caractères anatomiques comme les caractères extérieurs seront soigneusement détaillés. Dans cette portion du cours, j'aurai souvent à regretter l'absence d'objets de démonstration. La collection que M. Flourens et surtout M. Serres ont fondée au Muséum est certainement déjà bien riche relativement parlant, et je ne saurais trop rendre justice au zèle et à l'activité qu'il a fallu déployer pour la conduire au point où elle est; mais elle est encore pauvre comparativement aux besoins qu'elle doit satisfaire. Des races entières, et parfois des plus importantes, sont à peine représentées dans nos galeries, ou même manquent entièrement. En attendant que ces lacunes se remplissent, je m'efforcerai de suppléer aux objets eux-mêmes par des dessins exécutés avec la dernière rigueur. Le talent de MM. Jacquart et Deramont, appelés à m'aider dans mes travaux, est un sûr garant de leur bonne exécution, et pour plus de sûreté, ils appelleront à leur aide les instruments de précision, pour reproduire les meilleures gravures publiées par les savants spéciaux.

Mais est-ce connaître une race que de savoir quels sont son angle facial, la proportion du crâne et de la face, l'inclinaison des os du bassin, la couleur de la peau, la nature des cheveux? Non certes. S'en te-

FEUILLETON.

ÉTUDES MÉDICALES SUR QUELQUES POËTES ANCIENS ET MODERNES.

HORACE.

On ferait une grosse bibliothèque avec tout ce qui a été écrit sur Horace, sur ses œuvres; on compte par milliers les éditions qui en ont été faites; les annotateurs, les commentateurs ne sont guère moins nombreux, et le poëte qui, dans le légitime orgueil de son génie, s'écriait: *Exegi monumentum ære perennius*, a pressenti le jugement de la postérité; car jamais louange plus constante, plus universelle, n'a salué cette gloire qui durera tant que les belles-lettres, l'esprit et la philosophie seront en honneur parmi les hommes.

On l'a dit, et avec raison, il n'est pas de position sociale qui ne puisse profiter des leçons répandues dans l'œuvre d'Horace. Ses odes sont remplies des plus nobles inspirations; ses épîtres sont un miroir où se peignent toutes les physionomies, où parlent toutes les passions; ses satires passent en revue les vices de son temps, les faiblesses du cœur humain, mouvant tableau dans lequel chacun peut reconnaître son portrait; le poëte a touché d'une main ferme et délicate les infirmités de notre nature, il a donné le remède, et si Tacite a pu dire : *Vitia erunt donec homines*, Horace, moins sévère, n'a pas désespéré de ses semblables et a prodigué les conseils à ceux qu'il avait l'espoir de guérir.

La philosophie est la médecine de l'âme, les satiriques sont des docteurs qui tranchent dans le vif; Horace a ce double titre doit nous intéresser; aussi nous proposons-nous de rechercher dans ses œuvres tout ce qui se rattache à ce double ministère: le philosophe qui indique le mal, le poëte qui vante le remède. Mais avant tout, nous devons dire un mot du personnage, examiner quel droit il a de se poser ainsi en guérisseur de l'humanité.

On a tout dit sur Horace, sur son génie, sur son histoire; on sait qu'il est né le 8 décembre de l'an de Rome 689, c'est-à-dire soixante-cinq ans avant l'ère chrétienne, et qu'il mourut le 27 novembre, an de Rome 746, huit ans avant J.-C., ayant ainsi vécu 57 ans, 2 mois, 9 jours. Sa biographie a été écrite cent fois, par Suétone, presque son contemporain, et depuis par une foule d'auteurs; M. Walckenaër, dans un livre excellent, a fait l'histoire complète de la vie et des ouvrages de ce poëte; enfin la dernière édition des œuvres d'Horace, un chef-d'œuvre, digne en tout point des Didot, a été enrichie par M. Noël des Vergers d'une excellente notice biographique, savante autant que possible, élégante à plaisir, vrai travail d'un admirateur sincère, d'un juste appréciateur de l'ami de Mécène et de Virgile.

On voit que les sources où nous pouvons puiser sont nombreuses, abondantes et fécondes; mais nos lecteurs n'ont pas besoin de nos remarques pour apprécier les mérites du poëte de Tibur, il leur faut quelque chose de plus spécial, qui se rattache plus directement à nos études favorites; tâchons donc de considérer Horace à un point de vue qui nous appartienne, bien res-

nir là serait traiter l'homme moins bien que les animaux. Dans les chaires voisines de la mienne, parle-t-on du castor sans faire connaître son admirable instinct d'architecte? Ferait-on l'histoire des abeilles ou des fourmis sans rien dire de ces étranges monarchies ou républiques, sans parler de leurs gâteaux de cire, ou de leurs colonnades souterraines? Évidemment non, et nous devrons envisager l'homme sous le même point de vue.

Les mœurs et la religion sont souvent des traits de race aussi caractéristiques que la forme de la tête et la coloration de la peau. Il en est de même des formes politiques et de celles du langage. Sans doute tous ces caractères se modifient profondément chez les peuples avancés en civilisation. Grâce à sa merveilleuse nature, à son aptitude au progrès, l'homme se donne à lui-même une véritable éducation qui modifie et change parfois les traits moraux primitifs. Mais lorsque cette éducation manque, le fond de la nature se manifeste, et c'est ce fond particulier que nous aurons à rechercher chez chaque race, car il est l'équivalent de l'instinct dans les espèces animales. Sans doute je ne vous parlerai des Anglais ou des Français modernes que pour chercher jusque dans ces types perfectionnés quelques traits ineffaçables de leurs ancêtres les Anglo-Saxons, ou les Celtes; mais ce que nous pourrons recueillir sur l'histoire primitive de ces derniers doit avoir pour nous une sorte d'intérêt filial. Au point de vue scientifique, il sera d'un immense intérêt de grouper ce qu'on a recueilli sur les civilisations autochthones imparfaites, ou brusquement arrêtées par l'invasion européenne. Les mœurs, la religion, des sauvages de la mer du Sud nous apprendront bien des choses. L'histoire même abrégée des grands empires américains nous étonnera.

Les animaux ont une voix; l'homme seul est doué de la parole; seul il a pu inventer des langues. Pourrons-nous laisser de côté ces manifestations si caractéristiques? Non certes, et les renseignements fournis par la linguistique comparée devront évidemment trouver place dans notre cadre. Nous le devons d'autant plus que depuis quelques années ces résultats ont acquis une importance et une valeur vraiment inattendues, et que nous aurons à constater un accord des plus frappants entre les conclusions tirées de la linguistique et celles auxquelles conduit l'examen physique de certaines races.

C'est en contrôlant ainsi les uns par les autres les caractères empruntés à divers ordres d'idées et de faits que nous pourrons, dans bien des cas, résoudre d'une manière satisfaisante bien des problèmes ethnologiques jusqu'à ce jour regardés comme inabordables.

Parmi ces caractères, il en est qui tiennent de si près à la nature de chaque race qu'elle les transporte partout avec elle; mais d'autres et en réalité le plus grand nombre sont plus ou moins sous la dépendance du milieu extérieur. Ce milieu lui-même a dû, dans bien des cas, imprimer son cachet sur une race en voie de formation. Négliger l'étude de ce milieu serait laisser dans l'enseignement une lacune évidente. Nous aurons donc à faire souvent bien des emprunts à la géographie physique, à la climatologie des contrées habitées par l'espèce humaine. En commençant l'étude de chaque race nous aurons évidemment à tracer les limites du champ qu'elle occupe. Nous aurons plus tard à rechercher les causes et les procédés de dissémination de ces races. Ici messieurs, nous devrons encore faire de nombreux emprunts à des sciences bien éloignées de l'histoire naturelle proprement dite. Mais si la géographie physique, l'orographie, l'hydrographie, la physique générale du globe ont été interrogées lorsqu'on a voulu expliquer la distribution des plantes et des animaux à la surface du globe, comment éviter d'en appeler à ces mêmes sciences lorsqu'il s'agit de la répartition géographique des races humaines? Comment, sans connaître le relief de l'Asie centrale, se rendre compte de ces flots de peuples qui, suivant toujours les mêmes routes, se sont confondus ou superposés comme autant d'alluvions humaines? Comment aborder l'histoire des populations de la mer du Sud sans s'être demandé le rôle que les grands courants maritimes, les vents alisés et les moussons ont joué dans le peuplement de ces milliers d'îlots si largement disséminés?

II. — Tels sont, messieurs, le plan général et la tendance de cette première partie du cours. Elle répond, ai-je dit, à la première division de mes monographies zoologiques. J'intitulais toujours la seconde anatomie et physiologie, car jamais je n'ai pu séparer ni ces deux mots ni les idées qu'ils réveillent. J'agirai de même dans cette monographie de l'homme. Pas plus que Haller, je ne comprends l'une d'elles sans l'autre. Ce grand homme dont nous sommes presque tous les continuateurs, alors même que nous le combattons, appelait la physiologie une *anatomie animée* (anatome animata). C'était dire que sans la physiologie, l'anatomie était inanimée ou morte, et je pense entièrement comme Haller. Je n'ai jamais compris que, dans les facultés de médecine, il y eût un professeur d'anatomie, et un autre professeur de physiologie. Au reste, la force des choses est telle que toujours en décrivant les organes, le premier parle de leurs fonctions; que toujours le second, avant de parler des fonctions, décrit plus ou moins les organes, et ils ont raison de mentir ainsi au titre exclusif de leur chaire. Ici, sans même tomber dans ce léger inconvénient, nous ferons marcher de front ces deux sciences, sœurs et non pas filles l'une de l'autre.

Mais dans quel sens devra être dirigée cette partie de l'enseignement? Sous peine d'encourir le reproche que j'adressais tout à l'heure à quelques-uns de mes prédécesseurs, je dois éviter d'être exclusif, en bornant mes recherches à l'homme seul. L'institution même de la chaire me le défend; car il est dit, dans l'ordonnance qui a modifié l'ancienne appellation de cette chaire, que le professeur éclairera l'anatomie de l'homme par des exemples empruntés aux divers groupes du règne animal. En agissant ainsi, puis-je craindre de faire double emploi avec la chaire d'anatomie comparée? Non. Celle-ci a reçu de son véritable fondateur, de Cuvier, un caractère indélébile, et que les besoins de la science commandent de maintenir. Là le professeur doit éclairer, non pas l'histoire d'une seule espèce, mais l'histoire de toutes les espèces; là le dernier mollusque a autant de valeur que l'homme lui-même, car il faut, à l'aide de son anatomie bien connue, déterminer les rapports qui le rattachent au reste de la création tout entière. Il ne saurait en être ici de même; et pour nous, ceux-là seuls d'entre les animaux devront nous arrêter, qui pourront jeter quelque jour sur l'anatomie ou la physiologie humaine.

Un exemple fera aisément comprendre ma pensée. Prenons l'œil, cet organe à fonctions si parfaites, surtout dans certaines races humaines. Ouvrons-le et étudions-en les diverses parties. Nous ne pourrons qu'être frappés de leur nombre, et par suite de la complication de l'appareil. Prenons le même organe dans un mollusque, dans un

---

treint sans doute, mais cependant digne d'intérêt, puisqu'il nous montrera l'homme physique avec ses qualités et ses défauts, les conditions matérielles de son génie, de son humeur, de ses goûts, l'instrument dont il a joué; car, il faut bien le reconnaître, si l'homme est une intelligence servie par des organes, ceux-ci ont une influence singulière sur la pensée, et la connaissance de l'individu sera toujours fort utile à celui qui voudra connaître les productions de son esprit.

Horace a pris soin de nous dire qu'il était petit, *bipedalis*, robuste, obèse; que ses cheveux étaient noirs, frisés, qu'ils couvraient une grande partie de son front; Mécène lui reprochait un jour de le négliger un peu, de ne pas venir le voir: Ah! lui disait Horace,

. . . . reddes
Forte latus, nigros angustâ fronte capillos:
Reddes dulce loqui; reddes ridere decorum.

Dans un charmant billet adressé à Tibulle, il dit:

Me pinguem ac nitidum bene curatâ cute vises.

L'empereur Auguste se moque un peu de la rotondité de son poëte: *Tâchez*, lui dit-il, *si vos volumes ne sont pas plus hauts qu'une chopine (sextariolum) qu'ils aient du moins l'honnête ampleur de votre ventre*. Ainsi Horace offrait tous les attributs du tempérament lymphatique; mais sans nul doute, avec une prédominance sanguine, ce qui rend bien compte de la vivacité de ses passions, de sa gaîté, du charme de sa parole, de son rire aimable. Mais si ses yeux étaient noirs et vifs, ses paupières malades lui ont toujours causé de grands ennuis. Il en parle sans cesse; les chassieux, *lippi*, sont toujours l'objet de ses sarcasmes, et il n'a pas mauvaise grâce à poursuivre ses confrères en infirmité. On n'est pas un méchant homme quand on plaisante aux dépens de ceux qui peuvent vous retourner le trait. Ainsi, dans ce voyage à Brindes rempli d'incidents si amusants, il arrive à Capoue avec Virgile et Mécène, il laisse ce dernier courir au jeu de paume:

Lusum it Mæcenas, dormitum ego Virgiliusque;
Namque pilâ lippis inimicum et ludere crudis.

Un peu plus loin, dans la Pouille, il couche dans une ferme....

Lacrymoso non sine fumo,
Udos cum foliis ramos urente camino.

La fumée du bois vert irrite ses paupières. Dans un autre endroit:

Hic oculis ego nigra meis collyria lippus
Illinere.

Vous voyez qu'il n'oublie pas son ophtalmie, sa blépharite; elle revient sans cesse; il emporte son collyre; il ne néglige aucune précaution; il est si bien accoutumé à ces misères qu'il y puise un éternel sujet de comparaison. Ainsi ce Menius qui se montre si indulgent pour ses propres défauts et si

annélé inférieur. Nous le verrons réduit à un très-petit nombre de parties. Il y a donc eu simplification dans le mécanisme; mais en même temps la fonction s'est restreinte. Cependant elle existe, et par conséquent les parties fondamentales de l'appareil de la vision se retrouvent ici. Si l'œil de l'homme bien plus parfait, présente plus de complication, c'est qu'à ces parties fondamentales sont venus s'ajouter des appareils de perfectionnement. Cette distinction entre les organes essentiels qu'exige l'exercice d'une fonction, et les organes qui servent seulement à la perfectionner, est un point de vue à la fois très-précis et très-physiologique. C'est un de ceux auxquels je me placerai le plus souvent, et vous comprenez comment l'anatomie comparée sera utilisée dans ces recherches.

Il y a quelques années encore, connaître la forme et les fonctions des appareils suffisait à l'anatomiste. Aujourd'hui la science est plus exigeante. Empruntant à la physique et à la chimie leurs procédés et leurs instruments, elle a voulu pénétrer dans l'intimité des organes et reconnaître leurs éléments. Cette anatomie essentiellement physiologique, et qui n'est qu'une extension de l'anatomie générale telle que Bichat l'entendait, sera de ma part l'objet d'une attention toute spéciale. Ici encore nous aurons à comparer ce qui existe chez l'homme avec ce qu'on rencontre chez les êtres les plus éloignés de lui; ici encore nous aurons à constater des dégradations remarquables. Nous verrons, par exemple, l'élément musculaire, si distinct chez nous, se montrer de moins en moins caractérisé, et se fondre en une sorte de mucilage dont la contractilité seule révèle la véritable nature.

III.—Lorsqu'on a décrit toutes les variétés, permanentes ou non d'une espèce animale; lorsqu'ou s'est rendu compte de la forme, de la structure et du jeu de tous les organes chez l'adulte, on ne connaît pas encore cette espèce. Il faut encore se demander ce qui se passe, avant et après ce moment où l'organisme présente son maximum de crue et d'activité; il reste à faire l'histoire de son développement. Cette histoire, vous le savez, messieurs, se partage en deux périodes, l'une intra-utérine, l'autre extra-utérine. La première est la période embryogénique, l'autre celle du développement proprement dit. Naturellement nous nous occuperons surtout de la première.

L'embryogénie, dont la valeur a été comprise de très-bonne heure, a acquis de nos jours une importance telle qu'on en fait presque une science à part. Nous lui accorderons une attention toute particulière, et ici encore nous procéderons, autant que possible, par voie de comparaison.

Tout être vivant vient d'un œuf, *omne vivum ex ovo*, a dit Harvey, et cette grande loi, qui a paru bien longtemps souffrir des exceptions nombreuses, se confirme aujourd'hui de la façon la plus éclatante. Au début tous les œufs se ressemblent. A quelques traits accessoires près, il y a identité entre celui de l'homme et celui du dernier mollusque, du dernier annelé. Chaque être ne se caractérise que progressivement, et dans ces évolutions si complexes, dans ces métamorphoses merveilleuses, il se manifeste des ressemblances, des analogies qui atteignent l'homme lui-même. Je vous présenterai soigneusement le tableau de ces ressemblances; mais je placerai à côté celui des différences, et vous arriverez ainsi vous-mêmes à conclure avec moi qu'une fois caractérisé, l'homme reste anatomiquement distinct de tous les animaux, en attendant qu'il s'en sépare, et mette entre eux et lui un abîme par son développement intellectuel et moral.

La vie intra-utérine est une vie à part. L'homme dans le sein de sa mère n'existe, pour ainsi dire, que de seconde main : il est un véritable parasite. Nous le verrons, au moment de la naissance, subir des métamorphoses considérables, en harmonie avec son nouveau mode d'existence. Devrons-nous l'abandonner alors? Non; ou bien nous ne remplirions pas toute notre tâche. Il nous faudra montrer comment la vie accroît et fortifie ces organes encore si petits et si tendres; comment elle leur donne cette force de résistance qui parfois nous étonne; mais aussi comment un certain maximum une fois atteint, le jeu régulier de ce merveilleux organisme conduit à une décadence, à un affaiblissement progressif, et finalement à l'arrêt de tous les appareils. Cette étude aura pour nous un grand enseignement; elle nous apprendra à ne voir dans la mort qu'une conséquence de la vie, un phénomène comme un autre; conclusion bien faite pour écarter le cortége de terreurs qui, pour la majorité des hommes, accompagne le moment suprême.

Les phénomènes des développements intra et extra-utérins peuvent s'accomplir d'une manière normale, ou bien être troublés par diverses causes. De ces troubles résultent souvent soit des temps d'arrêt, soit des exagérations dans le développement. Dans les deux cas l'être est déformé, et ces déformations constituent des monstruosités plus ou moins accusées. L'étude des monstres constitue, vous le savez, une branche spéciale de la science. La tératologie sera pour nous l'objet d'une attention toute particulière. Avec Geoffroy-Saint-Hilaire nous demanderons à ces monstres, regardés jadis par la population entière comme d'effrayantes exceptions aux lois de la nature, précisément la connaissance ou la confirmation des règles les plus fondamentales du développement normal. Avec M. Isidore Geoffroy nous verrons ces prétendues erreurs, ou jeux de la nature, rentrer tellement dans la règle, qu'on a pu les assujettir à des classifications méthodiques.

Tel sera, messieurs, le plan de cet enseignement. Tel est le champ que nous aurons à parcourir ensemble. Il est inutile d'insister pour vous faire remarquer combien il est vaste et varié. Pour faire l'histoire naturelle de l'homme, pour tracer sa monographie, il nous faudra recourir à presque toutes les sciences. Est-ce à dire que je veuille me poser devant vous en homme universel? Non certes. Personne mieux que moi ne sait tout ce qu'aurait de ridicule une pareille prétention. Mais je chercherai toujours à compléter mon savoir par celui des autres. Je demanderai aux hommes spéciaux les résultats de leurs études; je rapprocherai ces résultats de ceux que me fourniront mes propres travaux dans ma direction spéciale, et en rapprochant ces données diverses, j'espère en faire jaillir quelques lumières nouvelles sur bien des points encore obscurs. Ne croyez pourtant pas que je compte tout découvrir, tout expliquer. Autant et plus qu'un autre, l'histoire naturelle de l'homme a ses mystères, ses incertitudes. Je vous exposerai franchement les uns et les autres. Dans un enseignement élémentaire, le professeur doit peut-être être dogmatique; mais ici, dans une chaire du Muséum, en face d'un auditoire comme celui qui m'écoute, mon devoir est tout autre. Je dois vous exposer la science telle qu'elle est, faire la part du connu, du douteux, de l'inconnu. Cette part, je n'hésiterai pas à la faire devant vous. Jamais il ne

---

sévère pour ceux de Novius, son ami, reçoit-il cette apostrophe de notre poëte courroucé :

Quum tua pervideas oculis malè lippus inunctis,
Cur in amicorum vitiis tam cernis acutum,
Quam aut aquila.... (Satire 3ᵉ, liv. I, vers 25.)

Et quand, après avoir donné de si bons conseils à ceux qui se plaignent de leur sort, il dit :

Jam satis est : ne me Crispini scrinia lippi
Compilasse putes, verbum non amplius addam,

on ne doit pas voir en cela une bien grosse injure; c'est une simple plaisanterie, une malice, une petite vérité dont ce Crispinus aurait tort de se fâcher, puisque ce pauvre Horace était logé à la même enseigne.

Les ophthalmies étaient communes à Rome; il y a même un certain trait dans la septième satire, celle où il est question de la querelle entre Rutilius et Persius, qui a un peu embarrassé les commentateurs. Horace dit que tout le monde connaît ce fameux débat :

. . . . . . Opinor
Omnibus et lippis notum et tonsoribus esse.

Pourquoi ce rapprochement? Les chassieux et les barbiers connaissent cette affaire. M. Walckenaer trouve dans Plaute l'explication de ce fait. Archagatas, au rapport de Pline, fut déclaré citoyen romain; il obtint la permission d'exercer la médecine à Rome; il ouvrit le premier un cabinet de consultation; d'autres médecins en firent autant; et ces lieux où chacun venait demander un avis étaient voisins des boutiques des barbiers. Ceux-ci faisaient une petite chirurgie fort utile aux malades; les prescriptions des médecins étaient exécutées à l'instant; et de là une sorte de communauté qui a duré pendant bien des siècles. Les gens affectés de maladies d'yeux étaient en grand nombre; il y avait foule autour de ces tavernes (*tabernæ*); les nouvelles s'y répandaient bien vite, et voilà pourquoi Horace, qui connaissait le terrain, en parle si savamment.

Ailleurs, dans la 2ᵉ épître du livre 1ᵉʳ, Horace, en se moquant finement de ceux qui ne comprennent pas la vie, s'écrie :

Non domus et fundus, non æris acervus et auri
Ægroto domini deduxit corpore febres,
Non animo curas.

Et il ajoute, faut-il donc tant de choses pour être heureux? L'envie et la crainte empoisonnent tout :

Juvat illum sic domus aut res
Ut lippum pictæ tabulæ, fomenta podagram,
Auriculas citharæ collecta sorde dolentes.

Ces comparaisons sont frappantes : que font aux yeux malades les meilleurs tableaux, les lotions aux goutteux, les sons de la lyre à celui qui souffre des

m'en coûtera de dire: j'ignore, je ne sais pas. En agissant ainsi, je suis certain que je ne me diminuerai pas à vos yeux; je suis, au contraire, assuré de mériter de plus en plus votre confiance.

STATISTIQUE MÉDICALE.

RÉSUMÉ STATISTIQUE ET MÉDICAL DES OPÉRATIONS DU CONSEIL DE RÉVISION DANS LE DÉPARTEMENT DE MAINE-ET-LOIRE DEPUIS 1817 JUSQUES ET Y COMPRIS 1850; par le docteur AD. LACHÈSE (d'Angers)

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

POPULATION DU DÉPARTEMENT. — Dans l'année 1818, le recensement donnait un chiffre de 401,240 habitants. En 1850, et d'après le décret de 1852, il s'en est trouvé 515,452; l'augmentation est de 114,212, c'est-à-dire près d'un quart. Mais l'accroissement est loin d'être le même dans chaque arrondissement. Celui d'Angers a monté de 116,028 à 154,945; excédant 38,917, presque un tiers. Celui de Baugé n'a gagné en trente-quatre ans que 3,916 âmes, de 75,793 à 79,709, c'est-à-dire un peu plus d'un vingtième, et encore croit-on que ce chiffre n'est pas exact, celui du recensement précédent ayant été porté plus haut que de raison. L'arrondissement de Beaupreau a beaucoup augmenté, car de 77,705 il est arrivé à 121,375, différence en plus 43,670, près de deux cinquièmes. Celui de Saumur a monté de 81,520 à 97,339, c'est-à-dire de 15,819, plus d'un sixième. Enfin l'arrondissement de Ségré a vu sa population grandir d'un cinquième, de 50,194; elle est arrivée à 62,080, différence 11,886.

Ces chiffres prouvent d'abord qu'une énorme différence existe, pour le progrès et la prospérité, entre les cinq arrondissements de Maine-et-Loire; car les populations ne s'agglomèrent que là où se rencontrent les sources du travail et de l'aisance. Cette différence résulte principalement de la nature du sol, de sa fécondité, et plus encore des mœurs, de l'éducation morale et religieuse des habitants. Ces causes générales, que je ne puis qu'indiquer ici, seront appréciées autant que possible dans la suite de ce travail.

JEUNES GENS INSCRITS. — Le nombre total des jeunes gens placés sur les listes d'appel est de 147,917. Pour établir la proportion de ce chiffre avec celui de la population totale du département, il a fallu prendre une moyenne entre 401,240, recensement de 1818, et 515,452, recensement de 1850. Cette moyenne est de 458,346; or les conscrits sont, avec la population totale, dans le rapport de 3,1009. Le contingent départemental ayant été 32,779, il en résulte que l'on a pris un soldat sur 4,51 des jeunes gens inscrits, c'est-à-dire de la population masculine arrivée à l'âge de 20 ans.

DERNIER NUMÉRO APPELÉ. — Pour avoir 32,779 soldats, on a fait paraître devant le conseil de révision 77,348 conscrits, c'est-à-dire que pour avoir un soldat il a fallu appeler 1,91 des jeunes gens inscrits dans le département. Dans l'arrondissement d'Angers la proportion a été de 1,95; à Baugé de 1,73; à Beaupreau de 2,06; à Saumur de 1,89; à Ségré de 1,83.

L'ordre à établir entre les arrondissements n'est pas le même quant pour l'accroissement de la population. Saumur, qui n'était qu'au quatrième rang sous ce rapport, passe sous cet autre au troisième; mais Beaupreau est bien plus favorisé encore, puisqu'il n'a qu'un homme appelé sur 2,06. Baugé est le plus maltraité, puisqu'il a dû en fournir un sur 1,73. Le plus beau résultat a été obtenu en 1822 par le canton du Louroux-Beconnais, arrondissement d'Angers: il y avait 75 inscrits, il fallait 10 hommes, on en a appelé 12; 10 ont été déclarés propres au service, les 2 autres ont été réformés pour défaut de taille.

PROPRES AU SERVICE. — J'ai déjà dit qu'on dépassait un peu le contingent exigible, 34,873 au lieu de 32,779. L'excédant, soit 2,094 hommes, est destiné à remplacer ceux qui sont absents légalement ou non au moment de la première réunion du conseil de révision, ou qui n'auraient pas encore pu fournir les pièces nécessaires pour être exemptés. J'ai relevé toutes les décisions, même les plus évidemment provisoires; car toutes doivent être comptées dans un travail de la nature de celui-ci. Or, dans le département, on a trouvé un homme propre au service sur 2,22 visités. A Angers le rapport était de 1 à 2,30; à Baugé de 1 à 2,36; à Beaupreau de 1 sur 2,4; à Saumur de 1 sur 2,16, et enfin à Ségré de 1 sur 2,25.

FILS AÎNÉS OU UNIQUES DE FEMMES ACTUELLEMENT VEUVES. — Il s'en est trouvé 5,413 sur les 77,348 visités pendant cette période de trente-quatre ans; cela fait 1 sur 14,29. Dans chaque arrondissement la proportion est la suivante: à Angers, 1 sur 13,83; à Baugé, 1 sur 16,17; à Beaupreau, 1 sur 14,50; à Saumur, 1 sur 13,52; à Ségré, 1 sur 13,78. On voit par là que l'arrondissement de Saumur est celui où le veuvage des femmes est le plus commun; viennent ensuite dans l'ordre de fréquence Ségré, Angers, Beaupreau et enfin Baugé, qui en compte près d'un cinquième de moins que Saumur.

Comment expliquer cette différence? Pourquoi le pays où la population est restée stationnaire, si même elle n'a diminué depuis trente-quatre ans, celui où il a fallu appeler le plus grand nombre d'hommes pour compléter le contingent et que nous verrons plus tard si inférieur, sous beaucoup de rapports, aux autres arrondissements, pourquoi Beaugé est-il précisément celui qui offre le moins de cas de réforme pour cette cause de veuvage des mères? Il y a là, sans doute, quelque condition spéciale qui explique la plus longue durée du mariage; c'est aux médecins de cet arrondissement à chercher le mot de cette énigme.

FRÈRES AÎNÉS D'ORPHELINS. — Cette catégorie offre une singularité non moins remarquable que la précédente. Dans le département, la proportion des exemptés pour cette cause est de 1 sur 87,40: à Angers elle est de 1 sur 92,09; à Baugé de 1 sur 120; à Beaupreau de 1 sur 72,50; à Saumur de 1 sur 92,40, et à Ségré de 1 sur 70,50. Ainsi, entre Baugé et Ségré la différence est presque du double. Comment, dans ce dernier arrondissement, a-t-on moitié plus de chances qu'à Baugé pour être, à 20 ans, orphelin de père et de mère? Pourquoi les chefs de la famille disparaissent-ils si promptement à Ségré? Pourquoi la femme survit-elle ordinairement à son mari dans l'arrondissement de Baugé? Nous livrons ces faits bizarres à l'étude de nos confrères exerçant dans ces localités, avec la persuasion qu'ils ne tarderont pas à nous en donner les motifs.

---

oreilles? Horace, qui conseille en tout une heureuse médiocrité, qui prêche la modération, se dit à soi-même, épitre 1re, livre 1er:

Non possis oculo quantum contendere Linceus,
Non tamen idcirco contemnas lippus inungi.

Toujours cette lippitude revient sous sa plume, toujours elle joue un rôle dans ses plaisanteries où ses conseils; railleur ou philosophe, il parle de ses paupières douloureuses, il les reproche à ses ennemis, il en affuble ses amis, et jamais infirmité n'a fourni de vers plus plaisants, de traits plus piquants, d'épigrammes plus acérées.

Horace était gourmand, son précoce embonpoint et beaucoup de petites incommodités n'avaient pas d'autre cause; il s'accuse de ce défaut, lisez plutôt son épitre à Vala (la 15e du livre 1er). Menius ayant dévoré son patrimoine devient parasite; il assiége toutes les tables, paye un bon dîner par des bouffonneries, se contente de peu quand la fortune lui est contraire, et partage alors l'avis du censeur Bestius, marquer les gourmands au ventre avec un fer rouge:

Scilicet ut ventres lamnâ candente nepotum
Diceret urendos.....

Notre poëte l'avoue avec une franchise singulière:

Nimirum hic ego sum: nam tutas et parvula laudo,
Quum res deficiunt; satis inter vilia fortis:
Verùm, ubi quid melius contingit et unctius; idem
Vos sapere et solos aio bene vivere, quorum
Conspicitur nitidis fundata pecunia villis.

Et notez qu'il parle ainsi dans une épitre où se trouve le nom d'*Antonius Musa*, son médecin, lequel lui ordonne de quitter Baïa et ses eaux sulfureuses pour aller à Clusine ou à Gabie, lieu où les douches froides sont si efficaces. Quel besoin avait-il de cette hydrothérapie? Il ne nous le dit pas, il nous laisse sur ce point toute latitude, mais comment ne pas blâmer ce sage qui connaît si bien les inconvénients de sa vie épicurienne, celui qui a dit avec tant de sens:

Sperne voluptates, nocet empta dolore voluptas!

Et cependant il succombait aux doux entraînements de la volupté; après Néèra vient Lydie, puis Pyrrha, puis Leuconoé, et Tyndaris, et Glycère, et Chloé, et Barine, et Galathée et cent autres; ses volages amours, enfants d'un caprice ou d'une rencontre, ne laissent dans sa vie que des traces fugitives, il sacrifie sans cesse aux grâces légères, à cette Vénus prodigue qui ne règne pas sur les cœurs.

Doit-on s'étonner que ce terrible amoureux ait ressenti de bonne heure ses ardeurs refroidies et que tant de maîtresses l'aient trompé pour des amants plus jeunes? Dans l'épode XV, adressée à Néèra, un vers lui est échappé, une confidence qui a soumis ses commentateurs à d'étranges tortures:

Nàm si quid in Flacco viri est,

tel est cet aveu humiliant pour un adorateur de la bonne déesse, sorte de jeu

Frères de militaires morts au service ou réformés pour blessures. — Il n'en est plus ainsi quand il s'agit des jeunes conscrits appartenant à cette classe. Saumur, qui en a le moins, donne la proportion de 1 sur 45,06, tandis que Baugé, qui en compte le plus, en a 1 sur 31,20. Les autres arrondissements flottent entre ces extrêmes. Voici, suivant nous, la cause de ces différences. Plus il y a de remplacements dans une localité, moins il y a de chances pour subir les dangers du métier de soldat; mais cette proposition n'est pas absolue, et voici pourquoi. On doit croire que les conscrits de l'arrondissement de Saumur se font remplacer en plus grand nombre que ceux d'Angers, de Beaupreau, de Ségré et de Baugé; mais en réalité ce n'est pas la seule cause qui explique le fait que nous signalons. Beaupreau est sans contredit l'arrondissement où les jeunes gens se font le plus souvent remplacer, et si les chiffres semblent indiquer le contraire, c'est que les jeunes soldats qui sont sous les drapeaux, n'ayant pu faire autrement, portent avec eux des dispositions physiques et morales qui altèrent promptement leur santé. Le Vendéen tient au sol qui l'a vu naître, rien ne le distrait de sa patrie absente, la nostalgie l'accable, et il meurt comme le héros de Virgile, en murmurant le doux nom de son clocher natal.

Autres exemptions légales. — Les frères de militaires en activité de service sont nombreux, 4,082; mais cette catégorie se rattache évidemment aux deux précédentes par des conditions analogues; aussi ne donnerons-nous pas de chiffres. Les fils aînés ou uniques de pères septuagénaires, les fils aînés ou uniques de pères aveugles, et quelques autres exemptions de même nature, ne forment qu'un total peu important; ce sont presque des cas rares; aussi je préfère réunir tous ces cas d'exemptions sous un titre commun. Le partage entre les cinq arrondissements se fait dans cet ordre : Baugé compte 1 exempté sur 14,70 visités; Angers, 1 sur 14,98; Ségré, 1 sur 15,03; Beaupreau, 1 sur 15,52, et enfin Saumur, 1 sur 17,22.

Défaut de taille. — On devait naturellement penser que là où il a fallu appeler un plus grand nombre de conscrits pour compléter le contingent, là où l'on a trouvé la moindre proportion d'hommes propres au service militaire, là aussi devait se rencontrer le plus grand nombre de jeunes gens n'ayant pas la taille réglementaire. Les chiffres sont d'accord avec ces idées; car, tandis que le département compte 1 homme trop petit sur 13,29, Beaugé en a 1 sur 10,54, et Beaupreau 1 sur 15,81. On voit que la différence est très-considérable. Saumur vient après avec le chiffre de 1 sur 15,47, puis Angers, 1 sur 13,77, et enfin Ségré avec celui de 1 sur 11,22. Ces chiffres sont concordants. Les mêmes causes qui affaiblissent l'homme adulte diminuent sa taille; les races les moins vigoureuses sont aussi les plus petites, au moins d'une manière générale et dans nos zones tempérées.

Faiblesse générale. — C'est le plus ordinairement au milieu des populations agglomérées, dans les villes où il y a beaucoup d'établissements industriels, qu'on trouve en plus grand nombre ces jeunes gens maigres, pâles, étiolés, trop faibles de constitution, suivant l'expression consacrée; aussi l'arrondissement d'Angers est-il celui où l'on en compte le plus. Mais Baugé, qui ne remplit aucune de ces conditions, vient immédiatement après Angers. C'est à la misère de ses habitants qu'il faut imputer ce résultat. Les trois autres arrondissements diffèrent peu entre eux, et si Beaupreau, tant favorisé sous d'autres rapports, n'a pas la même supériorité en cette circonstance, cela tient à ce que parmi les cantons de son ressort se trouve celui de Cholet, peuplé d'ouvriers tisserands qui passent leur vie dans des caves, où ils travaillent du matin au soir pour gagner un salaire à peine capable de les nourrir, eux et leur famille. Ce canton a fourni lui seul 318 hommes exemptés pour faiblesse générale, c'est-à-dire le cinquième du chiffre total de l'arrondissement. L'hygiène publique a beaucoup à faire dans ces pays de fabrique pour détruire les causes de cette détérioration de la race humaine; l'autorité administrative et les médecins comprennent l'importance d'une pareille tâche; les progrès déjà réalisés en appellent d'autres; l'esprit d'association, les logements plus salubres, une meilleure nourriture : tels sont les moyens de remédier à ces misères que voient nos grands industriels et que la plus active philanthropie peut à peine atténuer, tant la routine est puissante, tant les principaux intéressés comprennent peu leurs vrais intérêts.

Nous entrons maintenant dans la série des exemptions médicales, de celles qui sont basées sur des maladies bien déterminées et dont l'existence, sinon l'incurabilité, ne sont pas compatibles avec les exigences de la vie du soldat. Voyons d'abord celles qui appartiennent plus spécialement à l'appareil cérébro-spinal, et qui consistent dans un trouble de l'intelligence.

(La fin à un prochain numéro.)

PHYSIOLOGIE THÉRAPEUTIQUE.

Note sur l'action physiologique et thérapeutique du chlorate de potasse; lu à la Société de biologie par M. Isambert.

L'attention des médecins français a été rappelée depuis un an sur un médicament presque tombé dans l'oubli, je veux parler du chlorate de potasse. Ce sel, découvert en 1786 par Berthollet, et employé d'abord à des usages exclusivement chimiques ou pyrotechniques, s'introduisit dans la thérapeutique vers 1796, sous l'empire d'une théorie sur l'action des acides et des oxydes sur le corps humain, dont Fourcroy était le promoteur. Ce chimiste pensait, en effet, que les oxydes et acides très-oxygénés subissent dans l'économie une véritable décomposition, et qu'ils cèdent leur oxygène aux tissus animaux. On employa donc l'acide nitrique, l'acide muriatique oxygéné (le chlore), et enfin le muriate suroxygéné de potasse (chlorate de potasse) comme des médicaments puissamment excitants et reconstituants contre la syphilis, le scorbut, le typhus, etc. A Lyon, en France, et en Angleterre, Wittmann, J. Rollo, Carnett (de Clascow), et Thomas (de Salisbury) en préconisèrent l'emploi. Schœffer et Meyer l'employèrent contre la névralgie faciale, et Odier (de Genève) contre l'ictère.

H. Chaussier et Bertrand (de Pont-le-Château) le préconisent comme vulnéraire contre les ecchymoses, les contusions violentes; ils étudient mieux l'action de ce sel, et reconnaissent que l'on peut, sans inconvénient, en élever les doses, résultat confirmé par MM. Mérat et de Lens.

A partir de cette époque, ce médicament tombe peu à peu en désué-

---

de mots que n'admet pas la pruderie de Dacier, mais que d'autres traducteurs ont accepté comme très-réel. Notre auteur se désigne toujours sous les noms d'*Horatius* ou de *Quintus*; le *Flaccus* qui lui appartient au même titre ne se retrouve que dans cette pièce où il semble vouloir expliquer l'infidélité de cette charmante fille qui préférait un jeune amoureux au poëte déjà suranné.

On retrouve la preuve de cette santé débile dans un petit billet écrit à Albinovanus. Horace se plaint de ne pouvoir vivre *nec rectè, nec suaviter;* il n'a pas souffert de la grêle, ses troupeaux se portent bien :

Sed quia mente minùs validus quam corpore toto
Nil audire velim, nil discere, quod lævet ægrum,
Fidis offendar medicis.....

C'est un hypocondriaque sur lequel n'ont pas d'action ses meilleurs amis, il résiste même *fidis medicis*, et encore est-ce bien aimable à lui de reconnaître que Musa lui est dévoué. Horace avait 45 ans quand il écrivait ainsi ; l'année précédente, il avait publié un recueil de satires, d'épîtres, et dans les vers charmants qu'il adresse *ad librum suum*, il fait de lui un portrait qui explique la tristesse de son billet au secrétaire de Néron : il est petit, chauve,

Corporis exigui, præcanum, solibus aptum,
Irasci celerem, tamen ut placabilis essem.

Ces *nigros augustâ fronte capillos* ont disparu, dépouilles opimes laissées aux autels de l'amour, la vieillesse s'avance, il a neigé sur les sommets, comme l'a dit plus tard un autre passionné, Jean-Jacques Rousseau, et le poëte charmant, si prodigue de bons conseils, n'a rien gardé pour lui de cette douce philosophie qui fait prendre le mal en patience. Hélas ! qu'il est facile de dire :

Nunc mihi res, non me rebus, subjungere conor;

mais combien en voit-on qui réussissent dans ce labeur ingrat !

Il y a, dans les vers que nous venons de citer, deux mots, *solibus aptum*, qui ont embarrassé les traducteurs ; cela veut dire tout simplement qu'Horace aime la chaleur. En plusieurs endroits de son œuvre, il se dit frileux ; aussi, chaque hiver, allait-il chercher un ciel plus clément à Baïa, à Salerne, à Tarente, dans la Pouille ou les Calabres, là où des régions plus méridionales lui promettaient un bien-être qu'il ne pouvait goûter à Rome. Il dit ailleurs, dans une ode adressée à Lydie (la 8e du livre 1er), *patiens pulveris atque solis*, soit au champ de Mars, dans les jeux de paume, et ces détails donnés par lui ont un grand intérêt, car ils nous font connaître le temperament, la constitution de notre poete. Et notez qu'il était timide, car la première fois qu'il fut présenté à Mécène par son ami Virgile et par Varius,

. . . . Optimus olim
Virgilius, post hunc Varius, dixere quid essem.
Ut veni coram, singultim pauca locutus,
Infans namque pudor prohibebat plura profari.

Qui l'aurait cru ! Cet homme qui avait commandé une légion dans l'armée républicaine (il est vrai qu'il s'était enfui, *relictâ non bene parmulâ*), cet homme qui osait s'adresser, dans une satire, à Octave, maître du monde, le voilà tout

tude, au point de disparaître presque complétement de nos traités de thérapeutique et de pharmacologie.

Les Anglais l'avaient toutefois moins oublié : en 1847, J. Hunt rappelle l'attention sur les bons effets de ce sel dans la gangrène de la bouche chez les enfants; West l'emploie dans la stomatite ulcéreuse; MM. Sayle et Tedeschi contre les ulcères atoniques. Nous retrouvons ici la théorie de la désoxydation du chlorate de potasse, plus exagérée encore chez M. Simpson, qui l'emploie, dit-on, dans les cas d'hémorrhagies placentaires dans les derniers temps de la grossesse, *pour fournir de l'oxygène au fœtus*.

Les médecins genévois avaient aussi conservé la pratique d'Odier dans l'ictère, et le docteur Chanal lisait, il y a quatre ans, à la Société médicale de Genève, un mémoire sur l'emploi du chlorate dans certaines stomatites.

M. Jacquet (de Lyon) l'essaya en 1854, dans le rhumatisme articulaire aigu. Enfin, c'est en 1855 que MM. Herpin (de Genève) et Blache appelèrent l'attention des médecins français sur l'utilité de ce sel dans la stomatite mercurielle, faits confirmés par les observations de M. Demarquay. M. Blache étendit bientôt son expérimentation aux autres espèces de stomatite, et obtint des succès remarquables dans la stomatite ulcéro-membraneuse, résultats complétement confirmés par les faits de M. Barthez, par ceux de M. Bergeron et de M. Aquila Smith (de Dublin).

M. Gustin, interne en pharmacie, a fait connaître cette même année le résultat de quelques expériences tentées pour reconnaître l'action du médicament.

M. Gustin a le mérite d'avoir été le premier à publier que le chlorate de potasse s'élimine en nature par les urines. Il nous promettait une suite de recherches physiologiques qu'il n'a malheureusement pas publiées, et on doit regretter qu'expérimentant sur lui-même il ne l'ait fait qu'une fois.

M. Gustin n'a pas fait connaître le réactif dont il s'est servi pour constater la présence du chlorate dans les urines.

Dans le courant de l'année dernière, je me suis moi-même occupé, dans le service de M. Blache, d'étudier l'action thérapeutique du chlorate de potasse; en même temps que M. Gustin, je m'occupais de rechercher le chlorate de potasse dans les urines; enfin, j'expérimentais sur moi-même pour étudier l'action physiologique du médicament. C'est le résultat de ces recherches, continuées jusqu'à ce jour, qui font le sujet de cette note.

J'ai employé, pour rechercher ce que donnait le chlorate de potasse dans l'économie, une réaction d'une extrême sensibilité : on prend un peu de la dissolution chloratée, on la colore légèrement en bleu par une goutte de sulfate d'indigo, et l'on ajoute goutte à goutte un peu d'acide sulfureux; l'acide chlorique est réduit par l'acide sulfureux, qui se transforme en acide sulfurique, et il se dégage du chlore qui décolore instantanément l'indigo. Cette réaction, tout à fait caractéristique des chlorates, permet d'en apprécier moins de 1/10,000 dans une liqueur; elle peut se faire dans la plupart des liquides de l'économie, ainsi que je m'en suis assuré directement en essayant préalablement l'action de l'indigo et de l'acide sulfureux sur ces liquides à l'état normal d'abord, puis une addition de quelques gouttes d'une solution chloratée. Elle permet de rechercher le chlorate dans les sécrétions des malades auxquels on administre ce sel, ou des personnes qui se soumettent à l'expérience. La plupart du temps il n'est pas même nécessaire de filtrer, mais on rend ainsi la réaction plus sensible dans quelques liquides, tels que la salive, le lait et la bile.

Voici maintenant les résultats que m'ont donnés l'examen des sécrétions de quelques malades, et surtout des expériences nombreuses que j'ai faites sur moi-même :

Le chlorate de potasse s'absorbe, et s'élimine par toutes les sécrétions avec une grande rapidité. Il s'élimine *en nature, à l'état de chlorate*, par conséquent sans se réduire et sans fournir d'oxygène à l'économie, comme le supposaient les premiers médecins qui l'ont employé.

Les deux voies d'élimination principales sont l'urine et la salive; cinq minutes après en avoir pris le réactif en accuse déjà des traces dans la salive, et dix minutes après dans l'urine; au bout d'une demi-heure la réaction est déjà à son maximum d'intensité.

L'élimination par l'urine et par la salive dure un temps qui varie de quinze à trente-six heures; on en trouve quelquefois des traces plus de quarante-huit heures après : ce temps d'élimination paraît indépendant de la dose de chlorate que l'on a prise.

Il a été à peu près le même dans cinq expériences faites sur moi-même, et où j'avais pris 1 gramme, puis 2 grammes, 4 grammes, 8 grammes, et enfin 20 grammes par jour.

J'ai constaté également par le réactif ci-dessus la présence du chlorate :

Dans le lait de deux nourrices qui avaient pris de ce sel (d'où la possibilité de l'administrer par cette voie aux nourrissons),

Dans le mucus nasal,

Dans les larmes,

Dans la sueur.

Je l'ai cherché vainement dans les matières fécales : une fois seulement sur six expériences j'ai cru en retrouver quelques traces. Cette recherche est, du reste, difficile, et demande quelques précautions spéciales.

Pour la sécrétion biliaire, je n'ai eu que deux occasions de rechercher le chlorate dans la bile extraite de la vésicule biliaire de deux sujets morts en cours de traitement par le chlorate de potasse : dans un cas j'en ai trouvé des traces assez manifestes; dans le second la réaction était douteuse. Je ne m'exprime qu'avec réserve à ce sujet, car on conçoit la défiance où l'on doit être sur les réactions de coloration et de décoloration dans un liquide comme la bile.

Je n'ai pas trouvé le chlorate de potasse dans le sperme.

Voyons maintenant quels sont les phénomènes physiologiques appréciables de ce médicament.

J'ai pris le chlorate de potasse pendant plusieurs jours de suite, à doses croissantes depuis 1 gramme jusqu'à 20 grammes par jour, et voici ce que j'ai observé :

Le chlorate de potasse, aux doses de 1 à 4 grammes, n'a produit aucun effet appréciable.

A la dose de 8 grammes, il produit une salivation marquée, devenant même incommode deux ou trois heures après, et d'autant plus intense que les doses sont plus élevées : cette salivation s'accompagne d'un goût salin dans la bouche, qui persiste à peu près pendant tout le

---

interdit, tremblant, muet, en présence d'un ami de l'empereur, et c'est lui-même qui nous raconte cette faiblesse singulière.

On aime à voir cette naïve confession d'un esprit aussi hardi, aussi vif, qui ne se fait pas d'illusions sur son propre compte, qui se rend justice, sans partialité, sans faiblesse, qui puise dans son propre cœur les notions à l'aide desquelles il juge ses semblables. Horace, sous ce rapport, est un bon modèle à imiter; il a droit à notre confiance comme à notre estime; ses opinions sont sincères, aussi devons-nous tenir compte de ce qu'il dit des médecins de son temps, du rôle qu'il leur fait jouer dans ses œuvres. Ce sera l'objet d'un prochain article.

P. Menière.

— Par décret impérial du 16 juin, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique et des cultes, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Donné, recteur de l'Académie de Montpellier; M. Nélaton, professeur à la Faculté de médecine de Paris; M. Bussy, président de l'Académie de médecine et directeur de l'École supérieure de pharmacie de Paris; M. Corvisart, docteur en médecine.

Au grade de chevalier : M. Filhol, professeur à la Faculté des sciences et à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse; M. Oppermann, directeur de l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg; M. Gaillard, professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers; M. Philippe, professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims; M. Cazeaux, ancien agrégé de la Faculté de médecine de Paris et membre de l'Académie impériale de médecine; M. Brian, bibliothécaire de l'Académie de médecine; M. Debout, docteur en médecine et directeur du Bulletin de thérapeutique médicale.

— La Société médicale des hôpitaux de Paris vient de proposer pour sujet de prix à décerner en 1858 la question suivante : « *Des congestions sanguines dans les fièvres.* »

« Les congestions sanguines devront être étudiées dans les fièvres intermittentes de tous les types, dans les exanthèmes tels que la variole, la rougeole, la scarlatine, et enfin dans le groupe des fièvres continues (le typhus, la fièvre typhoïde, les fièvres bilieuse, puerpérale, jaune, la peste), en tenant compte de l'analogie qui existe entre les fièvres et les maladies virulentes (morve, charbon, empoisonnements septiques, affections hémorrhagiques, etc.). Les compétiteurs auront à décrire les causes des congestions dans les pyrexies, la nature et la forme des lésions, les symptômes qui en révèlent l'existence, la part qu'y prennent les altérations générales des solides et des liquides, enfin les indications utiles que peut en tirer la thérapeutique. » (Voir Union médicale, n° 73, juin 1856.)

Ce prix sera de *quinze cents* francs. Les auteurs devront joindre à leur mémoire un *pli cacheté*, indiquant leurs nom et adresse, avec une épigraphe, répétée sur la première page du manuscrit. Le terme de rigueur pour la clôture du concours est le 1er janvier 1858. Les mémoires devront, en conséquence, être parvenus au plus tard le 31 décembre 1857 à M. le docteur Henri Roger, secrétaire général de la Société, 15, boulevard de la Madeleine.

temps de l'élimination; ce goût m'a paru identique à la saveur du chlorate lui-même, qui se retrouve en quantité très-notable dans la salive. Sans attendre les proportions de la salivation mercurielle, cette salivation chloratée a cependant été assez forte pour que j'aie ressenti pendant cinq ou six jours après la cessation de l'expérience la gêne résultant de l'épuisement du système salivaire et le manque de salive: la voix a même été légèrement altérée pendant deux ou trois jours. J'ai vu, chez deux enfants, une salivation abondante se produire à la dose de 4 grammes.

Dans le principe, il m'a semblé que le chlorate produisait aussi une légère sécheresse de la gorge, mais cette sensation est probablement due à une action locale; elle ne s'est pas reproduite quand j'ai pris la précaution de me rincer la gorge avec un peu d'eau, après avoir pris ces potions chloratées, quelque concentrées qu'elles fussent.

Sur l'estomac, le chlorate a constamment produit une augmentation de l'appétit; une fois j'ai éprouvé une sensation de pyrosis très-incommode à la suite d'une dose de 8 grammes prise en deux fois. Mais, par la suite, je n'ai plus éprouvé cet inconvénient, même avec des doses beaucoup plus considérables, surtout en ayant la précaution de prendre le chlorate pendant mes repas.

Le chlorate ne produit aucun effet purgatif, cependant les selles ont présenté en général une couleur verdâtre, ce qui indiquerait que ce sel détermine aussi un léger flux biliaire, et expliquerait les bons effets que les médecins genevois en ont obtenus dans l'ictère. Rappelons toutefois que les réactifs ne nous ont pas accusé abondamment le chlorate dans la bile et encore moins dans les matières fécales.

Le chlorate, surtout à haute dose, a une propriété diurétique assez marquée: quand j'en prenais 20 grammes par jour, la mixtion était fréquente, et j'ai éprouvé un peu de pesanteur et de douleur à la région rénale. Pendant tout le temps de l'excrétion, l'urine est restée fortement acide et donnait des dépôts abondants d'urates.

Le chlorate n'agit donc pas comme les alcalis auxquels plusieurs personnes l'ont assimilé; il n'est d'ailleurs pas alcalin.

Le chlorate passe dans la sueur, mais il n'excite pas notamment cette sécrétion.

Il excite au contraire légèrement la sécrétion pituitaire.

Il ne nous a paru agir nullement sur la fonction respiratoire.

Il ne produit non plus aucune action sur le cœur ou sur le pouls à l'état physiologique; à l'état pathologique, au contraire, il paraît avoir des propriétés sédatives assez marquées, comme il résulte des observations cliniques de M. Socquet et des miennes propres; mais je doute qu'il agisse alors primitivement sur la circulation.

Il ne produit aucun effet appréciable sur le système nerveux.

Pendant toute la durée des expériences faites sur moi-même, je n'ai rien changé à ma manière de vivre et j'ai vaqué à mes affaires comme de coutume.

Je n'ai pas dépassé la dose de 20 grammes par jour, bien que je l'aie continuée plusieurs jours de suite; M. Socquet a été jusqu'à 30 gram.; nous n'avons observé ni l'un ni l'autre d'effets fâcheux de ce sel, j'ignore si, en forçant les doses, on arriverait à produire des accidents; mais on voit déjà que le chlorate s'éloigne sensiblement par son innocuité du nitrate de potasse avec lequel il a tant de ressemblance chimique.

Il ne produit pas d'ailleurs le dévoiement, ni les effets hyposthénisants qu'on attribue au nitrate de potasse.

Ce que nous avons dit de l'état des urines pendant le cours des expériences montre que le chlorate de potasse s'éloigne aussi des carbonates alcalins.

Le chlorate de potasse ne nous semble avoir aucune analogie avec les chlorures alcalins ni avec les hypochlorites.

Il en aurait davantage avec l'iodure de potassium, à cause de son action sur les muqueuses buccale, pharyngienne, nasale, mais il en diffère par son innocuité; on pourrait même, d'après cela, révoquer en doute son efficacité comme médicament, si l'expérimentation clinique ne venait révéler en lui un agent thérapeutique énergique.

J'ai étudié l'action thérapeutique du chlorate de potasse dans la stomatite mercurielle, dans la stomatite couenneuse, l'angine couenneuse et le croup, et recueilli un assez grand nombre de faits qui démontrent son efficacité; le résumé de ces observations fera l'objet d'une nouvelle communication que j'aurai prochainement l'honneur de faire à la Société.

(La fin au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS

(Suite et fin.)

VI. ARCHIV FUR PHYSIOLOGISCHE HEILKUNDE,

Publiées à Tübingue par le professeur K. Vierordt.

MATÉRIAUX POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU TYPHUS; par le professeur Thierfelder.

Le travail du professeur Thierfelder comprend plus particulièrement des études sur les variations de la température chez les malades atteints de typhus. Les observations ont été prises à la clinique du professeur Wanderlich, à Leipzig, depuis Pâques 1852 jusqu'à l'automne de 1854, et concernent plus de 200 malades.

Nous reproduirons quelques-uns des principaux résultats de ces longues recherches.

L'élévation de la température commence pendant les trois ou les cinq premiers jours et va en augmentant peu à peu. La température reste alors constamment élevée pendant une à quatre semaines et demie (ordinairement deux semaines).

L'élévation de la température montre dès le début et ordinairement pendant toute la durée de la fièvre, le type rémittent quotidien, les rémissions ayant lieu le matin. Pendant le stade de chaleur, la moyenne de la température est, le soir, de 41°,2 à 40° c.; le maximum est ordinairement de 41°,2 à 41°,9 c. La fréquence du pouls varie entre 92 et 120.

Le retour à la température normale ne se fait jamais subitement, mais il a lieu peu à peu dans le cours de quelques jours.

Certaines complications peuvent augmenter la chaleur; les hémorrhagies la font baisser. Dans les cas graves suivis de mort, la température peut aller jusqu'à 43°,2.

Le degré de tuméfaction de la rate, de fréquence du pouls, le développement des exanthèmes, le nombre des selles, les symptômes cérébraux sont sans influence sur la marche de la température.

Sous le rapport du traitement, l'auteur a remarqué que le calomel à haute dose, employé de très-bonne heure, quand il n'y a pas de diarrhée, empêche le développement ultérieur des symptômes typhoïques.

La digitale à haute dose a la même influence sur la température et sur la fréquence du pouls que dans les autres maladies fébriles.

Les excitants ne paraissent agir d'une manière favorable dans le collapsus que lorsque celui-ci est accompagné d'un refroidissement rapide de toute la surface du corps.

SUR LE TRAITEMENT DE LA FISSURE A L'ANUS; par le docteur G. Passavant.

Les fissures à l'anus sont quelquefois des maladies longues à guérir, et les opérations qu'on entreprend pour arriver à ce résultat peuvent entraîner des inconvénients plus ou moins graves. L'auteur, après avoir signalé ces inconvénients, décrit un spéculum particulier de son invention, destiné à montrer distinctement le siége de la fissure. Ce spéculum, largement échancré sur une de ses faces, permet d'explorer avec facilité tout le contour de l'anus et de découvrir la fissure. On peut, à l'aide de cet instrument, inciser la fissure elle-même, sans être obligé de couper le sphincter anal. Cette simple opération suffit pour amener la guérison. L'instrument en question peut encore servir pour explorer d'autres affections du rectum (polypes, tumeurs hémorrhoïdales ou autres, etc.) et pour y porter remède.

VII. ARCHIV FUR PATHOLOGISCHE ANATOMIE.

Publié par le professeur Virchow.

Le premier cahier du tome VIII contient les articles originaux suivants: 1° *Pathologie cellulaire;* par M. Virchow. 2° *Nombreux névrômes du nerf périnéen du côté gauche;* par le docteur G. Passavant. (Sur le cadavre d'un homme mort de tubercules pulmonaires à l'âge de 58 ans, on trouva le nerf du périnée, du côté gauche, transformé en quelque sorte en une quantité innombrable de petites tumeurs qui n'étaient autre chose que des névrômes. Une figure montre cette altération remarquable.) 3° *Trigone vésical en partie séparé de la paroi de la vessie;* par le docteur Passavant. (A l'autopsie d'un individu mort d'une maladie des voies urinaires, on trouva un ligament mus-

culeux étendu, sous la muqueuse, entre l'orifice de l'uretère du côté droit et l'orifice vésical; un examen attentif fit reconnaître que ce ligament appartenait au trigone vésical.) 4° *Études toxicologiques et pharmaco-dynamiques sur la nicotine;* par le docteur Leonides Van Praag. 5° *Métastases calcaires;* par M. Virchow. 6° *Nécrose produite par obturation du trou de l'artère nourricière;* par le docteur Hartmann. (Série d'expériences sur les os des extrémités inférieures; obturation du trou qui sert au passage de l'artère nourricière; nécrose de l'os.) 7° *Productions nouvelles de muscles striés et de tumeurs caverneuses;* par le professeur Heschl. 8° *Examen chimique d'un nerf optique atrophié;* par M. Félix Hoppe. (Diminution de la graisse, du tissu cellulaire et de l'albumine.) 9° *Sur les tumeurs sanguines caverneuses;* par le docteur Maier. 10° *Sur le cancer villeux du canal cholédoque et sur le caustique de Landolfi;* par le docteur Lambl. 11° *Sur la question de la cellulose;* par M. Virchow.

SUR LA PATHOLOGIE CELLULAIRE; par M. RODOLPHE VIRCHOW.

Sous ce titre, le célèbre anatomiste de Würzburg traite la question du microscope si controversée dans ces derniers temps. Moins exclusif que beaucoup de micrographes, il n'accorde pas au microscope la valeur diagnostique qu'on a prétendu lui attribuer. Avec M. Velpeau, il ne croit nullement qu'il soit nécessaire de recourir à ce moyen pour déterminer la nature d'une tumeur; il pense aussi pouvoir diagnostiquer facilement, sans le secours du microscope, toutes les tumeurs apparentes; mais il n'en est pas de même des tumeurs cachées pour lesquelles une ponction exploratrice et par suite l'examen microscopique sont rendus nécessaires. Ce que demande M. Virchow et ce qu'il a bien le droit de demander, c'est que le microscope entre comme élément scientifique dans les études anatomo-pathologiques. N'est-il pas regrettable que tant de médecins distingués négligent complétement cette partie scientifique de leurs études? Il semble qu'on veuille oublier que la médecine est une science aussi bien qu'un art. Or la médecine considérée comme science ne doit-elle pas s'appliquer à rechercher les altérations morbides des organes en explorant les tissus, c'est-à-dire les éléments anatomiques dont les organes sont composés? Ce sont là des vérités qui devraient être élémentaires, et nous partageons entièrement l'avis de M. Virchow, quand il dit qu'outre la microscopie appliquée, il existe une microscopie scientifique, et que c'est à l'avenir à nous montrer les cas dans lesquels le microscope pourra nous servir comme moyen de diagnostic.

Nous recommandons à tous les médecins sérieux la lecture de l'article dont nous ne pouvons qu'indiquer l'esprit, article sagement pensé et bien écrit, qui replace sur son véritable terrain la question si vivement débattue, exagérée par les uns, calomniée par les autres, des études microscopiques appliquées à la pathologie.

ÉTUDES TOXICOLOGIQUES ET PHARMACO-DYNAMIQUES SUR LA NICOTINE; par le docteur LEONIDES VAN PRAAG.

Ce mémoire renferme l'exposé des recherches faites par les divers auteurs qui se sont occupés de la nicotine, puis les expériences entreprises par l'auteur lui-même sur divers animaux. La relation de ces expériences est suivie de déductions générales basées sur les faits observés et propres à établir l'action physiologique de la nicotine.

Le premier résultat signalé par l'auteur a trait à l'action locale de la nicotine. Contrairement à ce qu'avaient dit MM. Stas et Albers, cette substance n'agit pas comme caustique; non-seulement elle ne produit aucun changement dans les tissus, mais son application n'occasionne même aucune douleur.

Tous les auteurs ont vu l'accélération de la respiration suivre l'administration de la nicotine; mais la plupart n'ont pas remarqué le ralentissement qui suit cette accélération momentanée. M. Cl. Bernard « qui a fait sur cette substance les expériences les plus importantes et les plus exactes » n'a vu que deux fois ce ralentissement; ce que l'auteur attribue à ce que ce phénomène ne se montre quelquefois que très-tard.

Un symptôme important que M. Cl. Bernard a aussi observé consiste dans un bruit particulier qui se produit pendant la respiration, et que l'auteur attribue à un rétrécissement des voies aériennes, tandis que M. Bernard croit qu'il dépend d'un mouvement plus rapide du diaphragme. Le pouls s'est généralement montré accéléré au commencement de l'expérience.

Tous les auteurs sont d'accord sur les affections du système musculaire. Dans les cas dont la marche n'est pas très-rapide, on voit survenir des crampes toniques et cloniques qui affectent les diverses parties du corps; le spasme du globe de l'œil est surtout remarquable. Puis à ces spasmes succède un abattement considérable, accompagné de tremblements partiels. Dans les cas dont la marche est rapide, l'état spasmodique manque souvent tout à fait et l'adynamie accompagnée des tremblements se montre aussitôt. Enfin, quand la marche est aussi rapide que possible, les animaux meurent quelquefois sans mouvements musculaires.

Les modifications qui surviennent dans la sensibilité sont variables.

La nicotine provoque souvent un flux abondant de salive; cependant l'auteur ne l'a observé que quatre fois sur neuf.

On n'observe une augmentation dans les selles et des vomissements que dans les cas suivis de guérison. C'est un fait curieux, mais constant, que toutes les fois que la nicotine fait vomir, on peut être assuré de la guérison; ce qui ne veut pas dire toutefois que la guérison ne puisse pas avoir lieu sans ce symptôme.

La sécrétion urinaire n'est pas modifiée d'une manière sensible.

Quant à la dose, elle dépend de l'individualité et du mode d'administration; elle est tellement variable que l'auteur ne saurait spécifier la dose la plus forte qu'on pourrait administrer à l'homme sans danger; toutefois la dose d'un demi-grain (0,0325 gram.) n'est jamais mortelle.

En résumé, l'action de la nicotine est d'abord excitante, puis déprimante, aussi bien sur l'appareil circulatoire que sur la respiration et sur le système nerveux.

Aucune classe de maladie n'est plus appropriée à ce médicament que les dermatoses chroniques, dans lesquelles on désire souvent obtenir une excitation énergique, suivie d'un abaissement de la vitalité, pour faire cesser le travail morbide. Il serait, du reste, intéressant de l'essayer dans d'autres maladies chroniques de nature inflammatoire, qui sont devenues habituelles par la durée. Mais la nicotine ne peut être conseillée dans la pratique, qu'à la condition que ses sels ne soient pas altérables à l'air. La nicotine pure ne convient pas, parce qu'elle n'atteint pas le but qu'on se propose, savoir l'uniformité d'action. Il est probable que l'oxalate cristallisable, le phosphate et le tartrate reste longtemps sans s'altérer, quand ils sont bien conservés. Le double sel d'acétate de nicotine et de chlorure de mercure est incristallisable et insoluble dans l'eau, l'alcool et l'éther, tandis qu'il est soluble dans les acides hydrochlorique et nitrique.

MÉTASTASES CALCAIRES; par M. R. VIRCHOW.

M. Virchow fut appelé à faire l'autopsie d'une jeune personne morte à la suite de douleurs rhumatismales dans les diverses parties du corps, sans que les meilleurs médecins de Berlin aient pu apporter le moindre soulagement à son état, ni constater aucune affection locale. L'autopsie fit voir de nombreuses tumeurs cancéreuses, siégeant dans l'épaisseur de la plupart des os du squelette, particulièrement dans le corps des vertèbres et dans les os du crâne. Presque partout ces tumeurs étaient recouvertes par le périoste, sans changement appréciable et sans aucune saillie à l'extérieur; elles occupaient de grandes lacunes irrégulières creusées dans la substance osseuse, d'où résultait pour les os une perte de substance considérable. Il parut donc assez naturel de trouver dans le bassinet des reins et dans les calices un dépôt abondant d'une matière granuleuse et comme sablonneuse composée principalement de carbonates et de phosphates terreux. Mais l'auteur ne fut pas peu surpris de rencontrer, en incisant les poumons, des masses grisâtres assez étendues, sèches et cependant contenant de l'air, rugueuses au toucher et offrant assez de résistance au couteau, masses qui n'étaient autre chose que des amas de sels calcaires, et de trouver la muqueuse de l'estomac parsemée de semblables concrétions.

On avait donc évidemment sous les yeux une métastase calcaire produite par résorption de la substance osseuse. Il est probable que, dans les cas analogues, la chaux qui arrive en plus grande quantité dans le sang est d'abord éliminée par les reins; mais qu'elle se dépose ensuite dans diverses parties du corps quand cette élimination n'est pas suffisante.

M. Virchow, après avoir rapporté le fait intéressant que nous venons de mentionner, indique les auteurs peu nombreux qui ont fait des observations analogues, puis il donne la relation de quatre nouveaux cas de cette nature tirés de sa pratique à Würzburg.

VIII. VIERTELJAHRSCHRIFT FUR DIE PRAKTISCHE HEILKUNDE; Rédigé par les professeurs HALLA et HASNER (de Prague).

Les deux premiers volumes de l'année 1855 contiennent les mémoires originaux suivants: 1° *Sur le tubercule;* par le professeur Engel. (Travail étendu, consacré à l'étude des diverses métamorphoses que

peut subir la matière tuberculeuse. Dans des considérations générales remarquables par un sage esprit de réserve, l'auteur traite les questions si souvent agitées des tumeurs bénignes et des tumeurs malignes et du rôle que joue l'anatomie dans la recherche du diagnostic de ces tumeurs. Il avertit de ne pas s'en rapporter exclusivement à la forme microscopique, mais d'envisager aussi la tumeur dans son ensemble; c'est assez dire qu'il conseille de baser à la fois le diagnostic sur les considérations pathologiques et sur les données que peut nous fournir le microscope; ces vues sont conformes à celles du professeur Virchow que nous avons résumées plus haut, et on peut les considérer comme l'expression de l'école pathologique allemande.) 2° *Sur les taies congénitales de la cornée;* par le docteur Fronmüller. 3° *Sur la physiologie de l'oreille humaine;* par M. A. Rinne. (Long travail basé sur des recherches d'acoustique relatives aux fonctions de l'oreille moyenne et de l'oreille interne. L'auteur traite successivement de la nature des vibrations et de la résonnance du tympan, de la transmission des vibrations à travers les osselets, de la caisse et de ses annexes, et des phénomènes d'acoustique qui se passent dans le labyrinthe.) 4° *Cas d'hermaphrodisme féminin avec disposition anormale des intestins;* par le docteur Arthur Willigk. (Femme qui montrait dans sa physionomie le type masculin, par sa barbe, ses traits, etc. Clitoris énorme, long de 2 pouces 1/4 de Paris et large de 10 lignes à sa base; gland imporforé; canal commençant à la base du clitoris; deux plis de la peau descendent jusque vers le périnée, mais ne renferment aucun corps glanduleux; utérus normal; deux ovaires.) 5° *Description d'une nouvelle espèce d'acarus sur une teigne favus;* par le même. 6° *Sur le miroir oculaire;* par le professeur de Hasner. (Description et figure d'un nouveau miroir pour explorer le fond de l'œil.) 7° *Sur le bassin épineux de Kilian;* par le docteur Lambl. (Certains bassins présentent intérieurement des saillies ou des pointes qui peuvent devenir très-nuisibles pendant l'accouchement; c'est de ces sortes de bassins qu'il est question dans ce travail.) 8° *Note sur la fissure congénitale du sternum;* par le docteur Garms. (L'auteur a constaté sur la même personne qui portait cette fissure, M. Groux, l'absence de cloison osseuse du nez, fait qu'il rattache à la théorie de Carus, qui regarde la tête comme répétant les formes squelettiques du tronc!) 9° *Sur la paralysie musculaire progressive;* par le docteur Th. Valentiner. (Relation détaillée d'une observation précédée de considérations historiques sur cette maladie.) 10° *Observations faites sur cinq diabétiques;* par le docteur Petters. 11° *La dyssenterie comme endémie et comme épidémie, étudiée au point de vue étiologique et pathologique;* par le docteur Auguste Hirsch. (L'auteur recherche, d'après les documents de géographie médicale et d'après les épidémies, comment la dyssenterie s'est montrée sur les différents points de la surface du globe et à différentes époques, avec quelles maladies elle a coïncidé et sous quelles influences extérieures elle s'est manifestée.) 12° *Rapport sur Teplitz-Schœnau pour les années* 1846-1854; par le docteur Küttenbrugg. (Revue des cas de maladie traités pendant cet espace de temps.) 13° *Trois observations d'adhérence du péricarde;* par le professeur Cejka. 14° *Quelques mots sur l'empoisonnement par les champignons;* par le docteur Maschka.

SUR LES TAIES CONGÉNITALES DE LA CORNÉE; par le docteur FRONMÜLLER.

Les obscurcissements de la cornée que les enfants peuvent apporter en naissant constituent, pour le médecin peu familiarisé avec les maladies des yeux, un état grave qu'on est tenté de regarder comme incurable. Cependant il ne faut pas se hâter de porter un pronostic aussi fâcheux; car l'événement vient quelquefois donner tort à des prévisions trop hâtives. L'auteur rapporte le fait suivant dont nous abrégeons la relation.

OBS. — Un enfant nouveau-né, bien conformé du reste, portait sur chaque œil une tache très-étendue qui recouvrait presque tout le globe oculaire; la tache de l'œil droit était très-épaisse; celle de l'œil gauche, plus mince, laissait faiblement distinguer la pupille. Les yeux étaient tranquilles et n'offraient aucune trace d'inflammation ni de sécrétion morbide. L'auteur revit l'enfant trois jours plus tard, le 16 août; les taches étaient moins étendues. Le 23 août la résorption avait continué; on voyait plus distinctement la pupille. Le 26, pour hâter le travail de résorption, l'auteur introduisit dans les deux yeux une petite quantité de calomel en poudre. On continua ce traitement pendant plusieurs mois. Le 17 janvier, il ne restait plus qu'un léger nuage au centre de l'œil; bref cette affection se dissipa complétement.

L'auteur a saisi cette occasion pour rechercher les cas analogues mentionnés dans les auteurs et pour rédiger une histoire complète de cette affection.

NOUVELLE ESPÈCE D'ACARUS ACCOMPAGNANT LA TEIGNE FAVUS; par le docteur ARTHUR WILLIGK.

L'auteur a trouvé cet acarus au milieu de la matière d'un favus dont il examinait au microscope la composition. Cette espèce diffère sensiblement de l'acarus de la gale, par sa taille plus petite et par plusieurs caractères de forme. Elle mesurait 0,116—0,252^{mm} en longueur sur une largeur de 0,084—0,132. Les huit pattes sont terminées par des ventouses et celles-ci sont placées directement à l'extrémité du dernier article dont elles forment la terminaison. L'espèce en question se rapproche plutôt de l'acarus de la gale du cheval.

L'auteur a examiné six autres teigneux sans retrouver cet animal, tandis qu'il en existait plusieurs centaines sur le malade qui a fait le sujet de sa première observation. D'où il suit qu'on ne peut encore rien dire sur les rapports qui pourraient exister entre le favus et la présence de ce parasite.

SUR L'EMPOISONNEMENT PAR LES CHAMPIGNONS; par le docteur MASCHKA.

Au mois de septembre 1854, l'auteur a eu l'occasion de faire sept autopsies de personnes mortes empoisonnées par des champignons qui paraissent avoir appartenu à deux espèces vénéneuses très-communes dans les environs de Prague, l'*amanita bulbosa alba* et l'*agaricus bulbosus vernus*.

Les principales lésions cadavériques ont été dans les sept cas observés : l'absence complète de roideur cadavérique, la dilatation des pupilles, l'état liquide et la coloration du sang en rouge brun, avec quelques rares caillots très-peu consistants, de nombreuses ecchymoses et des extravasations sanguines dans les membranes séreuses et dans les organes parenchymateux, la distension de la vessie par l'urine.

Les phénomènes morbides ont été à peu près les mêmes que ceux observés dans d'autres cas d'empoisonnement par les champignons: douleurs d'estomac, coliques, vomissements, diarrhée, puis soif inextinguible, chaleur générale, crampes générales ou partielles, syncopes, collapsus. Quelques malades conservaient leur présence d'esprit au milieu d'atroces douleurs, d'autres étaient pris de vertiges, de délire, de coma, symptômes, suivis de convulsions et d'un état apoplectique. La maladie a duré de quelques heures à cinq ou six jours.

Parmi les lésions cadavériques, M. Maschka signale comme constantes les ecchymoses regardées comme accidentelles par la plupart des auteurs. Pour s'en assurer, il a institué quelques expériences sur des animaux (deux lapins et un chien). Le chien mourut au bout de douze heures, l'un des lapins après quatre heures et l'autre après sept heures. Les lésions trouvées sur les cadavres de ces trois animaux furent les mêmes que celles qui avaient été observées sur les sept personnes empoisonnées. L'auteur en conclut qu'il faut regarder comme des signes constants de l'empoisonnement par des champignons : l'absence complète de rigidité cadavérique, la liquidité et la coloration foncée du sang, la distension de la vessie causée par la paralysie de cet organe, et enfin les nombreuses ecchymoses, ainsi que les suffusions sanguines dans les membranes séreuses et même dans la substance des organes.

(N'est-il pas possible que les lésions cadavériques varient suivant les espèces de champignons qui ont causé la mort? Est-il bien certain que le principe ou les principes vénéneux de *tous* les champignons nuisibles soient les mêmes et agissent de la même manière?)

En insistant sur la présence des ecchymoses comme sur un phénomène constant et qu'il regarde comme caractéristique, l'auteur fait remarquer qu'elles sont toujours intérieures et que jamais elles ne se montrent au dehors comme dans le scorbut, par exemple; circonstance qui provient peut-être de ce qu'elles ne se forment que vers les derniers moments de l'existence, alors que le sang s'est retiré de la peau et des organes superficiels.

Abordant la partie chimique de son travail, l'auteur expose l'état de la science sur la question de savoir quelle est la nature du principe vénéneux des champignons. Cette question est encore à résoudre; aussi l'analyse chimique des divers organes d'une personne empoisonnée ne saurait-elle, dans l'état actuel de nos connaissances, mettre à découvert le principe vénéneux. M. Maschka se propose d'entreprendre, de concert avec le docteur Lerch, des recherches à ce sujet; il croit que le principe actif est un alcaloïde, et il explique par la nature du sol sur lequel végètent les champignons, cette circonstance que des espèces réputées inoffensives peuvent quelquefois être nuisibles et que l'action des champignons vénéneux est plus énergique dans certains temps que dans d'autres.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 16 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'une commission qui sera chargée de l'examen des pièces admises au concours pour les prix de médecine et de chirurgie de la fondation Montyon.

MM. Rayer, Velpeau, Andral, J. Cloquet, Cl. Bernard, Jobert (de Lamballe), Duméril, Serres et Flourens réunissent la majorité des suffrages.

SUR DES CAS DE TYPHUS OBSERVÉS A L'HÔPITAL DE NEUFCHATEAU (VOSGES) CHEZ DES SOLDATS REVENANT DE CRIMÉE; par M. GARCIN.

Renvoi à l'examen des commissaires nommés pour un mémoire de M. Baudens, sur le typhus de Crimée : MM. Velpeau, J. Cloquet.)

Dans le COMPTE RENDU de la séance de l'Académie des Sciences du 2 juin courant, je viens de lire la lettre qui vous a été adressée par M. l'inspecteur Baudens sur le typhus de Crimée. Veuillez me permettre de vous présenter, à cette occasion, quelques observations qui ne sont peut-être pas dépourvues d'intérêt, et que j'ai eu tout récemment l'occasion de recueillir sur cette maladie, dans mon service à l'hôpital de Neufchâteau, chez des soldats du 64e régiment d'infanterie de ligne.

Ce régiment s'est embarqué à Balaclava le 29 avril. Après une traversée non interrompue, il est arrivé à Marseille le 10 mai, puis à Villefranche le 12 au moyen du chemin de fer, et enfin, à pied, le 16, à Châlon-sur-Saône, où le débordement des eaux l'obligea à séjourner pendant quatre jours. Depuis le départ de Crimée jusqu'au 24 mai, aucun cas de typhus ne s'était déclaré ; mais à dater de ce jour le colonel dut abandonner, à chaque étape, de nouveaux malades, et en arrivant à Neufchâteau l'hôpital en reçut neuf, chez qui l'on observait, à un haut degré, tous les caractères indiqués par la lettre de M. l'inspecteur Baudens. Un dixième soldat, du 62e de ligne, qui avait fait la traversée en même temps que le 64e, avait été admis par moi dès la veille, également affecté de typhus.

La maladie datait de un à trois jours lors de leur entrée à l'hôpital de Neufchâteau le 28 mai. On observait chez tous les symptômes suivants : stupeur, céphalalgie intense, surdité, vertiges, prostration des forces (la plupart ne pouvaient se tenir debout) ; pouls fréquent et dépressible, peau brûlante, soif intense, voix éteinte (à peine s'ils pouvaient parler); état saburral très-prononcé des voies digestives, plus tard langue sèche et noire, pas de gargouillements dans la fosse iliaque droite. Dans quatre cas, la maladie avait débuté par des accès de fièvre intermittente, qui se sont renouvelés deux ou trois jours de suite avec frissons, chaleur et sueurs, et dans deux autres, par un état catarrhal des voies respiratoires. Trois ont eu du délire, dont un furieux pendant quatre jours; deux, des épistaxis; et deux seulement quelques rares pétéchies; trois ont éprouvé des douleurs abdominales et du dévoiement; les autres étaient constipés.

J'avais donné tout d'abord à cette maladie le nom de typhus, ne pouvant la rattacher à un autre genre; mais deux jours après, la dernière colonne de ce régiment arriva à Neufchâteau (sans nous laisser de malades); je priai M. le médecin aide-major de venir faire la visite avec moi, et il reconnut immédiatement le typhus de Crimée. En voyant ces militaires si gravement atteints, il me dit : « Vous serez bien heureux si vous n'en perdez que quatre ou cinq. » Ce pronostic ne s'est heureusement pas confirmé.

Dès le premier jour je prescrivis à tous : eau de Sedlitz, à laquelle on dut revenir plusieurs fois chez la plupart des malades ; application d'eau fraîche sur la tête, incessamment renouvelée; solution de sirop de groseilles, et boissons mucilagineuses pour ceux qui étaient affectés de bronchite; lavements et cataplasmes; enfin, sinapismes et vésicatoires aux membres inférieurs, chez ceux qui avaient du délire ou un état comateux très-prononcés. Je n'ai eu recours ni aux saignées ni aux sangsues; la nature de la maladie et la dépression du pouls m'ont paru contre-indiquer ces moyens. Je pensais faire usage de sulfate de quinine, mais les purgatifs ont fait justice de l'intermittence qui s'était manifestée chez quatre malades.

Aucun de ces militaires n'a succombé, malgré l'intensité de cette affection, ce qu'il faut attribuer surtout, je crois, à l'éloignement du foyer d'infection, à l'influence favorable de l'air natal, et aussi aux soins de tous les instants qui leur ont été prodigués par les sœurs de notre hôpital. La convalescence a marché rapidement; du huitième au douzième jour, les yeux des malades se rouvrirent; la figure reprit de l'expression, et la parole redevint facile; puis l'appétit se prononça; enfin, aujourd'hui 13 juin, seize jours depuis l'entrée à l'hôpital, notre dernier malade a pu être levé pendant quelques heures, et j'espère pouvoir incessamment leur faire rejoindre leur régiment, en garnison à Phalsbourg.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 24 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. DUBOIS.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

1° L'état des vaccinations pratiquées en 1855 dans le département de la Haute-Saône.

2° Le rapport de M. le docteur Piorrey sur une épidémie de variole qui a régné en 1855 dans la commune de Saint-Sauveur, ainsi que le tableau des vaccinations pratiquées dans le canton de Luxeuil. (Commission de vaccine.)

Le ministre de l'instruction publique est des cultes transmet l'ampliation du décret qui approuve la nomination de M. le docteur Trousseau dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

Sur l'invitation du président, M. Trousseau vient prendre place parmi ses collègues.

— La correspondance non officielle comprend :

Une lettre de M. Jules Lépine qui adresse une note sur un nouveau médicament, le *casurina equisetifolia*. (Commissaires : MM. Trousseau et Guibourt.)

Une note de M. le docteur Regnauld, pharmacien en chef de la Charité, sur la non-existence de la quinine dans la sueur après l'administration du sulfate de quinine. Ce travail se termine par la conclusion suivante :

D'après cette série d'expériences tentées sur 6 kilogr. et demi de sueur, il est permis de conclure que le liquide ne contient pas de quinine et que les glandes sudoripares ne jouent aucun rôle dans l'élimination de cet alcaloïde. Je n'ai pas craint de communiquer cette note à l'Académie, parce que cette analyse a été faite avec des précautions minutieuses et que la quantité considérable de sueur sur laquelle il m'a été possible d'opérer donnait à la recherche une garantie d'exactitude difficile à réaliser. De plus, à côté d'un résultat négatif, l'absence de quinine dans la sueur pendant la durée de l'absorption apparaît une confirmation de la spécificité d'action des glandes sur les principes tenus en dissolution dans le sang. (Commissaire : M. Caventou.)

— M. le docteur ANSELMIER prie l'Académie de recevoir un dépôt cacheté sur les calculs des voies urinaires. (Ce dépôt est accepté.)

NOUVEAU FORCEPS.

M. le docteur MATTEI adresse la lettre suivante :

Monsieur le président,

Je viens prier l'illustre Académie que vous présidez de me permettre à la fin de la séance de mettre sous ses yeux un forceps que j'ai déjà décrit dans mon ouvrage sur l'accouchement physiologique; mais comme je ne l'avais pas encore appliqué sous les yeux de personnes éclairées, je ne l'avais pas encore soumis à son jugement.

Aujourd'hui je l'ai appliqué huit fois, dans mon dispensaire, sous les yeux de MM. les docteurs Delerd, Pelissié, Colin, Soufflet, Greenfeld, Lurner, Lyman, Monteiro, Morison, Ichard et autres; je l'ai même appliqué en ville sous les yeux de MM. les docteur Martin-Lauzer et Léger; je puis dire qu'il remplit exactement les indications que je lui ai assignées dans mon ouvrage. Voici, du reste, en peu de mots les avantages qu'il a sur les instruments de ce genre :

1° Les forceps qu'on emploie, en France surtout, sont très-volumineux, et par conséquent d'un transport incommode. Les forceps anglais et ceux dont on peut briser les branches obvient jusqu'à un certain point à cet inconvénient; mais ils en offrent d'autres non moins considérables. Mon forceps sous le rapport du volume est un véritable instrument de poche, quand on sépare surtout le manche de la cuiller.

2° Les forceps ordinaires, par la longueur de leur manche et les crochets sur lesquels on prend le point d'appui pour faire les tractions, compriment d'autant plus la tête qu'on est obligé d'augmenter les tractions. Mon forceps, au contraire, saisit différemment la tumeur céphalique pour l'empêcher de glisser sans augmenter beaucoup la compression. La douille qui unit les deux branches sert de point d'appui à la main, comme les deux oreilles que Nægelé avait placées près de l'entablement de son forceps.

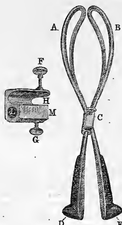
3° Les forceps ordinaires ont les cuillers longues et peu concaves, de manière que quand on fait des tractions, il faut serrer fortement la tête pour qu'elle garde le milieu de ces cuillers, ou bien elle glisse et n'est arrêtée que par leur extrémité libre. Dans ce dernier cas, le diamètre que produit l'écartement des branches de l'instrument est encore plus grand que celui de la tête. Le col et la vulve sont distendus par les bords saillants de l'instrument et ramenés à une forme rectangulaire, ce qui est douloureux et peut exposer quelquefois à des déchirures. Mon forceps obvie à ces inconvénients par des cuillers un peu moins longues et surtout plus concaves.

4° La largeur de la fenêtre qu'a chaque cuiller est trop grande pour les usages ordinaires du forceps, et quand on a affaire à une vulve étroite ou un col non entièrement dilaté, et qu'on doit préalablement introduire les quatre doigts, comme on le conseille, l'application devient douloureuse et quelquefois assez difficile. Mon forceps obvie à cet inconvénient par une largeur moindre de la cuiller que l'on dirige, du reste, sur deux simples doigts.

5° Les forceps qu'on a employés jusqu'ici, tant en France qu'à l'étranger, ont une articulation mathématiquement arrêtée d'avance, et à laquelle il faut toujours arriver avant de pouvoir faire des tractions; or il arrive assez souvent que l'espace vide entre la surface du bassin et la tête du fœtus n'est pas assez grand pour permettre un libre jeu aux cuillers. On a beau les pousser en arrière, en avant, sur les côtés, on a beau les faire tourner sur leur axe, on ne peut pas les articuler. Il faut alors retirer l'instrument pour le placer autrement; ce qui est pénible pour la femme et pour l'accoucheur lui-même. Mon forceps obvie à ces inconvénients en donnant à l'instrument une articulation mobile que l'on peut placer là où l'exige le cas. Chaque cuiller est glissée naturellement là où il y a de la place vide, ce qui n'est pas doulou-

reux. Lorsque les deux branches sont suffisamment bien appliquées sur la tête pour ne pas glisser, ce que l'on reconnaît à la direction extérieure des membres et à la traction partielle de chaque branche, on arrête l'articulation.

6° Pour appliquer les forceps ordinaires, on est obligé de placer la femme sur les bords du lit, de la faire soutenir par des aides, et de donner en un mot un aspect effrayant à l'opération. L'application de mon forceps, au contraire, se fait presque toujours sans déranger la femme de son lit; tout au plus s'il faut quelquefois lui soulever le siége avec un support.



7° L'articulation des branches de mon forceps pouvant être descendue très-bas, l'instrument conserve assez de longueur pour être appliqué jusque sur le détroit supérieur. Je crois cependant que là où un vice de conformation retient la tête du fœtus au-dessus de ce détroit et oppose de grands obstacles à son engagement, il faudrait avoir recours à un forceps plus résistant. Ces cas qu'on peut connaître à l'avance sont nécessairement pathologiques, et ils exigent, du reste, assez souvent l'application du céphalotribe. Les faits viendront prononcer, mais jusqu'ici je n'ai pas rencontré de cas où j'ai dû renoncer à mon forceps pour extraire la tête avec un autre instrument de ce genre.

Mon forceps, habilement confectionné par M. Mathieu, me paraît réunir assez de conditions favorables pour se recommander à mes confrères. Il est déjà entre les mains de plusieurs médecins français et étrangers; je serais heureux de connaître quels sont les résultats qu'ils en ont obtenus pour que les faits viennent juger la question d'une manière définitive.

Dans l'espoir que l'Académie voudra bien m'accorder la faveur que je lui demande, j'ai l'honneur, etc.

LEGS DE M. AMUSSAT POUR UN PRIX DE CHIRURGIE EXPÉRIMENTALE.

M. le docteur LUCIEN BOYER adresse, au nom de M. Amussat père, la lettre suivante :

Mon fils le docteur Amussat, dont la mort récente est venue attrister si cruellement ma vieillesse, n'avait jamais oublié l'honneur sans autre exemple que l'Académie de médecine lui avait fait en l'admettant dans son sein, avant même qu'il eût obtenu le diplôme de docteur. C'est à cet insigne encouragement, c'est à la bienveillance soutenue de l'Académie, qu'il attribuait pour la plus grande part les succès qu'il lui a été donné d'obtenir dans la carrière médicale. Sa famille a toujours partagé sa profonde gratitude pour l'Académie, et elle considère comme un devoir de lui adresser ses remercîments pour les sentiments de regrets dont elle a déposé l'expression sur sa tombe par l'organe éloquent de l'honorable baron Larrey. Mon fils avait toujours eu l'intention de laisser à l'Académie un témoignage de sa reconnaissance et de son affection. La rapidité de sa maladie ne lui a pas permis de réaliser lui-même ses volontés; mais nous les connaissions et nous tenons à honneur de les exécuter. Je viens donc aujourd'hui, entouré de mes enfants, prier l'Académie de vouloir bien accepter de sa part une rente annuelle de 500 francs, destinés à la fondation, en son nom, d'un prix de chirurgie expérimentale à décerner tous les deux ans.

Conformément à ses intentions, les travaux présentés pour l'obtenir devraient être appuyés sur des recherches faites sur le cadavre et sur les animaux vivants.

Dans l'espérance que l'Académie voudra bien l'accepter, je vous prie, monsieur le secrétaire perpétuel, de vouloir bien agréer, etc.

EAUX MINÉRALES.

M. OSSIAN HENRY, au nom de la commission des eaux minérales, donne lecture des rapports suivants :

Eau minérale découverte dans le domaine de Saux (Nièvre). — La commission propose de répondre qu'il n'y a pas lieu, quant à présent, d'accorder l'autorisation demandée, tant que des travaux sérieux n'auront pas permis de constater la composition chimique réelle de cette eau minérale.

Eau alcalino-ferreuse de Chabetout, près Issoire (Puy-de-Dôme). — La commission propose de répondre au ministre que tout milite pour que l'autorisation d'exploiter l'eau de Chabetout, au point de vue médical, soit accordée lorsque les travaux de captage auront été légalement exécutés par les hommes de l'art.

Les conclusions de ces deux rapports sont successivement adoptées.

ALBUMINURIE.

M. le docteur VERNOIS lit en son nom et au nom de M. Becquerel, le résumé suivant d'un mémoire sur ce sujet, qu'il dépose sur le bureau de l'Académie.

Nous avons l'honneur de présenter à l'Académie un travail fort étendu sur l'albuminurie : nous demandons la permission de lui lire seulement le résumé de ce mémoire.

Dans le travail dont il s'agit nous avons un but multiple, qui peut être ainsi établi :

1° Déterminer les principales espèces d'albuminerie;

2° Préciser la cause directe et positive du passage de l'albumine dans les urines;

3° Étudier les influences générales qui produisent la modification accidentelle ou permanente des reins, sous l'influence desquelles l'albumine apparaît dans les urines;

4° Démontrer l'importance des recherches précédentes dans le diagnostic, le pronostic et le traitement de cette maladie.

Tel est le plan que nous nous sommes tracé : nous allons essayer de montrer rapidement comment nous l'avons suivi, et à quelles conclusions nous sommes arrivés.

Le mot *albuminurie*, d'après son étymologie même, indique qu'il s'agit de la présence de l'albumine au sein de l'urine.

L'albuminurie se présente sous trois variétés bien distinctes, qui sont les suivantes :

1° L'albuminurie est la conséquence de la présence du sang dans l'urine, et elle lui est uniquement due; des causes nombreuses peuvent produire ce résultat : nous ne nous en occuperons pas ici.

2° L'albuminurie est due au mélange du pus à l'urine, et seulement à cette circonstance. La considération de cette variété n'est pas encore le but de notre travail;

3° Enfin l'albuminurie est le résultat d'une sécrétion anormale des reins, ou si l'on veut est un produit direct d'un état anatomique accidentel ou permanent de ces organes. C'est là l'albuminurie proprement dite : c'est à ce seul état qu'on doit véritablement en réserver le nom, et c'est le seul que nous avons eu l'intention d'étudier dans ce travail.

DE L'ALBUMINURIE PROPREMENT DITE. — Comment se fait-il que l'on trouve de l'albumine au sein de l'urine? Un premier fait est déjà acquis à la science : c'est que cette albumine se produit en même temps que l'urine, et par conséquent qu'elle est un produit de la sécrétion des reins. Mais comment se fait-il que l'albumine qui provient évidemment du sang, traverse les reins, et rien que les reins? c'est là ce qu'on n'a pas encore pu expliquer d'une manière satisfaisante.

Les théories émises à cet égard rentrent toutes dans les deux propositions que voici :

1° L'albumine passe à travers les reins, parce que le liquide auquel elle est empruntée, c'est-à-dire le sang, est modifié, ou mieux encore, parce que ce principe immédiat lui-même a subi une modification quelconque qui lui permet de filtrer ainsi à travers la trame des reins.

2° L'albumine est le produit d'une lésion des tissus sécréteurs, d'une modification quelconque, inconnue dans sa nature, ou bien, parfaitement connue, *des reins*, qui ouvre la porte au passage de l'albumine, qui ne pouvait s'opérer dans d'autres circonstances.

Nous examinerons successivement dans notre travail, et avec de longs développements, ces deux hypothèses : nous pouvons cependant résumer nos idées et nos expériences à cet égard.

§ I. — L'albuminurie est due à une modification quelconque survenue soit dans le sang, soit dans l'albumine.

Les opinions émises à cet égard se réduisent aux trois suivantes :

1° La modification de l'albumine du sang qui lui donne la faculté de filtrer à travers les reins est toute moléculaire : elle est inconnue dans sa nature, et ce passage anormal est précisément le seul phénomène qui traduise au dehors cette modification morbide.

Peut-être en est-il ainsi? Mais si l'on admettait une pareille hypothèse, il n'y aurait plus de science possible. Les recherches chimiques et microscopiques ont acquis maintenant un degré de précision assez grand pour que, si l'on ne trouve, avec leur aide, aucune modification de l'albumine, on soit en droit d'établir et d'admettre qu'il n'en existe aucune. Professer une opinion contraire, serait se jeter inconsidérément dans le champ des plus vagues hypothèses.

2° L'albuminurie est due à la diminution de proportion de l'albumine du sang. A cette hypothèse absolue on peut objecter les faits qui suivent :

a La diminution de l'albumine du sang n'existe pas dans beaucoup de cas d'albuminurie.

b La diminution de l'albumine du sang existe assez souvent sans qu'il y ait albuminurie.

c La diminution de l'albumine du sang n'est, dans la très-grande majorité des cas, qu'un phénomène consécutif, que la conséquence de l'albuminurie elle-même.

d Quand la diminution de l'albumine du sang existe avant l'albuminurie, c'est qu'elle est le produit d'une autre cause plus générale qui détermine elle-même le passage de l'albumine dans les urines.

e Enfin on peut se demander pour quelle raison de l'albumine, semblable à elle-même, filtrerait plus facilement à travers les reins, quand elle est dans le sang en proportion moindre, que quand elle y existe en quantité un peu plus considérable.

3° L'albuminurie est due à une modification moléculaire de l'albumine du sang, parfaitement applicable. Cette modification consisterait dans la transformation que M. Mialhe a dénommée albumine amorphe ou caséiforme. Nous ne prétendons pas nier l'existence, dans certaines circonstances données, des trois espèces d'albumine de M. Mialhe: albumine normale, albumine amorphe ou caséiforme, albuminose. Elles ont été été trop bien démontrées par le savant pharmacien pour qu'on puisse récuser les faits principaux sur lesquels il s'appuie. Mais nous affirmons que ses idées et ses principes ne peuvent trouver d'application dans le sujet qui nous occupe. Nous démontrons, en effet, dans notre mémoire, que:

L'albumine du sang normal,

L'albumine du sang des individus atteints de désalbumination du sang sans albuminurie,

L'albumine du sang des individus atteints d'albuminurie avec ou sans désalbuminisation du sang,

Enfin, l'albumine recueillie dans les urines albumineuses (sans nous occuper des cas liés à la présence du sang et du pus dans ce liquide),

Est *partout identique*, qu'elle jouit des mêmes propriétés physiques et chimiques, enfin, qu'on ne saurait expérimentalement signaler la plus légère différence entre *elles*.

Il résulte de là qu'on ne saurait admettre que la cause du passage de l'albumine du sang dans les urines est une modification moléculaire et physique soutenue dans ce principe immédiat.

§ II. — L'albumine est due à une modification quelconque survenue dans l'organe sécréteur des urines, c'est-à-dire dans le rein.

Plusieurs opinions ont été émises à ce sujet: nous les examinons successivement.

Suivant quelques médecins, l'albumine est le résultat d'une secrétion anormale des reins produite par cet organe, qui cependant n'a subi aucune altération matérielle, qui, en un mot, est resté à l'état sain.

Aucun fait positif, aucune autopsie irrécusable ne démontre jusqu'à présent la réalité de cette opinion. Dans les cas qu'on invoque à son appui, on trouve invariablement l'état des reins indiqué de la manière suivante: reins hyperémiés, reins anémiés, reins à l'état normal; et dans aucun d'eux l'examen microscopique n'a été fait et, par conséquent, n'a été signalé. Or nous chercherons à démontrer dans un instant que des reins congestionnés ou anémiés et jaunâtres peuvent correspondre à des lésions matérielles parfaitement appréciables au microscope. Quant aux reins signalés par ce seul mot, état normal, ce n'est plus une dénomination acceptable dans l'état actuel de la science: étaient-ils rouges, décolorés, quelles étaient ses qualités physiques, et surtout quel était l'état microscopique de l'intimité du tissu? Voici les seuls éléments d'un examen qui aurait de la valeur.

Suivant une autre opinion, l'albuminurie est *toujours* le résultat d'une modification quelconque survenue dans le tissu sécréteur des reins. C'est (après *toute réserve faite* en faveur de quelques cas rares et très-exceptionnels, où l'on peut admettre une lésion *primitive* du sang) à cette opinion que nous nous rangeons, et notre mémoire est surtout destiné à en démontrer la réalité.

Nous allons, en effet, prouver qu'il y a toujours, non-seulement une lésion des reins, quand il existe une albuminurie, mais encore que cette lésion n'est pas toujours la même. Elle peut, en effet, se rattacher à deux catégories de faits bien distincts.

La première renferme les cas dans lesquels cette lésion est passagère, accidentelle, et parfaitement susceptible de guérison. Elle correspond aux cas nombreux d'albuminurie éphémère que l'on rencontre tous les jours.

La deuxième catégorie comprend les cas dans lesquels la lésion des reins est permanente, durable, et tout à fait au-dessus des ressources de l'art. Elle correspond à l'albuminurie chronique, sans retour possible à la santé, et embrasse tous les faits de maladie de Bright proprement dits.

Ces deux catégories de faits doivent être étudiés à part.

Lésions passagères et accidentelles des reins correspondant a l'albuminurie éphémère. — Ces lésions peuvent se résumer dans cette définition caractéristique: *desquammation épithéliale des* tubuli *des reins*.

Cette desquammation épithéliale, résultat de l'infiltration granuleuse des cellules épithéliales qui tapissent les *tubuli*, peut s'effectuer de deux manières différentes.

Dans le premier mode, les cellules s'infiltrent peu à peu de granulations albuminoïdes, salines et graisseuses. Ces granulations étouffent et atrophient le noyau, distendent la membrane cellulaire et la rompent; et finalement les granulations et les débris de ta membrane cellulaire déchirée abandonnent les *tubuli* et passent dans les urines.

Dans le deuxième mode, les cellules infiltrées et distendues par les granulations ne se déchirent pas, mais pressées, tassées les unes contre les autres, elles ne se séparent pas et tombent en masse, entraînant avec elles la gaine épithéliale à la face interne de laquelle elles étaient attachées. Il en résulte des espèces de cylindres, dits cylindres granuleux, qu'on peut retrouver dans les urines et qui ne sont autres que les gaines épithéliales des *tubuli* remplies de cellules infiltrées de granules ou de granulations albuminoïdes.

Quel que soit le mode selon lequel la desquammation se soit opérée, le résultat anatomique et physiologique est le même. Les *tubuli* privés de leurs cellules, qui sont les organes véritablement sécréteurs des reins, laissent filtrer le sérum du sang en nature, au lieu de permettre seulement le passage de l'urine *évaporée*. C'est le sérum du sang qui, se mélangeant à l'urine normale sécrétée par les *tubuli* restés sains, introduit dans ce liquide l'albumine qu'on y rencontre.

Les urines albumineuses ne sont donc pas des urines normales, plus de l'albumine, mais des urines normales, plus du sérum du sang.

Dans quelques cas, il y a, concurremment avec les phénomènes que nous avons relatés plus haut, *déchirure* de quelques-uns des vaisseaux capillaires du tissu inter ou sus-canaliculaire, et passage d'une certaine quantité de sang en nature dans les urines.

La desquammation épithéliale des *tubuli* est toujours la conséquence d'une hyperémie du tissu intercanaliculaire et des glomérules de Malpighi. Aussi, chez l'immense majorité des sujets qui succombent avec une semblable desquammation et de l'albumine dans les urines, on trouve les reins tuméfiés, congestionnés et gorgés de sang.

Quelquefois cette congestion a disparu, et la desquammation épithéliale existant toujours, on trouve les reins pâles, anémiés et avec une teinte jaune chamois clair.

Il suit de là que toutes les fois qu'un individu succombe ayant à l'instant de sa mort une certaine quantité d'albumine dans ses urines, sans maladie de Bright, on rencontre toujours les reins, soit rouges, congestionnés ou tuméfiés; soit pâles, anémiés et de couleur jaune chamois. Nous n'avons pas encore trouvé d'exception à cette règle.

La desquammation épithéliale des reins est, dans la grande majorité des cas, une lésion tout accidentelle et très-susceptible de guérir. Dans quelques cas cependant, elle est le premier degré des lésions permanentes et durables que nous allons étudier plus bas: on passe insensiblement des unes des autres.

La desquammation épithéliale des *tubuli* reconnaissant toujours une hyperémie rénale pour point de départ, il s'ensuit que toute cause de congestion de cette nature peut être considérée comme cause d'albuminurie passagère ou accidentelle.

Sous ce rapport, on peut rattacher à trois catégories distinctes les causes de l'hyperémie rénale que nous étudions ici.

1° L'hyperémie rénale est le résultat d'influences extérieures, résultat d'un vice hygiénique (refroidissements, humidité, etc., etc.). Cette forme constitue ce que l'on a coutume d'appeler maladie de Bright aiguë. Elle est souvent grave et conduit à des désordres sérieux.

2° L'hyperémie rénale est une congestion sanguine active; elle est le résultat de maladies fébriles qui, par un mode inconnu dans sa nature, déterminent secondairement des congestions rénales. C'est ce qui arrive fréquemment pendant ou après les fièvres typhoïdes, les fièvres éruptives, les fièvres intermittentes, le choléra, la tuberculisation, la plupart des phlegmasies.

3° L'hyperémie rénale est le résultat d'une congestion sanguine mécanique, liée à une gêne quelconque de la circulation. C'est dans cette classe qu'on range les hyperémies rénales qui s'observent à la suite des maladies du cœur, de l'emphysème pulmonaire, de la cirrhose du foie, de la grossesse, etc., etc.

La symptomatologie de l'hyperémie des reins est subordonnée à l'influence que l'albuminurie exerce sur la composition du sang.

Sous ce rapport trois cas peuvent se présenter:

1° L'albuminurie est peu considérable, fugace, passagère, et par conséquent l'hyperémie dont elle est le signe se trouve dans les mêmes conditions; c'est ce qui a lieu dans beaucoup de maladies aiguës fébriles et dans un certain nombre d'affections qui congestionnent mécaniquement les reins. Dans ce cas aucun symptôme d'un trouble fonctionnel n'existe, et la présence de l'albumine dans les urines est le seul signe de la congestion rénale.

2° L'albuminurie est plus abondante, plus persistante, plus durable, et par conséquent elle correspond à une hyperémie qui participe à ces conditions. Mais cette quantité n'est pas assez considérable pour altérer le sang et diminuer la proportion de son albumine. C'est là le cas des maladies de Bright, aiguës dites latentes et sans hydropisies. En pareilles circonstances, on peut pendant assez longtemps ne pas constater de troubles fonctionnels. Dans d'autres cas il survient des symptômes qui peuvent se montrer à des degrés très-différents d'intensité et de gravité, et qui par leur groupement constituent les différentes formes latentes de la maladie de Bright aiguë. Ces symptômes sont surtout la douleur lombaire, la fièvre, les vomissements et des phénomènes d'excitation nerveuse, c'est-à-dire des convulsions, l'éclampsie, la somnolence et quelquefois le coma.

3° Enfin l'albuminurie est en quantité assez considérable pour désalbuminiser le sérum du sang. Nous étudierons tout à l'heure les conditions de ce phénomène.

Lésions permanentes et durables des reins (maladie de Bright chronique). — Les faits qui existent dans la science, et spécialement les résultats auxquels ont conduit les travaux des médecins allemands, anglais et français, et les nôtres propres, *démontrent* que toute albuminurie persistante et durable est le signe d'une lésion matérielle plus ou moins profonde du tissu des reins.

Cette lésion matérielle est la lésion caractéristique de la maladie de Bright proprement dite. Elle est maintenant bien connue: on a déterminé ses carac-

tères, sa nature, son évolution. La première altération, la plus importante peut-être, est une infiltration graisseuse des reins. Cette infiltration graisseuse augmente la capacité des cellules, atrophie leur noyau, distend leur membrane propre, qu'elle ne tarde pas à rompre et à détruire.

La deuxième altération consiste dans une infiltration albuminoïde qui s'opère simultanément dans plusieurs points des divers éléments de la substance corticale des reins. Le dépôt de matières albuminoïdes se fait d'abord dans le tissu intercanaliculaire, plus tard dans les glomérules de Malpighi, et finalement dans les *tubuli* eux-mêmes privés de leurs cellules, qui ont été détruites par l'infiltration graisseuse dont elles ont été primitivement le siége.

La troisième altération est caractérisée par l'infiltration, ou plutôt par le dépôt au milieu de cette matière albuminoïde, de granulations protéiques et salines, et surtout de nombreux globules de graisse.

La quatrième modification est déterminée par l'organisation fibro-cellulaire de cette substance albuminoïde. Les éléments protéiques, salins et graisseux qui infiltrent cette dernière matière, disparaissent peu à peu, et l'aspect amorphe du tissu est remplacé insensiblement par des fibres à noyau, des fibres simples et finalement par tous les éléments du tissu conjonctif.

Toutes ces altérations correspondent à des caractères anatomiques appréciables à l'œil nu, et qui comprennent les quatrième, cinquième et sixième formes de M. Rayer.

Faire leur histoire serait faire celle de la maladie de Bright proprement dite, ce que nous n'avons pas en l'intention d'exposer ici. Nous dirons seulement que si dans quelques cas rares la perte d'albumine, que de telles lésions opèrent par les urines, n'est pas assez forte pour appauvrir le sérum du sang et produire des hydropisies, le contraire a lieu dans l'immense majorité des cas, c'est-à-dire que l'albuminurie déterminée par des lésions permanentes et durables désalbuminise peu à peu le sérum du sang et produit partout des infiltrations et des épanchements de sérosité.

Des altérations du sang dans les diverses espèces d'albuminurie. — Tel est le titre du deuxième chapitre de notre travail. Nous cherchons à y démontrer les trois propositions suivantes, qui toutes sont appuyées sur des analyses complètes du sang faites soit dans la maladie de Bright aiguë (hyperémie des reins), soit dans des maladies de Bright chroniques :

1° Tout passage un peu considérable de l'albumine du sang dans les urines, ou bien tout partage de ce principe immédiat persistant pendant un certain temps, *produit* nécessairement la diminution de proportion de l'albumine du sang.

2° La diminution de proportion de l'albumine du sang, bien que légère, peut déterminer l'apparition d'une hydropisie, si cette diminution s'est opérée rapidement.

3° La diminution de proportion de l'albumine du sang a besoin d'être beaucoup plus considérable pour produire des hydropisies quand cette diminution s'est opérée lentement que quand elle a eu lieu rapidement.

Dans 20 cas de maladie de Bright aiguë, la moyenne générale de l'albumine contenue dans 1,000 grammes de sang est en nombre rond de 60 grammes au lieu de 70, nombre moyen. C'est donc une différence de 10/1000, ce qui est beaucoup, et ce qui explique parfaitement la production des hydropisies, quand surtout on tient compte de la rapidité avec laquelle cette déperdition a eu lieu.

Dans 24 cas de maladie de Bright chronique, la quantité moyenne d'albumine contenue dans 1,000 grammes de sérum de sang est de 55 en nombre rond, au lieu de 70 dans l'état normal, et 60 dans la maladie Bright aiguë. Cette diminution est considérable.

Quel est le mécanisme de la production des hydropisies dans ces deux séries de faits ? c'est ce que nous avons étudié, et ce que nous avons cherché à démontrer, en nous appuyant sur cinq ordres de faits qui sont exposés avec développement dans notre travail.

La troisième partie de notre mémoire est destinée à étudier la composition des liquides qui constituent les hydropisies dans diverses espèces d'albuminurie. C'est un chapitre d'un travail plus étendu destiné à donner la composition de tous les liquides épanchés dans les tissus ou cavités du corps, et que nous soumettrons sous peu au jugement de l'Académie.

Elle est consacrée au développement et à la démonstration de la proposition suivante :

La composition des liquides constituant les hydropisies *avec albuminurie* est en rapport avec la composition du sérum du sang des individus qui en étaient atteints.

Il résulte, en effet, de nos analyses que la composition du sérum constituant les hydropisies symptomatiques des diverses espèces d'albuminurie, diffère notablement de celle des hydropisies symptomatiques d'un obstacle à la circulation (maladies du cœur, cirrhose du foie). Ce liquide, dans le premier cas, est bien moins riche en albumine et en parties solides que dans le deuxième cas. L'eau, par conséquent, y est bien plus abondante.

Sur 1,000 parties de sérosité infiltrée ou épanchée, il y a eu 15 d'albumine dans le liquide du tissu cellulaire, 16 dans le liquide de l'abdomen, et 14 dans celui des plèvres. On voit que tous ces nombres diffèrent fort peu entre eux, et que les différences sont assez insignifiantes pour qu'on n'en tienne pas compte. Admettons donc 15/1000 pour moyenne, au lieu de 28/1000, dans les hydropisies symptomatiques d'obstacles mécaniques à la circulation du sang.

La quatrième et dernière partie de notre travail est consacrée à la thérapeutique. Il était, en effet, important de démontrer que les principes que nous avions établis dans cette étude des diverses espèces d'albuminurie avaient une importance pratique très-sérieuse. Nous avons donc cherché à montrer l'influence que ces notions pouvaient exercer sur le traitement des maladies dans le cours desquelles survenait l'albuminurie, et quelles étaient les indications qu'elle présentait dans les cas nombreux où ce phénomène morbide constituait toute la maladie.

Cette partie ne saurait être résumée. (Commissaires : MM. Rayer et Wurtz.)

Il est quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de la section d'anatomie pathologique sur les candidatures à la place vacante.

BIBLIOGRAPHIE.

MORTALITY IN WAR (DE LA MORTALITÉ PRODUITE PAR LA GUERRE, *in* UNITED SERVICE GAZETTE et COMPTES RENDUS DE LA SOCIÉTÉ DE STATISTIQUE DE LONDRES, mai 1856).

La mortalité des armées pendant les guerres est une question qui mérite de fixer l'attention des statisticiens, des médecins, des gouvernements. Elle se lie aux plus difficiles problèmes de l'art de la guerre, de l'hygiène des troupes et de la médecine militaire. Le contingent que peut fournir chaque peuple pour les besoins de la guerre est fixé par le nombre des hommes vivant entre certaines limites d'âge. Les différents modes de recrutement prélèvent sur ce fonds, dans lequel réside la véritable force procréatrice de la nation, un nombre plus ou moins considérable d'individus. Etant définies les opérations militaires à exécuter, on peut calculer avec une approximation assez rapprochée de la vérité le nombre d'hommes qui succomberont dans un temps donné soit par les effets des projectiles ou des accidents de guerre, soit par l'effet des maladies propres aux armées. Quand la guerre a pris de grandes proportions et qu'elle a duré ainsi un certain temps, les nations voient s'épuiser la partie la plus valide de leur population. Calculer le contingent que les différents peuples peuvent fournir de cette manière, sans que le chiffre et la force des générations à venir en souffrent, mettre en face de ce tableau les proportions de la mortalité qu'occasionnent les maladies ou les blessures, c'est fournir un élément essentiel aux calculs et aux prévisions des hommes de guerre et des gouvernements. — Définir la nature des maladies, les conditions au milieu desquelles elles s'observent, joindre à cela des données numériques qui déterminent les proportions de la mortalité et de la maladivité, c'est poser les bases expérimentales de l'hygiène et de la médecine militaires. — Ce n'est point ici le lieu de citer les sources auxquelles on peut puiser les notions relatives à la solution de ce double problème administratif et scientifique. Bien des assertions ont été faites à ce sujet à différentes époques, bien des appréciations ont été émises, qui aujourd'hui sont ramenées à leur juste valeur. L'histoire ne se borne point à enregistrer les données statistiques ; elle les discute, elle apprécie les moyens à l'aide desquels on les a recueillies, elle les contrôle sévèrement. Ce n'est qu'après toutes ces épreuves qu'elle accepte le témoignage des faits. Quand ceux-ci se produisent publiquement avec les conditions d'une authenticité éprouvée, il faut en profiter pour les faire connaître ; aussi nous saisissons avec empressement l'occasion d'un compte rendu presque officiel des pertes de l'armée anglaise en Orient et dans les guerres de la Péninsule pour citer ici les résultats les plus importants de cette statistique.

Le nombre des officiers non commissionnés et commissionnés est respectivement dans l'armée anglaise de 72 et de 40 sur 1,000. Le nombre des officiers blessés qui meurent de blessures est beaucoup inférieur à celui des simples soldats, car sur 1,973 officiers blessés il en est mort seulement 164, environ 1 sur 12. Cette différence dans la mortalité à la suite des opérations et des blessures qu'elles nécessitent est due sans doute aux soins dont les officiers sont l'objet ou dont ils peuvent s'entourer plus facilement que les soldats. Au siége de Gibraltar il est mort 1 officier sur 35 blessés ; à la bataille de Toulouse, sur 117 officiers blessés il en est mort 3. Dans ces deux cas il avait été facile de procurer aux malades un logement et des soins beaucoup plus efficaces que ceux qui leur sont donnés dans les guerres ordinaires. Au siége de Gibraltar, parmi les simples soldats il en est mort 1 sur 10, 101 décès sur 1,083 blessés.

De 1793 à 1815, l'effectif total de l'armée anglaise est évalué à 793,111, savoir : 45,440 hommes présents sous les drapeaux le 1er janvier 1793, 519,040 recrues incorporées dans les régiments anglais, 198,630 individus incorporés dans les régiments coloniaux et étrangers, plus 30,000 hommes de troupes étrangères. Sur le chiffre total on a compté 219,420 décès, 229,141 licenciements, 20,000 faits prisonniers, 113,273 déserteurs ; ce qui laisse un reste de 211,276 hommes composant la force militaire de l'Angleterre le 31 décembre 1815.

Les relevés statistiques démontrent que les militaires, de 1793 à 1815, avaient, de deux à trois fois pour les simples soldats et de trois

à quatre fois pour les officiers, plus de chances d'être blessés que les marins, et deux fois plus de chances de mort violente.

Pendant la guerre de la Péninsule, de 1808 à 1813, le chiffre moyen des malades a été, dans l'armée anglaise, de 209; il n'était que de 130 dans nos troupes occupées en Espagne, et de 146 sur les troupes françaises du Portugal.

Le 2 octobre 1854 on comptait dans l'armée anglaise en Orient 6,777 malades et blessés sur un effectif de 34,642, ce qui fait une proportion de 195 sur 1,000. Au moment de l'embarquement pour la Crimée, avant le commencement des hostilités actives, l'effectif de 35,000 hommes fournissait aux hôpitaux une proportion de 140 malades ou blessés sur 1,000 hommes.

Depuis le premier débarquement en Turquie jusqu'au 6 septembre 1854 la mortalité, par le fait seul des maladies, donnait une proportion de 84 décès sur 1,000 hommes annuellement. Du 6 septembre 1854 au 5 février 1855 la mortalité par blessures ou accidents de guerre donnait la proportion de 108 sur 1,000 par an; la mortalité par suite de maladies s'élevait à 391 sur 1,000 par an; ce qui fait le chiffre énorme de 499 décès sur 1,000 par an.

A l'hôpital de *Scutari*, sur 1,000 décès 575 étaient enregistrés sous la dénomination de *diarrhée* et de *dyssenterie*, 173 sous celle de *fièvre*, 55 sous celle de *blessures*. Pendant les guerres de la Péninsule ces proportions étaient représentées par les chiffres respectifs de 291,398,201.

Dans 19 grandes batailles livrées par les forces anglaises, le plus souvent combinées à des forces étrangères, auxquelles 438,205 hommes prirent part du côté de l'Angleterre, il y eut 49,281 tués ou blessés; 14,517 soldats ou officiers moururent des suites de leurs blessures (près de 30 p. 100). Sur 1,000 hommes, il y eut ainsi 114 accidents et 33 décès. A la bataille d'Albuera, où les forces combinées eurent seulement 176 blessés ou tués sur 1,000 hommes, les Anglais comptèrent 393 blessés ou tués sur 1,000.

Le chiffre total des hommes tués ou blessés en Crimée dans l'armée anglaise, du 19 septembre 1854 au 8 septembre 1855, a été de 13,880, dont 4,565 dans les travaux de siége, 4,396 dans les assauts, et 4,919 en bataille rangée. La mortalité des officiers blessés paraît avoir été la même de 1793 à 1815 et dans la campagne de Crimée; mais le chiffre des officiers tués sur le champ de bataille est beaucoup plus considérable dans cette dernière campagne. Dans les guerres du commencement du siècle, pour 836 officiers blessés, on en comptait 164 de frappés mortellement; la dernière guerre a donné la proportion de 233 tués sur 767 blessés. Dans les simples soldats, on a compté, de 1793 à 1815, 193 blessures mortelles sur 1,000 hommes; en Crimée, la proportion a à peine changé : 190 sur 1,000.

THOLOZAN.

VARIÉTÉS.

— Les promotions ou nominations suivantes ont été faites dans l'ordre de la Légion d'honneur, sur la proposition du ministre de l'intérieur :

Officier : M. Denis, médecin en chef du dispensaire de salubrité de Paris.

Chevaliers : MM. les docteurs Legendre, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie; J. Mayer (de Strasbourg); Noël; Billard (de Rouen); Masséna (de Brives).

— M. le docteur Ribia, doyen de la Faculté de médecine de Prague, vient de mourir à l'âge de 61 ans, après une longue maladie.

— M. le docteur Lemoine, médecin à Tonnerre, vient de mourir après quelques jours de maladie.

Au rédacteur.

Monsieur,

Dans une longue série d'articles publiés dans la GAZETTE MÉDICALE à propos de la leucocythémie, certains passages que je n'ai pas lus sans quelque étonnement, m'ont donné la mesure de la façon tout au moins singulière dont le docteur Bernard Schnepf comprend la critique scientifique. Notre collègue oublie probablement que rien ne l'autorise encore à se croire le droit de trancher d'un mot toutes les questions, de prononcer souverainement et sans discussion préalable sur tous les faits, lorsqu'il dit (nº 16, p. 237, 1re colonne) :

« Quant aux trois observations des docteurs Vigla et Vidal, elles ont le mérite » d'avoir engagé le débat à la Société médicale des hôpitaux; *c'est là le seul* » *que nous ne leur contestions pas*. Il est singulier qu'un hématologiste aussi » instruit que l'est M. Becquerel se soit tant empressé de mêler à une discus» sion *si embrouillée* déjà une cachexie cancéreuse, quand il s'agissait de » leucocythémie. »

Je ne ferai pas ressortir ce qu'ont d'acerbe et de dédaigneux des assertions de ce genre; je laisse au bon goût de vos lecteurs le soin d'en faire justice. Ils savent d'ailleurs que *peu de médecins, en France du moins* (nº 21, p. 316) trouvent grâce devant M. Schnepf, et ils n'en sont plus sans doute à s'étonner de la façon plus que légère dont *il se laisse aller* à traiter des hommes que leur position scientifique met bien au-dessus de la portée de ses atteintes, tels que le docteur Bennet (nº 16, p. 237, 1re colonne), MM. de Pury et Strohl (nº 20, p. 299, 2e colonne), M. Bouchut (nº 22, p. 328, 2e colonne), etc.

Dans le nº 22 (p. 327, 2e colonne), M. Schnepf ne se borne plus à une assertion; pour démontrer que l'observation II de mon mémoire sur la *leucocythémie splénique* n'est pas un fait de leucocythémie essentielle, il l'interprète à sa guise, tout en oubliant d'en mentionner les détails les plus importants.

Voici comment il s'exprime à ce sujet :

« Parmi les trois observations de MM. Vigla et Vidal, nous en trouvons une » qui offre matière à analyse; en dehors de sa prolixité fatigante, elle se rap» porte à un homme de 30 ans dont la mère est morte par une *métrorrhagie* » (en supposant que « *pertes à la suite de couches* » n'ait pas tout autre sens), » *qui*, dans la *deuxième* année de sa vie, a eu des rhumes, des douleurs arti» culaires, des épistaxis et surtout des tumeurs sanguines qui remplacent » définitivement les hémorrhagies externes et les douleurs rhumatoïdes. Ces » phénomènes nous paraissent évidemment liés à une dyscrasie sanguine, » non à celle que nous étudions en ce moment, mais à celle que nous avons » fait connaître à nos lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE sous le nom *d'hæmo*» *philie*. Nous ne prétendons pas, etc. »

Je me plais trop à reconnaître la *clarté* et la *précision* qui distinguent les œuvres de mon collègue pour m'arrêter sur la forme et sur le style; quant à la question de fond, il est facile de la juger en comparant à la version donnée par M. Schnepf le fait résumé en quelques mots :

Un marchand de vins, âgé de 30 ans, n'ayant jamais eu la fièvre intermittente, adonné à des excès alcooliques, s'affaiblit, s'amaigrit rapidement, est pris de dyspnée, de sueurs abondantes, de mouvements fébriles irréguliers, voit son ventre se développer et sent dans son flanc gauche une tumeur dure et volumineuse.

A son entrée à la maison municipale de santé le 29 septembre 1855, *neuf mois* après le début des premiers accidents, nous constatons une anémie extrême, une dyspnée que n'explique pas l'état des poumons, une rate considérablement hypertrophiée (32 centimètres en hauteur sur 17 en largeur) et un foie volumineux (18 centimètres de hauteur).

Le sang que j'examinai, *le 3 octobre*, avec le docteur Charcot contenait presqu'autant de globules blancs que de globules rouges.

Le malade pris de diarrhée, d'épistaxis, de dyspnée croissante et de fièvre hectique, succombe le 21 octobre, quatre jours après l'apparition d'une tumeur sanguine considérable dans la région axillaire. Cette tumeur, ponctionnée pendant la vie, donne issue à un sang d'un aspect particulier dans lequel M. Ch. Robin constate la présence de 25 à 30 globules blancs pour 100 globules rouges.

Jusqu'à ce que M. Schnepf nous ait fait connaître la nature de l'altération du sang dans l'hæmophilie, ce qu'il a négligé de faire dans l'observation et dans les articles qu'il a publiés à ce sujet, nous persisterons à croire avec Virchow et Bennett qu'un malade n'ayant jamais eu la fièvre intermittente, présentant les caractères généraux des cachexies sans aucun des signes propres soit au cancer, soit aux tubercules, soit à la syphilis, soit au scorbut, etc., chez lequel on trouve une hypertrophie considérable de la rate et du foie et dont le sang contient au moins de 25 à 30 globules blancs pour 100 globules rouges est atteint d'une leucocythémie essentielle parfaitement caractérisée. Si notre collègue parvenait à démontrer que les hémorrhagies, fréquemment notées comme épiphénomènes de la dyscrasie leucocythémique, doivent être attribuées à l'hæmophilie, il lui serait tout aussi facile de prouver que les épistaxis si fréquentes chez les jeunes sujets, et même que les hémorrhagies graves du scorbut, de la fièvre typhoïde, des fièvres éruptives, de la fièvre jaune, ne se rencontrent que dans les familles d'hémophiliens.

En attendant que M. Schnepf ait mis au jour une observation qui, en nous servant de modèle, pourra nous faire comprendre ce qu'il entend par leucocythémie essentielle, nous lui serions très-reconnaissant, si, pour justifier son exorde pompeux, « d'*une manière profitable à la science et utile à l'hu*» *manité*, » il résumait en des conclusions pratiques ce que j'ai vainement cherché dans son travail :

1º Les signes pathognomoniques de la leucocythémie essentielle (pendant la vie);

2º Les caractères qui peuvent servir à établir le diagnostic différentiel (pendant la vie) entre la leucocythémie, l'hæmophilie et la pyohémie.

Agréez, etc.

E. VIDAL.

RÉPONSE DE M. SCHNEPF.

Tout en regrettant d'avoir pu éveiller en quoi que ce soit la susceptibilité de M. Vidal par l'appréciation que nous avons faite d'observations qui lui sont communes avec M. Vigla, nous ne voyons pas moins, même après la lecture de la lettre précédente, que les cas que nous avons rapportés comme appartenant à la leukocythæmie essentielle sont les seuls qu'on puisse faire rentrer dans la dyscrasie sanguine sur laquelle a porté notre étude, et que tous ceux que nous en avons éloignés, que nous avons réunis dans la grande classe des cachexies leukocythæmiques dont le diagnostic différentiel avec la leukocythæmie essentielle sur le vivant même n'est pas moins facile que celui de la pleurésie et de la phthisie pulmonaire, que tous ces cas reconnaissent une étiologie différente, présentent des signes variés et exigent une médication particulière. Nous ne pensons pas que la réclamation de M. Vidal puisse élucider un des points obscurs de la question des leukæmies et de la leukocythæmie, ni qu'elle soit de nature à modifier l'opinion de nos lecteurs; nous nous en tenons donc à notre analyse critique, aussi sérieuse qu'impartiale.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — ANALYSE DU SANG.

Il y a plus d'un mois déjà qu'a été soulevée, à l'Académie de médecine, une des questions capitales qui touchent notre art et intéressent autant le praticien que le théoricien, un des sujets les plus importants des sciences médicales, puisqu'il s'agit de déterminer le rapport des divers éléments du sang et que, dans l'état actuel de nos connaissances, la physiologie moderne a plus besoin de trouver une bonne méthode d'analyse que de recueillir des faits inexacts et d'ajouter des résultats erronés à ceux qui existent déjà. Nous pensons donc que nos lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE seront, comme nous, reconnaissants à M. Parchappe, un des inspecteurs des établissements d'aliénés, d'avoir cherché, pendant seize ans, à perfectionner les méthodes existantes, et, comme nous, ils regretteront que ce médecin ait tenu la sienne si longtemps secrète, si elle est véritablement bonne et plus exacte que toutes celles connues jusqu'alors.

Quelle que soit l'issue de la discussion que la lecture de ce travail a semblé devoir faire naître à l'Académie de médecine, quelle que soit l'appréciation qu'en donneront les divers orateurs, nous voulons, dès à présent, préciser l'état de la question, chercher ce qu'il y a de nouveau dans la méthode préconisée, ce en quoi elle excelle, et apprécier les résultats qu'elle a fournis à l'auteur.

Les nombreux moyens d'investigation appliqués à l'étude du sang peuvent se résumer en deux grandes méthodes basées, l'une sur les sciences physiques, et l'autre sur nos connaissances chimiques. Celle-là est, pour ainsi dire, aussi ancienne que la médecine elle-même; celle-ci, au contraire, n'est qu'une date récente, comme la science sur laquelle elle se base. Il y a cependant une méthode mixte, perfectionnée dans ces derniers temps, surtout par le savant hématologiste H. Nasse, d'après laquelle il serait toujours facile d'obtenir la proportion des globules (*in* ARCHIV D. VEREINS F. WISSENSCH. ARB., 1, 3, 1854). Elle repose sur la détermination de la densité du sang défibriné et de celle du sérum. L'avenir nous apprendra si elle est véritablement plus applicable et plus précise que toutes celles employées jusqu'à ce jour.

Outre que les analyses chimiques sont d'un secours à peu près nul quand il s'agit de porter le diagnostic d'une affection aiguë, par cela seul qu'elles exigent un temps trop considérable, elles entraînent encore à des erreurs assez sérieuses quand il n'est question même que d'étudier l'état physiologique du sang : elles exigent une masse de sang trop grande pour que la composition en soit identique; renouvelées sur le même individu, elles ne peuvent, à plus forte raison, fournir des résultats comparables, ce que le professeur Vierordt vient de démontrer expérimentalement, à l'aide de sa méthode numérique; chaque analyse ne pouvant donner que la composition plus ou moins approximative du sang d'une région, il s'ensuit que, pour avoir les moyennes de la masse totale, il faudrait faire un grand nombre d'analyses dans les mêmes conditions pour chaque individu, ce qui est impossible par les raisons précédentes; la ligature du vaisseau dont on veut analyser le sang suffit déjà pour changer la composition physiologique de ce liquide, et toutes les analyses, selon Zimmermann, seraient entachées de cette cause d'erreurs. Toutes les méthodes d'analyse chimique les plus usitées, comme celles de MM. Andral et Gavarret, ainsi que celle de M. Parchappe, qu'elles soient pratiquées par n'importe quel médecin ou chimiste, ne donnent que des résultats d'une approximation éloignée, et aucune ne saurait échapper aux causes d'erreurs que nous venons de signaler. Aussi nous semble-t-il qu'une nouvelle ère s'est ouverte pour l'étude du sang, depuis que Nasse, d'une part, Vierordt et Welcker, d'autre part, se sont efforcés de faire prédominer l'élément physique dans la méthode analytique.

Les causes d'inexactitude que M. Parchappe reproche aux méthodes chimiques usitées jusqu'à ce jour, lui semblent dépendre principalement de ce que ces méthodes sont impuissantes à séparer la partie solide des globules sanguins du liquide qui les imprègne, et que cet auteur appelle *eau d'organisation des globules*. En rappelant l'époque à laquelle il fait remonter ses recherches, il pense même avoir été le premier à signaler ces défectuosités, et soulève à ce sujet une question de priorité, en citant un passage de la chimie physiologique du professeur Lehmann, qui relève ces erreurs et qui, habitué à la rigueur des sciences exactes, déclare que la méthode, même perfectionnée, ne restera pas moins très-défectueuse.

Il ne peut entrer dans nos vues de trancher dans un examen critique une question aussi délicate; cependant nous ne croyons pas moins devoir recommander à nos lecteurs un des travaux les plus instructifs que le savant et infatigable Hermann Nasse ait publié, déjà en 1835, sur les phénomènes qui accompagnent la coagulation du sang. Ce savant insiste plus particulièrement sur la constitution des globules du sang, sur la nature de l'eau qui les imprègne, et sur les erreurs qu'elle engendre dans les analyses. Ce physiologiste, qui semble avoir fait du liquide nourricier l'objet de son étude de prédilection, paraît avoir résolu les plus grandes difficultés du problème en rendant sa méthode prompte, facile et précise. Nous trouverons ailleurs l'occasion d'en parler plus longuement. Disons encore combien les réformes souhaitées par M. Parchappe sont poursuivies depuis longtemps en Allemagne, combien elles sont, pour ainsi dire, tombées déjà dans le domaine public, puisqu'elles sont indiquées jusque dans les ouvrages classiques, comme, par exemple, dans le TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE du professeur Valentin, où nous lisons, p. 749, t. I (Braunsch., 1846):

« Les recherches chimiques des éléments du sang reposent, pour la plupart, sur des procédés infidèles. Une détermination précise des globules sanguins, pour les obtenir isolés, est presque une chose impossible. *Si on les dessèche on perd en même temps une certaine proportion de sérum; si on les lave dans une solution saline, on ne sait plus quelles sont les substances qui passent avec eux à travers le filtre. On obtient donc tantôt plus, tantôt moins.* » Nous trouverions d'ailleurs dans les travaux plus récents, en effet, de Vierordt, de Vogel, de Virchow, des preuves non équivoques de cette tendance générale des physiologistes allemands à substituer aux anciennes méthodes défectueuses de nouvelles méthodes plus simples et plus exactes. C'est le courant même des choses, c'est la marche naturelle des sciences biologiques qui, sans aucun doute, a éveillé l'attention des observateurs sur des erreurs qui devaient avoir échappé tout d'abord; du reste, les professeurs Valentin et Lehmann les signalent sans revendiquer le mérite d'une découverte; ce sont des remarques importantes, capitales

FEUILLETON.

ANECDOTA SYDENHAMIANA.

(Notes et observations médicales de T. Sydenham, d'après un manuscrit de la bibliothèque bodléienne.)

Il y a déjà quelques années que le docteur Greenhill a édité les ANECDOTA SYDENHAMIANA. Il avait trouvé, parmi les manuscrits légués à l'Université d'Oxford, vers le milieu du siècle dernier, par le docteur Richard Rawlinson, un volume portant le titre suivant : EXTRAIT DES ŒUVRES MÉDICALES DE SYDENHAM ET QUELQUES BONNES LETTRES SUR DIFFÉRENTS SUJETS. L'écrivain, dont le nom n'est pas resté, dit avoir connu particulièrement Sydenham et avoir écrit ces notes en partie sous sa dictée en 1682 et 1683, et en partie d'après quelques-uns de ses manuscrits datant de 1670, avant l'édition des œuvres de l'Hippocrate anglais, qui parut en 1685.

Nous avons pensé que les érudits et les admirateurs de Sydenham liraient avec intérêt quelques extraits de cet intéressant petit recueil qui est à peine connu en France et qui contient les chapitres suivants : *De Phthisi, de Paroxysmo nephritico, de Apoplexia, de Abortu, de Mania, de Ambustis, de Arthritide, de Colica hypochondriaca, de Partu difficili et aliis ad partum attinentibus, de Contusionibus, de Pleuritide, de Asthmate, de Paralysi, de Crapula, de Hæmorrhoidibus apertis et cæcis, de Hydrope, de Mensium fluxu immodico et nimibus cum dolore fluentibus, de Mensium suppressione, de Variolis confluentibus, de Methodo medendi morbos per accubitum junioris, de Epilepsia puerorum, tinctura alexipharmaca.* Nous donnons aujourd'hui *in extenso* le chapitre qui traite de la phthisie, qui est l'un des plus étendus, en le traduisant presque littéralement de l'anglais.

THOLOZAN.

DE PHTHISI, 1683.

Les deux sexes sont sujets à la phthisie de 15 à 25 ans; après cette époque les maladies qui ressemblent aux phthisies sont les effets de causes différentes de celles qui produisent ces dernières affections. Les habitants de ce pays et surtout ceux de Londres y sont particulièrement sujets. Les différentes sortes de phthisies diffèrent l'une de l'autre par leurs causes, et réclament en conséquence différents moyens de traitement.

La première espèce et la plus commune des phthisies est celle qui débute par une toux vers la saison d'hiver. Peu de temps avant le solstice d'hiver, à l'approche des froids vifs, presque tout le monde tousse, parce que la transpiration étant soudainement arrêtée, l'organisme n'est plus capable de retenir les particules crues ou hivernales du sang et les rejette sur les poumons, soit immédiatement par les bronches de la veine artérielle, soit d'abord par les artères sur les parties spongieuses et les glandules de la gorge, et de là dans la trachée et dans les poumons. Quelques personnes, soit effet d'un

mêmes, que les hématologistes ne pouvaient pas ne pas faire, et que M. Parchappe, en observateur consciencieux, ne devait pas non plus laisser passer sous silence.

Il semble que ces causes d'erreurs étant une fois connues, il devait être facile de s'en garantir, ou d'imaginer des procédés qui les rendissent aussi faibles que possible. Il n'en est cependant rien. Toutes les méthodes d'analyses chimiques qui ne diffèrent pas sensiblement de celle que MM. Andral et Gavarret ont suivie, d'après les conseils mêmes de notre savant chimiste, M. Dumas, toutes ces méthodes sont loin de satisfaire, soit les chimistes, soit les médecins, et le professeur Lehmann les déclare avec raison inexactes et infidèles, de même que M. Parchappe, qui cherche à leur substituer la sienne propre. Mais nous doutons qu'elle soit acceptée par les chimistes qui pourront trouver, peut-être, trop peu de précision et qui, pour la détermination de la proportion des globules et du plasma, ne voudront adopter le procédé qui consiste en ce qui suit : « Après vingt-quatre heures le caillot n'est séparé du sérum par décantation ; il est coupé par tranches, déposé sur un filtre, et son poids, après vingt-quatre heures, est celui, dit M. Parchappe, que j'attribue au caillot mou. » Il est facile de comprendre, en effet, que le caillot, ainsi abandonné pendant deux fois vingt-quatre heures, ne renferme jamais la même proportion d'eau ; que celle-ci dépendra toujours de l'état hygrométrique de l'air, des courants, de la segmentation plus ou moins fine du coagulum, de l'étendue de la surface, etc, etc., que rien ne permettra d'apprécier la quantité d'eau intra et extraglobulaire, et que, voulant observer la rigueur scientifique, on ne pourra pas établir de termes de comparaison entre les différents résultats déterminés d'une manière aussi vague. Ces causes d'inexactitude portent à la fois sur les globules et sur le plasma ; aussi adoptons-nous volontiers l'avis de M. Parchappe lui-même sur les analyses chimiques du sang : « Nos connaissances sur ce point fondamental, dit-il, se bornent donc encore à des résultats approximatifs obtenus par des méthodes imparfaites. » Ajoutons cependant que les méthodes mixtes, physiques et chimiques, telles qu'elles ont été imaginées, soit par H. Nasse, soit par Vierordt et Welcker, nous paraissent devenir, sous l'impulsion des jeunes écoles allemandes, à la fois plus praticables et plus rigoureuses que toutes celles connues jusqu'à ce jour.

Nous regrettons que M. Parchappe parlant d'une *eau d'organisation des globules* et la considérant comme *étant complétement étrangère à l'eau du plasma et du sérum*, n'ait pas indiqué les particularités physiques et chimiques, précisé les proportions de cette eau d'organisation, soit par rapport aux globules, soit par rapport au sérum. Nous savons aujourd'hui que le sang est un liquide formé d'éléments inorganiques, tels que l'eau, les sels et les gaz, et d'éléments organiques, tels que les globules et les matières protéiques ; que toutes ces parties constituent dans l'organisme vivant le plasma et les globules ; que l'eau y est également commune aux deux ordres d'éléments ; que les lois de l'équilibre endosmotique ne permettent pas d'admettre une constitution physique différente pour l'eau intra ou extraglobulaire du sang ; que même, d'après les observations de Nasse, de Virchow et de M. Andral, la forme des globules est sensiblement modifiée suivant que le liquide nourricier se trouve plus ou moins riche en eau. Par toutes ces considérations, nous ne croyons pas que les physiologistes puissent reconnaître des vertus particulières à l'eau du plasma ni à celle des globules, ni qu'ils puissent accepter qu'il y ait dans le sang plus d'une espèce d'eau.

Après avoir examiné le procédé d'analyse suivi par M. Parchappe, nous devrions peut-être insister sur les résultats qu'il lui a fournis et que cet auteur a consignés dans son travail ; mais, avouons-le, nous éprouvons ici un grand embarras pour classer les faits mêmes sur lesquels ont porté les recherches entreprises par l'honorable membre correspondant de l'Académie. En effet, peut-on en tirer des conséquences physiologiques et les comparer avec celles qui sont reconnues déjà comme telles dans la science ? Nous ne le pensons pas ; il nous semble que les analyses ont été faites avec du sang pathologique, quel qu'en ait été le degré morbide. Ainsi, nous lisons dans le mémoire même que le sang qui a servi aux 46 expériences, provenait de 19 individus (12 hommes et 7 femmes) qui *étaient atteints d'indispositions légères*, et de 27 individus (13 hommes et 14 femmes) qui avaient des maladies plus ou moins graves. Mais si les *indispositions légères* se rapportent à des états vagues et peu précis, l'expression de *maladies plus ou moins graves* ne nous autorise pas d'avantage à nous prononcer plutôt pour telle affection que pour telle autre, et nous met dans l'impossibilité de savoir si ces résultats consignés dans le mémoire se rapportent à des états aigus ou chroniques, à des pyrexies, à des phlegmasies, etc. Dans cette incertitude, notre critique reste impuissante, et notre tâche s'arrête.

Voilà l'état de la question de l'analyse quantitative des éléments du sang, soulevée à l'Académie impériale de médecine par M. Parchappe ; nous pourrions, après avoir rappelé les faits aux lecteurs de ce journal, poursuivre de notre côté, à notre point de vue, une étude aussi sérieuse et aussi utile ; mais, pour ne pas sortir de notre rôle, nous devons attendre et suivre les débats, si toutefois il plaît à la docte compagnie d'entrer dans cette voie.

B. SCHNEPF.

PHYSIOLOGIE.

NOUVELLES RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES MOUVEMENTS ET LES BRUITS NORMAUX DU COEUR, ENVISAGÉS AU POINT DE VUE DE LA PHYSIOLOGIE MÉDICALE ; par A. CHAUVEAU, chef des travaux anatomiques à l'École impériale vétérinaire de Lyon, et le docteur J. FAIVRE, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

(Suite. — Voir le numéro 24.)

II.

MÉCANISME DES MOUVEMENTS DU COEUR.

1° Des phénomènes fondamentaux du mécanisme du cœur, ou des mouvements essentiels de la contraction et de la dilatation qui déterminent et règlent le cours général du sang. 2° De la diastole générale du cœur. 3° De la systole auriculaire. 4° De la systole ventriculaire. 5° Rhythme des mouvements essentiels du cœur. 6° Effets des mouvements essentiels du cœur

---

traitement mal ordonné, soit faiblesse native des poumons, gardent si longtemps ces toux, que leurs poumons finissent par être très-débilités par les secousses innombrables de la toux. Ces organes deviennent alors impropres à l'assimilation du sang qui leur est apporté pour leur nutrition ; ce sang s'accumule et constitue la plus grande partie des matériaux expectorés par la toux ; les poumons affaiblis deviennent alors en outre le réceptacle des humeurs crues qui leur sont envoyées par les autres parties du corps. A mesure que la maladie fait des progrès, la matière extravasée remplit les vésicules, autour desquelles se forment de petits sacs ou kystes dont la substance passe peu à peu à l'état de pus. Ces kystes s'observent non-seulement dans ce cas ; mais dans tous ceux où il y a extravasation longtemps contenue d'une humeur quelconque ; ils se voient après les ictères de longue durée et les hydropisies ; ils sont l'effet du travail protecteur de la nature.

Quand les poumons sont ainsi pleins de pus, il s'en écoule des courants purulents dans le sang, qui donnent lieu à une sorte de fièvre putride dont les accès débutent à la nuit et dont la crise a lieu dans la matinée par une sueur profuse et débilitante. Enfin, pour compléter le tableau, il survient une diarrhée colliquative qui provient en partie des matériaux putrides versés dans les intestins par les artères mésaraïques, en partie de la perte de tonicité des intestins ; alors la mort est prochaine. Quand la toux a duré longtemps, si le malade commence à suer la nuit, c'est le premier signe de la consomption ; ensuite survient une chaleur hectique qui flétrit le corps du sujet et laisse sur son visage, spécialement sur ses joues, une rougeur vive ; immédiatement après il commence à cracher une matière jaunâtre analogue au pus, mais qui n'est pas du pus. Quand le mal est assez avancé pour que les sueurs nocturnes et la diarrhée colliquative existent en même temps, la maladie est consommée et la mort très-prochaine, quoique le malade ait conservé tout le temps la sérénité d'esprit et se flatte d'une espérance de guérison qui est ordinaire dans cette maladie et qui persiste même jusqu'au dernier moment.

La fréquence des phthisies à Londres tient à ce qu'on y vit dans un brouillard perpétuel, le soleil n'étant pas assez puissant pour dissiper les nuages. A ce brouillard se mêle la fumée produite dans les laboratoires des différentes industries et surtout la fumée sulfureuse du *charbon de mer* dont l'air est rempli. Ces matières passent dans les poumons, s'insinuent dans le sang et produisent de la toux. On ne connaissait point au juste le principe du charbon qui contribue au développement de la phthisie ; mais on sait, parce qu'on le voit et qu'on le sent, que ce combustible contient beaucoup de soufre. Nous avons su de bonne part qu'à Newcastle, il y a plus de consomptions en proportion du nombre des habitants que partout ailleurs. Mais, quoi qu'il en soit, on voit tous les hivers des personnes qui rentrent de la campagne à Londres être prises de toux immédiatement, et ces toux disparaître aussi rapidement qu'elles étaient venues peu de jours après qu'elles ont quitté la ville pour la campagne.

La seconde espèce de phthisie débute dans une saison tout à fait différente, au commencement de l'été. A cette époque, un crachement de sang arrive souvent aux jeunes hommes dont le sang est faible, mais chaud et vif, après un exercice violent ou un excès de boisson. Le malade éprouve un

sur le cours du sang dans l'intérieur de l'organe. 7° Rôle de la systole auriculaire. 8° Rôle de la systole ventriculaire. 9° Jeu des valvules auriculo-ventriculaires pendant cette systole. 10° Vide-t-elle complètement les ventricules? 11° Est-elle isochrone avec la pulsation artérielle? 12° Ne s'accompagne-t-elle pas d'un recul? 13° De la circulation intra-cardiaque pendant la période de diastole générale.

1. — Dans une étude aussi difficile et aussi compliquée que celle des phénomènes dont nous avons à nous occuper, il est impossible d'embrasser d'un seul coup d'œil tous les points de la question. Il faut fixer d'abord les points principaux et les établir solidement, comme base générale de l'analyse.

Pour nous décider sur le choix des phénomènes par lesquels il importe de commencer pour former le noyau de notre étude, rappelons-nous le rôle dévolu au cœur et la marche qu'il suit pour mettre ce rôle à exécution. Organe d'impulsion du sang, il reçoit ce fluide dans ses cavités auriculaires d'abord, puis dans ses cavités ventriculaires, qui le chassent à l'intérieur des canaux artériels. Ce qu'il y a d'essentiel ou de primordial dans les phénomènes physiologiques du cœur, ce sont donc les mouvements de dilatation et de contraction, soit des oreillettes, soit des ventricules, qui provoquent et règlent le cours général du sang. Ouvrez un cheval ou tout autre animal, mettez à nu l'appareil central de la circulation, et ce qui vous frappera tout d'abord dans le jeu de cet appareil, ce seront précisément les mêmes mouvements alternatifs, à savoir : 1° contraction auriculaire qui chasse le sang dans les ventricules; 2° contraction ventriculaire qui pousse le liquide dans les arbres artériels, pendant que les oreillettes se relâchent pour recevoir une nouvelle quantité de sang; 3° relâchement général de l'organe, avec dilatation de ses cavités par le sang qui continue d'y affluer.

Ces mouvements successifs, dont l'ensemble constitue une révolution complète du cœur, seront donc pour nous, en raison de leur importance, les phénomènes fondamentaux de notre étude physiologique. C'est autour d'eux que nous grouperons les phénomènes concomitants dont ils peuvent être considérés comme la cause déterminante. Une révolution du cœur est de si courte durée, et les actes dont elle se compose sont si nombreux que cette distinction préliminaire est absolument indispensable pour assigner sa place à chaque phénomène.

Appliquons-nous donc à élucider d'abord tout ce qui touche aux mouvements essentiels du cœur, mouvements que nous désignerons comme tout le monde par les noms de *systole* et de *diastole* : la systole, pour la contraction; la diastole, pour l'état de repos ou de relâchement du tissu musculaire qui forme les cavités cardiaques. On remarquera que nous n'employons point le mot *dilatation* pour caractériser la diastole. C'est qu'en effet, quoiqu'il y ait toujours dilatation pendant cette période (nous le prouverons plus loin), ce fait est assez difficile à constater à première vue, à ce point même que plusieurs personnes ont pris, sous nos yeux, la diastole pour la systole, et réciproquement, tandis qu'il sera toujours facile de distinguer ces deux états en se fondant sur la tension ou le relâchement des fibres musculaires.

2. — Prenons, avant tout, une idée aussi exacte que possible, de l'état dans lequel le cœur se présente à la fin d'une révolution, c'est-à-dire pendant la période de diastole générale, qui tient en relâchement toutes les fibres musculaires des oreillettes et des ventricules; on comprendra mieux les modifications que subissent ces deux systèmes de cavités, par la systole, pendant une nouvelle révolution.

Ce qui caractérise le cœur, au moment du repos complet dont nous parlons, c'est la mollesse et la flaccidité qui s'emparent de son tissu, non-seulement dans les oreillettes, mais encore dans les ventricules. Aussi voit-on la masse totale du cœur s'affaisser sous son propre poids et celui du sang renfermé dans ses cavités intérieures. Si l'animal que l'on observe est couché sur le côté, l'affaissement se faisant suivant la verticale, aplatira le cœur d'un côté à l'autre; s'il est placé sur le ventre, il y aura dépression de la pointe et de la face antérieure. On pourrait croire que cet affaissement est le résultat de la pression atmosphérique qui s'exerce directement sur le cœur mis à nu, mais on le sent encore quand la poitrine reste intacte et que la main pénètre dans cette cavité par l'abdomen, au moyen d'une incision qui intéresse le muscle diaphragme. Cette flaccidité du cœur a été constatée, pendant toute la durée de la période diastolaire, par les expérimentateurs qui ont opéré dans de bonnes conditions. Ce n'est que dans le cas d'une insufflation mal faite ou insuffisante que le cœur reste gonflé et garde sa turgescence, suite nécessaire de l'asphyxie.

C'est après cette période que survient la systole, non pas simultanément dans tous les points du cœur, mais en deux temps distincts : le premier pour les oreillettes, le second pour les ventricules.

Voyons d'abord la systole auriculaire.

3. — Quand les oreillettes entrent en contraction, ce qui les distingue surtout, c'est la rigidité qu'elles acquièrent brusquement, et que l'on perçoit de la manière la plus ostensible en serrant un appendice entre les doigts. On constate de plus un rétrécissement peu marqué de la masse auriculaire, et un raccourcissement des plus sensibles pendant lequel on voit manifestement l'extrémité libre des oreillettes se rapprocher de leur partie moyenne, en même temps que des rides transversales et onduleuses apparaissent à leur surface. On peut prendre une idée très-exacte de cette dernière disposition en jetant les yeux sur un cœur cuit, où le retrait des fibres auriculaires détermine la formation de rides tout à fait semblables.

La systole auriculaire, quoique brusque et rapide, a cependant une durée très-appréciable qui sera déterminée plus loin. Elle commence évidemment dans les auricules pour se propager au corps des oreillettes, par une sorte de mouvement péristaltique.

4. — La systole ventriculaire s'accompagne de modifications analogues, mais elles sont beaucoup plus apparentes et d'une plus grande importance physiologique.

Citons d'abord la rigidité et la tension qui succèdent à la flaccidité du tissu des ventricules : il y a vraiment quelque chose d'extraordinaire dans cette transformation radicale si instantanée, et l'on ne peut dominer l'étonnement la première fois qu'on est à même de la constater sur un cœur de cheval qui bondit sous la pression de la main.

Parmi les autres phénomènes de la systole ventriculaire, nous avons à signaler les stries qui apparaissent à la surface du cœur, la diminution de grosseur des ventricules, leur raccourcissement et leur mouvement de torsion : toutes choses déjà bien connues et sur lesquelles nous nous arrêterons à peine.

En déclarant que les stries ventriculaires, stries généralement fort

---

sentiment de chaleur et de douleur aux poumons, et si le vaisseau qui est rompu n'est pas promptement cicatrisé, il se produit d'abord une pellicule et ensuite un ulcère à l'orifice vasculaire; cet ulcère augmente peu à peu, et il en vient de jour en jour plus de pus. Les symptômes sont les mêmes que ceux de la première espèce de phthisie, souvent la mort n'arrive aussi dans ces cas que plusieurs années après le début de la maladie.

Une troisième espèce de phthisie est celle qui se montre à la fin des fièvres, quand la matière fébrile se dépose sur le poumon. Alors, à une fièvre essentielle succède une fièvre hectique, produite par la toux qu'excite le dépôt de la matière fébrile dans les poumons; peu de temps après survient une diarrhée mortelle, car on meurt promptement de cette sorte de phthisie, parce que le sang est affaibli par la fièvre antérieure. « Non-seulement les fièvres à leur déclin laissent après elles le tabès; mais il arrive souvent que la fièvre, dès le début, dépose des matériaux dans les poumons. Cela arrive souvent aux jeunes gens robustes, d'un tempérament sanguin, qui se seront négligemment couchés à terre, leur corps étant en chaleur, ou qui auront pris froid à cause de la légèreté de leurs vêtements. Dans ce cas, la toux et les autres symptômes commencent presque au même moment que la fièvre (1). » Les consomptions se produisent aussi chez les enfants après la rougeole et la coqueluche.

Ce sont là les espèces de phthisies les plus communes; il y a des phthisies qui reconnaissent pour cause d'autres maladies, la pleurésie, par exemple, quand elle passe à l'état d'empyème chez des malades qui ne sont pas saignés suffisamment au début, ou les bronchites qui succèdent aux fièvres intermittentes de longue durée.

Il y a aussi une sorte de phthisie qui succède aux évacuations fortes et répétées par la salivation, la sueur et les purgatifs; aux écoulements purulents qui ont lieu dans différentes parties du corps par des orifices fistuleux, à une nourriture insuffisante. Ces diverses causes appauvrissent (*debilitate*) le sang, le rendent impropre à l'assimilation des matériaux réparateurs, les particules impures surchargent la masse du sang; il naît de là une fièvre hectique dont les accès débutent surtout après les repas, des sueurs nocturnes, de la toux, de la diarrhée Les aphtes sont particuliers à cette espèce de phthisie; on rencontre cependant quelquefois ces ulcérations et la douleur de la gorge dans les autres espèces, surtout quand la maladie est avancée.

Quoique ces différentes sortes de phthisies aient quelques symptômes communs, tels que la toux, la fièvre hectique, l'amaigrissement, l'inappétence, les sueurs nocturnes, les douleurs de la gorge, la diarrhée, etc., comme elles procèdent toutes de causes différentes, les indications curatives doivent avoir en vue l'éloignement de ces causes dès les premiers symptômes de la maladie, car celle-ci n'est curable qu'au début. Pour la première sorte de phthisie, la véritable indication doit être d'évacuer et d'extraire du sang les parties humides dont il est surchargé. Dans ce but, nous faisons une saignée du bras de 8 onces au moins, suivant l'âge et le tempérament du malade; le jour suivant nous donnons la potion purgative ordi-

(1) Texte latin.

peu apparentes, se produisent dans le sens des fibres superficielles du cœur, nous aurons tout dit sur leur compte.

Quant à la diminution de grosseur de la masse ventriculaire, c'est un sujet plus intéressant, mais d'une étude moins facile.

Veut-on, en effet, apprécier le volume du cœur par la mesure des diamètres antéro-postérieur et latéral, on se heurte contre un grave obstacle qui provient de la flaccidité des parois ventriculaires, pendant la période de diastole et de l'affaissement qui en résulte. Les diverses modifications que cet affaissement apporte dans la forme du cœur, suivant les positions qu'on a fait prendre à l'animal, ne permettront jamais de comparer absolument l'étendue des deux diamètres que nous avons en vue, pendant la diastole et pendant la systole, remarque déjà faite par M. Beau. On ne peut réellement constater les différences de grosseur que présente la masse ventriculaire dans chacun de ces deux états, qu'en mesurant sa circonférence. On voit alors que les ventricules se rétrécissent d'une manière très-sensible dans leur moitié inférieure, tandis que le rétrécissement est à peine senti vers leur base. L'œil semble même percevoir à ce point une dilatation très-prononcée; car les fibres musculaires des ventricules, en se tendant d'une manière égale sur le sang qu'ils renferment et qu'ils poussent vers leur base, donnent à cette partie du cœur la forme globuleuse. Nous n'oserions même pas affirmer qu'il n'y a point là une véritable dilatation chez l'animal considéré en station quadrupède dans les conditions normales de son existence. Mais chez l'animal préparé pour l'observation du cœur et couché sur le côté, il est sûr pour nous que la base des ventricules, tout en devenant globuleuse, diminue réellement de volume.

Nous arrivons maintenant au raccourcissement que la masse ventriculaire éprouve sous l'influence de la systole, mouvement qui se combine de la manière la plus intime avec ce qu'on a appelé la torsion ou le mouvement spiroïde du cœur. Ces deux phénomènes doivent être étudiés sur un cœur arraché de la poitrine et tenu en suspension, au moyen des doigts, par les troncs des gros vaisseaux; expérience qui sera faite, autant que possible, avec le cœur de jeunes chiens, parce qu'il est moins embarrassant et bat plus longtemps après son excision que celui du cheval adulte. Cette expérience étant convenablement exécutée, on verra, pendant tout le temps que durera la contraction des ventricules, le cœur se raccourcir en effectuant son mouvement spiroïde. Qu'on mette la pointe de l'organe en contact avec un plan horizontal, elle s'en éloignera à chaque systole d'une manière très-manifeste, en se tordant de gauche à droite et d'avant en arrière.

Cette torsion, se propageant de la pointe au corps des ventricules, tourne légèrement à droite la face antérieure du cœur, et la face postérieure à gauche; mais ce dernier déplacement est beaucoup moins prononcé que le premier.

On admet encore généralement que la pointe du cœur est déviée en avant pendant son mouvement spiroïde. Nous reconnaissons la possibilité de cette déviation sur un cœur excisé, dont les cavités sont encore distendues par la présence du sang, mais nous osons affirmer qu'elle ne s'observe jamais sur le cœur qui bat en place dans sa cavité péricardienne. Cette prétendue déviation de la pointe du cœur a fait l'objet d'un grand nombre de recherches parce qu'on la croyait indispensable à la production du choc précordial. On verra plus loin que le phénomène reconnaît une autre cause. Aussi la discussion de ces recherches devient-elle tout à fait inutile. Nous aurons cependant l'occasion d'y revenir.

5. — Tels sont les mouvements systolaires et diastolaires du cœur étudiés isolément dans leur mode de manifestation. Il nous reste à faire connaître leur rhythme, c'est-à-dire leur succession et leur durée, question grave et très-controversée, dont la solution une fois mise en lumière nous éclairera d'une manière heureuse, quand nous voudrons élucider les autres points obscurs de la physiologie du cœur.

Nous avons vu en commençant qu'une révolution du cœur se divise, sous le rapport des mouvements essentiels qui la constituent, en trois périodes bien distinctes: la première caractérisée surtout par la systole des oreillettes, la seconde par la systole des ventricules, la troisième par une diastole commune aux deux systèmes des cavités du cœur. C'est en suivant cet ordre simple, logique et naturel que nous établirons le rhythme des mouvements du cœur; c'est-à-dire qu'une révolution commencera pour nous avec la période de systole auriculaire, et se terminera avec la période de diastole générale. Plusieurs physiologistes font débuter chaque révolution avec la systole ventriculaire, poussés en cela par le désir de faire coïncider le premier temps de la révolution avec le premier bruit perçu par l'auscultation cardiaque. Sans anticiper ici sur la question des bruits, nous ferons remarquer qu'on ne gagne rien pour la clarté de l'exposition à cette coïncidence, et qu'on y perd tout au point de vue de l'ordre et de la méthode. Avec notre marche, celle de presque tout le monde, nous ne séparons point, par le temps de repos, les deux systoles du cœur, ces deux phénomènes si intimement liés l'un à l'autre; de plus, nous suivons le cours normal du sang à travers les cavités auriculaires et ventriculaires. En est-il de même avec le système opposé, qui établit une coupure arbitraire entre les deux mouvements de systole, et qui prend le cœur pour inaugurer une révolution, au moment où le sang a déjà parcouru la moitié de son trajet dans les deux loges cardiaques?

Nous sommes donc fixés sur la succession des trois périodes d'une révolution; achevons de faire connaître ce qui touche à cette succession, c'est-à-dire au rhythme des mouvements essentiels du cœur, en les étudiant dans leurs rapports réciproques; ou, en d'autres termes, comparons-les au point de vue de leur durée relative.

Pour arriver à faire comprendre notre manière de voir sur cet important sujet, nous commencerons par citer l'observation d'un de nos chevaux d'expérience, chez lequel les mouvements alternatifs du cœur se succédaient suivant le rhythme le plus simple. Nous avons pu suivre, en effet, ces mouvements, en battant une mesure à quatre temps pendant chaque révolution. Le premier temps était rempli par la systole auriculaire, avec diastole des ventricules; le second, par la systole ventriculaire, avec diastole des oreillettes; les deux derniers, par la diastole générale. Autrement dit, une révolution du cœur étant supposée divisée en quatre temps égaux, les deux systoles occupaient les deux premiers temps, et le repos de l'organe les deux derniers. Or le cœur exécutait quarante révolutions par minute (c'est le nombre moyen chez les solipèdes en santé); chacune d'elles durait, par conséquent, une seconde et demie, et chaque temps de la mesure, 3/8 de seconde. Ce dernier chiffre représente donc la durée de la systole auri-

---

naire; nous la répétons les deux jours suivants, et le soir du troisième jour, nous donnons au malade *syr. de meconis* une once *in aq. lactis aut in dec. pectorali*. Alors les préparations pectorales peuvent être employées; avant cette époque il ne faut pas compter sur leur efficacité pour la guérison des malades; car elles allégent seulement les symptômes et ne détruisent pas la cause du mal, soit qu'il s'agisse d'épaissir ou d'atténuer le phlegme. Nous croyons que l'usage des préparations pectorales dès le début et la négligence des évacuations nécessaires ont été funestes à un grand nombre de malades qui eussent été délivrés de leur affection si les évacuants avaient été employés à temps. On perd quelquefois tant de temps par l'usage insignifiant des adoucissants qu'enfin les poumons du malade s'affaiblissent par les secousses répétées de la toux, que les kystes ou sacs anormaux (*unnatural cystides or baggs*) se forment, et que la texture et les fonctions des poumons sont altérées. C'est pour cela que nous croyons nécessaire, aussitôt que les évacuations ont eu lieu, d'arrêter la toux pour empêcher un plus grand affaiblissement des poumons, et nous ne connaissons rien qui agisse, dans ces cas, avec plus d'efficacité que le sirop d'opium. Nous employons ordinairement, dans ces cas, la formule suivante: *Dec. pector.*, 1 livre; *syr. capill. ven., de mecon.*, āā 2 onces; *M. et capiat æger cochl., ter in die.*

Ce remède pris ainsi mettra un obstacle ici à la toux que les poumons pourront par le repos recouvrer leur force en peu de jours (pourvu qu'ils ne soient pas affaiblis outre mesure), et conséquemment la matière qu'ils contiennent pourra être portée à une coction suffisante. Il faut remarquer ici qu'en s'en rapportant à l'opium pour la guérison, il faut avoir accompli les trois conditions suivantes: 1° qu'un nombre suffisant d'évacuations générales aient été faites; 2° que le sang ne soit pas assez affaibli qu'il ne puisse conserver le bénéfice de l'emploi de l'opium qu'à la condition d'en continuer l'usage; 3° qu'il n'y ait pas de gêne respiratoire.

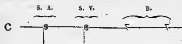
Par cette méthode, nous avons guéri beaucoup de personnes. Quand elle n'a pas réussi, comme dans certains cas, l'exercice du cheval longtemps continu dans un bon air (ce qui rafraîchit les poumons et le sang pris de chaleur hectique) n'a jamais manqué son effet.

Quoique cet exercice ait réussi dans l'hypocondrie et dans d'autres maladies, il est plus opportun encore dans la phthisie que dans les autres cas, car, par les succussions répétées du ventre inférieur où sont situés la plupart des émonctoires glandulaires, ceux-ci fonctionnent mieux en ayant leur chaleur naturelle élevée, et le sang est ainsi dépuré ou en quelque sorte fouetté de nouveau. Dans des voyages, les malades n'auront pas besoin d'observer un régime particulier, ils pourront manger et boire suivant leur appétit, ils auront seulement soin d'avoir toujours du linge sec, car l'humidité ramènerait la maladie.

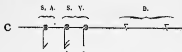
Chez ceux qui ont été ainsi guéris de la phthisie, j'ai vu plus d'une fois une tumeur volumineuse analogue aux gonflements scrofuleux se montrer au cou après la guérison; ces tumeurs ont suppuré dans quelques cas et ont donné issue à une quantité considérable de pus; je pense qu'elles provenaient de quelques particules viciées du sang que la nature ne pouvait pas maîtriser et qui, par l'exercice du cheval, ont pu s'accumuler dans les parties les plus aptes à les recevoir.

culaire chez notre sujet d'expérience, comme aussi celle de la systole ventriculaire.

Mais cette grande simplicité ne s'observe point constamment dans le rhythme des battements du cœur; elle fait, au contraire, exception. Ordinairement la durée des deux systoles est bien égale à la moitié de la durée totale de chaque révolution. Mais la contraction auriculaire n'occupe point tout le premier temps de chaque mesure; elle cesse avant le commencement du deuxième temps; et les ventricules, de leur côté, n'attendent même pas la fin de la systole des oreillettes pour commencer leur contraction. En sorte que si nous voulions représenter le rhythme des mouvements du cœur pendant une révolution avec les signes de la durée musicale, nous n'emploierions point la notation suivante :



mais bien celle-ci :

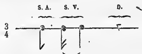


Voilà le rhythme normal des battements du cœur chez le cheval.

Arrêtons-nous un moment sur ce chapitre; car notre opinion est peu en rapport avec les idées généralement admises, et ne pourra manquer de causer quelque surprise. En effet, on a presque toujours singulièrement raccourci la durée de la systole des oreillettes; M. Beau a pu avancer même qu'il est presque impossible de distinguer le mouvement auriculaire du mouvement ventriculaire tant la succession est rapide, et il a fait partager sa manière de voir par les meilleurs esprits. Les expérimentateurs en général, surtout ceux des comités de Dublin et de Philadelphie, lui donnent raison, du reste, sur ce point; car ils n'ont reconnu à la systole auriculaire qu'une durée presque insignifiante. Ces expérimentateurs accordent, en outre, une durée plus considérable à la systole des ventricules, et une beaucoup moindre au temps de repos ou de diastole générale. Tâchons d'expliquer ces dissidences. Et d'abord qu'on n'oublie pas que nous avons expérimenté sur le cheval adulte, celui de tous les animaux domestiques dont le cœur bat le plus lentement, celui qui se trouve ainsi dans les meilleures conditions pour l'observation des mouvements de cet organe. Rappelons encore qu'après l'ouverture de la poitrine, grâce à notre mode opératoire, le rhythme de chaque révolution s'était maintenu sans accélération bien au delà du temps nécessaire pour son étude attentive. Or les expérimentateurs qui nous ont précédé n'ont fait que de très-rares expériences sur les chevaux adultes. L'immense majorité des animaux sur lesquels ils ont opéré se faisaient remarquer soit à cause de leur espèce, soit à cause de leur âge, par une grande précipitation des battements du cœur, précipitation qu'augmentait encore l'imperfection du procédé d'expérimentation. En faut-il davantage pour expliquer la différence de nos résultats, et ne serait-il pas plus étonnant si nous nous étions exactement rencontrés?

Du reste, tout le monde le sait, rien n'est plus variable que le rhythme des mouvements du cœur chez le même animal, aussitôt qu'il éprouve la moindre influence perturbatrice. Dans nos expériences, nous avons observé des nuances en nombre infini, surtout à l'époque de nos débuts, alors que nous n'avions pas encore acquis l'habitude de notre mode opératoire, ou même pendant nos meilleures observations, quand le cœur était déjà depuis un certain temps exposé au contact de l'air. Ainsi nous trouvons dans nos notes la relation d'un véritable rhythme à deux temps, presque semblable à celui que l'on constate le plus souvent chez la grenouille : systole auriculaire, puis systole ventriculaire, avec un repos à peine indiqué entre deux révolutions successives. Nous remarquons encore, dans nos observations, un grand nombre de cas dans lesquels le dernier temps du repos était supprimé à chaque révolution. Nous citerons, en revanche, une singulière prolongation de ce temps de repos; nous copions textuellement nos notes : « ..... Vers la fin de l'expérience, le nombre des révolutions du cœur a un peu diminué, et la succession des deux systoles a lieu d'une manière extrêmement rapide; en sorte que la durée d'une révolution étant divisée en huit temps égaux, les systoles n'occupent encore que les deux premiers temps. » Nous pourrions multiplier ces exemples; mais à quoi bon encombrer notre discussion par des faits que nous savons pertinemment être le résultat d'une expérimentation défectueuse?

Il nous reste à démontrer maintenant que l'on peut calculer, approximativement du moins, le rhythme des mouvements cardiaques chez l'homme, d'après les observations faites sur le cheval. Cette démonstration ne nous demandera ici que quelques mots, parce qu'elle se fera d'elle-même quand nous exposerons l'histoire des bruits. Rappelons seulement ici que ces bruits se succèdent chez l'homme par un rhythme à trois temps. Or dans les circonstances assez nombreuses où il nous a été possible de constater cette mesure pour les bruits cardiaques chez le cheval, le rhythme des mouvements se marquait également par trois temps, et c'était sur la durée de la période de diastole générale que portait la suppression du quatrième temps. Ce fait nous autorise donc à noter comme ci-dessous le rhythme des mouvements du cœur de l'homme :



Les observations que nous avons faites sur plusieurs chiens, dont le

---

Je suis convaincu que si un médecin avait un remède pour la phthisie de valeur égale à l'équitation, il pourrait aisément gagner toute la fortune qu'il voudrait. J'ai ordonné cet exercice à beaucoup de gens pour guérir les consomptions, et je puis dire que je n'ai échoué que dans très-peu de cas. Quoique la phthisie soit une maladie plus grave que les autres, quoiqu'elle soit très-commune (les deux tiers des personnes qui meurent de maladies chroniques meurent de phthisie), cependant, par ce moyen elle guérit plus sûrement que beaucoup de maladies moins graves, à condition toutefois que la durée du voyage soit proportionnée à l'âge du malade et à la durée de l'affection. Un homme âgé et chez lequel la maladie dure depuis longtemps ne peut pas espérer guérir aussi rapidement qu'un homme jeune atteint depuis peu de temps. Il faut aussi que l'équitation soit accompagnée d'un changement de localité, car le changement d'air et de régime sont aussi importants que l'exercice lui-même. Je ne doute pas que ceux qui, pour se guérir, de la phthisie, voyagent à l'étranger, ne puissent arriver à la même fin en voyageant dans leur propre pays, à condition de changer souvent de localité. Les femmes et les hommes affaiblis qui ne peuvent voyager à cheval, peuvent se faire transporter en voiture et arriver par ce moyen à la guérison, comme j'en ai acquis l'expérience.......

— Par décret impérial du 16 juin, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique et des cultes, M. Alquié, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par arrêté, en date du 25 juin 1856, M. le docteur Depaul est nommé directeur adjoint du service de la vaccine à l'Académie de médecine.

— Par arrêté en date du 1er juillet 1856, de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, M. Michaud, suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble, a été nommé professeur adjoint de pathologie interne à ladite École, en remplacement de M. Albin Gras, décédé.

— Par décret impérial, en date du 1er juillet 1856, rendu sur la proposition de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, une chaire spéciale de zoologie est créée à l'École supérieure de pharmacie de Paris.

M. Valenciennes, membre de l'Institut, professeur du Muséum d'histoire naturelle, est nommé professeur titulaire de zoologie à l'École supérieure de pharmacie de Paris.

— Par décrets du 28 juin, rendus sur la proposition du ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, ont été promus ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Chevallier, membre du conseil de salubrité du département de la Seine; Deval, ancien médecin des épidémies dans le département du Puy-de-Dôme.

Au grade de chevalier : MM. Mongin-Montrol, médecin des épidémies à Langres; Vosseur, docteur-médecin à Paris; Chappotin de Saint-Laurent, docteur-médecin à Paris.

pouls n'était guère plus accéléré que celui de l'homme, nous confirment dans cette manière de voir.

6. — Jusqu'à présent nous n'avons étudié que la diastole et la systole considérées *en elles-mêmes*. Envisageons-les maintenant sous le rapport de leur effet utile. Cette étude embrassera l'influence qu'exercent les mouvements du cœur sur le cours du sang, à l'intérieur même de l'organe, et toutes les considérations qui s'y rattachent.

Suivons, pour traiter ce nouveau sujet, l'ordre de succession des trois périodes qui composent une révolution complète du cœur, et voyons d'abord ce qui se passe pendant la période de systole auriculaire.

7. — Quand les oreillettes sont sur le point d'exécuter leur systole, quoique flasques et affaissées, elles sont arrivées à leur plus haut degré de plénitude. Leur contraction a pour effet de déverser leur contenu dans les ventricules. Mais tout le sang des oreillettes prend-il cette voie ouverte devant lui? Évidemment non : une petite portion reflue par les orifices veineux, et il en reste une notable quantité dans les cavités auriculaires.

Le reflux par les veines se comprend à la seule inspection de la disposition anatomique que présentent ces canaux en s'abouchant avec les oreillettes. C'est un phénomène assez fréquent chez le cheval en santé (du moins dans le cœur droit), très-peu marqué quand la respiration s'exécute librement, et qui apparaît de la manière la plus manifeste aussitôt qu'elle se trouve gênée par une cause quelconque. On le voyait fort bien sur nos chevaux d'expérience, quand l'asphyxie était imminente, et que les cavités auriculaires étaient distendues et gonflées par l'accumulation du sang, qui en est la suite ordinaire.

L'aspect extérieur des oreillettes démontre déjà qu'elles ne se vident point complétement. Mais on peut s'en convaincre directement : il suffit d'introduire le doigt par une petite plaie dans l'une des cavités auriculaires, et l'on sent alors parfaitement qu'elles contiennent encore une assez grande quantité de sang.

Cette dernière expérience prouve encore que la systole auriculaire ne communique au fluide sanguin qu'une bien faible impulsion. En effet, le doigt maintenu au niveau de l'orifice auriculo-ventriculaire, ne sent point le frottement du sang, au moment de la contraction de l'oreillette, ce qui aurait lieu si l'impulsion était vigoureuse. L'expérience qui consiste à couper la pointe du cœur, pour ouvrir les deux ventricules par leur fond, amène exactement la même conclusion, car le sang ne s'échappe des ouvertures artificielles du cœur, sous forme de jet, qu'au moment de la systole ventriculaire; il s'écoule en nappe pendant la contraction des oreillettes.

Ainsi donc, dans le premier temps d'une révolution du cœur, les cavités auriculaires diminuent de capacité, et chassent le sang dans les ventricules, qui se dilatent plus ou moins à l'arrivée de cette nouvelle ondée.

8. — Voyons maintenant ce qui se passe dans le deuxième temps, c'est-à-dire pendant la systole des cavités ventriculaires.

Le sang qu'elles contiennent, pressé de toutes parts par le raccourcissement des fibres musculaires, tend à s'échapper par les ouvertures qui se trouvent à sa portée, c'est-à-dire les orifices artériels auriculo-ventriculaires. Or, il est clair que les soupapes qui garnissent ces derniers se relèveront pour fermer ces orifices et s'opposer au reflux du sang dans les oreillettes. Les orifices artériels s'ouvrant, au contraire, sous la pression du sang qui soulève les valvules sigmoïdes, c'est par cette voie que la double ondée sanguine s'échappera pour se propager dans toute l'étendue des arbres artériels. Mais passera-t-elle entièrement dans ces deux système des canaux? Mais cette ondée, chassée comme une balle dans un canon de fusil, ne produira-t-elle point sur l'appareil qui lui imprime l'impulsion, un contre-choc analogue à celui de l'arme à feu?

Comme on le voit, le deuxième temps d'une révolution du cœur, ou la période de systole ventriculaire, est surchargée de phénomènes concomitants dont l'étude soulève les questions les plus intéressantes. Comment jouent les valvules mitrale et triglochine? Les ventricules se vident-elles complétement à chaque systole? Les pulsations artérielles sont-elles isochrones avec la contraction des ventricules? Y a-t-il recul du cœur pendant ces contractions? Voilà les questions posées; attachons-nous à les résoudre.

9. — Le jeu des valvules auriculo-ventriculaires a été minutieusement décrit par M. Parchappe dans le bon ouvrage qu'il a publié sur la structure et les mouvements du cœur. Sa description a été généralement adoptée. Voici comment M. Bérard l'expose dans son COURS DE PHYSIOLOGIE : « On se figure assez généralement qu'elle (la valvule auriculo-ventriculaire) se redresse de manière à devenir perpendiculaire à l'axe du ventricule, et parallèle au plan de l'orifice auriculo-ventriculaire qu'elle bouche alors; on se la figure même tendue, comme une cloison, entre la cavité de l'oreillette et celle du ventricule. Il n'est pas possible de se faire une idée plus fausse du curieux mécanisme de cette valvule. On oublie qu'au moment de la systole, l'orifice auriculo-ventriculaire est rétréci, et qu'il n'y a plus de place en cet endroit pour y *tendre* une membrane. Bien loin qu'il en soit ainsi, le canal que forme la valvule, devenu beaucoup trop large pour la cavité réduite du ventricule, et séparé d'ailleurs de la paroi ventriculaire par la nouvelle direction que le sang reçoit au moment de la systole, se fronce, se plie et ferme ainsi sa cavité. M. Parchappe, qui s'est appliqué à exposer le mécanisme, a décrit avec une scrupuleuse exactitude la position que prennent, dans cet état de plicature, et les languettes et les radiations tendineuses, et les diverses portions des bords onduleux de la valvule. »

Cet exposé du jeu des valvules auriculo-ventriculaires est loin de concorder avec nos propres observations. C'est tout un ingénieux roman auquel nous allons essayer de substituer une histoire véritable, la vieille histoire du redressement des valvules. Que l'on introduise le doigt dans une oreillette, la droite, par exemple, et que l'on explore l'orifice auriculo-ventriculaire, on sentira, au moment même où les ventricules entrent en contraction, les valvules triglochines *se redresser, s'affronter par leurs bords, et se tendre au point de devenir convexes par en haut, de manière à former un dôme multiconcave au-dessus de la cavité ventriculaire*. Ce fait curieux est extrêmement facile à constater. Tous les spectateurs qui ont suivi nos expériences ont pu palper la surface convexe formée par chaque valvule et les sillons qui marquent le lieu de leur juxta-position. Tous ont pu même engager l'extrémité du doigt entre les trois valvules, vers le point central qui les réunit, et ils ont éprouvé alors une pression circulaire très-sensible. Nous admettons néanmoins, avec M. Parchappe, le resserrement de l'orifice auriculo-ventriculaire, mais dans des limites beaucoup plus restreintes; pour nous, cet orifice se resserre assez pour permettre l'affrontement marginal des valvules, mais pas plus. Cet affrontement est, du reste, aussi parfait que possible. Il intercepte toute communication entre la cavité veineuse et la cavité artérielle : l'observation extérieure du cœur le démontre, à elle seule, suffisamment; car l'œil ne perçoit aucun reflux des ventricules vers les oreillettes.

10. — Cette disposition des valvules auriculo-ventriculaires pendant la systole inférieure du cœur nous enseigne assez que les ventricules ne peuvent se vider complétement pendant cette systole. Il existe en effet, à la fin de ce mouvement, sous la voûte valvulaire du cœur gauche et du cœur droit, une cavité conique qui contient encore une certaine quantité de sang. On peut s'en assurer par l'exploration directe, au moyen du doigt introduit par l'orifice auriculo-ventriculaire, ou même par l'examen extérieur des ventricules, lesquels, nous l'avons dit, se montrent gros et globuleux à leur base.

11. — Le sang n'est donc point lancé en totalité dans les artères à chaque mouvement de systole. L'ondée qui pénètre alors dans ces canaux ne laisse cependant pas que d'être considérable. C'est elle, on le sait, qui, par la force impulsive dont elle est animée, produit la pulsation artérielle. On conçoit que l'élasticité des parois des artères ne permette pas à cette force impulsive de développer ses effets dans tous les points du corps à la fois; d'où un retard du choc artériel sur la systole des ventricules, retard d'autant plus long que les vaisseaux dans lesquels il se fait sentir sont plus éloignés du cœur. Ce sujet a déjà été très-bien étudié; nous n'y reviendrons que pour faire une simple remarque, à savoir que ce retard est plus prononcé qu'on ne le croit généralement : il se fait sentir déjà dans la carotide et l'artère brachiale; dans les artères digitales du membre postérieur, il est si prolongé qu'on le perçoit souvent en même temps que le deuxième bruit du cœur, c'est-à-dire quand la durée de la systole ventriculaire s'est entièrement écoulée. Ce retard, du reste, peut être plus ou moins marqué, suivant les sujets.

12. — Quant à la question de savoir si le cœur peut éprouver un mouvement de recul dans le sens de sa longueur, c'est-à-dire de sa base à sa pointe, pendant la systole ventriculaire, on la résout bien vite par l'affirmative, lorsqu'on jette un coup d'œil sur les conditions dynamiques qui président à la projection de l'ondée sanguine dans le système artériel. L'effort contractile qui détermine cette projection développe, en effet, sur la surface intérieure du cœur, une pression proportionnelle à l'intensité de la systole; et comme, en vertu de la loi physique, cette pression est plus faible au niveau des orifices artériels chargés de donner écoulement au sang, le point de paroi opposé à ces orifices, c'est-à-dire la pointe du cœur, supporte un excès

de pression qui peut entraîner l'organe dans le sens de son grand axe, c'est-à-dire lui imprimer un mouvement de recul, le cœur étant suspendu librement dans le sac fibro-séreux qui l'enveloppe, par les troncs élastiques des gros vaisseaux. C'est une vue logique exposée récemment par MM. Faton et Hiffelsheim, et surtout très-ingénieusement développée par ce dernier; vue purement théorique, du reste (1), et combattue par plusieurs auteurs qui ont prétendu prouver (aussi théoriquement) que le cœur ne doit pas reculer. Or la question n'est pas de savoir si le fait *peut* ou *ne peut pas* être, mais s'il *est* véritablement, et c'est à l'expérimentation de la résondre.

Il est clair que si ce mouvement de recul n'avait pas lieu, l'extrémité des ventricules devrait remonter vers les oreillettes, pendant la systole inférieure, comme dans l'expérience du cœur excisé et sorti de la poitrine, la pointe de l'organe étant libre et sa base fixée par les gros vaisseaux. Eh bien! il n'en est rien. Pour s'en convaincre expérimentalement, il suffit d'explorer le cœur avec la main introduite par l'abdomen à travers le diaphragme : on sent alors le sommet du cône ventriculaire rester constamment en rapport avec le fond du sac péricardien. On peut encore ouvrir la paroi latérale de la poitrine d'un cheval, et saisir avec l'œil lui-même le mode de locomotion du cœur. Non-seulement alors on constate que l'extrémité des ventricules ne remonte point vers la masse auriculaire en abandonnant la paroi thoracique, mais on voit même quelquefois cette extrémité se porter très-légèrement en arrière vers l'appendice xyphoïde, sans s'éloigner ou se rapprocher sensiblement de la face supérieure du sternum. Il y a donc un recul : ceci est hors de doute. Reste à savoir comment il s'exécute. La pointe du cœur n'allant pas vers la base, et les ventricules se reconnaissant comme on l'a vu, *il faut nécessairement que la base aille vers la pointe, et c'est effectivement ce qui a lieu.* A chaque systole ventriculaire, la scissure coronaire qui sépare les oreillettes des ventricules s'abaisse vers l'extrémité du cœur, tantôt plus, tantôt moins, suivant les sujets, mais toujours d'une manière très-manifeste, pendant que les troncs artériels s'allongent en se courbant davantage. Cet abaissement n'a pas lieu d'une manière égale dans tous les points de la circonférence du cœur; il est beaucoup plus prononcé en avant et à gauche qu'en arrière et à droite, et il imprime ainsi à la base de l'organe un balancement souvent très-étendu qui ramène la partie antérieure et gauche vers la pointe des ventricules.

Ce balancement reconnaît deux causes qu'il suffit de signaler pour faire comprendre leur mode d'action : 1° la position des orifices artériels, en avant et à gauche de la base des ventricules, position dont l'influence se comprend sans aucune explication; 2° l'arrangement des fibres unitives qui enveloppent en avant le ventricule droit. Comme M. Verneuil l'a démontré depuis quelques années, ces fibres étant plus longues que les faisceaux postérieurs du cœur, elles doivent produire un plus grand raccourcissement de la paroi antérieure de l'organe; il est vrai que M. Verneuil concluait de cette proposition rigoureusement démontrée (anatomiquement parlant) que la pointe du cœur est déviée en haut et en avant pendant la systole ventriculaire, tandis que nous savons maintenant que c'est la base du viscère, malgré sa fixité, qui va au devant de la pointe (2).

Chez l'homme, les choses doivent se passer exactement de la même manière, puisque son cœur se présente dans les mêmes conditions anatomiques que celui des autres mammifères, avec cette différence néanmoins que la pointe de l'organe, au lieu de regarder vers le diaphragme, comme dans les carnassiers, ou de reposer sur la face supérieure du sternum, comme chez les solipèdes se trouve, déviée à gauche de la ligne médiane, et arrive en regard du cinquième espace intercostal pendant que la base est renversée à droite du sternum. Aussi le recul du cœur de l'homme doit-il tendre à diriger son effet suivant une ligne oblique de droite à gauche et de haut en bas, le grand axe du cœur ayant précisément cette direction. C'était surtout en vue de l'étude de ce recul que nous avions tenu à expérimenter sur le singe, à cause des affinités de conformation qui rapprochent cet animal de l'espèce humaine. Voici la relation de notre expérience: « La face antérieure du cœur étant mise à nu, cet organe se montre à nos yeux exactement disposé comme chez l'homme, avec cette variante néanmoins qu'il n'est pas placé obliquement en travers du sternum, mais qu'il affecte une direction presque verticale dans le plan médian du corps. A chaque systole ventriculaire, on voit la pointe rester en place tout en exécutant son mouvement spiroïde, et la base s'abaisser de la manière la plus évidente, en avant presque exclusivement. A la fin de l'expérience, l'animal étant sur le point de mourir, les mouvements du cœur sont singulièrement affaiblis; on peut remarquer alors que la pointe du viscère remonte légèrement vers la base, au début de chaque mouvement du systole pour être ramenée ensuite, par le recul, à sa position normale, d'une manière presque instantanée.

Que d'erreurs ont été accumulées les unes sur les autres dans cette importante question du mouvement de déplacement qu'éprouve le cœur pendant la systole ventriculaire! Aussi renonçons-nous à les discuter, en raison de l'étroitesse de notre cadre, pour nous renfermer purement et simplement dans notre affirmative.

13. — Nous en sommes venus enfin à exposer ce qui arrive pendant la troisième période d'une révolution du cœur, c'est-à-dire pendant la diastole générale ou la *pause*.

Le cœur tombe alors dans un état purement passif qui permet aux troncs artériels, grâce à leur élasticité, de ramener la base de l'organe par en haut, en détruisant ainsi l'effet du recul, ce qui produit, à chaque nouvelle révolution du cœur, un mouvement de va-et-vient d'autant plus étendu que l'hématose se fait avec plus de régularité, et que les cavités droites se vident plus complétement pendant la systole ventriculaire.

Au moment où cette systole va finir, les ventricules, ou se le rappelle, contiennent encore une petite quantité de sang accumulée à leur partie supérieure, sous les valvules mitrale et tricuspide. Or il est clair que la diastole survenant alors, le sang se répandra uniformément dans toute l'étendue des cavités ventriculaires; il est clair également que celui qui a été versé dans les oreillettes dès l'instant où elles ont cessé leur systole, c'est-à-dire pendant le deuxième temps, coulera de lui-même dans les ventricules après l'abaissement des valvules auriculo-ventriculaires; il est clair enfin que les veines continuant à écouler leur contenu dans les oreillettes pendant toute la durée des deux derniers temps, le trop-plein se déversera dans ces mêmes cavités ventriculaires, par les ouvertures largement béantes qui se trouvent devant lui. Toutes ces propositions, dont l'exactitude est facile à vérifier sur l'animal, sont si bien en harmonie avec les lois de l'hydrostatique, que nous sommes étonnés qu'elles aient pu rencontrer des contradicteurs.

Tel est le mécanisme des mouvements du cœur étudiés sur l'organe mis à nu. Ces mouvements se traduisent à l'extérieur, chez l'animal vivant et non mutilé, par deux phénomènes qu'il nous reste à examiner : nous voulons parler des *bruits* et du *choc*.

(La suite au prochain numéro.)

(1) M. Hiffelsheim voudra bien nous excuser si nous regardons son exposé du recul du cœur comme une vue purement théorique démontrée seulement par le raisonnement. Nous sommes de ceux qui ne peuvent se résoudre à considérer le jeu de ses appareils en caoutchouc comme de la *physiologie expérimentale*.

(2) Ce mouvement rétrograde de la base du cœur n'a pas été rapporté à la même cause par toutes les personnes qui l'ont vu dans nos expériences. M. le docteur Desgranges n'y voit pas exclusivement l'effet du recul. Il pense que les gros troncs artériels dilatés par l'afflux du sang repoussent la base du cœur pour se faire la place qui leur est nécessaire.

Nous devons dire, pour être justes, que l'ouverture du péricarde diminue généralement l'étendue de ce mouvement, surtout à gauche, sans doute parce que la dilatation de l'artère pulmonaire peut se faire alors aisément sans refouler la base du ventricule droit.

PHYSIOLOGIE THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR L'ACTION PHYSIOLOGIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DU CHLORATE DE POTASSE; lue à la Société de biologie par M. ISAMBERT.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

DEUXIÈME PARTIE.

ÉTUDE CLINIQUE.

Nous allons maintenant passer en revue les différentes maladies dans lesquelles le chlorate de potasse a été employé. Analysant brièvement les faits publiés par les observateurs qui nous ont précédé, et rapportant ceux que nous avons recueillis nous-même, nous tâcherons de nous rendre compte du degré d'utilité et du mode d'action de ce médicament. Nous laisserons de côté les anciennes applications du chlorate de potasse à la syphilis, au scorbut, etc., etc., parce que nous ne l'avons pas employé nous-même dans ces maladies, et nous prendrons pour point de départ le mémoire de Henri Hunt publié en 1847.

GANGRÈNE DE LA BOUCHE.

Hunt rapporte qu'il a employé, pendant près de vingt ans, le chlorate de potasse dans la gangrène de la bouche, avec le succès le plus invariable, pourvu que l'enfant ne fût pas trop épuisé.

« Ses bons effets, dit-il, se manifestent souvent dès le lendemain, et » presque toujours dès le second jour. L'odeur désagréable de l'haleine » diminue bientôt, les ulcères reprennent de meilleurs caractères, » l'écoulement de la salive est moins abondant, et, s'il n'y a qu'une » simple ulcération, elle guérit rapidement; s'il y a une escarre, elle » se répare promptement, et la surface bourgeonne facilement. »

Malheureusement, si l'on examine avec soin les descriptions de Hunt, on arrive à douter qu'il ait toujours eu affaire à de véritables gangrènes de la bouche, et qu'il n'ait pas souvent confondu cette affection avec la stomatite ulcéro-membraneuse, où en effet le chlorate de potasse donne les résultats les plus remarquables et les plus constants. Ainsi, sur les quatre observations qu'il rapporte, la deuxième n'est pas du tout une gangrène bien caractérisée, et la quatrième, recueillie par M. Hawkins, est évidemment une stomatite ulcéro-membraneuse.

West, qui distingue bien cette maladie de la gangrène de la bouche, dit, en parlant de cette dernière maladie, qu'il a essayé le chlorate dans deux cas sans aucun résultat, mais que le docteur Burrows a guéri complétement deux enfants par ce moyen.

M. Babington (de Dublin) a employé aussi, en 1853, le chlorate dans une épidémie de gangrène de la bouche, mais ses descriptions laissent aussi douter s'il ne s'agit pas de la stomatite couenneuse.

Nous n'avons pas eu nous-même, dans le courant de l'année dernière, d'occasion de traiter par ce médicament des gangrènes de la bouche bien caractérisées et d'un caractère grave; cependant nous pouvons citer deux cas dans lesquels le chlorate a été administré. Dans le premier, il s'agit d'un enfant de 2 ans, atteint de bronchite et de diarrhée chronique depuis six mois, pris depuis quinze jours de stomatite couenneuse, qui ne tarda pas à prendre un caractère gangréneux. On employa le chlorate de potasse à l'intérieur et les cautérisations avec l'acide chlorhydrique fumant. L'enfant mourut le quatrième jour sans soulagement apparent.

Dans le second, il s'agit d'un enfant de 3 ans, atteint de bronchite et de diarrhée chronique, consécutive à une fièvre typhoïde déclarée deux mois auparavant, et qui présenta, le 7 février dernier, un gonflement considérable, et un endurcissement de la lèvre supérieure, avec ulcération noirâtre de la gencive et fétidité extrême de l'haleine. On employa le chlorate de potasse et le quinquina à l'intérieur, se bornant à toucher les gencives avec du jus de citron; la guérison fut obtenue en trois ou quatre jours. L'enfant succomba plus tard aux progrès d'une tuberculisation pulmonaire arrivée au troisième degré.

D'après ce qui précède, nous croyons que le chlorate de potasse a une action utile dans la gangrène de la bouche, mais que de nouvelles observations sont nécessaires pour en bien spécifier les cas et le mode d'action.

STOMATITE MERCURIELLE.

Ce sont MM. Herpin (de Genève) et Blache (1) qui ont les premiers, en France, signalé l'action utile du chlorate de potasse contre la stomatite mercurielle. Ces médecins rapportent deux observations de stomatites mercurielles, développées dans le cours d'une méningite et d'une angine couenneuse traitées par le mercure. La maladie fut guérie, dans un cas, en cinq jours; dans l'autre, en trois jours. Du second au troisième jour on note une amélioration notable, l'haleine est moins fétide, la bouche moins douloureuse, le gonflement des gencives et la salivation diminuent; du troisième au cinquième jour tout rentre dans l'état normal.

Ces résultats ont été pleinement confirmés par les faits de M. Demarquay (2), qui a publié six observations recueillies chez des adultes.

M. Bergeron (3) a essayé cette médication dans deux cas où il n'a pas obtenu des résultats aussi marqués, mais nous sommes heureux de pouvoir invoquer ici le témoignage de M. Gubler, et celui de M. Adolphe Richard entre les mains desquels ce traitement a fort bien réussi.

Je n'ai observé pour mon compte que deux cas de stomatite mercurielle, développée incidemment chez des enfants soumis à un traitement par le calomel. Les résultats ont été conformes à ceux des observateurs que je viens de citer; j'ajouterai seulement, comme un des premiers signes de l'amélioration produite par le chlorate de potasse, le retour rapide des gencives à la teinte rose normale, bien différente de la teinte livide qu'elles présentent dans la stomatite mercurielle; l'ulcération du bord gingival peut persister quelques jours encore, mais le changement de couleur de la muqueuse est l'indice d'une amélioration, qui coïncide ordinairement avec la diminution de la douleur, de la tuméfaction des gencives et de la salivation.

M. Lasègue (communication orale) a employé le chlorate de potasse contre la stomatite mercurielle, mais d'une autre manière, sous forme de gargarismes et de collutoires concentrés. Il fallait employer des liqueurs chauffées à 30 ou 40°, car le chlorate est peu soluble à froid. Le succès a été le même que par l'administration de ce sel à l'intérieur.

Enfin, M. Herpin soulève une question importante, celle de savoir si ce sel aurait une action sur les accidents généraux de l'hydropisie, ou s'il n'agit que sur la stomatite: les faits manquent encore pour décider la question. Les analogies que nous avons reconnues entre le chlorate et l'iodure de potassium peuvent faire penser qu'en effet le chlorate pourrait agir contre l'intoxication mercurielle en général.

STOMATITE ULCÉRO-MEMBRANEUSE.

Nous adopterons ici, avec MM. Rilliet et Barthez, le nom de stomatite ulcéro-membraneuse pour désigner la maladie que l'on a nommée stomatite couenneuse, stomatite ulcéreuse, stomatite diphthéritique, parce que ce nom exprime bien, conformément à ce que nous avons observé chez les enfants, la nature mixte de cette maladie: il y a, en effet, une ulcération et une pseudo-membrane, bien qu'un assez grand nombre de nuances puissent en faire varier l'aspect; tantôt c'est l'aspect ulcéreux qui prédomine, tantôt c'est la pseudo-membrane. Quoi qu'il en soit, c'est une affection très-rebelle, qui n'a aucune tendance à guérir d'elle-même, et qui récidive très-facilement, quand on est parvenu à la modifier par le traitement.

West a le premier employé le chlorate de potasse à l'intérieur contre cette maladie (1), et le succès a été si constant et si rapide qu'il se borne exclusivement à ce moyen. Le docteur Henoch, en Allemagne (2), et le docteur Chanal (de Genève), cité par M. Herpin, ont aussi obtenu des succès dans les mêmes cas.

Les premiers faits publiés en France sont dus à M. Blache.

« Sur onze enfants atteints de stomatite ulcéro-membraneuse, dit ce » médecin, six ont été traités par les cautérisations avec l'acide chlorhydrique, ou par le chlorure de chaux; la durée moyenne du trai» tement a été de vingt jours; cinq ont été traités par le chlorate de » potasse; en cinq ou six jours la guérison a été complète, et il n'y » a pas eu de récidives. »

Ces faits furent bientôt confirmés par deux observations de M. Barthez (3), et par l'excellent travail de M. Bergeron (4), qui observa de nombreux cas de stomatite ulcéreuse à l'hôpital militaire du Roule, et obtint les succès les plus marqués dans 21 cas, dont il publie 12 observations, et par M. Crémy, qui observait dans les mêmes conditions (5).

Enfin, M. Aquilla Smith (de Dublin) a publié au mois de juin dernier un cas analogue (6).

J'ai recueilli pour mon compte 8 observations qui, confirmant les résultats généraux obtenus par les praticiens que nous avons cités, présentent cependant quelques détails sur lesquels il convient d'insister.

C'est d'abord la possibilité de la récidive, déjà constatée par M. Barthez, contrairement aux premières observations de M. Blache: la récidive est cependant beaucoup moins fréquente en employant le chlorate que par toute autre médication. Il est utile de prolonger quelque temps l'usage du médicament après la chute de la fausse membrane. C'est ensuite l'impuissance du chlorate de potasse contre la syorrhée alvéolo-dentaire, cette affection ulcéreuse du bord gingival, avec sécrétion purulente sortant de l'alvéole, lorsque l'on comprime la gencive. C'est encore l'inutilité des cautérisations au début, très-manifeste

(1) BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE, 1855, t. XLVIII, p. 26 et p. 124.
(2) *Ibid.*, p. 437.
(3) NOTE SUR L'EMPLOI DU CHLORATE DE POTASSE DANS LA STOMATITE ULCÉREUSE. Paris, 1855.

(1) LECTURES ON THE DISEASES OF INFANCY AND CHILDHOOD, p. 355.
(2) DEUTSCHE KLINICK, n° 3, 1856, et REVUE MÉDICO-CHIRURG. de Paris, t. IX, p. 232.
(3) BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE, t. XLVIII, p. 371.
(4) Déjà cité.
(5) Voir Bergeron, p. 42.
(6) DUBLIN HOSPITAL GAZETTE, et BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE, t. XLVIII, p. 558.

dans les observations de M. Bergeron, et la modification rapide que le chlorate imprime à la muqueuse buccale.

En effet, dès le second jour, et quelquefois dès la fin du premier, la muqueuse perd sa coloration violacée pour prendre une couleur rose de bonne nature. Le bord déchiqueté de la fausse membrane se régularise, la tuméfaction des parties diminue, bientôt la fausse membrane se détache sur les bords, et du troisième au cinquième jour, elle tombe quelquefois définitivement, quelquefois pour être remplacée par une autre d'un diamètre plus petit. L'ulcération diminue en même temps que la fausse membrane, son excavation disparaît, sa surface revient sur le même plan que le reste de la muqueuse.

Souvent l'ulcération guérit en même temps que la fausse membrane tombe; d'autres fois elle reste encore excoriée pendant quelques jours, mais guérit rapidement; enfin, d'autres fois elle reste absolument stationnaire, et le chlorate de potasse paraît tout à fait sans action sur elle. La muqueuse présente alors en ce point une surface dénudée de son épiderme, tantôt légèrement excavée, tantôt, au contraire, légèrement boursouflée et tomenteuse. En général, lorsqu'elle est dans cet état, l'ulcération diminue dans l'un de ses diamètres, et tend à prendre la forme d'un liséré linéaire qui constitue une petite ulcération rebelle, laquelle a une grande tendance à devenir le point de départ d'une récidive, si l'on suspend le chlorate de potasse. Ce sel, pris à l'intérieur, n'amène pas la cicatrisation de cette ulcération linéaire; on en vient à bout, en général, par deux ou trois cautérisations avec la pierre. Le chlorate en solution concentrée, et appliqué localement sur l'ulcération, a eu une action favorable dans un cas. Quand tout est cicatrisé, la muqueuse a repris son aspect ordinaire, sauf quelques tractus pâles de tissu cicatriciel que l'on observe quelquefois.

La durée moyenne du traitement dans nos huit cas a été de trois à cinq jours pour amener la chute des fausses membranes, et de cinq à dix pour amener la guérison. Quand la guérison a tardé plus longtemps, c'est qu'il y a eu récidive ou bien complication de pyorrhée alvéo-dentaire. Ces chiffres s'accordent parfaitement avec les moyennes admises par MM. West, Blache et Bergeron.

Dans nos observations, le chlorate a été administré à la dose de 2 à 4 grammes, dans celles de M. Barthez à la dose de 0,50 à 0,60 seulement. La dose ne paraît pas avoir eu d'influence sur la rapidité de la guérison dans ces différents cas. Les faits de M. Bergeron prouveraient cependant qu'il peut y avoir utilité à élever les doses, lorsque la cicatrisation se fait attendre. La dose a peut-être aussi quelque importance au sujet de la récidive, mais de nouvelles expériences sont nécessaires pour juger la question.

M. Herpin avait pensé que le chlorate de potasse pourrait bien être un spécifique des maladies de la bouche, d'après les succès obtenus contre la stomatite ulcéreuse et la stomatite mercurielle. Ce que nous savons de son élimination rapide par la salive, et la muqueuse buccale montre que cette idée n'a rien d'irrationnel.

Toutefois, c'était à l'expérience clinique à prononcer. Quelques expériences ont été faites sur d'autres maladies de la bouche.

APHTHES.

Les aphthes vésico-ulcéreux constituent généralement une affection très-bénigne qui guérit par le traitement le plus simple. Il est quelques cas où cependant les ulcérations aphtheuses, très-nombreuses et très-confluentes, deviennent très-douloureuses pour le malade, gênent considérablement son alimentation, s'accompagnent d'un état général plus ou moins grave et sont très-longues à guérir.

Nous avons essayé le chlorate dans un cas de cette nature avec un succès complet.

MUGUET.

M. Legroux a bien voulu, à notre prière, expérimenter le chlorate dans plusieurs cas de muguet déclarés épidémiquement dans son service de nourrices à l'Hôtel-Dieu. Ce sel n'a paru produire aucune action favorable, mais ces expériences m'ont donné l'occasion de constater sur deux nourrices, au moyen des réactifs, que le chlorate passe rapidement dans la sécrétion lactée, et pourrait être administré de cette manière aux enfants à la mamelle.

SCORBUT.

Quelques faits appartenant à M. Frémy montrent que le chlorate a une action favorable sur le scorbut. Voilà les modernes revenus, par une série d'idées bien différentes, à une des premières maladies pour lesquelles on ait d'abord préconisé le chlorate, dans la théorie de la désoxydation de ce sel dans l'économie.

(La fin au prochain numéro.)

CLINIQUE MÉDICALE.

RAPPORT SUR LES MALADIES QUI ONT SÉVI SUR L'ARMÉE D'ORIENT PENDANT LES MOIS D'OCTOBRE, NOVEMBRE, DÉCEMBRE 1855 ET JANVIER 1856; par M. Aug. Haspel.

(Suite et fin. — Voir les nos 16, 17 et 23.)

Dans ce quadrimestre nous avons vu le scorbut sous toutes les formes qu'il peut revêtir; dans la plupart des cas il s'est présenté avec des symptômes tellement caractéristiques qu'ils ne sauraient échapper à l'œil même le moins exercé, tandis que, mélangé à d'autres maladies, dénaturé, défiguré par elles, il offre des détails, des secrets, des nuances qui peuvent se dérober longtemps à une observation sérieuse.

C'est ainsi que le scorbut peut modifier profondément les maladies régnantes; qu'il se cache quelquefois sous l'apparence d'affections locales dont l'origine peut laisser du doute et de l'hésitation dans l'esprit. Que de sagacité dans ces cas le médecin ne doit-il pas avoir alors pour apprécier avec justesse la nature, l'essence intime de ces maladies!

Pneumonie scorbutique. — La cachexie scorbutique, comme dans les trimestres précédents, a donc encore imprimé son cachet aux maladies accidentelles qui sont venues pour ainsi dire se teindre dans la constitution morbide individuelle.

C'est pendant les mois de novembre surtout que les viscères de la poitrine chez les scorbutiques sont devenus le siége de mouvements fluxionnaires. La diathèse scorbutique imprimant à la fluxion sa nature spéciale, la médication devait être subordonnée à la considération de l'état général; aussi est-ce dans l'appréciation des phénomènes généraux de ces maladies que nous trouvâmes la source des véritables indications thérapeutiques. C'était aussi dans les mêmes circonstances, la pratique des anciens, de Huxham, par exemple.

« Nous avons vu, dit-il, un grand nombre de ces pneumonies parmi » les matelots qui venaient de faire de longues croisières ou quelques » expéditions en Amérique; il est étonnant combien le pouls et les » forces des malades s'affaiblissent après la saignée; j'ai vu quelquefois avec chagrin et étonnement de grandes anxiétés, des syncopes, » des sueurs froides et l'intermittence dans le pouls succéder à cette » espèce d'évacuation, même au commencement de la fièvre et lorsque le pouls paraissait fort et vigoureux. Il conseille dans ces pneumonies du bon cidre, du bon vin trempé avec du suc d'orange ou de » limon bu chaud et qui excite l'expectoration, dans quelques cas, du » sirop diacode, le sagou, les panades, les pommes cuites, les fruits de » la saison tels que fraises, framboises, oranges, groseilles, etc. Les » aliments, ajoute Huxham, deviennent ainsi des remèdes. . . . . . » Les vésicatoires ont été rarement utiles et souvent funestes. »

Pour nous, localisateurs, avec notre médecine composée de pièces et de morceaux, comme l'habit d'Arlequin, qui ne voyons jamais l'ensemble, pour qui l'organe malade est tout ce qu'il faut connaître, il nous suffit de savoir qu'un malade a une pneumonie pour être en mesure de la traiter parfaitement sans nous inquiéter si elle est sous l'influence d'une diathèse quelconque, du scorbut, par exemple; nous avons l'habitude de ne reconnaître le scorbut que dans certains tissus; s'il existe partout ailleurs, nous ne le reconnaissons plus, c'est pour nous autre chose. Tant que la maladie reste bornée aux membres, aux gencives, on ne manque pas de l'appeler scorbut; mais cette congestion vient-elle à se manifester sur le poumon, on lui donne le nom de *pneumonie*, *d'inflammation du poumon*, comme si ce n'était pas une véritable congestion scorbutique. Dans ces cas, le sang engorge les poumons, comme chez les scorbutiques il engorge le tissu des gencives. De telles lésions participant de la nature de la cachexie n'ont pas certes la gravité de la pneumonie ordinaire et peuvent expliquer certains résultats thérapeutiques merveilleux. On ne saurait donc trop insister sur ce point important, que certaines affections cachent, sous l'apparence insidieuse des phénomènes inflammatoires, un génie spécial qu'il faut savoir reconnaître et dont le diagnostic, il est vrai, est souvent obscur et difficile pour qui considère ces maladies isolément, mais dont l'étude de l'ensemble éclaire la véritable signification.

Dyssenterie scorbutique. — La dyssenterie n'est souvent qu'un des moyens dont dispose la cause morbide pour se traduire au dehors; elle n'est donc ici qu'une chose secondaire, qu'un symptôme; ce n'est plus

une maladie à part ayant sa vie propre indépendante, mais un membre dont l'importance se perd dans celle du tout auquel il est complétement subordonné.

Les lésions propres au scorbut peuvent ausi se montrer dans la substance nerveuse encéphalique. M. Barby, médecin principal à Péra, m'a fait voir dans le cerveau d'un scorbutique de véritables ecchymoses et de petits épanchements sanguins très-multipliés qui criblaient certaines parties de l'encéphale.

Bronchites. — Les malades étaient promptement soulagés quand, à la suite d'un vomitif, on leur administrait un narcotique; la toux et les accidents qu'elle détermine (point pleurétique) disparaissaient subitement ou au moins avaient perdu cette intensité qui fatiguait le malade et ensuite cessaient graduellement.

Maladies complexes. — Rarement les maladies que nous avons signalées se sont montrées dans toute leur simplicité; la plupart étaient plus ou moins compliquées; la diathèse scorbutique, le typhus surtout, sont venus fréquemment se mêler à celles-ci pour les aggraver ou les empreindre d'une physionomie étrange.

Pour décrire les maladies, on a une sorte de tableau officiel où figurent certains types dont le public médical a une idée fort nette; on ne sort pas de là; il faut tout y rattacher; et si parfois on se borne alors à indiquer comment telle maladie est composée de tel ou tel élément morbide étranger, c'est pour séparer les différents ordres d'éléments morbides dont la maladie complexe se compose; on traite chacun d'eux à part, comme une simple addition, au lieu de les considérer comme un tout formé d'éléments multiples dont la combinaison fait son originalité, sa vie et sa thérapeutique spéciale.

DES MALADIES CONSIDÉRÉES DANS LEUR ENSEMBLE.

En général, les maladies qui ont régné pendant ce quadrimestre n'ont présenté ni acuité, ni franche allure; peu ou point de troubles généraux, peu de guérisons spontanées, une réaction difficile, une marche languissante, des terminaisons incertaines, une tendance visible à la chronicité, une convalescence longue, pénible; des sujets prêtant peu à une médication énergique. Un fait qui frappera surtout l'attention du médecin des armées, c'est la marche lente, chronique, de la plupart des maladies; elles revêtent fréquemment cette physionomie dès le premier jour de leur apparition, et la conservent tout le temps de leur durée. Des congestions sanguines s'effectuent avec une remarquable facilité sur divers points des muqueuses surtout abdominales; une fois produites, ces congestions ne finissent plus; elles persistent à l'état chronique, et sont souvent suivies d'ulcérations et de désorganisations diverses, qui ne se guérissent qu'avec la plus grande difficulté et par des moyens souvent opposés à ceux qu'on nomme *antiphlogistiques*.

L'armée forme une grande individualité qui veut être étudiée à part dans sa santé comme dans ses maladies. Le mot *médecine militaire* était autrefois synonyme de médecine physiologique; la doctrine de l'irritation, née dans les camps, avait dû faire de nombreux adeptes, surtout dans les camps; mais ces temps sont déjà bien éloignés de nous, et la nouvelle génération, plus instruite, plus expérimentée, s'inspirant d'idées plus exactes sur le véritable caractère des maladies des armées, a senti la nécessité d'une médication le plus souvent opposée; c'est l'expérience, juge en dernier ressort de toutes les théories, c'est l'expérience qui a converti tous les praticiens.

Lorsque la doctrine de Brown fut apportée en Allemagne vers l'année 1795, les bons résultats, dans l'armée, de la méthode thérapeutique excitante chez des hommes le plus souvent affaiblis par les fatigues et les misères de la guerre, contrastèrent tellement avec les mécomptes et les malheurs de la méthode antiphlogistique, que le conseil de santé des armées autrichiennes, justement effrayé des ravages produits parmi les troupes par une hygiène débilitante et la méthode antiphlogistique, imposa aux médecins militaires l'obligation formelle de la remplacer par l'emploi des toniques et des excitants; en effet, dans les maladies des armées, la soustraction de certains éléments du sein de l'organisme n'est plus la condition essentielle du rétablissement des fonctions; il ne s'agit pas d'appauvrir des liquides animaux trop riches, mais de prévenir la dissolution des humeurs. Il ne s'agit pas de retrancher des forces en excès, mais de soutenir les forces en action, de relever l'organisme souvent frappé d'une sorte d'impuissance radicale à l'aide des boissons stimulantes et fortifiantes.

CAUSES DES MALADIES QUI ONT SÉVI SUR L'ARMÉE D'ORIENT.

En 1855, des maladies nombreuses et épidémiques, qui ont affaibli la constitution de ceux qu'elles n'ont pas tués, un hiver cruel stoïquement supporté, plus de 10 lieues de tranchées creusées sur un sol ingrat, des combats incessants, des positions conquises pas à pas, et par conséquent des fatigues inouïes; une activité dévorante. L'homme est habitué dès l'enfance au bienfaisant repos de la nuit; les factions, les grand'gardes, les travaux nocturnes dans les tranchées, tout concourt à troubler son sommeil. Au dehors, les vents sifflent avec furie, des rafales terribles ébranlent les tentes et menacent à chaque instant de les renverser; le canon fait entendre toutes les nuits des bruits étranges et sinistres qui remplissent les âmes les plus courageuses de funèbres pressentiments; des pluies torrentielles filtrent à travers le seul et faible abri où il peut reposer sa tête. L'inquiétude du présent, l'inquiétude du lendemain, les émotions fébriles du combat auquel il ne semble échapper que pour se mesurer avec cet autre ennemi bien plus cruel encore, la maladie; parfois des excès qui épuisent les forces et usent l'influx nerveux au détriment de la nutrition. Une saison humide et rigoureuse, des vents froids, la privation de feu, des boissons d'eau impure, la malpropreté, le défaut de viandes fraîches, d'herbages et d'aliments tirés des végétaux; l'entassement dans des lieux humides, obscurs et mal tenus; la rigueur du climat qui retient l'homme dans son étroite retraite, comme l'assiégé dans son fort, et ne permet que difficilement le renouvellement de l'air, qui se vicie et verse de toutes parts autour de lui son subtil poison. Enfin, la vie est si dure, si pénible, que l'homme ne semble plus avoir d'autre occupation que de se défendre contre les intempéries de l'air et les rigueurs du climat.

C'est au milieu de ces rudes épreuves, au milieu de cette vie de luttes permanentes, de souffrances et de privations qu'ont pris naissance les maladies que je viens de décrire; il y a donc pour le soldat en campagne une variété d'éléments nuisibles, une foule de principes perturbateurs, une succession d'accidents qui compliquent singulièrement ses maladies.

Lors donc que, dans la recherche des tristes événements pathologiques qui ont signalé le séjour de nos troupes en Crimée, on voudra, à travers le mélange des causes morbides, saisir les véritables éléments étiologiques, on sera inévitablement conduit à les étudier en masse, sauf à faire la part de quelques-unes d'entre elles dans la production de certaines maladies spéciales; car, dans les armées, l'influence des causes particulières a beaucoup moins d'importance; les causes générales sont infiniment plus à considérer; la plupart de celles-ci semblent agir de la même manière en enlevant à l'individu la force suffisante pour résister aux influences morbifiques; insensiblement les tempéraments se dégradent, les actes physiologiques s'affaiblissent, et dans cette tourmente, l'état morbide survient.

Cependant, au milieu de cette multiplicité de causes, il en est une qu'il faut isoler, c'est l'infection miasmatique; c'est elle qui a donné naissance à une maladie spéciale, le typhus. Toutes les causes de détérioration que nous avons énumérés peuvent bien produire des maladies diverses, mais ni ensemble, ni séparément elles ne sont capables de déterminer l'affection typhique; sans cela on observerait le typhus partout où il y a des causes de débilité, tandis qu'au contraire on ne constate jamais cette dernière maladie que là où existent les miasmes animaux. Ce ne sont pas seulement les émanations putrides qui s'échappent des cadavres de chevaux, de mulets, etc., accumulés autour des camps, mais particulièrement les miasmes humains qu'exhale une foule condensée sous les tentes, où la ventilation, en hiver, est complétement négligée, et qui sont bien autrement formidables que la putréfaction des corps morts.

TABLEAU DES MALADIES TRAITÉES DANS MON SERVICE.

Congélation des membres. .	65
Fièvre intermittente.	18
— typhoïde.	3
Typhus.	129
Diarrhées.	63
Dyssenteries.	4
Angines scorbutiques.	17
— couenneuses. . . .	14
Scorbut.	231
Bronchites.	14
Pneumonies.	3
Pneumonies scorbutiques. . .	24
Pleurésies.	2
Rhumatismes musculaires. . .	3
— névralgiques. .	4
Variole.	5
Anasarques.	2
Ascite.	1
Maladies diverses.	23

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION DE KYSTE SÉREUX DU PALAIS, recueillie par M. le docteur SAUCEROTTE (de Lunéville), communiquée par M. le docteur PARMENTIER.

Depuis la publication de mon mémoire sur les tumeurs de la région palatine, j'ai reçu une lettre d'un de nos confrères, M. le docteur Saucerotte (de Lunéville), lettre dans laquelle il a l'obligeance de me communiquer une observation de kyste séreux du palais, guéri par une injection iodée; je m'empresse de la publier.

OBS. —Madame G... (de Lesay), âgée de 50 ans environ, d'une bonne constitution, vint me consulter au printemps de 1855, pour une tumeur qu'elle présentait à la région palatine, tumeur qui, par son volume, gênait la mastication et causait de vives inquiétudes à la malade.

Cette tumeur, du volume d'un demi-œuf de pigeon, s'étendait sur la moitié droite de l'os palatin, depuis la partie postérieure de la seconde incisive jusqu'au milieu du palais, sans dépasser la ligne médiane. Sa consistance était fluctuante, élastique, la coloration de la muqueuse normale; l'os palatin, déprimé par la présence du kyste, présentait à gauche une légère saillie sous forme de crête. Pas de douleur.

En même temps, on observait une carie des deux incisives droites, qui avait causé à la malade d'assez vives souffrances. Soupçonnant la présence d'un abcès, je conseillai l'extraction des deux dents malades.

L'opération, pratiquée à quelques mois de distance, n'amena aucun changement dans la tumeur. Le médecin qu'elle consulta à la campagne lui recommanda de ne pas laisser toucher à la tumeur, menaçant madame G..., si elle était opérée, d'une perforation palatine.

Nonobstant ce conseil, madame G... consentit à l'opération que je lui proposai, et qui fut pratiquée le 30 décembre 1855.

La tumeur, vidée à l'aide d'un fin trocart à canule, laissa écouler une sérosité jaunâtre, sur laquelle surnageaient quelques yeux de graisse.

Une injection d'eau pure ayant lavé la surface interne du kyste, je poussai dans la cavité un mélange à parties égales de teinture d'iode et d'eau additionnée d'iodure de potassium. Une partie s'écoula au dehors au bout de quelques minutes, le reste fut abandonné dans le kyste. Les phénomènes ordinaires consécutifs aux injections iodées eurent lieu, et aujourd'hui, six mois après l'opération, la guérison est parfaite. Il existe à l'emplacement de la tumeur un épaississement sous-muqueux, et la crête formée par la dépression de l'os palatin, petites difformités qui n'apportent aucune gêne aux fonctions des mâchoires.

Une précaution à prendre dans les cas de ce genre, c'est de recouvrir la langue d'un linge ou d'un tissu imperméable, pour éviter le contact inévitable et très-désagréable du liquide injecté sur les papilles linguales.

Je pense que, dans les kystes séreux semblables à celui dont M. Saucerotte rapporte l'observation, on devra imiter la conduite de notre confrère, mais s'il s'agissait d'un kyste séreux du voile du palais, l'excision de la tumeur devrait être préférée, à cause de la profondeur de son siége. Quand à un kyste séreux développé dans l'épaisseur de l'apophyse palatine du maxillaire supérieur comme celui du maxillaire inférieur que j'ai vu dans le service de M. le professeur Malgaigne en 1852, il faudrait, comme l'a fait ce professeur, ouvrir la tumeur à l'aide d'un couteau-serpette, la vider et la tamponner avec de la charpie.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENTS.

I. REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI

(GAZETTE MÉDICALE DE MONTPELLIER).

Les numéros du mois d'octobre 1855 au mois de mars 1856 contiennent les mémoires originaux suivants : 1° *Suite des remarques sur le choléra de Morseille en* 1855; par M. Sirus-Pirondy. 2° *De l'administration de la strychnine par la méthode endermique dans certains cas de paralysie, suite d'hémorrhagie cérébrale*; par M. Fallot. 3° *Notice sur les épidémies de suette et de choléra qui ont sévi à Marseillan (Hérault) en* 1849 *et* 1855, *et sur l'influence qu'exercèrent les émanations putrides dans la première de ces épidémies*; par M. Bruno-Arnaud. 4° *De l'emploi extérieur de la moutarde noire*; par M. A. T. Chrestien. 5° *Abcès énorme de l'ovaire droit; guérison*; par M. Artaud (de Gondron, Gers). (Quatre mois après le commencement de la maladie, le pus se fraya une voie à travers le vagin. M. Artaud pense que cette ouverture spontanée a été favorisée par l'application de deux vésicatoires sur la tumeur. La malade a fini par guérir à la suite de l'usage des eaux de Baréges.) 6° *Observations sur l'emploi de la belladone dans des cas d'iléus et de constipation opiniâtre*; par M. Fiessinger. (Ce travail, emprunté au JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES, renferme quatre observations de guérison rapide. La belladone fut administrée en pilules à la dose de 15 à 20 centigr. par jour, en frictions sur le ventre et en lavements ou sous forme de suppositoire, 1 gramme sur 3 grammes d'un excipient gras.) 7° *Sur l'action modificatrice que les venins peuvent exercer dans certains états morbides*; par M. Télèphe-Desmartis (de Bordeaux). 8° *Observation de tremblement nerveux ou choréique intermittent chez une jeune fille de 12 ans*; par M. Liégey (Guérie par le quinquina.) 9° *De la prétendue dégénérescence physique et morale de l'espèce humaine déterminée par le vaccin*; par M. Charles Anglada. 10° *De la spongéopiline et de ses usages en thérapeutique*; par M. Gallerant, chirurgien de la marine impériale. (On nomme ainsi une espèce de feutrage lâche en laine, mêlé de quelques minces morceaux d'éponge, et destiné, après avoir été mouillé, à remplacer les cataplasmes ordinaires.) 11° *De l'ulcération de la fourchette et de ses rapports avec les affections du col utérin, d'après les leçons de M. Sirus-Pirondy*; par M. Blanc. 12° *Considérations pratiques sur les crampes des nourrices*; par M. J. Verdier. 13° *Observation de hernie étranglée réduite à l'aide du chloroforme en respiration*; par M. Ebrard (de Nîmes). 14° *Sur l'emploi du suc de citron, comme moyen de prévenir et de guérir le scorbut*; par M. Gallerand. 15° *Occlusion du vagin et rétention prolongée des règles, causées par l'imperforation de la membrane hymen; guérison spontanée par rupture de cette membrane*; par M. Laffite. 16° *De la compression médiate des artères comme moyen de traitement des anévrismes*; par M. Marcellin Duval. (Extrait de son TRAITÉ DE L'HÉMOSTASIE en voie de publication.) 17° *Bons effets des antipériodiques et particulièrement du sulfate de quinine dans certains cas de zona; rôle critique, complication et transformations de cette maladie*; par M. Liégey. 18° *Considérations sur les diarrhées chroniques observées dans les hôpitaux de Cette*; par M. Barthès. 19° *Observation de cachexie mercurielle combattue avec avantage à l'aide des acides végétaux*; par M. J. Verdier. 20° *Du choléra considéré au point de vue de sa récidive*; par M. Tourrel. (L'auteur conclut, d'après ses propres observations, que le choléra, précisément parce qu'il est une maladie contagieuse, est sujet à la récidive.) 21° *Mémoire sur l'emploi de la teinture alcoolique d'arnica comme moyen préventif, et de l'alcoolature d'aconit comme moyen abortif de l'inflammation consécutive à l'opération de la cataracte*; par M. Amable Cade (du bourg Saint-Andéol, Ardèche).

DE L'ADMINISTRATION DE LA STRYCHNINE PAR LA MÉTHODE ENDERMIQUE DANS CERTAINS CAS DE PARALYSIE, SUITE D'HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE; par le docteur FALLOT, médecin à Saint-Laurent-d'Aigouze (Gard).

Depuis que les observations de Fouquier, confirmées par celles de MM. Andral, Rostan, Cruveilhier, Trousseau, Pétrequin (voy. GAZ. MED., 1838), etc., ont prouvé que les préparations de noix vomique, ou son alcaloïde. pouvaient guérir des paralysies avec plus de certitude que tout autre médicament, leur emploi est devenu pour ainsi dire banal dans ces circonstances; mais il ne faut cependant compter sur leur efficacité que dans les cas où l'épanchement sanguin cérébral peu abondant a pu se résorber assez promptement, sans avoir produit de trop grands désordres dans les centres nerveux. M. Fallot a eu aussi l'occasion d'avoir recours avec succès à la strychnine dans la paralysie; mais il prétend avoir reconnu à ce médicament une activité plus grande quand il était administré par la méthode endermique. Il en a porté la dose depuis 1/8 de grain jusqu'à 3/4 de grain appliqués à la fois sur la surface d'un vésicatoire. Il cite, à l'appui des avantages de ce mode d'emploi, deux observations dans lesquelles l'hémiplégie ne s'est guérie (première observation) ou notablement amendée (seconde observation) qu'après le pansement avec la strychnine d'un ou de plusieurs vésicatoires. Dans ces deux cas, les malades avaient pris l'alcaloïde en pilules jusqu'à la dose d'un demi-grain sans une modification bien apparente dans la marche de la maladie.

DE L'ULCÉRATION DE LA FOURCHETTE ET DE SES RAPPORTS AVEC LES AFFECTIONS DU COL UTÉRIN, d'après les leçons cliniques du docteur SIRUS-PIRONDY, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Marseille; par le docteur BLANC.

On sait quelle divergence d'opinion existe parmi les syphiliographes

les plus célèbres, sur la nature des écoulements du col utérin, et combien sont incertains les signes diagnostiques propres à faire reconnaître si la leucorrhée est virulente ou bénigne. M. Sirus-Pirondy croit avoir trouvé un signe pathognomonique à peu près infaillible, qui vient lever toutes les difficultés. Voici en quoi il consiste. Le chancre du col utérin peut revêtir, suivant lui, deux formes : la première, qui est aussi la plus rare, est celle du chancre huntérien; la seconde est connue sous le nom collectif d'érosions, de granulations du col. La variété la plus commune de la seconde forme est celle qui offre une ulcération superficielle, rougeâtre, qu'on dirait produite par une ablation de la membrane muqueuse; ces ulcérations présentent cette particularité constante, c'est qu'elles pénètrent dans le col, de telle sorte qu'elles semblent provenir de son intérieur. Eh bien! dans cette forme, lorsque l'affection du col est vénérienne, *on trouve toujours sur la fourchette* (l'exception est très-rare) *une ulcération* ou granuleuse ou superficielle avec sécrétion puriforme, ou bien enfin affectant les caractères du chancre huntérien. L'ulcération de la fourchette manque, au contraire, complétement si la maladie du col et l'écoulement ne sont pas syphilitiques.

M. Blanc termine son intéressant mémoire par les conclusions suivantes, qui en résument parfaitement toute la portée pratique :

1° Le meilleur et même l'unique signe pour diagnostiquer l'écoulement virulent de celui qui est bénin, c'est l'*ulcération de la fourchette*.

2° Le chancre du col (forme huntérienne) existe sans ulcération à la fourchette.

3° La forme la plus connue (celle de la seconde variété) peut également exister sans ulcération à la fourchette, mais *c'est la grande exception*.

4° Les écoulements mucoso-purulents du col déterminent, lorsqu'ils sont *virulents, des ulcérations à la fourchette*.

5° Les affections non virulentes du col sont toujours sans ulcération de la fourchette.

6° Jamais il n'existe d'ulcération de la fourchette sans affection du col.

7° Souvent des chancres à la fourchette sont entretenus, pendant un temps très-long, par des affections virulentes du col.

Nous avons cru devoir donner un peu d'étendue à cette analyse, afin d'engager les praticiens à vérifier un signe dont l'importance ne peut être méconnue au point de vue de la thérapeutique et souvent du repos des familles.

SUR L'EMPLOI DE LA TEINTURE ALCOOLIQUE D'ARNICA COMME MOYEN PRÉVENTIF, ET DE L'ALCOOLATURE D'ACONIT COMME MOYEN ABORTIF DE L'INFLAMMATION CONSÉCUTIVE A L'OPÉRATION DE LA CATARACTE; par M. AMABLE CADE, de Bourg-Saint-Andéol (Ardèche).

A la suite des opérations de la cataracte, les praticiens se mettent toujours en garde contre le développement éventuel d'une inflammation oculaire qui viendrait en compromettre le succès. Les moyens préventifs auxquels on a communément recours sont la saignée générale, les irrigations continues d'eau fraîche, les préparations belladonées, la diète, etc. Telle est aussi la thérapeutique que M. Amable Cade a suivie après ses opérations de cataracte; mais ayant eu un certain nombre de revers (30 sur 168 succès), dus à l'inflammation traumatique de l'œil, il a cherché si l'arnica et l'aconit ne lui offriraient peut-être pas quelque avantage, soit pour prévenir, soit pour faire disparaître les accidents inflammatoires. Ces deux agents, introduits par lui dans la thérapeutique oculaire depuis 1855 seulement, lui ont déjà fourni de précieux avantages, « car je puis, dit l'auteur, soutenir sans exagération que je n'ai vu survenir ces accidents consécutifs le jour même de l'opération, que *sept fois* sur trente-deux, au lieu de seize sur trente-deux comme auparavant; que la saignée qui, pour moi, était la règle, est devenue aujourd'hui l'exception, et que j'ai obtenu ainsi une hausse de plus de moitié dans le chiffre de mes succès. »

En présence d'une conviction aussi nettement formulée, il semblerait que M. Cade va abandonner presque tout l'appareil ordinaire antiphlogistique; il n'en est rien pourtant, car, dans les cinq observations de la première partie de son mémoire, que nous analysons, il a eu recours, soit à la saignée générale, soit à des sangsues aux apophyses mastoïdes, en même temps qu'il faisait constamment appliquer sur l'œil des compresses imbibées d'eau fraîche contenant un peu de teinture d'arnica. Pour nous, nous avouons qu'ici nous attribuerions au moins autant les succès à l'action des saignées et de l'eau froide qu'à l'administration à l'intérieur d'un peu de teinture d'arnica ou d'aconit; et sans déprécier la valeur de ces médicaments comme adjuvants, nous nous garderons bien de les mettre au même niveau que les autres moyens antiphlogistiques employés usuellement.

II. GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG.

Les numéros du mois d'octobre 1855 au mois de mars 1856, contiennent les mémoires originaux suivants : 1° *De l'efficacité de l'ipécacuanha dans le traitement du choléra*. (Rapport fait par M. Kuhn, médecin à Niederbronn.) 2° *Note sur l'emploi du collodion dans certains cas d'entropion*; par le professeur Stœber. 3° *Compte rendu et résumé de la clinique médicale de la Faculté de médecine de Strasbourg*. (Semestre d'hiver; professeur M. Schülzenberg). 4° *Principes de pharmacologie et de thérapeutique de l'école française*; par M. Béchy. 5° *Histoire du choléra de Neudorf (banlieue de Strasbourg) pendant les mois d'août et de septembre* 1855; par M. Robert. 6° *Quelques économies de choléra chez des femmes enceintes pendant l'épidémie de Soultzmatt (août et septembre* 1855); par M. Picard, élève interne de Strasbourg. 7° *Des rapports de la médecine avec la philosophie*. (Discours de rentrée, par le professeur Sédillot.) 8° *Le choléra dans la vallée de Sainte-Marie-aux-Mines*; par M. Gros. 9° *Une épidémie de pneumonie*; par le professeur Forget. 10° *Note sur la clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Strasbourg*; par MM. Picard et Aronsohn, élèves internes. 11° *Nouveau procédé de chéiloplastie par transport du bord libre de la lèvre saine sur la lèvre restaurée*; par le professeur Sédillot. 12° *Rapport sur la clinique ophthalmologique de la Faculté de médecine de Strasbourg* (professeur, M. Stœber); par M. E. Belin, interne. 13° *De l'immersion prolongée des plaies dans l'eau, comme moyen d'en assurer la guérison*. (Leçon de M. Sédillot, recueillie par M. Aronssohn, interne.) 14° *De la dégénérescence syphilitique du foie*; par M. Schulzenberger. 15° *Esquisse d'une topographie médicale de Constantinople, et observations sur les maladies observées à l'hôpital militaire de l'École*; par M. Barudel, médecin-major de deuxième classe. 16° *Épilepsie déterminée par des violences exercées sur les testicules; douleurs testiculaires servant de prodromes aux accès; moyen fort simple de faire avorter ceux-ci*; par M. Liegey.

NOUVEAU PROCÉDÉ DE CHEILOPLASTIE PAR TRANSPORT DU BORD LIBRE DE LA LÈVRE SAINE SUR LA LÈVRE RESTAURÉE; par le professeur SÉDILLOT.

Après l'opération de la cheiloplastie, il existe une disproportion dans les dimensions des deux lèvres : la supérieure est trop large relativement à la congénère, et cette difformité persiste même plusieurs années après la guérison des opérés.

Frappé de ces inconvénients, M. Sédillot a cherché à y remédier, et pense y être parvenu par le nouveau procédé qu'il préconise.

L'opération fut pratiquée, le 30 novembre 1855, sur un malade âgé de 65 ans, dont les trois quarts gauches de la lèvre inférieure étaient détruits par un cancer épithélial à marche aiguë, datant de six mois....

« Tout le cancer, dit M. Sédillot, fut circonscrit entre deux incisions » en V, continuées jusqu'au contour cervical du maxillaire.

» Les joues, fendues horizontalement au niveau des commissures » par une section plus prolongée à gauche que du côté droit, le bord » libre de la lèvre supérieure, qui était très-large, fut détaché dans » une longueur de 2 centimètres environ, et renversé sur la surface » des lambeaux destinés à reconstituer la lèvre inférieure.

» Celle-ci se trouvait ainsi doublée des deux côtés par le lambeau » muqueux labial, et au milieu, et un peu plus à droite par la petite » portion de muqueuse conservée sur le quart droit de la lèvre inférieure restée intacte.

» Des épingles réunirent la portion dénudée de la lèvre supérieure, » tirée en arrière, à une portion de la joue horizontalement divisée et » fortement tirée en avant, pour remplacer la lèvre enlevée.

» D'autres épingles maintinrent la réunion de la nouvelle lèvre sur » le tissu médian, et quelques sutures entrecoupées assujettirent la » membrane muqueuse. »

Le malade sortit le 14 janvier parfaitement guéri, l'ouverture buccale rétrécie, la lèvre régulière, doublée d'une membrane muqueuse, et l'alimentation étant facile, sans écoulement involontaire de la salive.

NOTE SUR L'EMPLOI DU COLLODION DANS CERTAINS CAS D'ENTROPION ; par le professeur STŒBER.

Souvent, chez les vieillards, à la suite de l'opération de la cataracte, lorsque surtout la peau est flasque, il se produit un enroulement de l'une ou de l'autre paupière, mais plus fréquemment de la paupière inférieure : les cils sont alors en contact avec la conjonctive, et deviennent ainsi la source d'une ophthalmie qui peut faire échouer l'opération.

M. Stœber, après avoir eu recours sans succès, pour combattre cet accident, à l'usage de bandelettes de sparadrap ou de taffetas gommé, a eu l'idée ingénieuse d'employer le collodion, dont la propriété rétractile est bien connue quand il se dessèche. Il prend donc un pinceau imbibé de collodion, et en applique une couche de 7 à 8 millimètres sur toute la longueur de la paupière, parallèlement au bord ciliaire ; le collodion, en se desséchant, revient sur lui-même, et entraîne au dehors la paupière qui se renversait en dedans.

Le professeur Stœber cite à l'appui de l'utilité de cette application deux observations dans lesquelles les phénomènes inflammatoires ne disparurent qu'après l'emploi du collodion sur la paupière enroulée.

Du reste, l'idée de M. Stœber n'est que l'extension à un cas particulier (cataracte) de ce que d'autres ophthalmologistes (MM. Deval, Florent-Cunier) avaient déjà conseillé, soit pour guérir certains entropions, soit même pour produire un ectropion artificiel dans le traitement du symblépharon.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 25 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE.

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination de la commission appelée à juger les pièces adressées au concours pour le prix de physiologie expérimentale (fondation Montyon).

MM. Cl. Bernard, Flourens, Rayer, Serres, Milne-Edwards, obtiennent la majorité des suffrages.

L'Académie avait nommé, dans sa précédente séance, la commission des prix de médecine et de chirurgie. Dans cette commission, qui se compose de neuf membres, le premier des noms, celui de *M. Serres*, a été omis à l'impression. La liste complète doit donc être lue ainsi qu'il suit :

Commissaires, MM. Serres, Rayer, Velpeau, Andral, J. Cloquet, Cl. Bernard, Jubert (de Lamballe), Duméril et Flourens.

RÉCLAMATION DE PRIORITÉ ADRESSÉE PAR M. HENRY MULLER A L'OCCASION D'UNE COMMUNICATION RÉCENTE SUR L'APPAREIL D'ADAPTATION DE L'ŒIL.

(Renvoi à l'examen des commissaires nommés pour la communication de M. Rouget : MM. de Quatrefages, Cl. Bernard.)

Dans la séance du 19 mai, M. Cl. Bernard a présenté à l'Académie des sciences un mémoire de M. Ch. Rouget sur l'appareil de l'adaptation de l'œil. Le résumé de ce mémoire (COMPTE RENDU du 30 mai 1856) contient entre autres la description d'un muscle ciliaire annulaire, qui se montre au niveau du bord adhérent des procès ciliaires en dedans des faisceaux du muscle ciliaire radié. La description de ce muscle paraissant donnée dans ce résumé comme un fait nouveau, je me vois obligé à adresser à l'Académie la réclamation suivante :

La partie annulaire du muscle ciliaire a été découverte par moi en automne 1855. Le 24 du mois de novembre, je fis une première communication sur ma découverte à la Société physico-médicale de Wurzbourg, qui se trouve mentionnée dans les comptes rendus de la Société (voyez t. VI, cahier 3, p. XXVI, publié au mois d'avril 1856) dans les termes suivants : « M. H. Muller communique une note sur une couche annulaire dans le muscle ciliaire de l'homme, qui, d'après son opinion, est d'une importance spéciale pour l'accommodation de l'œil. Cette couche est couverte de faisceaux longitudinaux ou radiaires du muscle ciliaire et située sur la partie antérieure du corps ciliaire. » Donc je me crois en droit de réclamer formellement la priorité de ce muscle, dont l'importance pour le mécanisme de l'adaptation est si évidente.

Quant aux autres détails contenus dans la communication de M. Rouget, je crois devoir attendre la publication de son mémoire, et je me contente aujourd'hui de constater les faits suivants :

Dans la séance de la Société physico-médicale du 15 décembre 1855, j'ai donné une exposition détaillée du mécanisme de l'accommodation chez l'homme ; et dans la séance du 26 avril 1856, j'ai décrit l'appareil de l'accommodation dans l'œil des oiseaux. Les comptes rendus de ces séances vont être publiés.

Le 7 du mois d'avril 1856, j'ai envoyé deux mémoires, qui traitent des mêmes sujets, à M. Graefe, à Berlin, pour les faire insérer dans la cinquième livraison des ARCHIVES D'OPHTHALMOLOGIE, qui sera publiée sous peu.

La communication de M. Rouget n'ayant été faite que le 19 du mois de mai 1856, je me crois autorisé à regarder toutes les observations contenues dans mes mémoires, sinon comme antérieures, au moins comme datant de la même époque et indépendantes de celles de M. Rouget.

ADDITION A UNE PRÉCÉDENTE COMMUNICATION SUR DES CAS D'EMPOISONNEMENT QU'ON AVAIT CRU POUVOIR ATTRIBUER A LA RACINE DE L'ATRACTYLIS GUMMIFERA. (Extrait d'une lettre de M. BOURON. Voir le compte rendu de la séance du 28 avril 1855.)

M. Sartoris, pharmacien de la cour, homme très-versé dans la connaissance de la flore grecque, a été envoyé à l'île de Myconos pour y recueillir des renseignements exacts sur toutes les circonstances relatives à l'empoisonnement des trois enfants, et y faire des recherches botaniques sur les plantes qui poussent à l'endroit où cet accident avait eu lieu. Il résulte de ses informations que, outre les symptômes relatés par le médecin de la commune, les enfants avaient *tous* présenté du délire et des convulsions. Quant à la plante qui avait donné la mort à ces enfants, M. Sartoris, après un examen soigneux, a trouvé que, parmi les plantes reconnues comme toxiques, il ne pousse à l'endroit indiqué que la *mandragora vernalis* L. et l'*euphorbia paralias* L. Outre ces plantes vénéneuses, il y a trouvé une grande quantité d'*echinops viscosus*, ainsi que l'*atractylis gummifera* L.

M. Sartoris pense que ni l'*atractylis gummifera*, ni l'*euphorbia* n'ont été la cause de la mort : il n'est point possible de manger de l'euphorbia, et pour l'atractylis, il croit qu'à l'époque où l'accident avait eu lieu, elle n'avait encore poussé ou du moins n'était pas encore assez développée. On ne saurait donc soupçonner que l'échinops ou la mandragore. M. Sartoris a apporté de Myconos une grande quantité d'*echinops viscosus* ; j'en ai fait préparer un extrait aqueux et un extrait alcoolique ; on a administré à un jeune chien de fortes doses des deux extraits sans en obtenir des effets toxiques. Encouragé par ces expériences, un vétérinaire a avalé une cuillerée à bouche d'extrait aqueux sans en éprouver le moindre dérangement.

Il résulte de ces expériences que ce n'est pas probablement à l'atractylis, mais bien à la mandragore, que l'on doit attribuer la mort des trois enfants, ce qui me paraît d'autant plus vraisemblable qu'à la suite de l'ingestion de la plante vénéneuse, tous ces enfants avaient été pris de délire et de convulsions.

ADDITIONS AUX SÉANCES PRÉCÉDENTES.

DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE SANGUIN CHEZ LE SERPENT PYTHON ; par le docteur JACQUART, aide-naturaliste au Muséum, présenté à l'Académie des sciences par M. DE QUATREFAGES, membre de l'Institut.

(Commissaires : MM. Duméril, Serres, de Quatrefages.)

J'ai injecté et disséqué trois pythons molures, tous trois de forte taille. C'est dans le laboratoire de M. le professeur Serres, et aidé de ses conseils, lorsqu'il occupait encore la chaire d'anthropologie, que j'ai exécuté ces préparations. Sur l'une d'elles, en collaboration avec M. le docteur Duméril fils, nous avons disséqué le système nerveux que nous devons publier plus tard. Dans le résumé que je présente, je ne ferai pas de bibliographie. On la trouvera tout entière dans mon opuscule qui a pour titre : « De l'appareil circulatoire sanguin chez le python, » et qui va être publié dans les ANNALES DES SCIENCES NATURELLES. Forcé de condenser en un petit espace la substance de mon mémoire, je ne retracerai que les points les plus importants.

Dans la description du cœur, que j'ai éclaircie par huit figures, je signale dans le ventricule droit une disposition valvulaire que je crois avoir découverte le premier. C'est celle de la valve qui clôt l'entrée du sinus formé par la veine cave postérieure, et la jugulaire droite qui réserve un tiers environ de son étendue pour abriter et fermer aussi la jugulaire gauche, dont l'orifice est adossé à celui du sinus veineux précédemment indiqué. Ainsi trois orifices veineux fermés par une seule valvule ! Quel procédé simple et ingénieux ! Je doute qu'on puisse trouver une plus heureuse application de la loi d'économie exposée par M. le professeur Milne Edwards, dans son ouvrage intitulé : INTRODUCTION A LA ZOOLOGIE GÉNÉRALE. Plus d'une fois, dans le cours de ce mémoire, nous aurons l'occasion de déférer à cette loi. *A priori* ne devait-on pas s'y attendre ? Chez les ophidiens, les organes resserrés, pressés les uns contre les autres par la forme allongée à laquelle ils sont soumis, ont pu recevoir directement des branches artérielles uniques, placées dans leurs intervalles, ou réunir en un seul tronc les veines qui en rapportent le sang. Mais je reviens à l'anatomie du cœur, et j'indique ici seulement les points que je crois nouveaux ou plus complétement étudiés qu'on ne l'avait fait jusqu'alors.

Le ventricule droit fixe surtout notre attention. Une colonne charnue s'é-

tendant de la pointe du cœur vers sa base, soudée par son côté supérieur, libre par l'inférieur, le divise en deux loges, une supérieure, où prennent naissance les deux aortes, l'autre inférieure, d'où part l'artère pulmonaire. Le loge inférieure est beaucoup plus grande que l'autre, et sillonnée par des colonnes charnues peu marquées. L'autre, au contraire, à parois très-épaisses, est rétrécie par des piliers musculeux très-forts. Puis ensuite se présente un ventricule gauche qui n'a pas la moitié de la capacité du droit et qui communique avec l'oreillette pulmonaire, mais il n'en part aucun vaisseau.

J'ai cherché à décrire avec soin et à bien faire connaître les valvules auriculo-ventriculaires droite et gauche, ainsi que le passage qui fait communiquer les deux ventricules. Mais ces détails ne sauraient trouver place ici. L'épaisseur des parois du ventricule gauche produit un effet qui n'a pas été suffisamment apprécié. Il est bien vrai qu'au moment où la communication interventriculaire s'ouvre, les deux ventricules en train de se contracter sont également pleins, l'un de sang artérialisé venant des poumons, l'autre de sang veineux. Si les deux ventricules étaient aussi épais, ils auraient la même force d'impulsion, et le sang ne tendrait pas plus à passer du ventricule gauche dans le droit que de celui-ci dans le gauche. Mais ce dernier, beaucoup plus épais, lance par l'ouverture interventriculaire dans la loge supérieure du ventricule droit le sang artérialisé, qui balaye en quelque sorte le sang veineux qui s'y trouve, le chasse de cette loge vers celle de l'artère pulmonaire, d'où l'utilité d'une communication entre elles, et il s'engage dans les deux aortes qui sont situées tout près de l'ouverture interventriculaire. Il y a cependant mélange des deux sangs. Ainsi, chez les ophidiens et les mammifères, les oreillettes, à part quelques détails de minime importance, sont calquées sur le même modèle. Même structure de parois, mêmes rapports de formes et de dimensions, mêmes vaisseaux qui viennent s'y aboucher, mêmes communications avec les ventricules! Puis quand il s'agit de ceux-ci, qui ont conservé cependant avec les oreillettes leur position et leur épaisseur respectives, toute analogie semble rompue! Le ventricule gauche ne fournit aucun vaisseau, les deux aortes qui devraient en provenir prennent leur origine dans le ventricule droit, et celui-ci, par contre, donne naissance en même temps à l'artère pulmonaire. De plus, il est divisé en deux loges par une cloison incomplète en bas.

Comme au moment où le ventricule gauche reçoit le sang de l'oreillette, la valvule, en s'abaissant sur l'ouverture interventriculaire, la ferme complétement, il en résulte qu'une très-petite quantité de sang revivifié dans les poumons, celle que peut contenir la cavité fort restreinte du ventricule gauche, arrive dans la loge supérieure du ventricule droit des aortes, lorsque la valvule, en se relevant, ouvre le passage qui y conduit. D'où il suit que, chez les ophidiens, le sang artérialisé est en très-minime proportion mélangé avec beaucoup de sang veineux dans les artères.

Mais ne serait-il pas possible de démontrer que cette infraction à la loi d'unité de plan n'est qu'apparente? Supposons pour un instant que la cloison incomplète du ventricule droit des ophidiens représente la paroi interventriculaire complète des mammifères, ainsi modifiée, pour des raisons que nous avons déjà fait pressentir. Alors tout s'explique. L'unité de plan n'est plus détruite: il y a seulement variété dans l'unité; et la loi des connexions vient nous aider à ressaisir les analogies qui nous échappaient. La loge inférieure du ventricule droit, d'où naît l'artère pulmonaire, représente le ventricule droit tout entier des mammifères. La loge supérieure de ce ventricule droit n'est plus qu'un diverticulum ou appendice du ventricule gauche, divisé en deux compartiments, bilobé en quelque sorte, rétréci, comme étranglé au niveau du passage interventriculaire, par un des nombreux piliers charnus qui traversent sa cavité.

Le ventricule gauche reprend les origines de vaisseaux aortiques. C'est qu'ici, comme chez les mammifères, le ventricule gauche empiète sur le droit en arrière, tandis qu'en avant c'est le droit qui couvre en partie le gauche. Ce qui vient encore appuyer cette vue, c'est que les valvules de la base des ventricules étant relevées, ces cavités communiquent entre elles, non plus par une ouverture rétrécie, mais par un passage assez large, qui rend admissible l'hypothèse d'un rétrécissement entre les deux loges du ventricule gauche.

Ainsi, pour nous, le cœur des ophidiens peut être ramené à celui des mammifères, dont la cloison interventriculaire ne se serait pas soudée par son bord inférieur aux parois du cœur, et dont le ventricule gauche serait divisé en deux loges communiquant ensemble par un passage rétréci.

Pressé de terminer, pourrai-je esquisser ici quelques-uns des faits les plus saillants sur le reste du système circulatoire? montrer toutes les artères de la tête fournies par un seul tronc, la carotide commune? faire voir comment cette artère, arrivée à la tête, se divise en deux troncs, dont l'un continue son trajet, et l'autre, passant de l'autre côté, s'y distribue en maintenant ainsi la loi de symétrie? Devons-nous trouver là une des applications les plus remarquables de la loi d'économie? Ne serait-ce pas plutôt un effet de la dégradation dans l'échelle des êtres, par défaut de division du travail, comme M. le professeur Milne Edwards (ouvrage cité, chap. III) nous l'indique. Je n'oublierai pas non plus les anastomoses entre les veines portes rénales et la veine porte hépatique, si nombreuses et si volumineuses, qu'on peut dire qu'il n'y a pas seulement anastomose, mais presque fusion des deux systèmes avec mélange partiel du sang qu'ils charrient. Je signalerai, en outre, le défaut de satellitisme des ramifications des nerfs pneumogastriques avec les vaisseaux pulmonaires, et enfin je me demanderai, avec M. le professeur Serres, si la partie beaucoup plus considérable de ces poumons, qui n'est ni vasculaire, ni aréolaire, outre ses usages comme réservoir aérien, ne pourrait pas être considérée pour le grand poumon chez la femelle, par son contact avec l'ovaire correspondant, comme un appareil d'incubation?

MÉMOIRE SUR LA DENTITION DES CÉTACÉS; par M. EM. ROUSSEAU.

Une partie considérable de ce travail est relative à la baleine franche et à la position qu'occupent les fanons dans la bouche de ces cétacés. L'auteur y joint comme pièces justificatives cinq lettres écrites par des navigateurs ayant une grande expérience de la pêche de la baleine, et dont les témoignages confirment, quant aux rapports des fanons et de la mâchoire inférieure, l'opinion soutenue par M. Rousseau, opinion qui est d'ailleurs celle des naturalistes les plus illustres, les Cuvier, les Camper, etc.

(Commissaires : MM. Duméril, Serres.)

— M. CL. BERNARD présente un mémoire imprimé de M. Denis (de Commercy), ayant pour titre : NOUVELLES ÉTUDES CHIMIQUES, PHYSIOLOGIQUES ET MÉDICALES SUR LES ALBUMINOÏDES QUI ENTRENT COMME PRINCIPES IMMÉDIATS DANS LA COMPOSITION DES SOLIDES ET DES FLUIDES ORGANIQUES TANT ANIMAUX QUE VÉGÉTAUX.

M. Bernard donne de vive voix une idée de ce travail, qui est destiné par l'auteur au concours pour les prix de médecine et de chirurgie.

ÉTUDE DE L'ŒIL SUR LE VIVANT; par M. WALLER.

J'ai l'honneur de communiquer à l'Académie une description très-succincte d'un procédé qui permet d'observer sur l'œil de l'animal vivant les images des objets lumineux qui se forment sur le fond du globe oculaire, et d'examiner dans les vaisseaux de l'iris, du corps et des procès ciliaires et dans la choroïde, la circulation du sang sous le microscope.

Pour observer les images du fond de l'œil, je produis l'*exophthalmose* artificielle du globe de l'œil, ce qui se pratique aisément sur le lapin, le cochon d'Inde et le surmulot, en écartant fortement les paupières. Sur l'œil luxé, en présentant obliquement devant lui un objet lumineux, on aperçoit aisément, à travers la sclérotique, son image renversée dont les mouvements en sens opposé correspondent à ceux de l'objet extérieur. On reproduit à volonté sur le même animal cette expérience, qu'il est facile de varier de différentes manières pour apprécier les effets de l'éloignement sur l'intensité lumineuse de l'objet.

En maintenant l'œil dans un état immobile, il est très-adapté pour toutes les expériences physico-physiologiques sur ces images.

Pour observer la circulation du sang sous le microscope dans les vaisseaux de l'œil, le surmulot convient beaucoup mieux que le lapin et le cochon d'Inde, à cause de la grande transparence de la sclérotique et de la forte convexité de l'iris. Sur cet animal, j'ai pu employer jusqu'à des grossissements de 400 diamètres pour observer l'état des vaisseaux. Les procès ciliaires qui se distinguent depuis leur origine près de l'*ora serrata* jusqu'à leur extrémité antérieure, et dont l'ensemble forme une enceinte circulaire autour de l'iris, la circulation du sang, si active dans les conduits vasculaires afférents et efférents de l'iris contenu dans cette enceinte, le jeu alternatif de la pupille, et les changements qui se produisent dans la forme des vaisseaux, constituent dans leur ensemble un des plus beaux objets de la microscopie; en même temps, l'importance scientifique et pratique de l'étude de l'organe de la vue excusera peut-être l'empressement avec lequel j'ai envoyé cette courte note à l'Académie.

A une époque très-prochaine je communiquerai dans un mémoire plus détaillé les résultats que j'ai obtenus sur la circulation dans les canaux veineux et artériels dans l'iris depuis son bord pupillaire jusqu'à sa grande circonférence; sur l'état de ces vaisseaux suivant la constriction et la dilatation de la pupille; sur les canaux veineux et artériels du corps ciliaire et de la membrane choroïde.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 1er JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

Le ministre de l'instruction publique et des cultes transmet l'ampliation d'un décret, en date du 25 juin, par lequel M. Depaul est nommé directeur adjoint du service de la vaccine à l'Académie de médecine.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

1° Les rapports de M. le docteur Barrié, médecin-inspecteur adjoint des eaux minérales de Bagnères-de-Luchon, de M. le docteur Chevallier, médecin-inspecteur des eaux minérales de Provins (Seine-et-Marne), de M. le docteur Joubert, médecin-inspecteur des eaux minérales de Gréoux (Basses-Alpes), sur le service médical de ces divers établissements pendant l'année 1854. (Commission des eaux minérales.)

2° Un rapport sur une épidémie de diarrhée et de dyssenterie qui a régné dans la colonie d'Ostwald en 1856, par M. le docteur Brouillet.

3° Les rapports de M. le docteur Dauvin sur les épidémies qui ont régné en 1855, dans l'arrondissement de Saint-Pol (Pas-de-Calais); de M. Barin, sur une épidémie de fièvre typhoïde à Groslay (Seine-et-Oise); de MM. Nivet, Ca-

lamy et Aiguilhon, sur les maladies épidémiques du département du Puy-de-Dôme, en 1855.

4° Le compte rendu des maladies épidémiques du département de Loir-et-Cher et de la Meurthe, pendant l'année 1855. (Commission des épidémies.)

5° Un rapport de M. Doré sur une épidémie de choléra qui a régné dans l'arrondissement de Saint-Gaudens (Haute-Garonne). (Commission du choléra).

6° Le tableau des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements de la Drôme et d'Ille-et-Vilaine. (Commission de vaccine.)

— La correspondance non officielle comprend :

Un mémoire de M. le docteur Prosper Hullin sur l'influence de la vaccine dans le traitement de certaines maladies. (Commission de vaccine.)

Le tableau des vaccinations pratiquées en 1855 dans plusieurs communes du canton d'Aï (Marne), par M. L. Plonquet. (Même commission.)

Un mémoire sur la variole, la varioloïde et la vaccine, par M. Gaffé (de Saint-Valery-sur-Somme. (Même commission.)

Un mémoire ayant pour titre : Essai sur l'origine de la syphilis en Europe et en Amérique, par le docteur Mariano Padilla. (Commissaires: MM. Ricord et Lagneau.)

MM. Bauthez et Roger écrivent à l'Académie pour se désister de leur candidature à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

M. Brachet (de Lyon) adresse à l'Académie une lettre dans laquelle il signale la conformité des idées émises par MM. Becquerel et Vernois avec celles qu'il a publiées dans ses Leçons cliniques sur l'albuminurie et la maladie de Bright.

— M. le Président annonce à l'Académie que MM. O. Bang, professeur à l'Université de Copenhague, et Holst, professeur à Christiana, membres correspondants, assistent à la séance.

De la section mousse immédiate.

M. Heurteloup lit un travail sur ce sujet.

Si une partie d'un corps vivant ou qui a vécu est fortement pressée entre deux pièces de métal dur, non tranchantes, affectant plus particulièrement la forme cylindrique et marchant l'une vers l'autre, parallèlement, cette partie d'un corps vivant ou qui a vécu, se trouve tranchée.

Cette section est d'autant plus prompte et d'autant plus nette que les cylindres sont plus parfaits et plus identiques, que leur parallélisme est plus régulier, et que la force qui les pousse l'un vers l'autre est plus considérable.

Le phénomène variera avec la disposition des cylindres et la manière dont ils seront poussés l'un vers l'autre.

C'est à l'action de ces corps non tranchants sur nos tissus que M. Heurteloup donne le nom de *section mousse immédiate*.

Toute combinaison mécanique, disposée pour rapprocher avec une force considérable deux pièces de métal mousses et continues, est propre à pratiquer la section mousse; cependant il faut que ces combinaisons remplissent plusieurs conditions.

La première, c'est que l'instrument soit d'une puissance énorme, pour que son action ne risque jamais de ne pas être complétée, soit par défaut de compression, soit par rupture de l'instrument.

La seconde, c'est que, malgré sa puissance et son volume, l'instrument soit léger dans son usage et prompt dans son action.

La troisième, c'est que cette grande force soit développée sans l'interférence du chirurgien, qui ne doit avoir à s'occuper que de la direction des tissus à modifier.

En général, la section mousse doit être opérée en ligne droite, et M. Heurteloup présente pour opérer ainsi cette section divers instruments qu'il désigne sous le nom de sécateurs mousses en lignes parallèles. Ce sont des cylindres qui se rapprochent parallèlement et se rencontrent suivant leur longueur aux points de tangence, qui se trouvent à l'extrémité de leurs rayons parallèles. Un moyen d'exécution plus puissant encore est constitué par un instrument composé d'un cadre dans lequel se meuvent deux coussinets. La section se faisant là où les coussinets se rencontrent, la partie à couper se trouve divisée suivant la forme donnée à ces coussinets.

Pour exécuter la section mousse circulaire ou semi-circulaire, M. Heurteloup a recours à un fil de métal, dont les deux chefs sont tirés en dedans d'une rainure dont une pièce de métal est percée. La partie charnue, interposée entre l'anse métallique et la plaque, se trouve nécessairement coupée si la traction est suffisante. L'instrument qu'il propose, quoique volumineux, exécute facilement la section mousse, même sur un cheveu, avec les conditions d'aplatissement et de fermeture des conduits qui sont les attributs de cette section.

L'action du fil métallique est assez semblable à celle de la chaîne articulée que M. Chassaignac emploie pour pratiquer le genre de section mousse qu'il appelle écrasement linéaire. M. Heurteloup trouve au simple fil métallique plusieurs avantages sur la chaîne articulée.

La section mousse immédiate, circulaire ou semi-circulaire, au moyen d'un fil métallique cylindrique, s'applique aux masses volumineuses charnues, dans lesquelles elle pénètre en étreignant les tissus et en les divisant par la traction préliminaire des fibres et ensuite par leur rupture après une certaine élongation, ce qui donne à cette section une grande analogie avec les plaies par arrachement, mais avec une plus grande régularité.

La section mousse circulaire ou semi-circulaire n'a donc aucune analogie avec la section mousse par pièces ou cylindres parallèles et ne produit pas comme elle l'occlusion de la plaie par suture immédiate et artificielle et souvent la cicatrisation immédiate.

La section mousse immédiate, n'étant en résumé que l'application à la division des tissus d'une force de compression portée au plus haut degré pour diviser les tissus par la comminution ou la rupture de leurs fibres, les instruments qui en permettent l'usage doivent avoir un grand développement qui pourra paraître insolite au premier abord. Mais il ne faut pas perdre de vue que plus l'instrument propre à exécuter la section mousse est développé, plus il est d'un usage léger pour le chirurgien, car le développement permet de tirer la force nécessaire de la main des aides, et laisse au chirurgien toute la délicatesse de ses mains et toute la netteté de son jugement.

La section mousse a des buts et des résultats importants :

1° Elle produit souvent la cicatrisation immédiate.

2° Elle ferme immédiatement les vaisseaux artériels et veineux; car elle n'est ordinairement suivie d'aucune hémorrhagie.

3° Elle ferme les vaisseaux lymphatiques; car après elle la suppuration est presque nulle.

4° Elle intercepte probablement cet *aura* sensitif qui apparaît souvent dans le nerf après la section par la lame tranchante.

Tout désordre dans l'économie s'exécute avec ordre, dit en terminant M. Heurteloup; il faut troubler cet ordre.

La lame tranchante respecte cet ordre qui produit le désordre, puisqu'elle laisse béants les conduits qui laissent passer les fluides qui forment les solides vicieux.

La section mousse ferme ces conduits. (Commissaires : MM. Jobert et Bégin.)

Élection.

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique.

La section a classé les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne,	M. Beau.
En seconde ligne,	M. Sestier.
En troisième ligne,	M. Robin.
En quatrième ligne,	M. Meuière.
En cinquième ligne,	M. Barthez.
En sixième ligne,	M. Roger.

69 membres ont signé la feuille de présence ; majorité absolue 35.

M. Beau obtient	40	suffrages
M. Robin.	15	—
M. Menière	8	—
M. Sestier	6	—

En conséquence, M. Beau est proclamé membre de l'Académie.

De la digestion et de l'absorption des matières grasses sans le concours du fluide pancréatique.

M. G. Collin, chef de service à l'École vétérinaire d'Alfort, lit sur ce sujet le mémoire suivant :

Depuis que M. Bernard a reconnu que le suc pancréatique jouit de la propriété d'émulsionner et d'acidifier les graisses, on s'accorde à peu près unanimement à regarder ce fluide comme l'agent spécial de la digestion de ces matières.

Cependant déjà plusieurs observateurs ayant vu du chyle blanc dans les lactés après la ligature du canal excréteur du pancréas ont émis des doutes sur l'intervention effective du fluide pancréatique dans la digestion et l'absorption des graisses. Mais pour éclaircir ces doutes et trancher la question, il fallait recourir à des expériences directes, précises, exécutées comparativement, d'une part sur les animaux dans les conditions normales, d'autre part sur des animaux de même espèce dont le suc pancréatique fût versé à l'extérieur.

C'est ce que j'ai cherché à réaliser sur de grands ruminants soumis à un régime uniforme, et chez lesquels il est facile, sans troubler la digestion, de faire couler au dehors le suc sécrété par le pancréas et de recueillir de grandes quantités de chyle au moyen d'une fistule pratiquée à l'extrémité antérieure du canal thoracique.

Dans ce but, j'ai pris d'abord deux vaches en bonne santé et nourries toutes les deux de regain de luzerne depuis une quinzaine de jours.

Sur la première qui devait servir de terme de comparaison, j'ai seulement inséré un tube a l'extrémité antérieure du canal thoracique, de manière à recueillir du chyle normal pour le dosage des matières grasses.

D'après l'examen que M. Lassaigne a bien voulu en faire, le chyle de cette première vache obtenu lors de la plus grande activité digestive contenait pour 1000 grammes, près de 6 grammes de graisse ou 00,597. Cette graisse était jaunâtre, fusible entre + 30 et + 36° c.; elle était neutre et entièrement saponifiable par la potasse caustique.

A la seconde vache le canal pancréatique fut lié et un tube y fut adapté au-dessus de la ligature, afin de conduire au dehors le fluide sécrété. Chez cet animal comme chez ceux qui servirent aux expériences dont les résultats ont

été communiqués à l'Académie des sciences, la sécrétion pancréatique se montra essentiellement intermittente et son produit conserva toujours la propriété d'émulsionner et d'acidifier les graisses.

Sur celle-ci un tube fut adapté au canal thoracique, quatre jours après que le suc pancréatique eut commencé à couler au dehors, de sorte qu'à ce moment il ne pouvait plus en exister dans les voies digestives. On recueillit successivement plusieurs flacons de chyle pendant la journée.

Ce fluide avait l'aspect, la consistance, le degré de coagulabilité qui lui sont habituels chez les animaux de l'espèce bovine; son sérum possédait, suivant les périodes de la digestion, la teinte lactescente qu'il présente ordinairement.

Examiné au microscope, il offrait, outre les globules blancs, argentins, des granules graisseux, réguliers, sphériques, semblables à ceux que le chyle montre dans toutes les circonstances.

Enfin, soumis à l'analyse chimique par M. Lassaigne, trois échantillons de ce chyle ont donné par kilogramme les quantités suivantes de matière grasse: le premier obtenu avant le repas, 3 gr. 71 centigr. ou pour 1000 parties 00371; le second recueilli peu après le repas, mais avant que la rumination fût établie 3 gr. 31 centigr., ou pour 1000 parties 00331; le troisième pris pendant que la digestion était en pleine activité, 5 gr. 7 centigr., ou pour 1000 parties 00507. Ce dernier chiffre est donc sensiblement égal à celui donné par le chyle de la vache servant de terme de comparaison et obtenu également lors de la plus grande activité digestive.

Des résultats semblables à ceux qui précèdent furent obtenus dans les autres expériences.

Ainsi lorsque le fluide pancréatique, qui a été considéré comme l'agent essentiel et exclusif de la digestion des graisses, cesse d'arriver dans l'intestin, le chyle ne diffère en rien de celui des animaux laissés dans les conditions normales et soumis à un régime uniforme.

Dans les deux cas, le chyle présente le même aspect, le même degré de coagulabilité, les mêmes variations de la teinte du sérum, suivant les périodes de la digestion.

Enfin, dans les deux circonstances, il contient une égale proportion de graisse, pourvu que l'alimentation et l'activité du travail digestif soient à peu près identiques. De plus cette graisse est toujours neutre et susceptible d'être saponifiée par les alcalis.

Les expériences qui viennent d'être résumées et les recherches chimiques qui s'y rapportent établissent donc les trois points du problème que je me suis proposé de résoudre.

Sans l'intervention du suc pancréatique, il est manifeste :

1° Que les graisses sont digérées et absorbées;

2° Que leur absorption s'effectue encore suivant les proportions normales;

3° Que ces matières se trouvent alors identiques sous le rapport de leur état, de leurs propriétés physiques et chimiques, à ce qu'elles sont dans les conditions physiologiques ordinaires.

— M. Vigier présente à l'Académie un enfant dont le bras et l'avant-bras gauche sont en grande partie couverts de poils noirs et épais. La peau correspondante est noire, et l'épiderme hypertrophié est soulevé par d'épaisses écailles.

La séance est levée à quatre heures et demie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE MARS 1856; par M. le docteur Vulpian, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

(Suite et fin.)

I. — Anatomie pathologique.

2° trois bronches naissant de la trachée; par M. E. Leudet.

J'ai rencontré cette anomalie, assez rare, sur le cadavre d'un homme mort de phthisie pulmonaire, en mai 1855, dans ma division à l'Hôtel-Dieu de Rouen.

La troisième division de la trachée, beaucoup moins volumineuse que les deux autres, se rendait au lobe supérieur du poumon droit. La disposition de ses anneaux cartilagineux était complétement analogue à celle des autres bronches; elle naissait au même point que les deux ramifications normales. Le poumon droit était donc pourvu de deux bronches et le poumon gauche d'une seule.

Cette anomalie, assez rare, a déjà été observée : ainsi M. Cruveilhier (Traité d'anat. descrip., v. III, p. 468, 2e éd.) rapporte avoir vu une petite bronche naître directement de la partie inférieure de la trachée et se rendre au sommet du poumon droit.

3° rein gauche placé au niveau de l'angle sacro-vertébral; anomalie des artères et veines rénales; par M. E. Leudet.

Les anomalies dans la position des reins intéressent, dans quelques cas, presque exclusivement l'anatomiste; dans d'autres, elles sont d'une importance très-grande pour le clinicien. Le fait que nous avons observé et que nous soumettons à la Société, n'offrait qu'un intérêt anatomique; la lésion était congénitale et ne pouvait être soupçonnée pendant la vie.

Chez une petite fille de 9 ans, morte de méningite tuberculeuse, dans ma division, à l'Hôtel-Dieu de Rouen, en janvier 1855, nous trouvâmes le rein droit volumineux dans sa position normale. La capsule surrénale gauche, pourvue de son artère et de sa veine qui n'offraient rien d'anormal, occupait sa place habituelle.

Le rein gauche était placé au niveau du détroit supérieur, un peu en avant de l'angle sacro-vertébral; le rein gauche avait trois artères, et toutes les trois assez grêles et perméables : l'une naissait de l'aorte abdominale, immédiatement au-dessus de sa bifurcation terminale, et traçait un sillon profond à la surface antérieure du rein pour pénétrer dans l'organe, au niveau de son hile, qui regardait en bas; la deuxième artère naissait de l'artère iliaque interne gauche; enfin la troisième, de l'artère iliaque primitive droite. Une des veines du rein gauche s'ouvrait dans la veine iliaque primitive droite, une autre veine se rendait dans la veine iliaque interne gauche.

II. — Physiologie.

expériences sur les nerfs pneumogastriques et accessoire de willis; par le docteur A. Waller.

M. Waller décrit des expériences sur les fonctions du nerf accessoire et du nerf pneumogastrique.

Il rappelle que cette question a déjà été l'objet de nombreuses expériences de la part des physiologistes les plus éminents, tels que Bischoff, Cl. Bernard, Longet, John Reid, etc.

D'après Bischoff, le nerf pneumogastrique, à son origine de la moelle allongée, est un nerf purement sensitif, comme la racine postérieure d'un nerf spinal, tandis que le nerf accessoire de Willis est un nerf purement moteur, comme la racine antérieure d'un nerf rachidien.

D'après cette idée, la branche interne du nerf accessoire (partie bulbaire) constitue la racine motrice du vague. Dans ses expériences, Bischoff s'est borné à démontrer l'action motrice du nerf spinal sur le larynx.

M. Longet, dès l'abord, a soutenu la théorie de Bischoff relativement à la nature purement sensitive du pneumogastrique à son origine, et a fait de nombreuses recherches pour la démontrer. Quant aux fibres motrices du tronc du nerf pneumogastrique qui vont au cœur, à l'estomac, aux poumons et à l'œsophage, elles proviennent, d'après M. Longet, des nerf rachidiens, après avoir préalablement traversé un ganglion du sympathique.

M. Cl. Bernard, au moyen d'un procédé dont il est l'auteur, est parvenu à diviser les nerfs accessoires à leur origine de la moelle allongée et de la moelle épinière, sans sacrifier la vie de l'animal comme dans les expériences de ses prédécesseurs. Par ce moyen, il a pu constater que l'élimination des branches internes des nerfs accessoires rendait l'animal aphone, mais que les fonctions des autres organes, sous la dépendance du pneumogastrique, n'offraient pas de perturbations appréciables. D'après cela, il est arrivé à la conclusion que les fibres motrices de ces organes ne proviennent pas du nerf accessoire.

Dans ses observations sur le nerf pneumogastrique, M. Waller s'est attaché à déterminer les altérations microscopiques et la perte de fonctions qui ont lieu dans le nerf vague au bout de dix à douze jours, sur un animal vivant dont on a arraché un nerf spinal, suivant le procédé de M. Bernard.

Sur des animaux dans ces conditions, il a constaté, au bout de dix à douze jours après l'opération, que toutes les fibres de la branche externe du spinal étaient désorganisées et que celles de la branche interne mélangées avec celles du pneumogastrique étaient altérées de la même manière. De cette façon, celles ci pouvaient être suivies dans toute la longueur du vague jusqu'à l'émission de sa branche récurrente, où la plupart s'en séparaient pour se rendre au larynx.

En galvanisant la branche externe du nerf accessoire altérée, on ne produisait aucune action sur les muscles du cou et de l'épaule. En agissant de la même manière sur le nerf vague du même côté à la région cervicale, on ne produisait qu'une action très-faible sur les muscles du larynx du côté correspondant, tandis que sur le *cœur* et sur l'*estomac*, on ne produisait aucune action.

Du côté non opéré, au contraire, en galvanisant la branche externe du nerf accessoire, on produisait la contraction des muscles du cou et de l'épaule, et sur le nerf pneumogastrique on causait : 1° un mouvement très-fort du larynx du même côté; 2° l'arrêt des mouvements du cœur; et 3° une constriction très-forte des parois de l'estomac, près de son extrémité pylorique.

La perte d'excitabilité de la branche externe du nerf accessoire s'observe sur sa partie périphérique de tout nerf moteur divisé dans les mêmes conditions (Longet), et provient de l'altération dans la structure intime des fibres nerveuses (Waller).

La perte de fonctions dans le nerf pneumogastrique du même côté provient de la même cause, et s'explique par la désorganisation des fibres motrices de la branche interne du spinal divisée.

M. Waller en conclut que les fibres motrices du cœur et de l'estomac contenues dans le vague, ainsi que la plupart de celles qui meuvent le larynx sont dérivées du nerf accessoire de Willis.

D'autres considérations le mènent à la conclusion que la plupart de ces fibres motrices du cœur et de l'estomac sont à l'état de fibres à noyaux ou de Remak dans la branche cardiaque ou gastrique du nerf vague.

III. — Pathologie.

1° phthisie tuberculeuse; ulcération des plaques de peyer sans fièvre typhoïde; œdème; ascite; mort; par M. Bouchut.

Cnelher (Anna), 5 ans et demi, entra le 18 mars 1856 au n° 7 de la salle Sainte-Marguerite. Elle est née d'une mère souvent malade et d'un père bien portant. Elle a été vaccinée et est très-sujette au dévoiement.

A l'âge d'un an, convulsions qui ont duré un mois, prenant deux ou trois fois par semaine. L'enfant n'a été nourrie au sein que six semaines. Elle est malade depuis deux mois, époque à laquelle est survenu un grand dévoiement, avec augmentation du volume du ventre; a peu d'appétit, vomissements quelquefois. Hier l'enfant prenait de la tisane lorsqu'elle a été prise d'une épistaxis; elle a rendu la valeur de deux dés de sang.

Toux sans expectoration depuis deux mois.

Amaigrissement depuis quelque temps, forces assez conservées.

Fièvre souvent le soir.

Pas de sommeil.

19 mars. Etat actuel: Enfant pâle, amaigrie, avec un peu d'œdème des membres inférieurs. Langue blanche, soif fréquente; pas de vomissements, trois garde-robes liquides, ventre volumineux, tendu, indolent, sans gargouillement.

Toux fréquente.

Matité en arrière dans le côté droit de la poitrine, pas de matité en avant. En arrière, râles muqueux et caverneux dans toute la hauteur; gargouillement plus prononcé avec souffle dans la fosse sous-épineuse du côté droit.

Sous la clavicule, râles sous-crépitants.

A gauche, il y a, en avant et en arrière, du râle muqueux et sous-crépitant fin.

Pas de sommeil, un peu d'agitation et de délire.

Peau chaude, pouls 120.

Les urines, traitées par la chaleur et l'acide nitrique, ne donnent aucun précipité.

Le sang, examiné au microscope, présente, au milieu, des globules rouges ordinaires et bien formés, des globules incolores au nombre de dix à douze par préparation.

La rate n'est pas gonflée et paraît avoir 2 centimètres de hauteur.

Le foie ne paraît pas être plus volumineux, 6 centim. de hauteur, et déborde les fausses côtes d'un travers de doigt.

20. L'enfant a été accablée une partie de la journée et a presque constamment dormi; elle a mal dormi la nuit et parle en dormant.

Toux fréquente, assez forte, sans quintes; même état de la poitrine et de l'auscultation.

Langue blanche, rosée sur les bords.

Pas de diarrhée.

Peau modérément chaude, pas d'œdème, pouls 120.

L'enfant est morte le 22 mars, à une heure après midi, sans agonie.

Autopsie le 24 mars 1856.

Le sommet droit est tuberculeux et présente des masses tuberculeuses à toutes les périodes de leur évolution.

Il y a des cavernes assez volumineuses, surtout vers la partie moyenne de la hauteur du poumon.

Au niveau de son lobe inférieur se trouvent des fausses membranes extrêmement épaisses et qui correspondent à des fausses membranes de même nature dans la portion diaphragmatique et costale de la plèvre droite.

Ces fausses membranes adhèrent mollement les unes aux autres, mais assez cependant pour effacer complétement la cavité pleurale.

Au-dessus de ces fausses membranes, le sommet adhère fortement à la paroi costale, dont on ne peut le séparer qu'en le déchirant.

Les ganglions bronchiques sont tuberculeux.

Le poumon gauche ne présente pas d'adhérences pleurales et offre quelques masses tuberculeuses à sa base seulement.

Le larynx, la trachée et les bronches sont congestionnés.

Le foie est gros sans être volumineux.

La rate présente quelques dépôts pseudo-membraneux à sa surface et quelques petits tubercules à son intérieur.

L'estomac, rempli d'une quantité considérable de liquides, a sa muqueuse ramollie à un degré considérable.

L'intestin grêle présente treize plaques de Peyer ulcérées. Ces plaques présentent un ruban saillant, inégal, ondulé.

A ce bord viennent aboutir une série de petites franges arborisées, s'anastomosant entre elles de différentes manières.

Ces espèces de franges ou de valvules conniventes sont séparées par des dépressions à fond grisâtre: ce sont les ulcérations.

La tuméfaction est considérable au niveau de chaque plaque qui présente un nombre variable d'ulcérations.

Les follicules isolés sont aussi tuméfiés, rouges, avec le plus souvent une ulcération à leur point central.

Ces ulcérations, arrondies d'ailleurs, ont, sur certains follicules, jusqu'à un centimètre de diamètre.

Au niveau de quelques-unes de ces ulcérations, la muqueuse intestinale a disparu complétement, et le fond de l'ulcération est constitué par la couche longitudinale des fibres musculaires de l'intestin.

Ces ulcérations sont surtout nombreuses au niveau de la valvule iléo-cæcale.

Le gros intestin présente aussi une tuméfaction des follicules isolés, avec un commencement de travail ulcératif.

La muqueuse semble épaissie.

Les ganglions mésentériques sont volumineux et infiltrés de matière tuberculeuse.

Epanchement considérable dans l'abdomen.

Le sang a été examiné dans la veine cave au-dessous du foie; dans la veine porte et dans la veine cave inférieure, au-dessus du diaphragme; il a présenté à chaque préparation de cinq à six globules blancs au milieu des globules rouges.

2° abcès froid du volume d'un œuf terminé par résolution; par M. Bouchut.

Un enfant de 3 ans, affecté d'adénite scrofuleuse cervicale, portait en même temps, au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate et sous la peau, un abcès du volume d'un œuf de poule, sans douleur ni changement de couleur à la peau. On allait l'opérer par injection d'iode, lorsqu'il sembla diminuer, et on l'abandonna à la marche de la nature.

Il disparut en trois mois sans laisser de traces.

L'enfant, mort sept mois après son entrée à l'hôpital, d'une rougeole très-grave, offrit sous la peau un petit kyste aplati, de 3 à 4 millim. d'épaisseur, de 3 centimètres de large, formé d'une membrane celluleuse vasculaire très-mince et d'une matière blanche caséeuse composée de gouttelettes d'huile, de quelques cellules d'épithélium et de corps granuleux d'inflammation très-rares.

3° observation de kyste hydatique du petit bassin, suivie de quelques remarques sur la fréquence des hydatides a rouen; par M. E. Leudet.

Les kystes hydatiques du petit bassin ont fait le sujet d'un mémoire très-intéressant de M. Charcot, publié il y a quelques années dans le recueil des travaux de la Société de biologie (1re série, vol. IV, p. 101, 1852). La richesse des renseignements historiques et bibliographiques que renferme ce mémoire nous dispense de mentionner les faits antérieurement publiés; nous voulons seulement en ajouter un nouvel exemple et insister sur les résultats que peut fournir la comparaison du fait que nous avons observé avec ceux que M. Charcot a résumés dans son mémoire.

Obs. I. — Une femme âgée de 72 ans entra à l'Hôtel-Dieu de Rouen pour une rétention d'urine; elle fut couchée dans la salle Sainte-Madeleine (clinique chirurgicale). Nous n'avons pas eu l'occasion d'examiner cette malade, nous avons seulement appris qu'elle avait présenté des symptômes que l'on crut pouvoir rattacher à une rétroversion de l'utérus.

La tumeur que l'on sentait en arrière du col de l'organe fut attribuée à une rétroflexion et à une augmentation morbide du volume du corps de l'utérus.

Cette femme mourut dans l'adynamie.

Nous pratiquâmes l'autopsie le 23 juin 1855.

Le cerveau, les poumons étaient sains.

Le cœur, un peu volumineux, présentait un épaississement léger des parois du ventricule gauche, sans aucune altération des orifices.

Absence complète de péritonite.

Le foie était un peu volumineux; près du bord tranchant du lobe gauche du foie existait un kyste du volume d'un œuf de pigeon, à parois fibreuses blanchâtres faisant saillie à la surface de l'organe; il était élastique et contenait des membranes d'un blanc verdâtre et infiltrées de matière grasse jaunâtre; quelques-unes de ces membranes furent examinées au microscope, et au milieu de la matière enlevée par le raclage de leur surface, je reconnus distinctement des crochets d'échinocoques, sans cependant rencontrer aucun animal intact. Je pus distinguer facilement l'enveloppe fibreuse du kyste et la poche mère enveloppant les hydatides. Cette tumeur hydatique du foie s'énucléait facilement; on ne pouvait tracer aucune continuité entre le kyste et les canaux biliaires ou vasculaires.

Le tube digestif ne présentait rien de morbide.

Le vagin, très-large, était allongé; l'urètre, dévié, suivait, au lieu de sa direction rectiligne, une autre très-oblique.

L'utérus était élevé; son fond, atteignant presque le niveau du détroit supérieur, était pressé entre la tumeur que nous décrirons plus loin et la vessie qui, elle-même, avait une capacité beaucoup plus considérable que d'habitude; ses parois étaient épaissies, et, sous la muqueuse, on distinguait des réseaux vasculaires nombreux dilatés.

La membrane muqueuse offrait de petites ulcérations superficielles.

Derrière l'utérus et un peu à sa droite, appuyant à gauche sur le rectum et placée au-dessous du péritoine, on trouvait une tumeur du volume de la tête d'un fœtus, à terme à paroi extérieure lisse et d'aspect fibreux. A son intérieur, cette tumeur offrait les caractères d'un kyste hydatique, poche mère

enveloppante, transparente, contenant une grande quantité de liquide clair comme de l'eau distillée, et sur ses parois, un grand nombre de petits points blanchâtres que l'examen microscopique montra être des échinocoques.

Les deux uretères sont dilatés; à la surface des reins il existe une foule de petites saillies formées par la dilatation des calices; le tissu des deux reins est un peu atrophié.

La nature des kystes hydatiques du bassin a presque toujours été méconnue, disait M. Charcot, et il en a été en effet ainsi dans le cas que nous venons de relater. Les symptômes de ces tumeurs n'offrent rien de spécial. Le kyste hydatique ne présentait rien de particulier ni dans sa position ni dans sa structure: il siégeait, comme on le voit, le plus ordinairement dans le tissu cellulaire sous-péritonéal; sa structure était identique à celle de beaucoup d'hydatides, seulement la poche mère n'enveloppait pas, comme cela a lieu fréquemment, d'autres poches hydatiques multiples; c'était sur les parois de la poche mère qu'étaient appliqués les échinocoques. Nous ferons remarquer la coexistence du kyste hydatique du bassin avec une autre tumeur analogue développée dans le foie et dont les hydatides paraissaient avoir subi, par un mécanisme encore peu connu, une atrophie réelle et une destruction prématurée, nous disons prématurée, parce que, dans la plupart des cas où l'on rencontre des tumeurs de ce genre, si l'on remonte aux antécédents, on ne trouve en général aucun symptome morbide qui ait attiré l'attention du malade vers la glande hépatique.

Une étude attentive des vers vésiculaires chez l'homme, nous a permis de nous convaincre, dans l'année 1855, de la fréquence de ces tumeurs hydatiques à Rouen et de leur existence sans symptômes graves, même appréciables des malades.

Sur près de deux cents ouvertures de cadavres des malades morts dans le service de clinique chirurgicale placé sous la direction de mon père et de celui de clinique médicale qui m'est confié, j'ai rencontré six fois des kystes hydatiques du foie, dont quatre avaient subi une atrophie spontanée. Nous avons déjà cité plus haut un fait d'hydatides du bassin et du foie, nous allons résumer brièvement les autres faits que nous avons eu l'occasion d'observer.

Obs. II. — A l'ouverture du cadavre d'un homme mort d'hémorrhagie stomacale, huit jours après un empoisonnement avec l'acide sulfurique, je trouvai un kyste hydatique du foie, du volume d'une grosse pomme, à la surface du lobe droit. Les hydatides étaient encore transparentes et nageaient dans un liquide clair, elles contenaient des échinocoques. Aucune autre hydatide n'existait dans l'économie.

Obs. III. — Chez une femme de 23 ans, atteinte d'une tumeur du foie, datant de sept mois et développée sans aucune altération de la santé, ne présentant ni frémissement ni fluctuation, j'opérai, au moyen de plusieurs applications de potasse caustique, un kyste hydatique volumineux du foie. Des membranes hydatiques furent expulsées; je fis pendant deux semaines des injections avec de la teinture d'iode, puis avec de l'alcool étendu d'eau ou pur. En un mois, j'obtins la guérison du kyste, et aujourd'hui la malade est complétement guérie.

Obs. IV. — Un kyste hydatique du foie ancien fut trouvé par moi à l'autopsie d'une femme morte d'un abcès de l'aisselle dans le service de mon père. Le kyste hydatique avait le volume d'un œuf d'autruche, avait des parois tapissées de plaques calcaires. On retrouvait des crochets parfaitement visibles d'échinocoques.

Obs. V. — Un homme âgé de 53 ans, mort dans mon service d'une hypertrophie du cœur avec rétrécissement aortique, n'ayant jamais présenté aucun symptome morbide du côté du foie, comme le prouve une observation détaillée recueillie pendant la vie du malade, présentait à l'ouverture du cadavre, deux tumeurs du volume d'une noisette, accolées et placées au centre du foie; leurs parois étaient infiltrées de sels calcaires et offraient tous les caractères à l'œil nu et au microscope des tumeurs hydatiques.

Obs. VI. — Une femme, âgée de 42 ans, entra dans mon service en mars 1855, atteinte d'une fièvre typhoïde. La malade mourut et, outre les lésions de la fièvre continue, nous trouvâmes dans le foie deux kystes hydatiques peu volumineux, atrophiés.

Nous pourrions ajouter à ces six observations l'histoire d'une malade qui entra également dans mon service au commencement de l'année 1855 pour une tumeur du foie de nature probablement hydatique, et qui sortit de ma division d'hôpital dans le même état.

Pendant six années consécutives d'internat dans les hôpitaux de Paris, nous avons pratiqué un grand nombre d'ouvertures de cadavres, sans néanmoins rencontrer aussi fréquemment des kystes hydatiques que nous l'avons fait à Rouen dans l'année 1855; nous savons, il est vrai, que les faits rares peuvent quelquefois se presser et se rencontrer presque en même temps; cependant nous avons cru devoir signaler cette fréquence des hydatides. Le tœnia ne nous a pas paru plus fréquent à Rouen qu'à Paris; ainsi en 1855 nous n'avous vu que 2 cas de tœnia armata et pas un botryocéphale.

Les faits que nous venons d'exposer peuvent encore provoquer plusieurs remarques; nous ne ferons que les indiquer ici: c'est que les kystes hydatiques, peu volumineux, s'atrophient souvent d'eux-mêmes, tandis que les tumeurs très-considérables se rompent souvent dans le péritoine ou ailleurs; le praticien devra donc, éclairé par l'anatomie pathologique, ne pas se hâter prématurément d'avoir recours à des agents thérapeutiques énergiques quand les kystes sont peu volumineux; il devra, au contraire, ne pas tarder si la tumeur est assez volumineuse pour faire craindre sa rupture spontanée.

4° HÉMATURIE DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE; par M. LÉCORCHÉ, interne des hôpitaux.

On sait qu'il n'est point rare de rencontrer dans le cours d'une fièvre typhoïde certaines hémorrhagies; mais ces hémorrhagies qui se font quelquefois dans le tissu cellulaire sous-cutané, où elles prennent le nom de pétéchies, ont lieu généralement à la surface des membranes muqueuses.

Il en est qui se font à la surface de la muqueuse nasale; elles arrivent généralement au début. On sait qu'elles sont les plus communes de toutes. M. Barth les a signalées dans la moitié des cas, et si MM. Louis, Chomel, Andral et Forget ne les ont pas signalées plus souvent, c'est que, probablement, ils observaient des malades atteints déjà depuis plusieurs jours, lors de leur entrée à l'hôpital.

D'autres fois l'écoulement sanguin se fait à la surface de la muqueuse gastro-intestinale; M. Forget cite un cas d'hématémèse. Les obs. XL et XLIV de la monographie de M. Louis nous fournissent des exemples d'hémorrhagies intestinales survenues au neuvième, au quatorzième jour; on en trouve un cas aussi au treizième jour dans la 26° obs. de la CLINIQUE de M. Andral. Ces hémorrhagies dites essentielles, et bien différentes des hémorrhagies survenues à une période avancée de la fièvre typhoïde, semblent se rapprocher par leur nature d'une hématurie survenue au début d'une fièvre typhoïde et que nous avons suivie dans les salles de M. Rayer.

Si j'ai cru ce fait digne d'être présenté à la Société de biologie, c'est que j'ai vainement cherché, dans les monographies ou les cliniques qui traitent de la fièvre typhoïde, des faits semblables.

M. Forget parle, il est vrai, des urines noires signalées par Baillou dans les fièvres graves; mais ce passage est trop court pour qu'on puisse voir là des hématuries.

M. Rayer, dans son ouvrage sur les maladies des reins, à l'article *Hématurie*, relate un fait semblable à celui que je vais rapporter; l'observation contient la relation de l'autopsie; j'en dirai quelques mots.

On en trouve un autre sans autopsie signalé par M. Bondet, service de M. Fouquier (année 1846).

Obs. — Pierre Mottier, garçon boucher, âgé de 17 ans, de taille moyenne, mais paraissant assez fortement constitué, entre à l'hôpital de la Charité le 7 février 1856.

Il n'a, dit-il, jamais eu de maladie dans son enfance; jamais il n'a eu de fièvre typhoïde; il est à Paris depuis longtemps. Ses parents, qui vivent encore, ont toujours joui d'une bonne santé.

Depuis cinq ou six jours, il éprouvait avant son entrée certains accidents qui lui avaient fait quitter son travail.

Il fut pris de céphalalgie, de vertiges, d'étourdissements, d'épistaxis fréquemment répétées; enfin d'hématurie qui survint le 5 février, deux jours avant son entrée; du reste, pas de diarrhée, pas de vomissements.

Le 7 février, jour de son entrée, nous lui trouvâmes la face injectée, de la céphalalgie, des étourdissements. Une fièvre modérée, 80 pulsations, et je ferai remarquer que pendant toute la durée de sa maladie la fréquence du pouls fut assez peu considérable, ne dépassa pas 84 à 86 pulsations, le soir, au moment de l'exacerbation.

La langue était blanche au centre, rouge vers les bords; la soif vive; la perte d'appétit complète; le ventre douloureux, surtout dans la fosse iliaque droite, à la pression. Pas de diarrhée.

On trouve quelques taches typhoïdes. Le malade, que l'on fait uriner devant nous, rend une urine très-rouge, révélant assez par son aspect la présence du sang que l'on constate par l'examen microscopique. Pas de pus dans cette urine, quelques urates. Inutile de dire que cette urine donne un précipité albumineux par l'acide azotique et la chaleur.

Le malade n'éprouve aucune douleur dans les lombes ni pendant la miction.

Le 8, les taches sont plus nombreuses, l'abattement est plus considérable, l'insomnie toujours complète. On constate dans la poitrine quelques râles sibilants. Un peu de diarrhée.

Le 9, les symptômes sont les mêmes; l'hématurie persiste.

Peu à peu on voit s'améliorer les symptomes qui, du reste, n'ont jamais présenté beaucoup de gravité; car le malade n'eut jamais de délire, peu de diarrhée; l'hématurie diminua en même temps que les autres symptomes jusqu'au 20, c'est-à-dire qu'on la vit de moins en moins colorer les urines, et que les globules devinrent plus rares sous le champ du microscope.

Le 20, on ne trouvait plus trace de globules et l'urine ne fut plus coagulable par l'acide azotique.

A partir de ce moment le malade entra en pleine convalescence.

Le traitement s'était borné à quelques purgatifs.

L'observation de M. Rayer nous offre des symptômes beaucoup plus graves et l'autopsie de l'individu.

Obs. — H..., âgé de 28 ans, fut pris, le 25 février 1838, de fièvre avec céphalalgie et dévoiement. Il entra à la Charité le 5 mars.

Le 6, la face colorée exprime la stupeur; la langue est sèche. Quelques taches rosées. Le pouls bat 120. Étourdissements, vertiges; peu de râles dans la poitrine.

Le 13, les symptômes sont aggravés: la langue est sèche, l'œil terne, le

regard fixe. Délire. Urines rouges avec globules sanguins, coagulables par la chaleur et l'acide. Douleur à l'hypogastre.

Le 16, on compte 56 respirations, 120 pulsations. Le malade meurt.

Outre la congestion des différents organes, l'ulcération des plaques de Peyer, on trouve dans la *vessie*, les *uretères*, les *bassinets* des ecchymoses sous-muqueuses.

Existait-il, dans l'observation qui nous est propre, une altération des solides qui pût expliquer cette hématurie? Elle survint chez un jeune homme qui n'a point encore eu de rapports sexuels et qui ne présentait aucune altération organique de l'appareil génito-urinaire. Il est probable que si la vessie, les uretères et les bassinets eussent été le siége d'épanchements; comme dans l'observation de M. Rayer, on eût vu apparaître et persister des symptômes de cystite, de néphrite, symptômes qui n'existèrent en aucun temps; l'urine même devint normale aussitôt après la disparition des globules sanguins. Il n'y eut pas de pus, ni d'albumine.

D'un autre côté, l'état peu avancé de la fièvre typhoïde, lors de l'apparition de l'hématurie, ôte toute probabilité à l'hypothèse d'ulcération ou de ramollissement de la muqueuse vésicale, lésions signalées par M. Louis. Force nous est donc de rapprocher cette hématurie des épistaxis du début qui sont plutôt essentielles que symptomatiques d'une altération quelconque.

5° HÉMORRHAGIE RACHIDIENNE; par M. CH. BERNARD.

M. Ch. Bernard présente la moelle épinière d'une femme, âgée de 24 ans, et morte à la Charité quarante-huit heures après le début de la maladie. Pendant le peu de temps qu'elle a vécu, on a constaté la perte de connaissance, la dilatation des pupilles, la conservation des mouvements, la roideur et le renversement du cou en arrière d'une façon momentanée, des mouvements convulsifs légers et généraux au début, et à la fin une contracture tétanique de tout le corps, des cris fréquents, l'état normal de la circulation et de la respiration.

A l'autopsie, on découvrit une hémorrhagie rachidienne ayant son siége, d'une part, dans le tissu sous-arachnoïdien dans toute la longueur de la colonne vertébrale, de l'autre dans la cavité même de l'arachnoïde, le long de la face antérieure de la moelle, et principalement à la région dorsale. La moelle elle-même était saine. En outre, l'encéphale présentait une congestion générale et très-considérable, les poumons étaient gorgés d'un sang noirâtre et visqueux, semblable à celui dont la substance cérébrale était injectée. Le foie, la rate et les reins offraient la même lésion. Il existait, dans les principaux replis du péritoine, un grand nombre de petites hémorrhagies multiples, formées par l'épanchement d'un sang également noirâtre et veineux.

Enfin, du col de l'utérus s'échappait une assez grande quantité d'un sang liquide et foncé; mais, chose importante à signaler, les ovaires ne présentaient aucune trace du travail congestif qui accompagne chaque époque menstruelle. De toutes ces lésions, on est en droit de conclure que cette fille a succombé à une hémorrhagie rachidienne et à une congestion cérébrale, accompagnées d'une altération particulière du sang et d'un état congestif général, dispositions morbides qui ont été la cause ou l'effet des lésions principales, et que l'hémorrhagie utérine, indépendante des règles, doit être rapportée à la même cause générale.

IV. — HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE.

NOTE SUR L'HYRACEUM; par J.-LÉON SOUBEIRAN.

Il y a quelques années, à une époque où le castoreum avait atteint un prix très-élevé et manquait sur les marchés d'Europe, on a importé du cap de Bonne-Espérance une nouvelle substance qu'on proposait pour servir de succédané à ce produit, et qu'on désigna sous le nom d'*hyraceum*.

Depuis ce moment on la trouve dans le commerce de droguerie; mais après avoir joui d'une certaine vogue, elle semble avoir été presque complétement abandonnée aujourd'hui, et tout permet de supposer que dans un avenir prochain elle ira rejoindre ces nombreux produits qui, après avoir été vantés comme des panacées, sont relégués dans les collections de matière médicale.

Cependant l'*hyraceum* mérite de fixer notre attention en raison des nombreuses opinions émises sur sa nature, et des contestations, plus nombreuses encore, qu'a soulevées parmi les zoologistes l'animal qui le produit, l'*hyrax capensis*.

L'*hyraceum* est une matière solide, noir brunâtre, offrant, sur certaines parties plus claires ou plus brillantes, l'aspect résinoïde, probablement par suite d'une modification de sa surface sous l'influence de l'humidité de l'air; car lorsqu'il est resté quelque temps à l'air humide, il se ramollit et devient glutineux au moins sur quelques points, et le phénomène augmente en raison du temps de l'exposition.

La cohésion de ses diverses parties ne permet qu'assez difficilement de le rompre en plusieurs fragments. Son odeur, assez vive, mais moins forte que celle du castoreum, avec laquelle elle a une grande analogie, m'a paru offrir de plus grands rapports avec l'odeur hircine.

Très-soluble dans l'eau, qu'il colore en brun jaune-foncé, surtout quand on opère à chaud, il a une saveur âcre et amère qui rappelle assez celle du castoreum. Sa dissolution dans l'eau n'est pas complète, car il reste un dépôt jaune brunâtre assez clair, qui, traité par l'acide azotique, fait une vive effervescence. Très-peu soluble dans l'alcool et l'éther, il les colore à peine en jaunâtre, et la dissolution laisse déposer lentement quelques gouttelettes huileuses assez denses.

L'*hyraceum* arrive dans le commerce dans des boîtes cylindriques de fer-blanc qui en renferment à peu près une livre anglaise, et chaque boîte est accompagnée d'une attestation d'origine de l'expéditeur du Cap.

Celui-ci partage l'avis du docteur Edward Martiny (NATURGESCHICHTE DER FUR DIE HEILKUNDE WICHTIGEN THIERE, p. 119, 1847), qui rapporte ce produit au *daman du Cap, hyrax capensis* (Ehr.), que les habitants du pays connaissent sous le nom de *dasse* (blaireau).

Pereira, dans son mémoire sur l'*hyraceum* (PHARMACEUTICAL JOURNAL, t. X, p. 119), rapporte à l'appui de cette opinion une lettre du professeur Lichtenstein à Schrader: « Cette substance se trouve en petites masses sur le versant » des montagnes pierreuses, et généralement dans les régions où l'on trouve » le plus souvent l'hyrax capensis. Les paysans ramassent ces morceaux qui, » quand ils sont encore frais, sont mous et en quelque sorte glutineux. » Déjà, avant les auteurs que je viens de citer, on trouve la mention du produit de l'*hyrax capensis* dans le récit des voyageurs, tels que Thunberg (VOYAGES EN EUROPE, EN ASIE ET EN AFRIQUE, PENDANT LES ANNÉES 1770 ET 1779, vol. I, p. 165), Sparrman (VOYAGE AU CAP DE BONNE-ESPÉRANCE, vol. I, p. 309), Burchell (TRAVELS IN THE INTERIOR OF SOUTHERN AFRICA, vol. I, p. 265).

Mais si tous les auteurs et voyageurs sont d'accord sur l'origine de l'*hyraceum* quant à l'animal producteur, il n'en est plus de même quant à la partie de l'animal qui le forme. Dans le pays, la pensée la plus généralement répandue est celle que rapporte Sparrman, que ce n'est autre chose que l'urine desséchée du daman, *Dassen piss, pissat de dasse*, croyance que nous trouvons reproduite par Buffon (HISTOIRE NATURELLE, supplém., t. VI, p. 280, 1782): « Les » Hottentots estiment beaucoup une espèce de remède que les Hollandais » nomment *pissat de blaireau*. C'est une substance noirâtre, sèche, et d'assez » mauvaise odeur, qu'on trouve dans les fentes de rochers et dans les cavernes; on prétend que c'est à l'urine de ces bêtes qu'elle doit son origine; » ces animaux, dit-on, ont la coutume de pisser toujours dans le même endroit, et leur urine dépose cette substance qui, séchée avec le temps, prend » de la consistance; cela est assez vraisemblable; celui qui est à Amsterdam » lâche presque toujours son urine dans le même coin de la loge où il est » renfermé. » Thunberg, qui parle deux fois, dans son VOYAGE, de l'*hyraceum*, admet, p. 166, la thèse avancée par Sparrman, Buffon et d'autres, que c'est l'urine desséchée du daman, se rencontrant en ceci avec le docteur Krauss (de Stuttgard), qui a longtemps résidé au Cap; mais, à la page 165, il dit, sur la foi des gens qui l'accompagnaient, que ce pourrait bien être le flux menstruel de l'animal. Le docteur Edward Martiny se rattache à cette dernière opinion, et dit: « Je considère l'hyraceum comme lié aux organes de la génération et produit par des glandes préputiales, et probablement vaginales » très développées, comme le castoréum dans le castor. »

Il n'ose cependant pas affirmer trop résolûment son dire, « car, ajoute-t-il, » nous le trouvons en masses considérables dans les endroits où l'on trouve » ces animaux, et il est très-possible que ce ne soit qu'une excrétion. » Une dernière opinion sur l'origine de l'*hyraceum* est celle que ce n'est autre chose qu'un mélange de l'urine et des matières fécales des damans, qui ont l'habitude, ainsi que les rongeurs, de rendre leurs excréments, urine et fèces toujours dans un même trou, qui sert à toute la famille, et qui est distant de 3 à 4 pieds de l'entrée de l'habition (Verreaux).

De toutes ces opinions diverses, quelle est l'expression de la vérité? Les recherches anatomiques faites sur le daman peuvent-elles éclaircir la question?

La disposition particulière, observée par Pallas (SPICILEGIA ZOOLOGICA, t. I, p. 43, 1766) dans les organes génito-urinaires du daman aurait pu, au premier abord, servir à défendre l'opinion que les faits se passent ici comme dans le castor; mais les observations de MM. Owen, Quekett, Thomas Bell et Hirtl (de Vienne) ont démontré d'une manière péremptoire qu'il n'existait chez l'*hyrax* aucune glande anale ou autre qui pût excréter l'*hyraceum*.

L'examen chimique démontre avec évidence que l'opinion de Sparrman et celle du docteur Martiny ne sont pas admissibles, car la composition que Reichel (de Zittau), dans une analyse déjà insérée au JOURNAL DE PHARMACIE (3e série, t. XVII, p. 138, 1850), et avant lui Schrœder, ont trouvé à l'*hyraceum*, les contredisent formellement. En effet, Schrœder y a trouvé (BERLIN JAHRBURCH FUR DIE PHARMACIE, p. 51, 1818):

Matière grasse (talgsubstanz),	1
Résine verte soluble dans l'alcool absolu,	2
Matière jaune odorante soluble dans l'alcool ordinaire et l'eau,	38
Matière brune soluble dans l'eau,	25
Résidu insoluble (quartz, fibres végétales, etc.),	34
	100

Si l'on soumet l'*hyraceum* au microscope, on voit confirmer ce que l'étude anatomique et chimique avait déjà révélé en partie, à savoir que cette substance n'est rien autre chose qu'un mélange d'urine et de matières fécales, récolté dans les endroits où, suivant l'observation de M. Verreaux, ces animaux ont coutume de les déposer. En effet, on trouve au microscope un grand nombre de fragments végétaux, tels que des portions de trachées encore très-nettement appréciables, des débris de tissu cellulaire ou fibreux. De même qu'avant moi déjà MM. Pereira, John Quekett et Sharpey l'avaient observé, j'ai vu sous le champ du microscope des débris épidermiques parfaitement caractérisés mêlés à des fragments de poils, et à des granules de sa-

ble siliceux inattaquable aux réactifs. Au milieu de produits dont l'origine végétale était incontestable, j'ai observé çà et là de petits globules jaunâtres qu'un examen superficiel eût peut être laissé prendre pour des globules de sang, mais qui n'étaient que des parties résineuses ou grasses, car l'emploi de l'alcool ou de l'éther les a fait rapidement disparaître. J'aurais vivement désiré pouvoir comparer les débris végétaux que me présentait l'*hyraceum* avec des plantes dont les damans se nourrissent ; malheureusement je n'ai pu arriver à connaître le nom botanique de la plante, dont ils sont particulièrement friands, et que M. Verraux m'a désignée sous le nom *buisson de miel, huningthe* (1). J'ai enfin pu, en traitant par de l'acide acétique une partie pulvérulente dont les dimensions étaient très-faibles, obtenir une ou deux petites lamelles rhomboïdales très-transparentes, qui m'ont paru être de l'acide urique.

Mes observations viennent donc à l'appui de celles publiées, il y a quelques années, par John Pereira, et je me crois donc fondé à conclure avec lui et le savant auteur des ILLUSTRATIONS OF THE ZOOLOGY OF SOUTH AFRICA, Andrew Smith, que l'*hyraceum* est le produit de l'urine et des matières fécales déposées dans les trous de rochers par les damans.

Au commencement de cette note, j'ai dit que les zoologistes avaient émis un grand nombre d'opinions au sujet de l'*hyrax capensis* ; et je crois utile et intéressant de retracer en peu de mots l'histoire de cet animal, que les auteurs ont ballotté de famille en famille et même de genre en genre. Placé parmi les rongeurs par Pallas et Erxleben, qui le nommaient *cavia capensis*, il a été rangé parmi les pachydermes sous le nom d'*hyrax* par Cuvier, Duméril, Illiger ; il n'est véritablement pas naturellement à son rang ni dans l'un ni dans l'autre de ces deux ordres. Dans l'état actuel de la science, et en se basant, comme l'a fait M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, sur la considération de ses habitudes et de son organisme, qui tient par quelques points de celui des rongeurs, et par d'autres de celui des pachydermes, je crois qu'il est convenable de le placer entre ces deux ordres, pour servir de passage de l'un à l'autre.

La présence d'ongles dissimilaires aux pattes, fait déjà reconnu par Frédéric Cuvier (HISTOIRE NATURELLE DES MAMMIFÈRES, t. III, 19 nov. 1826), est un signe caractéristique que l'animal est un être de transition entre deux systèmes d'organismes différents. La seule espèce bien connue du genre *hyrax* (Ehrenberg et Hemprich dans leurs SYMBOLÆ PHYSICÆ, fasc. I, mammalium 1828, en admettent quatre, mais beaucoup d'auteurs pensent que c'est à tort) est un animal de couleur grisâtre et de la taille d'un lapin ou d'un lièvre. Comme le font les marmottes en Europe, les damans ne vivent que sur les hauteurs, entre les fentes des rochers, dans des trous qui contiennent quarante à cinquante individus ; ils sont très-vifs, très-agiles, grimpent à pic les rochers les plus escarpés, et poussent des cris perçants quand ils sont poursuivis par les aigles, qui en font leur principale nourriture : ils ne descendent jamais dans la plaine. Bien qu'ils soient sauvages et craintifs, on peut, quand ils sont en captivité, les apprivoiser facilement et se les attacher par des caresses. Leur nourriture est exclusivement végétale et consiste en fruits, racines, mais surtout ils mangent l'*huningthe*. On trouve des damans au cap de Bonne-Espérance, où les colons les nomment *klip-daas*, West, *blaireau de rochers*, et en Abyssinie, où on les nomme *ashkoko* (Bruce) ou *gihé* (Shaw). Ceux du Liban, où on en rencontre aussi, ont reçu des Arabes les noms de *gannim Israël* ou *mouton d'Israël*.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS D'AVRIL 1856 ; par M. le docteur A. VULPIAN, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — ANATOMIE COMPARÉE.

OBSERVATIONS ANATOMIQUES SUR LE CYCLOPTERUS LUMPUS.

Le cyclopterus lumpus, vulgairement gras-mollet, a été souvent décrit par les naturalistes, qui ont très-exactement fait connaître ses caractères extérieurs, et n'ont pas manqué d'insister spécialement sur les admirables instincts que présentent ces poissons pour la conservation et la protection de leurs petits (2). Le lump a les pectorales très-amples et s'unissant presque sous la gorge ; les ventrales, situées sous les précédentes, sont réunies en un disque ovale et concave que le poisson emploie pour se fixer aux rochers ; la première dorsale est basse, enveloppée d'une peau épaisse et tuberculeuse, la seconde est plus petite et plus visible ; le corps de l'animal est garni sur ses deux plans, de trois rangées de tubercules coniques destinés à servir de défenses.

L'individu que nous avions à notre disposition avait une longueur d'environ 0,35 centimètres, et il était aisé de voir que c'était une femelle remplie d'œufs et dont la ponte commençait à se faire. Nous allons rapporter les faits que nous avons pu observer en disséquant ce poisson, non pas dans l'intention de faire connaître son anatomie complète, mais dans le simple but de fournir des observations nouvelles qui nous paraissent dignes de fixer l'attention.

Nous avons reconnu, comme tous les auteurs, que le système digestif se compose d'un œsophage très-court, d'un estomac très volumineux, terminé par 20 appendices pyloriques simples ou composés ; que l'intestin, mesurant deux fois et demie seulement la longueur du corps, ne présente pas de division en gros et grêle.

Le foie est très-volumineux, la vésicule biliaire très-petite.

La rate aussi est d'un très-petit volume.

Dans le système circulatoire, nous avons porté notre attention sur le cœur ici très-volumineux, et composé d'une oreillette très-vaste, plissée et comme étranglée à son milieu, s'ouvrant dans un ventricule unique à paroi très-épaisse : au pourtour du niveau de l'orifice auriculo-ventriculaire s'étalent deux valvules sigmoïdes, dont la disposition est analogue à celle des valvules sigmoïdes de l'aorte.

Aucune particularité d'ailleurs à mentionner relativement au système circulatoire, dont nous ne nous sommes pas proposé l'étude.

Nous n'avons rien à dire, pour la même raison, du système respiratoire, qui consiste ici en quatre paires de branchies disposées comme elles le sont généralement.

Les reins sont très-allongés, car ils occupent toute la longueur de la cavité abdominale : ils se terminent par deux uretères qui vont s'ouvrir dans une vessie très-volumineuse, située entre l'anus et l'oviducte.

Nous n'avons pas trouvé de vessie natatoire, bien que les auteurs en aient signalé l'existence.

Avant de passer aux organes de reproduction, et surtout au système nerveux, objet plus spécial de nos recherches, nous dirons encore que le squelette n'est pas osseux, mais cartilagineux, bien que le cycloptère soit rangé dans la famille des discoboles, famille de poissons osseux.

Chez la femelle de lump, que nous avons disséquée au moment de la ponte, les organes reproducteurs étaient remarquables, les ovaires surtout, par leur volume et leur poids. Chaque ovaire avait :

En longueur.	0,22	centimètres,
En largeur.	0,12	—
En circonférence. .	0,24	—

Les deux ovaires réunis pesaient 805 grammes.

D'après des calculs faciles à effectuer, le nombre des œufs contenus dans les ovaires s'élevait à plus de 133,000. Ce nombre est sans doute considérable, mais il est loin d'être exceptionnel ; tous les auteurs ont signalé des cas semblables et plus curieux encore.

L'ovaire n'est autre chose chez le lump qu'un sac rempli d'œufs : la membrane, très-fine, très-délicate, qui en revêt les contours, paraît jouer elle-même le rôle de membrane productrice de l'œuf ; car en en considérant un fragment au microscope, on y trouve des sphères vitellines en voie de développement. De la face interne de cette membrane partent des cloisons qui séparent en nombreux compartiments la masse des œufs.

Le système nerveux, et spécialement la moelle du cycloptère lump, ont attiré notre attention : c'est là surtout le point essentiel de cette note.

Sa moelle se compose d'une suite de renflements et de rétrécissements intermédiaires, allant du bulbe rachidien à l'extrémité caudale. Les renflements et les rétrécissements sont d'autant plus marqués qu'on s'éloigne de l'encéphale ; ils sont aussi d'autant moins nombreux, par suite de l'allongement des connectifs et des renflements eux-mêmes.

Les renflements dont nous parlons sont au nombre de 28, dans toute la longueur de la moelle, qui est de 0,19 centimètres ; chaque renflement correspond à la portion médiane d'un disque intervertébral ; chaque rétrécissement occupe l'espace intermédiaire ; les paires nerveuses naissent à 1 millimètre au-dessous de la portion la plus renflée du ganglion.

Sur le milieu de la face supérieure de la moelle règne un sillon antéro-postérieur d'autant plus marqué qu'on se rapproche de l'extrémité caudale. Là, en effet, le sillon indique clairement la division de la moelle en deux cordons, un cordon latéral droit et un cordon latéral gauche. Ces deux cordons se séparent facilement si l'on presse entre deux plaques une certaine étendue de la moelle vers son extrémité.

A un faible grossissement, et à l'aide de la préparation précédente, on peut reconnaître que les paires nerveuses naissent de la face inférieure, plus ou moins rapprochées du sillon médian.

Au microscope, nous avons reconnu dans l'intérieur de chaque renflement plusieurs éléments : 1° des cellules uni ou multipolaires ; 2° des fibres médullaires formant surtout les troncs nerveux ; 3° des fibres moniliformes constituées par des renflements et des rétrécissements alternatifs. Ces fibres sont dépourvues de moelle. Il est certainement intéressant de signaler la présence de ces mêmes fibres dans la chaînette nerveuse du lombric et dans les renflements nerveux du cycloptère.

Nous avions songé à étudier la texture plus intime du cordon médullaire chez le lump, mais diverses circonstances ont empêché cette étude.

Nous ajouterons, pour compléter les indications sommaires de cette note, que la moelle est entourée par deux membranes d'enveloppe chez le lump : une membrane intérieure fibreuse intimement appliquée au tissu nerveux ; une membrane extérieure colorée en noir par des grains de pigment et recevant un nombre considérable de vaisseaux sanguins.

Nous avons disséqué l'encéphale et quelques-unes des paires crâniennes qui en partent ; aucune circonstance nouvelle n'a frappé notre attention ; nous ne pensons donc pas devoir revenir sur des faits connus.

Une question qui a vivement divisé et divise encore les anatomistes est celle de la signification du système nerveux des invertébrés ? La chaînette

(1) Cette plante est aromatique et sucrée, et est employée fréquemment au Cap en infusion théiforme.

(2) Consulter pour l'histoire naturelle de ce poisson, Lacépède, t. II, p. 72 ; Cuvier, RÈGNE ANIMAL, t. II, p. 346.

ganglionnaire représente-t-elle le grand sympathique des vertébrés, comme Ackermann, Reil et Bichat le prétendent? Représente-t-elle les ganglions des nerfs rachidiens ou les ganglions intervertébraux, comme Tréviranus, Weber et Serres l'ont admis? On bien doit-on y voir un organe analogue à la moelle épinière, ainsi que Scarpa, Blumenbach et Gall l'ont pensé? Cette dernière opinion devient tous les jours de plus en plus probable, et nous pensons que l'observation de la moelle du cycloptère lump tend également à la confirmer.

En effet, ce qui caractérise essentiellement la chaîne abdominale des annelés, c'est la succession de renflements ou ganglions interrompus par des cordons rétrécis ou connectifs: il en est précisément ainsi chez le lump. Les renflements sont visibles comme les connectifs et d'autant plus qu'on arrive aux extrémités postérieures. Pour donner plus de précision à la comparaison établissons le parallèle avec la chaîne du lombric trapézoïdal. Dans le lombric, on voit sortir du milieu de chaque renflement deux paires nerveuses; leur origine a lieu à la face inférieure: il en est également de même chez le lump. La moelle du lombric est parcourue sur le milieu de ses deux faces par un sillon antéro-postérieur; ce sillon se trouve encore sur l'axe médullaire du lump. Ajoutons que la moelle du lump et celle du lombric ont encore ceci de commun qu'elles renferment de longues fibres nouenses à dilatations et resserrements successifs.

Nous ne prétendons pas conclure de ce simple rapprochement à l'analogie des deux moelles; mais c'est un fait au moins curieux à signaler que celui d'une moelle de vertébré constituée par une série de renflements ganglionnaires.

On a bien cité quelques autres faits en rapport avec celui-ci, notamment l'exemple de la moelle de l'amphioxus; mais il faut avouer que les exemples d'une semblable conformation sont rares; il serait à désirer que des études fussent entreprises sur les moelles de très-jeunes vertébrés dégradés ou de leurs embryons; elles conduiraient sans nul doute à des résultats importants au point de vue d'une étude comparative entre la moelle des vertébrés et la chaîne ganglionnaire des invertébrés.

VARIÉTÉS.

DÉCRET CONCERNANT UN CONCOURS POUR L'ADMISSION AUX EMPLOIS D'ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.

NAPOLÉON,

Par la grâce de Dieu et la volonté nationale, empereur des Français,

A tous présents et à venir, salut:

Vu le décret du 23 mars 1852, relatif à l'organisation du corps de santé de l'armée de terre;

Vu le décret du 13 novembre 1852, portant organisation de l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires;

Sur le rapport de notre ministre secrétaire d'Etat au département de la guerre,

Avons décrété et décrétons ce qui suit:

TITRE Ier. — *Recrutement des élèves destinés au service de santé militaire.*

Art. 1er. Il y aura tous les ans, à l'époque qui sera fixée par le ministre de la guerre, un concours pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire.

Art. 2. Les conditions d'admission à ce concours sont les suivantes:

Être né ou naturalisé Français;

Avoir moins de 23 ans révolus au 1er janvier de l'année suivante;

Avoir été reconnu apte à servir activement dans l'armée, aptitude qui sera justifiée par un certificat d'un médecin militaire du grade de major au moins; elle pourra être vérifiée, au besoin, par l'inspecteur du service de santé qui présidera le concours d'admission;

Être pourvu du diplôme de bachelier ès sciences;

Avoir pris huit inscriptions dans l'une des trois Facultés de médecine ou dans une école préparatoire de médecine, et avoir subi, avec la note *satisfait*, les deux examens de fin d'année.

Le concours a pour objet les matières qui sont enseignées pendant les deux premières années de scolarité médicale. Il se compose de trois épreuves: d'une question écrite, d'une interrogation sur divers points de la science, et d'une épreuve pratique; le tout conformément à un programme publié à l'avance par le ministre de la guerre.

Les épreuves auront lieu devant un jury composé d'un inspecteur du service de santé militaire, président, et de deux officiers de santé militaires désignés par le ministre de la guerre.

TITRE II. — *Enseignement préparatoire. Cours.*

Art. 3. Les élèves admis par ordre de mérite et d'après la liste dressée par le jury sus-mentionné sont tenus de souscrire un engagement de servir dans le corps de santé militaire pendant dix ans, à compter de l'achèvement de leurs études préparatoires et complémentaires, et sont alors commissionnés par le ministre de la guerre, en qualité d'élèves du service de santé militaire. Sur le vu de leur commission, ils sont inscrits au secrétariat de la Faculté de médecine de Strasbourg.

Art. 4. Casernés à l'hôpital militaire de Strasbourg, ils suivent les cours de la Faculté de médecine de ladite ville.

Art. 5. Les cours obligatoires seront pour eux les suivants, conformément à l'arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 26 septembre 1837:

Les trois cliniques (médecine, chirurgie, accouchements); pathologie médicale ou chirurgicale; matière médicale et thérapeutique; médecine opératoire; anatomie pathologique; cours d'accouchements; médecine légale, hygiène générale.

Art. 6. Les programmes de ces cours détermineut non-seulement l'ensemble et le cadre méthodique des matières à traiter dans les limites de chaque enseignement semestriel ou annuel, mais le nombre des leçons et les matières qui seront traitées dans chaque leçon.

Art. 7. Les programmes rédigés par les professeurs et acceptés en assemblée de la Faculté, seront soumis par le ministre de l'instruction publique à une commission mixte composée de deux membres du conseil de santé désignés par le ministre de la guerre, du directeur de l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires, du doyen de la Faculté de médecine de Paris, du doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg, et de l'inspecteur général de l'ordre de la médecine, président.

Le ministre de l'instruction publique, sur le rapport motivé de cette commission, arrête définitivement lesdits programmes, dont il sera remis des exemplaires au conseil de santé et à la direction de l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires.

En cas d'empêchement d'un professeur, il sera suppléé par un agrégé désigné d'avance pour chaque spécialité de l'enseignement médical; le suppléant se conformera, comme le professeur, au programme officiel de chaque leçon.

Art. 8. Au terme de leurs études, les élèves militaires seront admis à subir les épreuves pour le doctorat; a cet effet, ils pourront, dès le mois d'août, se présenter aux examens prescrits, et il leur est accordé un délai de cinq mois, depuis le 1er août jusqu'au 31 décembre, pour y satisfaire, ainsi que pour soutenir leur thèse, leur passage à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires devant s'effectuer du 10 au 20 janvier suivant.

(Une section II et une section III sont consacrées à la surveillance, direction et contrôle de la Faculté et au régime disciplinaire)

TIT. III. — *Enseignement complémentaire à l'école impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires.*

Art. 18. Les élèves militaires reçus docteurs passent, avec le titre de médecin stagiaire, à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires, sous la condition exprimée à l'art. 13 (la note *satisfait*), et ils subissent, à leur arrivée à l'École, un examen de classement.

Ils sont rétribués à l'École sur le pied de 2,160 fr. par an, et reçoivent une première mise d'équipement fixée à 500 fr.

Art. 19. L'École d'application de la médecine militaire a pour but de les initier à l'exercice spécial de l'art dans l'armée, de compléter leur instruction pratique, de leur faire connaître les règlements, lois et décrets qui régissent l'armée dans ses rapports avec le service de santé.

L'enseignement de cette École comprend les chaires suivantes: Clinique médicale; clinique chirurgicale; hygiène et médecine légale militaires; maladies et épidémies des armées; anatomie des régions; médecine opératoire et appareils; chimie appliquée à l'hygiène et aux expertises dans l'armée.

Art. 20. Le personnel de l'École comprend: 1 inspecteur du service de santé, directeur; 7 professeurs, dont un remplira les fonctions de sous-directeur; 7 professeurs agrégés attachés à chacun des sept enseignements sus-mentionnés.

Les deux agrégés de clinique médicale et chirurgicale rempliront les fonctions de chefs de ces deux cliniques; l'agrégé d'anatomie remplira celles de chef des travaux anatomiques; l'agrégé de chimie remplira celles de chef des travaux chimiques, et ainsi de suite.

Il y aura en outre:

Un bibliothécaire conservateur des collections; des aides-majors surveillants en nombre suffisant; un officier d'administration chargé, sous le contrôle de l'intendance militaire, de tout ce qui concerne la gestion administrative de l'École.

Les professeurs agrégés sont nommés au concours, d'après le programme rédigé par le conseil de santé; la durée de l'agrégation est de quatre années.

Les professeurs, sauf le cas de première nomination, sont choisis parmi les professeurs agrégés anciens ou en exercice et nommés par le ministre de la guerre, sur deux listes présentées par l'École et par le conseil de santé des armées.

Le bibliothécaire conservateur des collections est nommé par le ministre et peut être pris dans la position de retraite.

Le directeur est nommé par décret, sur la proposition du ministre de la guerre.

Art. 21. Les officiers de santé attachés à l'École reçoivent la solde de leur grade, augmentée du supplément du IIers, alloué aux officiers de diverses armes employés dans les écoles militaires.

L'inspecteur directeur de l'École reçoit les allocations spéciales attribuées aux généraux commandant les écoles militaires.

Art. 22. Des docteurs admis à l'École d'application remplissent dans les salles d'hôpital, les fonctions de sous-aide et d'aide-major, suivant leur numéro de classement.

Un règlement intérieur, arrêté par le ministre de la guerre, déterminera l'ordre des études et l'emploi du temps.

Art. 23. Les cours, excepté ceux de clinique, sont l'objet de programmes respectifs par leçons et autographiés après avoir reçu l'approbation du ministre.

Le directeur de l'École veille à ce que les professeurs s'y conforment exactement; en cas d'empêchement, ceux-ci seront remplacés, programme en main, par les professeurs agrégés.

Les interrogations et les épreuves pratiques qui s'y rattachent ont lieu de deux en deux mois; elles sont faites par les professeurs, et motivent des classements qui seront notifiés au conseil de santé.

Art. 24. Les stagiaires de l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires, après un an de stage, sortent de cette École avec le titre d'aide-major de deuxième classe, sous la condition de satisfaire à un examen de sortie dont le programme est arrêté par le ministre de la guerre.

Art. 25. L'École est placée sous l'autorité du directeur, auquel sont particulièrement dévolus la surveillance supérieure et disciplinaire du personnel employé dans l'École et le contrôle de toutes les parties de l'enseignement.

Art. 26. Les besoins de l'instruction s'étendant au service des malades et de l'amphithéâtre, le directeur provoquera les mesures administratives nécessaires pour la conciliation de ces besoins avec ceux du fonctionnement régulier de l'hôpital, et se concertera, à cet effet, avec l'intendant militaire de la première division.

Art. 27. Le directeur centralise tous les documents relatifs à l'appréciation du personnel de l'École, tels que rapports de cours, de classement, etc., et en fait la base de notes annuelles qu'il transmet au ministre.

Il a droit de proposition d'office pour l'avancement et pour la Légion d'honneur en faveur du personnel de l'École; il transmet ces propositions au ministre pour être soumises à la commission instituée par l'art. 24 du décret du 23 mars 1852.

Art. 28. L'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaire est inspectée par un inspecteur médical, d'après les mêmes règles que les autres écoles ressortissant du ministère de la guerre.

Art. 29. Toutes dispositions antérieures contraires à la teneur du présent décret sont et demeurent abrogées.

Art. 30. Notre ministre secrétaire d'État au département de la guerre et notre ministre de l'instruction publique et des cultes sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

Fait au Palais de Saint-Cloud, le 12 juin 1856.

NAPOLÉON.

Par l'empereur :
Le maréchal de France ministre secrétaire d'État au département de la guerre,
VAILLANT.

— Par arrêté du 25 juin, M. Xardel a été nommé professeur suppléant à l'École préparatoire de Nancy. Il sera attaché aux chaires de médecine proprement dite, et M. Granjean restera attaché aux chaires de chirurgie et d'accouchement.

— Par suite du décès de M. Sandras, il a été opéré quelques mutations dans les hôpitaux : M. Nonat a passé de la Pitié à l'Hôtel-Dieu; M. Bernutz passe de Lourcine à la Pitié, en remplacement de M. Nonat, et est remplacé lui-même par M. Bergeron, qui quitte le service des nourrices.

— Par décret du 12 juin, M. le docteur d'Ury, médecin sanitaire à bord du paquebot l'*Assyrien*, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— La distribution annuelle des prix aux élèves sages-femmes de l'École d'accouchements a eu lieu, le 25 juin, sous la présidence de M. Davenne, directeur général de l'administration générale de l'assistance publique.

Le premier prix d'accouchement, consistant en une médaille d'or, a été décerné à mademoiselle Besseguier, élève aux frais du département de Seine-et-Oise, qui a obtenu en outre cinq autres prix.

Les élèves qui ont été le plus souvent nommées après mademoiselle Besseguier, sont :

Mesdames Auboire, élève aux frais du département de l'Allier;
Collin, élève aux frais du même département;
Bregère, élève à ses frais;
Bernhard, élève à ses frais;
Meyruet, élève aux frais du département de l'Ardèche;
Guillaume, élève à ses frais.

— Dans sa dernière séance du 25 juin, la Faculté de médecine de l'Université de Bruxelles a procédé au renouvellement de son bureau. M. le professeur Morel a été nommé président, en remplacement de M. Deroubaix, et M. Rossignol, secrétaire, en remplacement de M. Pigolet.

— M. le docteur Riba, doyen de la Faculté de médecine de Prague, vient de mourir à l'âge de 61 ans, après une longue maladie.

— M. Gourard-Rœlens, docteur en médecine, en chirurgie et en accouchements à Lichtervelde (Bohême), est mort récemment à l'âge de 48 ans. Par son testament olographe, il lègue tous ses biens à cette commune pour l'érection d'un refuge destiné aux orphelins des deux sexes.

— NOTE DU CONSEIL DE SANTÉ DES ARMÉES SUR L'APPARITION POSSIBLE DE QUELQUES CAS DE TYPHUS DANS LES GARNISONS. — Des instructions, concertées entre les départements de la guerre et de l'agriculture, ont minutieusement réglé tous les détails du débarquement des troupes rentrant d'Orient, et prescrit l'adoption d'un ensemble de combinaisons, au moyen desquelles les populations ne peuvent rien avoir à craindre du contact de ces troupes quand elles seront admises à circuler en France.

Malgré cet ensemble de précautions, on ne saurait affirmer actuellement, cependant, qu'il ne se révélera aucune affection typhique dans les garnisons qui recevront les troupes revenues d'Orient, ou chez les habitants qui auront été en contact avec elles; mais on peut avancer néanmoins que si des manifestations de ce genre se produisaient, elles seraient isolées, s'éteindraient sur place, et n'auraient par elles-mêmes ni la gravité, ni la puissance de propagation qui se rencontrent au voisinage des foyers d'origine.

Les médecins qui seront appelés à les traiter, soit dans les corps de troupes ou dans la population même, soit dans les hôpitaux civils et militaires, auront un devoir de circonstance à remplir devant l'autorité; ils s'empresseront de les lui signaler, afin que les mesures d'isolement leur soient appliquées sans produire des craintes exagérées de transmissibilité; ils sauront rassurer les populations et leur épargner le trouble et le ridicule d'une panique, à l'occasion d'un cas isolé plus ou moins typhique destiné à s'épuiser faute d'aliments.

Les officiers de santé des corps redoubleront de vigilance, dans la visite journalière des hommes; ils dirigeront, sans délai, sur l'hôpital ceux qui leur paraîtraient présenter quelques symptômes caractéristiques.

Que s'il survient dans la population civile des cas plus ou moins suspects, la prudence prescrit de les traiter dans l'isolement, de leur réserver dans les établissements hospitaliers-civils un local distinct et bien approprié à cette destination. S'il n'existe pas d'hôpital dans la localité ou si les familles désirent retenir près d'elles leurs malades, le médecin qui les soigne se conformera pour leur traitement aux règles d'isolement et d'aération continus, et ne négligera aucune des précautions dont l'application est compatible avec les conditions de la vie privée.

Comme dans toutes les maladies très-graves et susceptibles de se communiquer le point important est de les reconnaître à leur début, cette règle est particulièrement applicable au typhus, et les médecins civils et militaires ne sauraient apporter trop d'attention à distinguer les symptômes qui en annoncent l'invasion : « Fièvre à marche indéterminée ou d'apparence rémittente; frisson irrégulier et peu marqué; douleurs contusives dans les membres; céphalalgie violente, gravative, étourdissements, vertiges, injection des yeux, hébétude qui arrive promptement au degré de la stupeur; celle-ci très-prononcée et persistant tantôt comme symptôme prédominant, tantôt alternant avec le délire; prédominance des symptômes fournis par les centres nerveux sur les phénomènes abdominaux qui sont beaucoup moins en relief que dans la fièvre typhoïde; ainsi, peu ou point de météorisme, gargouillement iliaque rare ou nul, constipation le plus ordinairement au début, rarement de la diarrhée dans le cours de la maladie, et, quand elle survient, moins intense et moins continue que dans la fièvre typhoïde.

» Les éruptions caractéristiques sont de nature pétéchiale, et quelquefois précédées par une éruption papuleuse rosée qui ne s'efface pas sous la pression du doigt. »

Quant au traitement, on ne croit pas devoir formuler ici d'indications absolues. Il n'en est pas d'ailleurs du typhus comme du choléra, qui donne lieu à un grand nombre de cas foudroyants ou d'invasion rapide dans lesquels la seule chance de salut est au prix de l'administration instantanée de soins déterminés à l'avance. L'évolution du typhus permet au médecin d'intervenir avec maturité, et son traitement repose essentiellement sur l'observation des règles hygiéniques : « Isolement et large espacement des malades, ventilation diurne et nocturne des locaux qu'ils occupent, propreté rigoureuse et constante du couchage, grande réserve dans l'emploi des émissions sanguines et des débilitants en général. » Que le médecin n'oublie pas que la plupart de ces malades ont passé par des privations, par des fatigues et par toute espèce de causes d'épuisement; qu'il ne perde pas de vue la nécessité de soutenir chez eux les forces de réaction : « Boisson vineuse, décoction de quinquina, et pendant la période de stupeur, acétate d'ammoniaque. »

Beaucoup d'entre eux auront subi antérieurement une influence d'impaludation, et pourront suggérer l'indication de l'emploi utile « des antipériodiques; » autant il conviendra de les prescrire dans ces cas, autant il faut se garder d'ériger cette médication en méthode générale.

Dans un but d'intérêt général facile à saisir, les médecins des corps et des établissements hospitaliers civils et militaires, dans lesquels des cas de typhus viendraient à se déclarer, sont invités à informer le Conseil de santé des armées, par des rapports décadaires, de l'invasion et de la marche de ces affections.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — ÉLIMINATION DU SULFATE DE QUININE.—MÉMOIRE SUR LE TYPHUS OBSERVÉ AU VAL-DE-GRACE. — COLORATION DU PAIN DE MUNITION.

Cette séance de l'Académie a été riche en communications importantes. M. Briquet a lu d'abord un mémoire sur l'élimination des médicaments, et en particulier des alcaloïdes du quinquina. Ce thème intéresse surtout la physiologie; la thérapeutique pourra peut-être lui emprunter un jour quelques données; mais il reste bien des questions à élucider encore avant d'arriver à ce but. Une des plus heureuses applications de la chimie à la physiologie est sans contredit la facilité que donnent certains réactifs pour déceler dans les différents produits des sécrétions et des excrétions, ou dans le tissu même des viscères certaines substances minérales ou organiques absorbées par l'estomac, par la peau, ou introduites mécaniquement dans les vaisseaux. On apprend ainsi que des agents thérapeutiques, l'iodure de potassium et le sulfate de quinine, par exemple, s'accumulent peu de temps après leur absorption dans certains réseaux capillaires ou dans quelques tissus parenchymateux, d'où ils sont éliminés avec les produits des sécrétions spéciales de ces organes glandulaires. M. Briquet, généralisant cette donnée, pense pouvoir conclure de ses expériences que les substances qui sortent ainsi très-promptement de la circulation sont celles qui sont le plus incompatibles avec notre économie; ainsi les sels métalliques. Au contraire, les composés qui se rapprochent le plus de la nature des tissus de l'économie, tels que les alcaloïdes du quinquina, sont plus longtemps retenus. Nous pensons qu'il y aurait des réserves à faire à ce sujet; mais, à cette exception près, nous acceptons comme très-justes les conclusions de l'auteur en ce qui a trait à l'absorption et à l'élimination des alcaloïdes du quinquina en particulier.

— M. le docteur Godelier, professeur de clinique médicale à l'École impériale de médecine militaire, a lu à l'Académie le résumé d'un mémoire sur le typhus qu'il a observé au Val-de-Grâce pendant les premiers mois de cette année.

Cette affection, qui a frappé d'une manière presque exclusive un des régiments de la garnison de Paris, à son retour de Crimée, n'a pas cependant pris naissance au pied de Sébastopol, comme on serait naturellement porté à le supposer, mais à bord même du navire sur lequel les soldats ont été retenus par les gros temps pendant cinquante jours. Les conditions les plus propres à fomenter cette maladie se sont trouvées fatalement accumulées durant cette longue traversée, et elles offrent à l'hygiéniste un exemple très-net et très-curieux de génération spontanée du typhus. Comme il a été possible de suivre les effets du principe morbide depuis son éclosion jusqu'à son extinction complète, on peut voir aisément comment il se comporte lorsqu'il est transporté dans un milieu salubre, loin des circonstances qui l'ont engendré, et combien de temps il peut sommeiller dans l'économie avant de manifester sa présence.

Les faits recueillis montrent que le typhus est l'une des maladies infectieuses dont l'incubation peut avoir la plus longue durée. C'était aussi une circonstance des plus favorables pour constater le degré d'activité contagieuse du typhus que de le trouver abandonné pour ainsi dire à lui-même, bien loin du lieu, tout à fait en dehors des conditions qui lui avaient donné naissance, et dans lesquelles sa puissance de transmission aurait pu puiser incessamment de nouvelles forces Elle s'est produite au Val-de-Grâce de la manière la plus capricieuse. Absolument inactive dans les circonstances les plus favorables en apparence à sa manifestation, elle se révèle, au contraire, où l'on devait, ce semble, la redouter le moins, comme pour imposer au médecin la plus grande réserve, quand il est appelé à se prononcer sur la possibilité de la contagion dans tel ou tel cas.

Après avoir rapidement exposé ces faits importants, M. Godelier a tracé le tableau général de la maladie telle qu'elle s'est montrée au Val-de-Grâce.

Il s'est attaché à décrire l'éruption *propre* au typhus, qui fait quelquefois défaut, mais qui est *pathognomonique* toutes les fois qu'elle se produit. Formée de deux éléments, l'exanthème et l'ecchymose, réunis d'ordinaire dans la même tache, ou se montrant séparément, offrant des aspects divers selon la quantité et la qualité du liquide sanguin extravasé, plus ou moins riche en matière colorante; elle est toutefois différente de la pétéchie proprement dite, du scorbut et du purpura, qui peut d'ailleurs s'y adjoindre, comme dans beaucoup d'autres fièvres graves. La durée et le siége principal de l'éruption typhique la distinguent d'ailleurs de celle de la rougeole avec laquelle elle a, surtout dans les premiers jours, une très-grande ressemblance. Bref, elle peut être caractérisée en deux mots combinés comme ses éléments eux-mêmes : c'est un *exanthème pétéchial*.

On voit combien elle diffère des *taches rosées lenticulaires* de la fièvre typhoïde.

On y reconnaît, au contraire, de la manière la plus évidente, les stigmates du *morbus petechialis* et du *typhus fever*.

En décrivant le typhus du Val-de-Grâce, M. Godelier a mis en relief ses traits principaux, puis sa marche, sa durée, ses terminaisons, son anatomie pathologique enfin, pour montrer combien il diffère de la fièvre typhoïde, et combien il offre, au contraire, de ressemblance avec les fièvres dites pétéchiales, qui ne sont autres que le typhus proprement dit. Il conclut donc à l'identité de ces affections.

Ce premier point établi, il aborde la question presque aussi litigieuse de l'identité du *typhus fever* lui-même, nommé à tort typhus d'Irlande, vu qu'il se rencontre en beaucoup d'autres lieux avec le typhus proprement dit. Or il montre d'une part que le typhus du Val-de-Grâce est aussi semblable au *typhus fever* qu'à la fièvre pétéchiale, et, d'une autre part, que le *typhus fever* ne saurait être distingué du *morbus petechialis* et du typhus de Hildenbrand; de sorte qu'on est inévitablement conduit à cette conclusion plus élevée, que l'état actuel de la question et que le sens général des travaux publiés depuis quelques années à l'étranger surtout faisaient hautement pressentir : *Le typhus et le typhus fever sont identiques; ils diffèrent spécifiquement de la fièvre typhoïde.*

L'Académie a accueilli avec le plus vif intérêt cette communication dont nous nous bornons à donner aujourd'hui une appréciation, le

FEUILLETON.

ÉTUDES MÉDICALES SUR QUELQUES POËTES ANCIENS ET MODERNES.

HORACE.

(Suite. — Voir le numéro 26.)

L'ami de Mécène, ce voluptueux qui trouvait la vie si douce, qui cherchait partout ses aises et qui reconnaissait si bien la nécessité de profiter du temps, celui qui disait si sagement à Leuconoé :

. . . . Spatio brevi
Spem longam reseces. . . . . .

et qui ajoutait le *carpe diem*, devenu le précepte des épicuriens, Horace craignait la mort, témoin cet arbre fatal qui faillit un jour l'écraser et auquel il adressa une ode (la 12e du 2e livre) :

Triste lignum, te caducum
In domini caput immerentis.

Il le charge d'invectives : Une main sacrilége a dû te planter,

Arbos, in nepotum
Perniciem, opprobriumque pagi.

Et plusieurs fois, dans ses poésies, il revient sur cet incident de sa vie privée, par exemple, dans l'ode à Mécène malade (la 17e du livre II) où il dit :

Me truncus illapsus cerebro
Sustulerat, nisi Faunus ictum
Dextrâ levasset.

Sa philosophie n'accepte pas ces dangers perpétuels. Il a beau dire :

Quid quisque vitet nunquam homini satis
Cautum est in horas.

On ne sait qui vit ni qui meurt, on ne peut rien prévoir, rien empêcher,

Improvisa Lethi
Vis rapuit, rapietque gentes.

Tout cela est fort bien, mais ces raisons excellentes ne rassurent pas notre

travail de M. Godelier devant paraître prochainement en entier dans nos colonnes.

— M. Poggiale a communiqué ensuite les résultats de ses recherches sur une singulière coloration du pain de munition fabriqué à la manutention militaire de Paris, les 7 et 8 avril de cette année. Ce pain, qui avait été préparé avec un mélange de farine de blé dur et de farine de blé tendre d'Espagne, passa au noir bleuâtre peu de temps après son refroidissement. Cette altération préoccupa vivement l'administration de la guerre; M. Poggiale, après une étude microscopique et chimique approfondie des échantillons de blé et de farine, après de nombreux essais de panification, est arrivé à démontrer que le pain d'un noir bleuâtre contenait un nombre considérable d'animalcules filiformes, cylindriques, roides, plus ou moins distinctement articulés et animés d'un mouvement vacillant non ondulatoire. Ces corps avaient généralement 0mm,003 à 0mm,004 de long, quelques-uns présentant une longueur beaucoup plus grande et pouvant être vus à l'aide d'un faible grossissement. On observait en même temps d'autres animalcules microscopiques en petit nombre, assemblés par deux ou par trois. Comme on ne trouvait point ces infusoires dans les diverses farines employées, ni dans le biscuit préparé sans levain, et qui était parfaitement blanc, ni dans les *marrons* blancs qu'on rencontra dans quelques pains colorés, M. Poggiale a conclu que la formation de cette grande quantité de *bacterium* était liée à la fermentation panaire. L'altération de couleur, si extraordinaire, était liée à la production des animalcules, ceux-ci étant la cause ou les effets du phénomène. Avant la fermentation panaire les seuls faits qui aient pu être notés sont la qualité inférieure des blés durs employés et le peu de cohésion de leur gluten. On peut donc tirer des recherches importantes de M. Poggiale cette conclusion, que des altérations très-prononcées du blé se révèlent quelquefois par une coloration singulière, noir bleuâtre, qui se produit dans toute la masse panaire après sa fermentation, sa cuisson et son refroidissement; que cette coloration coïncide avec le développement de certains infusoires. Qu'on suppose maintenant, ce qui doit arriver dans un grand nombre de cas, que le pain ne se soit pas coloré en noir, ou qu'au lieu de fabriquer du pain on ait fait fabriquer du biscuit, on aurait conclu à la bonne qualité du produit d'après sa coloration ordinaire et son bon aspect. Or les expériences de M. Poggiale démontrent que le gluten peut être dans ces cas sensiblement altéré; il faut donc, pour juger de la bonne qualité du pain ou du biscuit, soumettre préalablement les farines employées à leur confection au dosage et à l'appréciation des propriétés physiques du gluten.

PHYSIOLOGIE.

MÉMOIRE SUR L'APPLICATION DU COMPTEUR A GAZ A LA MENSURATION DE L'AIR RESPIRÉ; par M. BONNET, professeur à l'École de médecine de Lyon, correspondant de l'Institut.

Tous les physiologistes qui se sont occupés de la respiration dans l'état normal out recherché quelle est la quantité d'air mise en circulation par l'acte respiratoire; il n'est pas de traité de physiologie dans lequel on ne trouve exposés les résultats obtenus par les expérimentateurs depuis la fin du dix-septième siècle jusqu'à nos jours. On trouve souvent cités parmi les auteurs anciens, Mayon, Menziès, Godwin, Bostock, Ahilgard, Dalton, Davy, et parmi nos contemporains, Herbet (de Gœttingue), Valentin (de Berne), et surtout Hutchinson, dont les expériences comparatives ont porté sur plus de deux mille individus.

La persévérance des observateurs dans cet ordre de recherches ne doit pas étonner; il n'est pas, en effet, un problème de physiologie exacte sur la respiration dont la solution n'exige pas la connaissance de la quantité d'air qui entre dans les poumons et de celle qui en sort. Ces quantités doivent être connues pour savoir quel est dans un temps donné celles d'oxygène absorbé, d'acide carbonique et de vapeur d'eau exhalés. Si on ne les avait pas déterminées, plusieurs applications hygiéniques auraient été impossibles; par exemple, on ne connaîtrait pas scientifiquement le nombre de mètres cubes d'air que doivent renfermer les appartements dans lesquels séjournent l'homme ou les animaux.

Cependant si la physiologie normale de la respiration ne peut être constituée sans la détermination, au moins approximative, de la quantité d'air mise en jeu, la même évaluation n'est pas moins nécessaire dans l'étude de l'état morbide. Elle fournit un élément précieux pour la connaissance du mode suivant lequel la respiration continue à s'accomplir; elle facilite le diagnostic de lésions commençantes, démontre au besoin l'intégrité des poumons et permet de suivre les phases diverses d'une maladie abandonnée à elle-même ou soumise à l'influence d'un traitement. Ces avantages paraissent assez généralement compris en Angleterre et en Allemagne, depuis les beaux travaux publiés par M. Hutchinson en 1846. Comme on le verra dans la suite de ce travail, cet auteur ne s'est pas borné à une étude approfondie de la quantité d'air respiré dans l'état sain, il a étendu ses recherches à l'état morbide, et la voie qu'il a ouverte a été parcourue depuis par quelques-uns de ses compatriotes et par plusieurs auteurs allemands; parmi ces derniers, Schneevoght et Hecht méritent surtout d'être cités. En France, la spirométrie, pour me servir d'une expression aujourd'hui adoptée, quoique assez incorrecte, la spirométrie n'est connue que par quelques analyses qui ont paru dans les ARCHIVES DE MÉDECINE, années 1847 et 1856 (1), et elle n'est appliquée dans aucun service clinique; en un mot, sous le rapport pratique, elle est comme n'existant pas.

J'ai senti la nécessité de l'étudier il y a sept ou huit mois, en songeant au moyen de vérifier la valeur d'un appareil de mouvement par lequel j'espérais assouplir les côtes et augmenter l'amplitude de la poitrine. Il me parut que si la gymnastique, à laquelle je voulais soumettre cette cavité, était vraiment utile, si à son aide le champ de la respiration devait être agrandi, il en résulterait une augmentation

(1) ÉTUDES SUR LES PHÉNOMÈNES MÉCANIQUES DE LA RESPIRATION ET SUR LA CAPACITÉ PULMONAIRE; par le docteur John Hutchinson. (ARCH. GÉN. DE MÉD., 1847.)

DE L'EMPLOI DES INSTRUMENTS DE PRÉCISION EN MÉDECINE, DE LA SPIROMÉTRIE; par le docteur Ch. Lasègue. (*L. c.*, avril 1856.)

---

héros; il redouble de soins, de précantions, il ne se départ de ce régime prudent qu'en faveur de ses nouvelles amours, et alors il court gaiement les risques de ses honnes fortunes, il affronte les disgrâces des amants heureux,

. . . . Dedit hic pro corpore nummos,
Hunc perminxerunt calones, quin etiam illud
Accidit, ut cuidam testes caudamque salacem
Demeteret ferrum.

On voit que les maris outragés se vengeaient cruellement, comme le fit Fulbert, l'oncle d'Héloïse, à l'encontre de ce pauvre Abeilard. Il paraît même que cette punition n'était pas rare, car Plaute fait dire à un valet de l'une de ses comédies (POENULUS):

Facio quod manifestè mœchi haud fermè solent.
— Quid? — Refero vasa salva.

C'est presque le proverbe ancien : *Il en revient les brayes nettes;* et maître *Syncerastus*, qui a échappé au danger commun, s'en vante hautement. Horace n'a pas couru de si grands périls, et nous l'en félicitons bien volontiers.

Mais l'homme gourmand, viveur, obèse et chassieux, celui qui ne savait pas résister aux entraînements de l'occasion, devait être malade quelquefois, souvent même, et l'on en a la preuve par le rôle considérable que jouent et la médecine et les médecins dans ses ouvrages badins ou sévères, qu'il s'agisse de philosophie ou de critique, qu'il blâme ceux qu'il hait ou qu'il donne de sages conseils à ceux qu'il aime.

Dans cette charmante satire, la 3e du 2e livre, où Damasippe prouve si plaisamment à Horace que tous les hommes sont fous, le poëte met dans la bouche de son interlocuteur les paroles suivantes :

Atqui
Emovit veterum mirè novus; ut solet, in cor
Trajecto lateris miseri capitisve dolore;
Ut lethargicus hic quum fit pugil, et medicus urget.

Une nouvelle manie a remplacé l'ancienne, comme la douleur de tête passe au cœur ou à la poitrine, comme un homme en léthargie devient un athlète et veut *boxer* son médecin.

Un certain *Stertinius*, digne élève du Portique, prétend prouver, d'après le sentiment de Chrysippe, que les gens à passions sont fous, que les ignorants ne le sont pas moins, ce qui revient à dire que les sages sont rares. Et parmi les nombreux exemples de folie qu'il cite, il raconte la plaisante aventure de ce

Pauper Opimius argenti positi intus et auri,

regorgeant de richesses et se condamnant à des privations infinies, buvant à peine un vin aigre les jours de fête, et dans un mauvais pot,

Qui Veientanum festis potare diebus
Campana solitus trullâ vappamque profectis.

évidente dans le volume de l'air mis en circulation. La mensuration de cet air prenait ainsi à mes yeux une grande importance. Je m'occupai dès lors de rechercher les instruments les plus précis et les plus commodes pour la réaliser. Dans une conversation que j'eus à ce sujet avec M. Pomiès, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, mon honorable confrère me demanda si, au lieu de recourir à la méthode usitée dans les laboratoires de chimie pour mesurer les gaz, il ne vaudrait pas mieux employer le compteur à gaz que l'industrie moderne a si remarquablement perfectionné. Cette idée me frappa, et je m'occupai immédiatement de la mettre à profit. Des essais faits sur un grand nombre de personnes bien portantes, nous permirent de juger immédiatement avec quelle promptitude et quelle facilité on pouvait mesurer la respiration à l'aide de cet instrument, et je ne tardai pas à m'en servir pour éclairer le diagnostic de diverses maladies. Quoique des circonstances diverses ne m'aient pas permis, depuis plus de six mois que j'ai un compteur à ma disposition, de poursuivre des recherches à l'aide de cet instrument avec tout le soin désirable, je crois devoir publier ce travail sur la spirométric. Il serait fâcheux que l'école lyonnaise perdit l'honneur d'une application qui peut avoir un grand retentissement dans la pratique, et il importe que la patrie de Corvisart et de Laennec ne laisse pas exclusivement entre les mains de l'Angleterre et de l'Allemagne un ordre de recherches qui n'est pas sans quelque fécondité.

I. — Appareils pour la mensuration de l'air respiré.

Deux méthodes ont été employées jusqu'à présent dans la spirométrie.

La première consiste à respirer à travers un tube recourbé qui plonge dans un vase gradué et renversé sur une cuve à eau; c'est celle qui a été adoptée avec diverses modifications par Hutchinson. Si l'on veut évaluer l'air expiré, le vase est rempli d'eau et la quantité d'eau déplacée représente celle de l'air qui est sorti de la poitrine; s'il s'agit, au contraire, de mesurer l'étendue de l'inspiration, le vase placé sur la cuve est plein d'air, et l'eau y monte en proportion de la soustraction qui y est opérée par la respiration.

La seconde méthode appartient à Valentin; elle est basée sur ce fait que l'air qui sort du poumon a une température donnée est saturé pour cette température. L'auteur mesure la quantité de vapeur d'eau recueillie pendant un certain nombre d'expirations, et avec des tables spéciales, il calcule la quantité d'air qui pouvait être saturée d'eau à la température qu'il a reconnue, d'une autre part, avec le thermomètre. Ces deux manières de procéder offrent trop de difficultés dans leur application pour des salles de malades, et il n'est pas étonnant qu'elles ne soient pas sorties du cercle étroit de quelques laboratoires. Des procédés plus simples sont indispensables pour devenir cliniques. On a vu plus haut comment, M. Pomiès et moi, nous avions cru les trouver dans l'application du compteur à gaz. La rapidité, la précision et la commodité avec lesquelles on fait des observations à l'aide de cet instrument, ne peuvent être bien comprises que par ceux qui l'ont vu fonctionner. Il suffit, quand l'appareil est monté, de souffler à travers le tube qu'on a eu soin d'y adapter, pour que les aiguilles marchent immédiatement et montrent en un instant, non-seulement le nombre de litres, mais celui des soixantièmes de litre qui ont été insufflés.

De même que la cloche à air, le compteur (1) permet d'évaluer l'air inspiré aussi bien que l'air expiré. Cependant, comme, à quelques nuances près, ces deux quantités sont égales et qu'il est plus commode de mesurer l'air qui sort du poumon, c'est sur ce dernier qu'ont porté toutes mes observations. Cet air expiré peut être celui qui s'échappe dans une suite de respirations naturelles pendant un temps donné, une minute par exemple, ou le produit d'une expiration unique aussi complète que possible et succédant à une grande dilatation de la poitrine.

Il est nécessaire de l'étudier dans ces deux conditions; mais il faut le dire l'évaluation de la moyenne d'air rejeté dans une suite de respirations offre une grande difficulté. Dès qu'on maintient la bouche contre l'extrémité d'un tube et qu'on étudie la manière de respirer, on cesse d'agir comme on le fait dans l'état ordinaire. La dilatation de la poitrine devient plus étendue et les chiffres qu'indique le compteur ne sont plus que la mesure d'un état accidentel. La preuve de la perturbation qui est la suite inévitable de la manière dont on respire, c'est que le même individu émet en une minute des quantités d'air très-différentes dans une série d'expériences, et que ses diverses respirations oscillent entre 20 et 60 centilitres, bien qu'il cherche autant que possible à les rendre uniformes.

Toutes les causes d'erreur qui peuvent dépendre du mode suivant lequel l'expérience est faite ne sont pas évitées lorsqu'on mesure le maximum d'une grande respiration; il faut une certaine étude pour donner à la poitrine le maximum de son ampliation, pour ne laisser

(1) Le compteur dont je me suis servi a été fabriqué par la maison Scholefield et comp. à Paris, rue Pétrelle, 15. Il porte le nom de compteur à expérience. Indépendamment des cadrans destinés à mesurer les litres, les décalitres, les hectolitres, et les kilolitres, qu'il contient comme les compteurs usuels, il a un cadran sur lequel le mouvement d'une aiguille indique les soixantièmes de litre.

Cet instrument a l'inconvénient d'avoir un poids et un volume qui en rendent le transport incommode; la subdivision du litre en soixantièmes exige, pour connaître les centilitres, un calcul qu'il serait important d'éviter; enfin il contient des parties inutiles, telles que les mécanismes et les cadrans destinés à indiquer les décalitres, les hectolitres, les kilolitres et les myrialitres. Je m'occupe de faire disparaître ces inconvénients dans un compteur qui n'aura que deux cadrans, l'un pour les litres et l'autre pour les centilitres.

La maison Scholefield a bien voulu se charger de construire un compteur ainsi modifié; elle espère pouvoir le livrer à 50 fr., tiers du prix des compteurs à expérience, et lui donner des dimensions qui n'excéderont 20 centimètres en aucun sens. Ainsi réduit de prix et rendu d'un usage plus commode, le compteur se répandra sans doute avec rapidité dans la pratique.

L'embouchure dont je me suis servi habituellement est celle qui fait partie de l'appareil de Charrière pour la respiration du chloroforme. L'individu sur lequel on expérimente aspire dans l'atmosphère, et n'applique sa bouche à l'extrémité du tube que pour rejeter l'air.

Ce procédé est suffisant lorsque l'on veut mesurer une seule grande expiration; mais il faudra le modifier dès qu'on voudra mesurer la quantité d'air respiré pendant un temps donné. Le masque devra alors être pourvu de soupapes convenables et embrasser tout à la fois les narines et la bouche.

Ce pauvre Opimius tombe malade, gravement même :

Lethargo grandi est oppressus; ut heres
Jam circùm loculos et claves lætus ovansque
Curreret.

Mais le docteur arrive, il voit le malade; il imagine aussitôt un moyen ingénieux de l'arracher à cet assoupissement mortel,

Hunc medicus multum celer atque fidelis
Excitat hoc pacto : mensam poni jubet; atque
Effundi saccos nummorum, accedere plures
Ad numerandum.

Une table est posée, on ouvre des sacs d'écus, on les verse sur cette table; plusieurs personnes s'approchent, comptent l'argent, et bientôt, *hominem se erigit*, il s'éveille, il se relève brusquement, et le médecin lui dit :

Ni tua custodis, avidus jamjam auferet heres.

Quoi? même de mon vivant, s'écrie *Opimius!* Sans doute, dit le docteur, réveillez-vous et faites ce que je vais vous dire. — Quoi donc, dit le malade effrayé?

Deficient inopem venæ te, ni cibus atque
Instans accedit stomacho fultura ruenti.
Tu cessas? Agedum : Sume hoc ptisanarium oryzæ.

Vous êtes épuisé, vous avez besoin de soutenir votre estomac par de bons aliments. Vous hésitez? Prenez cette eau de riz. Mais l'avare n'oublie pas son rôle :

Quanti emptum? Parvo. — Quanti ergò? Octo assibus. — Eheu!
Quid refert, morbo an furtis pereamve rapinis?

La scène est parfaite, on croit entendre cet homme qui tient plus à son argent qu'à la vie; que lui importe qu'il meure de son mal ou de vol et de rapine; pourrait-il vivre s'il avait quelques as de moins dans son trésor? Mais le médecin, qu'en dites-vous, nos maîtres actuels? N'a-t-il pas agi en homme habile? *Celer atque fidelis*, c'est Horace qui le dit; il a pris un bon parti et promptement; il touche la fibre sensible, il atteint le but du premier coup; fût-elle prête à quitter ce corps engourdi, l'âme de l'avare revient aussitôt en entendant ce bruit des écus que l'on agite; le mort ressuscite, le cadavre se redresse, et le médecin lui dit : Prenez garde! un héritier avide va tout emporter! Et bientôt il prescrit le remède; mais combien coûte-t-il? dit ce ladre. — Peu. — Mais encore? — Huit as (douze centimes environ). — Hélas! — Et le reste.

Un peu plus loin, dans la même satire, nous voyons figurer un médecin célèbre, *Craterus*, dont Cicéron et Perse ont parlé. Ce praticien renommé affirme qu'un de ses clients n'a pas l'estomac malade :

Non est cardiacus (Craterum dixisse putato)
Hic æger : rectè est igitur, surgetque? Negabit :
Quod latus, aut renes morbo tentantur acuto.

échapper au dehors du tube aucune portion d'air et pour vider le thorax aussi complétement que possible. Mais on arrive sans beaucoup de peine à opérer cette suite de mouvements d'une manière identique, et lorsqu'on y est parvenu, on obtient toujours le même chiffre sur l'aiguille du compteur, quelque effort que l'on fasse pour agrandir le champ de l'expiration. Cette constance du résultat que j'ai constatée sur un très-grand nombre de personnes à l'aide du compteur, conduit à établir que si cet instrument est préférable à tous les autres, il faut surtout s'en servir comme mesure de l'air rejeté de la poitrine par un resserrement énergique succédant à une ampliation aussi complète que possible.

Hutchinson a parfaitement compris que c'est dans cette condition que la mensuration est la plus indépendante des émotions du malade et la plus identique chez le même individu. Il se sert pour en désigner le résultat du mot de capacité vitale, expression aujourd'hui consacrée par l'usage.

Cependant il ne faut pas oublier que la capacité vitale ne représente qu'un effort extrême de respiration. Quand on la connait, on reste dans l'ignorance sur le mode habituel de la respiration; on ne sait pas quelle quantité d'air traverse le poumon dans une série de minutes déterminée; on néglige par conséquent un élément essentiel de la question. C'est à le connaître que devront tendre les progrès futurs de la spirométrie.

II. — APPRÉCIATION DES RÉSULTATS OBTENUS PAR LE SPIROMÈTRE OU LE COMPTEUR.

Lorsque, après avoir appliqué le compteur ou tout autre appareil à la mesure de l'air expiré, on a obtenu de certains résultats, on possède des faits bruts qu'il s'agit d'interpréter. Supposons que l'on ait reconnu que la quantité d'air rejeté à la suite de l'ampliation la plus complète possible de la poitrine soit d'un litre et demi ou de deux litres, il est évident que l'on ne pourra déduire aucune conclusion de ce fait, si l'on manque de principes pour en apprécier la valeur.

Quelles sont les règles qui doivent servir de guides dans cette appréciation? Telle est la question que nous devons examiner actuellement.

Le cas le plus simple est celui où l'on fait, à des jours différents, une série d'observations sur un malade dont on connait en santé l'état spirométrique. En opérant ainsi, sur le même individu, dans des conditions identiques de taille, de poids et d'âge, etc., on juge aisément si la capacité pulmonaire a augmenté ou diminué. Qu'on ait reconnu, par exemple, que la respiration exagérée était de 3 litres à l'état normal, on en suivra toutes les phases si, dans la période d'invasion d'une pneumonie, elle tombe progressivement jusqu'à un litre, et que pendant la convalescence elle s'accroisse graduellement jusqu'à ce chiffre normal de 3 litres.

Mais si, au lieu d'une série d'observations sur un malade étudié dans l'état sain et suivi dans les diverses phases de son affection, vous avez à conclure d'une seule expérience faite sur un malade jusque-là inexploré, la difficulté sera beaucoup plus grande. Vous aurez bien constaté le maximum de centilitres d'air qui peut être rejeté, mais vous resterez incertain sur la conclusion que vous pourrez en déduire.

Je me rappelle à ce sujet qu'ayant été consulté par une jeune personne atteinte d'une phthisie très-avancée, je mesurai sa respiration avec le compteur, en présence de son père et de sa mère, qui suivaient avec émotion le résultat de l'expérience; dans une série de respirations exagérées, nous obtînmes constamment 1 litre 1/4; en voyant que l'air mis en circulation atteignait un chiffre en apparence aussi élevé, les parents éprouvèrent une vive satisfaction et se retirèrent en disant que la poitrine de leur fille ne devait pas être bien malade, puisqu'elle pouvait admettre et rejeter en une seule respiration jusqu'à 1 litre 1/4 d'air.

Pour moi, je portais un jugement tout opposé, et je concluais de cette observation que l'état de cette jeune personne était extrêmement grave, puisque, eu égard à son âge et à sa taille, sa respiration normale devait être environ de 3 litres, et qu'elle avait ainsi perdu près des deux tiers de sa capacité pulmonaire. Cet exemple suffit pour démontrer combien il est nécessaire, lorsqu'un malade vous est présenté pour la première fois, de pouvoir déterminer l'étendue que devrait avoir sa respiration s'il jouissait de toute sa santé.

Ce type de respiration normale ne peut être pris dans une seule expiration modérée. D'une part, ainsi que le constatent les observations de Valentin, de Vierordt, de Bérard, et celles que j'ai faites avec le compteur, la respiration modérée varie de 3 à 500 millimètres, terme de comparaison assez vague; de l'autre, l'expérience prouve qu'elle est peu différente chez un malade et chez un homme sain. Un phthisique à une période avancée donne sans effort, et en cherchant à imiter sa manière habituelle, une série d'expirations qui oscillent dans les limites normales. Il n'y a pas là, comme on le voit, une source d'observations comparatives d'une véritable valeur. Le type qu'on doit avoir présent à l'esprit est celui d'une expiration complète succédant à une ampliation aussi étendue que possible, en d'autres termes, de celui qu'Hutchinson a désigné sous le nom de capacité vitale. Sous le rapport de ce type, il existe une assez grande unanimité entre tous les auteurs, et de l'ensemble de leurs observations résulte que la capacité vitale ainsi mesurée oscille aux environs de 3 litres 1/2. Ainsi Davy admet comme moyenne 3 litres 113, Bérard 3,400, Hutchinson 3,670. Si l'on s'en tenait à ces données, on serait conduit à admettre que, chez un adulte, une expiration exagérée d'un peu moins de 3 litres indiquerait un état morbide. Cette conclusion induirait en erreur, car si elle est vraie pour des hommes d'une certaine taille et d'un certain âge, elle ne l'est pas pour des sujets d'âges et de tailles très-variés.

La détermination *à priori* de la capacité vitale, quelles que soient les conditions où se trouvent les sujets qu'on examine, exige que l'on mette à profit les précieuses observations d'Hutchinson. Les recherches de cet auteur ont surtout démontré qu'aucune condition physique n'influe plus que la taille sur l'amplitude de la respiration, et il a dressé à ce sujet le tableau suivant, que nous publions tel qu'il est dans son mémoire.

Le père Sanadon et M. Goupy lui-même, traduisent *cardiacus* par mal de cœur, dans le sens vulgaire, synonyme d'envie de vomir; mais nous avons droit à un peu plus de précision, et l'orifice cardiaque de l'estomac est désigné sans nul doute. L'absence de telle maladie n'entraîne pas l'idée d'une santé parfaite; ce malheureux peut avoir une pleurésie ou une néphrite aiguë : de même que celui-là n'est pas sage qui n'est pas avare, car s'il est ambitieux, *naviget Anticyram*, il ne peut être guéri que par l'ellébore.

Nous rencontrons un peu plus loin un certain Polemon qui a eu le bon esprit de changer de conduite alors qu'il était en train de mal faire. *Stertinius* dit que ce personnage, écoutant les reproches de son pédagogue, laissa là ses couronnes, les brisa;

Faciasve, quod olim
Mutatus Polemo? Ponas insignia morbi,
Fasciolas, cubital, focalia?

Les traducteurs ne sont pas d'accord sur le sens de ce passage; *morbi* est-il là pour *stultitiæ*? Est-ce une figure de rhétorique, une comparaison? Je le veux bien, mais toujours est-il que ce rapprochement donne lieu à un trait de mœurs bon à noter; un malade s'affublait de bandages, s'appuyait sur un coussin, car je n'accepte pas les manchettes de M. Goupy, et *cubital*, j'en atteste mon QUICHERAT, n'a jamais voulu dire un ornement du poignet.

Arrivons à une scène singulière, autre exemple d'une folie dans cette revue où la cervelle humaine est traitée si cavalièrement. Voici le fait. Une mère, plus tendre qu'éclairée, vent guérir son fils que tourmente une fièvre quarte; elle a tout épuisé, la science des meilleurs médecins, les incantations des plus habiles sorcières; elle a recours au plus puissant des dieux,

Juppiter ingentes qui dasque adimisque dolores,
Mater ait, pueri menses jam quinque cubantis,
Frigida si puerum quartana relinquerit, illo
Manè die, quo tu indicis jejunia, nudus
In Tiberi stabit.

Est-un bain par immersion? s'agit-il tout simplement de purifier le malade? Cela n'est pas facile à dire. Est-ce comme remède ou comme prière? Cette cérémonie se faisait souvent, du moins Juvénal en parle dans la sixième satire, à propos de cette femme qu'endoctrine un prêtre de Cybèle :

Hibernum fractâ glacie descendet in amnem,
Ter matutino Tiberi mergetur, et ipsis
Verticibus timidum caput abluet.

Quoi qu'il en soit, l'enfant malade est plongé dans le Tibre; que va-t-il arriver?

Casus medicusve levarit
Ægrum ex præcipiti; mater delira necabit
In gelidâ fixum ripâ, febrimque reducet.

Taille.				Moyenne fournie par l'observation.	Progression arithmétique.
De 5 pieds		à 5 pieds	1 pouce.	174 pouces cubes.	174 p. c.
5 pieds	1 ponce	à 5 pieds	2 ponces.	177	182
5	2	5	3	189	190
5	3	5	4	193	198
5	4	5	5	201	206
5	5	5	6	214	214
5	6	5	7	229	222
5	7	5	8	228	230
5	8	5	9	237	238
5	9	5	10	246	246
5	10	5	11	247	254
5	11	6		259	262

On remarquera que la seconde colonne contient le nombre de pouces cubes d'air reconnu par l'observation, tandis que la troisiéme colonoe est formée par des nombres qui s'éloignent peu de ceux qui ont été observés, mais que l'auteur a distribués suivant une progression arithmétiqne dont la raison est 8 pouces cubes pour chaque pouce d'augmentation dans la taille. J'ai traduit en mesures françaises la première colonne qui indique la taille et la troisième colonne qui exprime, d'après la loi d'Hutchinson, les rapports de la taille et de la capacité pulmonaire. Dans cette traduction, on a eu soin de ne pas confondre le pouce aoglais avec le pouce fraoçais, le premier n'est que de 2 centimètres 54, taodis que le second est de 2,707.

Taille en mètres, centimètres.	Capacité vitale en litres, centilitres, etc.
m.	l.
1,52	2,851
1,5454	2,982
1,5708	3,113
1,5962	3,244
1,6216	3,375
1,6724	3,506
1,6978	3,637
1,7232	3,768
1,7486	3,900
1,7740	4,031
1,7994	4,162
1,8248	4,293

On voit, par ce tableau, que la capacité vitale augmente de 51 millimètres pour chaque centimétre de taille au-dessus de 152 centimètres.

Si l'on tient compte uniquement de la taille, on peut donc déterminer *à priori* quelle est la plus grande amplitude de la respiration d'nn sujet donné. Cette amplitude égale 2 litres 851 millilitres, mesure d'un homme de 1m,52, plus. autant de fois 51 millilitres que ce sujet a de ceotimétres au-dessus de 1m,52.

On peut se demander jusqu'à quel point est fondée la loi d'Hutchinson et quel degré de confiance l'on peut avoir daos les conséquences qu'on en tire. La réponse à cette question se trouve dans les travaux de Schneevoght et de Hecht, qui ont mesuré la capacité vitale sur plusieurs iodividus sains, d'une part, par l'ohservation directe ; de l'autre, par un calcul déduit des principes posés par Hutchioson. Le rapport existant entre les nombres obtenus par ces deux méthodes leur a paru suffisant pour adopter la loi d'Hutchinson, et pour admettre qu'il suffit de connaitre la taille pour prévoir chez un malade quelle serait sa capacité vitale s'il jouissait de la santé.

Voici les tableaux publiés par ces deux savants.

OBSERVATIONS DE SCHNEEVOGHT.

Numéros.	Age.	Taille en centimetres.	Capacité v. en centilitres.	Capacité v. d'après la loi d'Hutchinson.
1	37	169	330	380
2	30	169	320	380
3	27	161	325	340
4	31	172	325	390
5	25	164	270	360
6	27	171	345	390
7	35	169	315	380
8	42	168	310	370
9	31	170	340	390
10	29	170	360	390
11	33	170	325	390
12	33	170	325	390
13	29	172	345	400
14	29	173	330	405
15	20	157	265	320
16	44	167	310	370
17	41	160	295	340
18	27	182	520	455
19	35	166	390	370
20	27	176	370	420
21	21	176	380	420
22	25	165	350	365
23	15	148	230	275
24	55	190	450	495
25	35	182	450	455
26	32	155	260	315
27	34	181	415	450
28	31	170	340	390
29	29	175	370	420
30	38	168	305	370

OBSERVATIONS DE HECHT.

Taille en centimètres.	Volumes d'air en centilitres.	Capacité vitale d'après Hutchinson.
154	295	285
156	300	292
158	310	309
160	325	316
162	340	329
164	356	340
166	365	371
168	375	375
170	380	388
172	385	393
174	400	406
176	410	424
178	420	»
180	»	»

Que le hasard on le médecin mette fin à cette maladie grave, la folle mère lui rend la fièvre et le tue en le retenant sur la rive glacée !

Horace attribue ces extravagances à la snperstition ; il montre nne bardiesse extrême à blâmer des pratiques qui s'appuyaient sur les croyances popnlaires de son temps. Juvénal n'était pas moins violent sur ce chapitre, et il faut conclnre de ces libertés prises par les bommes les plus en évidence, qn'a Rome il n'y avait pas de religion d'État, et qu'aucune loi ne protégeait le cnlte officiel, á moins toutefois que le *quidlibet audendi* des poëtes ne fût un privilége ou une tolérance dont la Muse avait le droit d'abuser.

L'art de bien vivre était poussé fort loin a Rome, les gourmands y pullulaient, et nos satiriques ne se sont pas fait faute d'en signaler quelques-uns an mépris des contemporains et de la postérité. Mais les friands, ceux qui, mettant de l'esprit partout, se sont appliqués à choisir ce qu'il y a de meilleur, à discerner les mérites de telle combinaison culinaire, ceux là, joyeux convives, gens de goût et de cœnr, couronnés de roses, chantant de beaux vers, enfants gâtés de toutes les muses, ceux-là ont célébré le plaisir, et n'ont droit qu'à des éloges. Horace est le cbef de cette école sensuelle et délicate; il a devancé nos modernes classiques de la table ; Brillat-Savarin a pu se moquer des repas anciens, comme si l'on pouvait disputer des goûts ; tâchons de montrer que notre poëte était aussi fin gourmet en bonne cbère qu'en beaux vers, et que ses préceptes gastronomiques nous touchent de près, nous médecins, car ils se rattachent très-directement a l'hygiène alimentaire.

La 4e satire dn livre 2e est consacrée à pronver que le plaisir de bien manger n'est pas le sonverain bonbeur de l'homme. Notre poëte, tont en exposant cette thèse facile, en montrant l'abus de la table, les superfluités des gourmands de profession, déploie une érudition étonnante à l'égard de la science culinaire, il cite une foule d'observations, de préceptes, dont nn peut tirer bon parti. Ces cboses singulières, qu'il a l'air de tourner en ridicule, il les met dans la bouche d'un certain *Catius*, qui prétend les tenir d'un personnage considérable, mais l'on voit qu'Horace ne dédaigne pas cette science dont il se moque ; le soin qu'il a pris de recueillir ces formules, ces lois, nous prouve quel cas il en faisait.

Ipsa memor præcepta canam, celabitur auctor.

Cacbez-le lant que vons le vondrez, mon mattre, nn voit bien qu'il s'agit ici de vous-même ! Et le voilà qui conseille de choisir les œufs longs, plutôt que ronds, car les premiers devant produire un coq sont plus nourrissants.

Caule suburbano, qui siccis crevit in agris
Dulcior.

Autrefois comme aujourd'bui, le chou des maraîchers des faubourgs n'a jamais valu celui qui vient en plein cbamp. Voulez-vous un bon précepte, à l'usage des gens qui boivent le matin à jeun, de ceux qui *tuent le verre* (lequel le leur rend bien), qui prennent le vin blanc, le petit verre d'eau-de-vie nn tonte antre liqueur forte?

Dans le tableau de Hect, la capacité vitale calculée d'après la lo d'Hutchinson est à peu près identique à la capacité vitale reconnue par l'observation. L'accord est moins complet dans le tableau de Schneevoght; des différences de plus de 80 centilitres existent dans plus d'un endroit entre les prévisions de la science et les faits observés. Cette différence me paraît provenir, d'une part, de ce que l'auteur n'a pas tenu compte de l'âge; de l'autre, de ce que les nombres déduits de la loi d'Hutchinson sont le produit d'une traduction des mesures anglaises en mesures françaises, basée sur cette idée que le pouce anglais est égal au pouce français, ce qui n'est pas, car le pouce anglais n'est que de 2 centimètres 54, le pouce français étant de 2,70. Quoi qu'il en soit de la raison des différences qui existent entre les résultats de l'observation et ceux du calcul, on voit que la loi d'Hutchinson est suffisante pour que l'on puisse à son aide déterminer *à priori* la capacité vitale, sinon avec une parfaite exactitude, au moins avec une justesse approximative.

Toutefois, comme la considération de la taille ne fournit pas toutes les règles désirables, il faut rechercher si l'on ne trouverait pas d'autres guides dans l'étude de l'âge, du poids et de la circonférence de la poitrine. D'après les observations d'Hutchinson, c'est l'âge qui vient après la taille sous le rapport de l'influence exercée sur la capacité vitale.

Voici le tableau qu'il a dressé à ce sujet.

INFLUENCE DE L'AGE.

10 à 20 ans. . . .	210	pouces cubes.
20 à 25 —	220	—
25 à 30 —	222	—
30 à 35 —	228	—
35 à 40 —	212	—
40 à 45 —	201	—
45 à 50 —	197	—
50 à 55 —	193	—
55 à 60 —	182	—

TRADUCTION EN MESURES FRANÇAISES.

10 à 20 ans.	3l,605
20 à 25 —	3l,605
25 à 30 —	3l,637
30 à 35 —	3l,736
35 à 40 —	3l,474
40 à 45 —	3l,293
45 à 50 —	3l,228
50 à 55 —	3l,162
55 à 60 —	2l,982

Ce tableau démontre que la capacité pulmonaire est à peu près identique de 10 à 35 ans. Sans doute, si l'expiration est égale chez un enfant de 10 ans et chez un homme de 35 ans, c'est que dans l'enfance la mobilité de la poitrine compense l'augmentation de volume que cette cavité acquiert dans l'âge adulte. Quoi qu'il en soit, de 35 à 60 ans, c'est-à-dire dans l'espace de vingt-cinq ans, la capacité vitale diminue de 774 millilitres. Cette décroissance n'est pas régulière; mais si elle l'était, chaque année ferait perdre à l'amplitude respiratoire la vingt-cinquième partie de 774 millilitres; d'où il suit qu'on peut estimer en moyenne la diminution annuelle, à partir de 35 ans, à 33 millilitres.

En conséquence, après avoir calculé la capacité vitale, seulement d'après la taille, on doit, s'il s'agit d'un homme de plus de 35 ans, retrancher du nombre trouvé autant de fois 33 millilitres que son âge dépasse 35 ans. L'expérience m'a prouvé qu'en tenant compte de ces règles, on prévoyait habituellement avec assez de justesse la quantité d'air que pouvait émettre un homme sain après une inspiration exagérée. Cependant comme on remarque quelquefois un désaccord entre ces prévisions et les faits observés, je crois qu'il faut aussi tenir compte de la circonférence de la poitrine, bien que les observations d'Hutchinson ne conduisent pas à lui accorder autant d'importance qu'on serait disposé à le présumer.

Quoi qu'il en soit de cette dernière considération, on voit que les tables d'Hutchinson, convenablement interprétées, fournissent des données pratiquement suffisantes pour déterminer *à priori* la capacité pulmonaire normale. En estimant cette capacité en chiffres faciles à retenir, on peut dire qu'elle est de 3 litres pour les hommes de petite taille, de 3 litres 1/2 pour ceux de taille moyenne et de 4 litres pour les tailles élevées. Il suffit de faire ensuite une soustraction en rapport avec l'âge si cet âge s'élève au-dessus de 35 ans. La pratique peut avoir ainsi un terme de comparaison suffisamment exact pour juger des changements que la maladie entraîne.

(La suite au prochain numéro.)

PHYSIOLOGIE THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR L'ACTION PHYSIOLOGIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DU CHLORATE DE POTASSE; lue à la Société de biologie par M. ISAMBERT.

(Suite et fin. — Voir les nos 26, et 27.)

ANGINE COUENNEUSE.

Les analogies pathologiques ont porté M. Blache à étendre son expérimentation de la stomatite à l'angine couenneuse: les premiers essais avaient semblé montrer une action favorable du médicament, mais de nouvelles expériences étaient nécessaires. Ces expériences ont été continuées, et les observations que je possède aujourd'hui ne laissent aucun doute sur l'utilité du chlorate dans cette affection.

Mais, dans une maladie aussi grave, il est rare que la conscience du médecin lui permette de se borner à l'emploi d'un seul moyen, et si plusieurs moyens sont employés à la fois, l'expérience cesse d'être concluante.

Il a fallu choisir les cas les plus simples, employer le chlorate autant que possible à l'exclusion de tous les autres moyens, et, enhardis par de premiers succès, l'essayer dans des cas plus graves. Il y a dans l'angine couenneuse plusieurs degrés de gravité très-différents: tantôt la maladie ne s'accompagne pas d'un état général grave, les fausses

---

Aufidius forti miscebat mella falerno,
Mendosè; quoniam vacuis committere venis
Nil nisi lenè decet. Leni præcordia mulso
Prolueris meliùs.

Le falerne le plus capiteux, bien miellé, perdait la plupart de ses inconvénients; mais enfin le conseil d'Horace est bon: ne prenez à jeun que des choses douces. Un membre de la Société de tempérance ne dirait pas mieux. Voulez-vous un remède contre la constipation?

Si dura morabitur alvus,
Mytulus et viles pellent obstantia conchæ,
Et lapathi brevis herba; sed albo non sine Coo.

Les moules et quelques menus coquillages, puis un peu d'oseille, voilà le moyen, mais alors n'oubliez pas de boire du vin blanc de Cos. Disons en passant que le *lapathum* des anciens n'est pas le *rumex*, et que le cuisinier romain ne confondait pas les feuilles de patience avec l'oseille. Et si vous aimez les champignons, prenez garde:

Pratensibus optima fungis
Natura est: aliis malè creditur.

Nous ne suivrons pas Horace dans cette énumération des meilleurs vins, des fruits les plus savoureux, des poissons les plus exquis, et d'une foule de particularités qui montrent à quel point le luxe de la table romaine s'était élevé; nous voulons dire seulement que notre poëte, qui semble plaisanter *Catius* à propos de ses connaissances subtiles et profondes, est loin d'en faire fi; car nous trouvons dans une autre satire, la septième du deuxième livre, la preuve que ce prétendu philosophe, cet ami de la médiocrité, cédait facilement aux douceurs d'un festin distingué. *Davus*, l'esclave d'Horace, profitant des libertés des saturnales, lui reproche ses excès de table; il lui dit:

Nil ego, si ducor libo fumante: tibi ingens
Virtus atque animus cœnis responsat opimis.

Je suis un vaurien, parce qu'une galette chaude me tente; toi, tu es un homme fort, un grand cœur, quand tu triomphes aux longs soupers. La gourmandise m'est quelquefois funeste, poursuit Davus, mon dos en souffre, *Tergo plector enim*, mais est-elle impunie chez toi?

Nempè inamarescunt epulæ sine fine petitæ,
Illusique pedes vitiosum ferre recusant
Corpus.

Voilà la peine de ces grands mangeurs qui prêchent la sobriété; l'estomac est chargé, la tête est lourde, l'indigestion éclate; mais les Romains de cette époque avaient inventé des perfectionnements singuliers: on vomissait à volonté: témoin ce passage de Juvénal dans lequel une femme, après un

membranes sont blanches, parfaitement limitées; il n'y a pas d'engorgement des ganglions cervicaux. Dans d'autres cas, la maladie, qu'on peut alors appeler angine maligne, débute avec les symptômes les plus graves, une adynamie considérable. Les fausses membranes d'un gris sale et d'un aspect gangréneux, envahissent toute la gorge, la fétidité de l'haleine est intolérable, et dès le début apparaissent des engorgements ganglionnaires énormes, qui amènent promptement la rubéfaction et la gangrène de la peau : le malade succombe rapidement, non pas suffoqué par les fausses membranes, qui envahissent le larynx, comme l'admettent trop généralement MM. Rilliet et Barthez, car la trachéotomie ne sauve pas le malade, mais comme par l'effet d'une intoxication véritable; tantôt, enfin, l'angine couenneuse est consécutive à une affection générale grave, la scarlatine, la fièvre typhoïde, et si elle est alors moins constamment fatale que l'angine maligne, c'est toujours une complication très-grave. Entre ces diverses formes, il existe des degrés intermédiaires, et cette maladie est tellement insidieuse, qu'on voit souvent une angine couenneuse, à peine accompagnée de fièvre et sans état général grave au début, présenter tout à coup les symptômes les plus alarmants, et avoir une terminaison fatale. Un signe auquel il faut attacher une grande importance pour le pronostic est l'engorgement des ganglions cervicaux. Mais il faut encore distinguer ici les ganglions sous-maxillaires, qui peuvent s'engorger dans les angines simples, des ganglions parotidiens et cervicaux profonds, dont l'engorgement indique une angine grave. Dans l'angine maligne, la tuméfaction de ces derniers est extrême, on les voit arriver souvent à suppuration, et la peau de la région parotidienne, tendue, luisante et rouge, se gangrène avec facilité. Toutes les fois qu'on voit une angine couenneuse avec engorgement ganglionnaire considérable, le pronostic est grave, on pourrait même dire fatal.

Nos expériences comprennent treize observations.

Dans quatre cas, le chlorate de potasse employé à l'exclusion de tout autre moyen, a amené une guérison rapide; ces cas étaient bénins, et cependant, dans deux d'entre eux, il y avait eu commencement d'engorgement ganglionnaire. La modification de la muqueuse, son retour à la couleur rose normale, la chute des fausses membranes se sont présentées comme dans la stomatite couenneuse et se sont effectuées dans le même espace de temps. En même temps que l'état local s'améliorait, l'engorgement ganglionnaire disparaissait, et constamment la sédation du pouls et la cessation de la fièvre se sont produites concurremment avec cet amendement de l'angine.

Dans deux autres cas, la cautérisation a été employée une fois au début, mais le succès n'en est pas moins évidemment dû au chlorate de potasse.

Dans deux autres cas, la cautérisation a été employée pendant plusieurs jours concurremment avec le chlorate, et la guérison n'est pas venue plus vite que dans les cas précédents.

Dans la neuvième observation, un cas très-grave, où l'enfant avait été épuisé depuis six semaines par une scarlatine suivie d'une pneumonie, la guérison a été obtenue, sans cautérisation, par le chlorate de potasse associé au quinquina.

Enfin, dans les quatre derniers cas, les malades ont succombé; mais il s'agit des cas les plus graves, un cas d'angine maligne, un de diphthérite générale compliquée de rougeole, deux d'angine consécutive à des fièvres typhoïdes graves, et ce serait être bien exigeant envers un médicament que de lui demander de réussir constamment dans de pareils cas. Le chlorate de potasse n'est pas un médicament héroïque qui guérisse à coup sûr l'angine maligne; son action n'est pas instantanée, bien qu'il apparaisse au bout de quelques minutes dans la salive, il lui faut au moins vingt-quatre heures, et le plus souvent deux ou trois jours pour agir; aussi faut-il l'administrer de bonne heure; son action semble être plutôt locale que générale, bien que l'état général s'améliore ordinairement en même temps que l'état local. Ce n'est donc pas un remède d'urgence; dans deux autres cas d'angine maligne très-grave, avec engorgement ganglionnaire énorme dès le début, il n'a pas eu le temps d'agir sur les jeunes malades, et la mort est survenue en dix ou douze heures après qu'on avait commencé à l'administrer.

De nouvelles expériences seraient nécessaires pour voir si on obtiendrait des résultats plus favorables en élevant les doses, ce qui n'a du reste aucun inconvénient. D'ailleurs le praticien n'est pas obligé d'agir comme l'expérimentateur, qui cherche à se rendre compte de l'effet d'un moyen nouveau; il peut ne pas se borner à l'emploi d'un seul médicament, et associer le chlorate aux moyens topiques et généraux déjà connus. Reste à savoir s'ils ne se contrarieront pas, et si les effets thérapeutiques s'ajouteront.

Les faits que nous avons observés feraient penser que la cautérisation, par exemple, n'accélère en rien l'action du chlorate, et dans quelques cas même, elle semble la contrarier.

De simples collutoires astringents, ou même de simples injections détersives, nous semblent alors préférables aux caustiques; les toniques à l'intérieur, le quinquina, paraissent avoir une action adjuvante très-favorable; enfin, la cautérisation devient utile après la chute des fausses membranes, tandis que nous voyons souvent le chlorate perdre alors son efficacité. Notons que ce sel, employé comme topique, a complétement échoué dans un cas.

CROUP.

L'analogie devait encore conduire à expérimenter le chlorate dans le croup. Une bonne médication interne du croup est en effet encore à trouver. La trachéotomie, quelque héroïque que soit ce moyen, ne guérit pas le croup; elle empêche la mort par suffocation, et donne du répit pour soigner la maladie; mais on sait combien cette amélioration, si immédiate et si frappante, qui suit l'opération, est souvent passagère, et combien le médecin reste désarmé si la diphthérite, persistant après l'opération, s'étend vers les bronches, et si les crachats sont trop peu abondants pour détacher et entraîner les fausses membranes. L'écouvillonnage et la cautérisation de la trachée après l'opération avaient de tels inconvénients qu'on y a peu à peu renoncé. Les vomitifs et les expectorants sont sans doute utiles, mais leur action pour expulser les fausses membranes semble toute mécanique et est la plupart du temps insuffisante. On a donc cherché depuis longtemps à agir sur la diphthérite elle-même. On connaît le traitement de Miquel (d'Amboise) par le calomel et l'alun. Cette méthode a donné des succès, mais je l'ai vue pour mon compte échouer assez souvent pour ne pas avoir en elle une très-grande confiance. Les alcalis, le bi-carbonate de soude, préconisés dans ces derniers temps, ont été essayés par M. Blache, qui

---

bain et des voluptés factices, arrive enfin au logis où l'attendent des convives affamés. Elle engloutit avant de manger deux mesures d'un vin excellent, qu'elle rejette aussitôt :

Et loto terram ferit intestino.

Juvénal la compare à un serpent tombé dans une cuve, *bibit et vomit*, et il ajoute, comme dernier trait à ce tableau dégoûtant :

Ergo maritus
Nauseat, atque oculis bilem substringit opertis.

Il y a ici deux nuances délicates à signaler, qu'on nous les pardonne, deux espèces de vomissement, l'un qui est un effet de l'art, un produit de cette goinfrerie perfectionnée, et qui consiste à rincer son estomac, à le disposer par ce lavage stimulant aux excès d'un repas superlatif, et l'autre provoqué par le dégoût, ébranlant tout l'appareil et donnant lieu à une évacuation de bile. En vain le mari se couvre les yeux, cette opération de sa terrible femme excite des nausées sympathiques, *substringit bilem;* mais ici un savant traducteur ne voit dans ces deux mots qu'une expression figurée : Il dévora sa mauvaise humeur, dit M. Quicherat; tandis que *Farnabius*, le savant annotateur, dit : *Ut compescat vomitum vel indignationem.* Je préfère le sens direct, il est plus dans la manière de Juvénal, dans sa brutale franchise, et je pense même que l'artiste n'a pas dédaigné ce rapprochement de deux effets différents, cette opposition qui donne du coloris à ce tableau si énergiquement tracé.

Revenons à notre Horace presque à jeun, tempéré, à cet *Epicuri de grege porcum*, pris en bonne part, comme dans la cinquième épître du premier livre, à cet Horace qui dit à son ami *Torquatus :* Si vous voulez vous étendre sur un lit modeste, si vous n'avez pas peur d'un unique plat de légumes,

Nec modicâ cœnare times olus omne patellâ,

venez, nous causerons, nous rirons; un petit vin des coteaux campaniens chassera les soucis; c'est demain la fête de César, nous prolongerons le joyeux festin bien avant dans la nuit.

Impunè licebit
Æstivam sermone benigno tendere noctem.

A quoi sert la fortune si l'on n'en jouit pas? Et cet éloge charmant d'une ivresse commençante, *ebrius*, notez bien, et non *vinosus*,

Quid non ebrietas designat? Operta recludit;
Spes jubet esse ratas; ad prælia trudit inertem;
Sollicitis animis opus eximit, addocet artes.
Fecundi calices quem non fecere disertum?
Contractâ quem non in paupertate solutum?

Cette douce ivresse est féconde, elle découvre les secrets, change l'espoir en certitude, donne du courage au faible, inspire les talents divers. L'éloquence gît au fond de la coupe, la fortune semble sourire à l'indigent.

m'a dit n'en avoir obtenu aucun résultat favorable. Les succès obtenus dans la stomatite et l'angine couenneuses indiquaient l'emploi du chlorate de potasse. L'occasion de l'expérimenter se fit attendre quelque temps, mais le premier cas fut extrêmement remarquable.

Trois frères sont amenés à l'hôpital des Enfants, tous trois atteints de croup; ils ont été pris successivement le 11, le 13 et le 15. Quelle que soit la cause de la maladie, voilà trois cas de croup à peu près aussi identiques dans leur source et dans leur intensité qu'on puisse le désirer pour une expérience comparative, et heureusement quelques différences dans l'ancienneté de la maladie, dans l'imminence des symptômes, permettent de différer l'opération chez d'eux d'entre eux, et d'essayer le traitement par le chlorate de potasse. Les vomitifs ont été essayés en vain chez tous les trois; enfin, chez le plus anciennement malade, la suffocation est si imminente qu'on pratique immédiatement la trachéotomie. L'opération ne sauve pas le malheureux enfant, qui meurt dans la soirée du même jour. L'autopsie nous montre chez lui des fausses membranes remplissant tout l'arbre aérien, depuis le larynx jusqu'aux petites bronches.

Quant aux deux autres frères, le croup était un peu moins avancé, mais aucun des symptômes ne manquait, et la maladie suivait une marche constamment croissante, que les vomitifs deux fois répétés n'avaient pu enrayer. Le matin de leur entrée à l'hôpital, on leur donne une nouvelle potion vomitive, et on les met au chlorate de potasse à doses assez élevées : 6 grammes pour l'aîné, âgé de 9 ans, et 4 grammes pour le dernier, âgé de 2 ans et demi. Nous ne tentions cette expérience qu'à la condition de passer notre jour de garde à proximité des enfants, ayant tout préparé pour pratiquer la trachéotomie dès que l'urgence se ferait sentir. Le soir les enfants sont dans le même état : toujours beaucoup de suffocation; les vomitifs du matin n'ont évidemment pas produit d'effet; cependant on surseoit encore à l'opération et on continue le chlorate de potasse exclusivement. Le lendemain matin, il y a un peu de mieux, et le lendemain soir un mieux très-marqué. Le surlendemain au matin, tous les symptômes formidables du croup ont disparu, la suffocation a disparu, il n'y a plus de sifflement croupal, la voix est encore fêlée et la toux croupale, il y a encore des fausses membranes sur les amygdales.

Dans la journée leurs parents les emmènent, malgré toutes les représentations qu'on leur fait sur le danger qu'on va leur faire courir; mais les parents s'obstinent, et on est obligé de leur céder; on leur rend leurs enfants, et on les leur fait emporter. Heureusement nous savions leur adresse, et nous avons pu savoir ce qu'ils étaient devenus : tous deux guérirent, malgré l'imprudence de leurs parents. Plus d'un mois après, l'aîné était en parfaite santé. Quant au plus petit, pris d'une rougeole compliquée de pneumonie, il mourut.

Ces deux cas étaient de nature à encourager des essais ultérieurs; et, en effet, j'ai encore pu recueillir deux observations de croup bien confirmé guéris par le chlorate de potasse sans opération.

Dans d'autres cas, le chlorate administré au début n'a pas agi assez vite pour empêcher la suffocation de devenir menaçante, et l'on a dû pratiquer la trachéotomie. Dans d'autres cas, la trachéotomie avait été déjà pratiquée, et le chlorate de potasse a été donné comme adjuvant. Je possède 11 observations de croup traités à la fois par la trachéotomie et le chlorate de potasse. Plusieurs autres cas se sont présentés à l'hôpital des Enfants; mais je n'ai pu les recueillir. Ces dernières observations où la trachéotomie a été pratiquée ne sont pas sans doute assez concluantes pour prouver l'efficacité du chlorate; mais si elles se multiplient, elles pourront prouver quelque chose en améliorant la statistique. Or depuis le 1er janvier 1856 jusqu'à la fin de mars, 14 enfants ont été trachéotomisés dans le service de M. Blache, et tous ont pris du chlorate avant ou après l'opération. Sur ces 14 enfants, 7 sont déjà sortis guéris, 5 sont morts, et 2 sont en voie de guérison très-avancée. Si ces chiffres ne sont pas dus à quelqu'une de ces séries heureuses, qui se présentent souvent dans les statistiques, ils indiquent une singulière augmentation du nombre des guérisons par la trachéotomie, nombre qui dans les six dernières années a été en moyenne de 1 sur 4 à 1 sur 5. Nous pouvons déjà remarquer qu'une série dure rarement trois mois, et que dans plusieurs des cas cités les complications graves n'ont pas manqué. Il faudra voir le résultat à la fin de l'année, et surtout comparer la proportion avec celle des enfants opérés dans les autres services de l'hôpital, où le chlorate de potasse n'aura pas été employé.

Si ces chiffres sont trompeurs, il nous reste au moins nos quatre observations de guérison sans opération, et nous ne craignons pas de dire qu'elles sont concluantes, et doivent engager les praticiens à employer le chlorate dès le début et à ne pas trop se presser d'opérer. Lorsque l'opération a été pratiquée, le chlorate est encore indiqué, surtout lorsque la diphthérite se généralise, s'étend aux bronches, au pharynx, aux fosses nasales, lorsque l'enfant ne crache pas; on l'associera alors aux expectorants. Je pense qu'il y aurait, dans ce cas, avantage à élever les doses, d'abord parce que la maladie est plus générale, l'intoxication plus profonde, mais surtout parce que nous devons nous rappeler que dans nos expériences physiologiques, l'excitation sur la muqueuse nasale, l'altération de la voix et une légère irritation bronchique ne se sont produites qu'à des doses très-élevées. Ce sera à l'expérience clinique à décider.

Pour résumer ce que nous a appris l'observation des effets du chlorate de potasse dans les affections diphthéritiques, nous dirons que ce sel a une action locale évidente, par laquelle la muqueuse se modifie, se nettoie; les fausses membranes tombent, les ulcérations se guérissent, tout rentre dans l'ordre. Cette action locale est la même dans la stomatite et dans l'angine et probablement dans le croup, bien que nous n'ayons plus la partie malade sous les yeux; la moyenne du temps nécessaire à l'action favorable du médicament paraît notablement la même dans les trois affections.

En même temps que les phénomènes locaux se modifient, les phénomènes généraux s'amendent aussi rapidement. Maintenant le chlorate de potasse a-t-il une action spécifique sur la cause générale de la diphthérite? Les faits ne nous permettent pas encore de répondre. Dans les quelques cas malheureux que nous avons rapportés, nous voyons que quand le chlorate n'a pas eu le temps ou le pouvoir de modifier l'état local, l'élément général ne s'est pas amélioré. Peut-être des expériences nouvelles pourront-elles décider la question. Celles qui consisteraient à élever les doses pourraient fournir un élément. En effet, il résulte assez bien des faits que nous avons cités que pour la stomatite couenneuse et l'angine couenneuse, la dose n'a pas beau-

---

Il faut lire ces charmantes causeries dans le texte même pour bien sentir toute la grâce de cet esprit, toute l'exquise délicatesse de ces expressions si simples et si naturelles. On comprend alors comment chaque année voit éclore une traduction nouvelle de ces poésies à jamais inimitables. Toujours on essaye de reproduire ces épîtres, dans lesquelles Horace se joue en traitant les plus hautes questions de la philosophie, où il enlève au cœur humain ses pudeurs, ou plutôt ses hypocrisies, où il tient d'une main si ferme le miroir sincère qui reproduit nos figures avec leurs grimaces, leurs défauts, leur laideur accidentelle ou native. Chaque année apporte son tribut d'admiration à ce génie incomparable; les hommes que l'âge condamne à la retraite, les vieux généraux, les magistrats et même quelques médecins, parmi ceux, si rares, qui se lassent de consultations et d'honoraires, lisent et relisent leur Horace, soit dans la jolie édition de Jean Bond (*Amstelodami*, 1664), avec des notes si utiles, soit dans les traductions nouvelles, à commencer par le chef-d'œuvre de Daru. On nous permettra de honnir l'édition *expurgata* de *Josephus Juvencius*, destinée aux études de notre jeunesse, de ce barbare à qui l'on peut à juste titre reprocher *disjecti membra poetæ*. Lisez tout, tout est bon à lire, et vous me permettrez un dernier article à peine suffisant pour dire tout ce que je pense de cet ami si fidèle en nos diverses fortunes.

P. Menière.

— Au Conseil académique de Montpellier, les voix pour l'élection de deux candidats à la chaire d'opérations et appareils se sont réparties comme il suit :

Au premier tour, 3 voix ont été données à M. Serres (d'Alais) et 12 à M. Courty; un bulletin portait les deux candidats, *ex æquo*;

Au second tour, 7 à M. Serres, 7 à M. Goffres, et 2 à M. Chrestien. Un scrutin de ballottage ayant été établi entre M. Serres et M. Goffres, le dernier a eu 9 voix et le premier 7.

— Le père de M. le docteur Amussat vient de faire don, au nom de son fils, à l'association de prévoyance des médecins du département de la Seine de la somme de 4,000 fr.

— M. le docteur Pucheran vient d'être nommé aide-naturaliste au Muséum.

— On lit dans la Gazetta medica italiana di stati sardi les noms et le nombre des médecins piémontais morts en Crimée. Ils sont au nombre de treize.

D'après le même journal on compte en Autriche 6,398 médecins, 6,148 chirurgiens, 18,798 sages-femmes, 2,951 pharmaciens. Il y a 684 hôpitaux pouvant contenir 58,533 malades.

— M. le docteur Pincoffs, secrétaire de la Société médicale de Constantinople, nous prie d'annoncer que les communications à la Société adressées à Paris à l'ambassade ottomane parviendront franco à Constantinople.

coup d'influence sur la manière dont se modifient les parties malades; dans la stomatite il n'y a pas d'état général grave; dans l'angine il y en a un, et si l'élévation des doses amenait des résultats meilleurs, on pourrait présumer que, tout restant égal dans le phénomène local, si l'on a mieux réussi, c'est qu'on a agi sur l'état général.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES ÉDPARTEMENTS.

(Suite.)

III. GAZETTE MÉDICALE DE LYON.

Les numéros du mois d'octobre 1855 au mois de mars 1856 contiennent les mémoires originaux suivants : 1° *Du chancre primitif du frein de la verge, et d'une nouvelle manière de le traiter;* par M. P. Diday. 2° *De l'hydrophthalmie et de son traitement par l'injection iodée;* par M. Chavanne, chef de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Lyon. 3° *Observation d'un cas de névralgie rare;* par M. Rambaud. 4° *Choléra-morbus épidémique de Saint-Bonnet-Lamure (Isère);* par M. Frestier, interne des hôpitaux de Lyon. 5° *Du scepticisme en médecine*, discours d'ouverture par le professeur Devay. 6° *Luxation sous-astragalienne du pied, réduite facilement grâce à l'éthérisation, et suivie d'une guérison complète et rapide;* par M. Baumers. 7° *Des bons effets de l'opium à haute dose contre une des formes les plus rebelles des ulcérations syphilitiques;* par M. Rodet. 8° *Extraction de la vessie d'une jeune fille d'un calcul d'assez grande dimension embroché dans une tige métallique, sans le secours d'aucune opération sanglante;* par M. Passaquay. 9° *Expériences sur la physiologie du cœur faites à l'École vétérinaire de Lyon;* par MM. Chauveau et Faivre. 10° *Caractères généraux des pyrexies et spécialement des fièvres catarrhales et muqueuses* (clinique de M. Devay); par M. Forestier, interne. 11° *De la glycogénie hépatique;* par M. Delore. 12° *De la colique nerveuse;* par M. Mascario. 13° *Cas d'empoisonnement par le gaz d'éclairage; asphyxie; mort prompte; autopsie; incandescence des gaz intestinaux et liquéfaction du sang* (clinique de M. Devay); par M. Forestier, interne. 14° *De la glycogénie hépatique;* par M. Brachet. 15° *Sur la fabrication du phosphore et des alumettes phosphorées à Lyon*, rapport fait au conseil de salubrité par M. Glénard. 16° *De la glycogénie hépatique;* par M. Chauveau, chef des travaux anatomiques à l'École vétérinaire de Lyon. 17° *Analyse chimique d'un cancer;* par M. Delore.

DE L'HYDROPHTHALMIE ET DE SON TRAITEMENT PAR L'INJECTION IODEE (clinique de M. BONNET); par M. CHAVANNE, chef de clinique.

Ce mémoire renferme deux observations d'hydrophthalmie traitée par les injections iodées.

Dans la première, il s'agit d'un homme âgé de 26 ans, qui présentait tous les signes de l'hydrophthalmie. Une ponction et une injection iodée furent pratiquées au moyen d'un petit trocart (0,002 millim. de diamètre) L'opération parut être suivie d'un commencement de guérison pendant les premiers jours; mais trois semaines plus tard il y eut recrudescence de la maladie qui obligea à ponctionner l'œil; soulagement sans guérison parfaite. Un an plus tard le malade rentra à la clinique avec son œil toujours volumineux et bosselé; on en fit l'extirpation et on le trouva distendu par une masse considérable de mélanose. M. Chavanne attribue ici l'insuccès à ce qu'on avait eu affaire à une hydrophthalmie symptomatique d'une autre affection plus grave.

Cette complication ne s'étant pas présentée chez le malade de la seconde observation (qui était un mineur âgé de 34 ans), le succès fut complet, et la guérison s'était maintenue cinq mois après l'opération.

Voici les conclusions que M. Chavanne déduit de ces deux observations et des considérations cliniques qui les accompagnent :

« 1° Contrairement à l'opinion générale, l'hydrophthalmie dite postérieure ou hyaloïdienne ne consiste point en une hypersécrétion de l'humeur vitrée. Cette humeur finit, au contraire, par disparaître en totalité.

» 2° Les traitements employés jusqu'à ce jour contre cette maladie rebelle sont ou insuffisants ou dangereux.

» 3° L'œil, réellement hydropique, se trouvant transformé en grande partie en une cavité close, en un kyste fibro-séreux, le traitement, reconnu et vanté à juste titre comme le plus efficace contre ce genre de maladie, lui est dès lors applicable.

» 4° Enfin l'expérience a montré que ce mode de traitement est efficace contre l'hydrophthalmie, et autorise son introduction dans la thérapeutique de cette affection. »

N'oublions pas de dire que le liquide à injecter est formé d'un mélange à parties égales de teinture d'iode et d'eau et d'un peu d'iodure de potassium. On reconnait qu'il a été poussé en quantité suffisante lorsque l'œil a repris le volume exagéré qu'il avait avant la ponction. Le pansement consiste à fermer les paupières en les recouvrant de coton maintenu par un simple bandage.

DU CHANCRE PRIMITIF DU FREIN DE LA VERGE ET D'UNE NOUVELLE MANIÈRE DE LE TRAITER; par M. P. DIDAY.

Le chancre peut envahir le filet du pénis de deux manières : ou bien il l'attaque d'emblée, ou bien il l'atteint en s'étendant de proche en proche. Dans le premier cas, c'est à la suite d'une déchirure survenue pendant le coït qu'il s'établit; dans le second, l'invasion a lieu par l'extension progressive d'un ulcère primitif, siégeant au voisinage. A quoi est dû ce fatal envahissement du chancre, situé aux alentours du filet, et quel traitement efficace lui opposer? Telles sont les deux questions que M. Diday se propose de résoudre dans son mémoire. La cause de son agrandissement incessant en ce point tient uniquement à des mouvements volontaires ou involontaires communiqués au prépuce, au pénis ou au gland, dans plusieurs circonstances, telles que la marche, l'érection, etc. Ces mouvements, tiraillant sans cesse le filet, déchirent à chaque instant le fond de l'ulcère et s'opposent ainsi à sa cicatrisation; de là des douleurs vives et souvent des hémorrhagies.

Le traitement devra donc tout d'abord s'adresser à la cause qui engendre ces obstacles à la guérison; c'est dire en un mot qu'il faut condamner de toutes manières l'organe et le prépuce à l'inaction la plus complète possible. En second lieu, il est très-important de pousser et de maintenir au fond du sillon chancreux la pièce de pansement, de manière que la charpie soit dans un *contact intime* avec toutes les parties de la surface ulcérée. Sans cette précaution les points non en contact continueraient de suppurer et de s'agrandir.

Un point sur lequel M Diday insiste est la destruction du filet par la main du chirurgien, quand il est seulement perforé. Par cette petite opération, il accélère beaucoup la guérison, et peut de suite panser à plat et avec facilité, le chancre mis ainsi à découvert. La section du filet n'est point faite avec un instrument tranchant, mais bien avec une espèce de pince à pansement dont les mors sont amincis à leurs extrémités : l'un d'eux est introduit dans la perforation, l'autre est exposé à une petite bougie, et lorsqu'il est suffisamment chauffé il est rapproché vivement de son congénère, et en quelques seconde la section est opérée, sans qu'il survienne aucun accident ultérieur. Cette petite cautérisation est préférée par l'auteur à l'instrument tranchant, dont l'action est presque toujours suivie d'une hémorrhagie qu'il est utile d'éviter pour ne pas compliquer les pansements.

DES BONS EFFETS DE L'OPIUM A HAUTE DOSE CONTRE UNE DES FORMES LES PLUS REBELLES DES ULCÉRATIONS SYPHILIQUES; par M. RODET, ex-chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille.

Des syphiliographes et des médecins célèbres ont beaucoup loué l'emploi de l'opium dans certains ulcères malins vénériens. Swediaur, Cullen en Angleterre, Frauck en Allemagne, et un grand nombre de praticiens sur leur autorité y ont eu recours avec succès; il restait cependant encore à bien déterminer dans quels cas cet agent héroïque réussissait ou échouait. La description de ces ulcères laissant beaucoup à désirer, suivant M. Rodet, ce chirurgien a cru devoir examiner de nouveau avec soin ce point de la pathologie syphilitique, et son expérience lui a permis de conclure, que l'opium avait des effets *vraiment remarquables et en quelque sorte spécifiques*, lorsque les ulcères sont phagédéniques et serpigineux. Ces ulcères succèdent, en général, à un bubon virulent; leur fond est pultacé, grisâtre, à bords élevés, irréguliers; la peau est profondément décollée et recouvre des anfractuosités pleines d'un pus sanieux mêlé à des débris organiques. Plus tard on voit se développer près de ces bords d'autres petites ulcérations qui s'étendent au loin et agrandissent l'ulcère; à celles-ci en succèdent de nouvelles qui suivent la même marche, et ainsi de suite pendant un temps indéfini. Quand ces ulcères sont anciens, les parties primitivement atteintes peuvent se cicatriser, pendant que le reste de l'ulcère continue de cheminer. M. Rodet a vu ces ulcères s'étendre

ainsi de la région inguinale à la partie supérieure des cuisses, sur l'hypogastre, sur les bourses, sur le périnée, sur la fesse et quelquefois jusque sur la région sacro-lombaire. Telle est l'espèce d'ulcération à laquelle, suivant le chirurgien de l'Antiquaille, s'adaptent merveilleusement les préparations opiacées. Parmi celles-ci, l'auteur donne la préférence à l'extrait gommeux dont la dose est portée successivement de 5 centigr. à 40 et même 60 centigr.

Un fait remarquable signalé par M. Rodet, c'est que ces ulcérations n'infectent jamais la constitution, et cependant leur pus est inoculable et produit la pustule caractéristique. Nous ajouterons, comme témoignage de la bonté du traitement institué par l'auteur, qu'en Angleterre, d'après Samuel Cooper, l'on a reconnu que le meilleur médicament contre les ulcères phagédéniques, très-fréquents chez les prostituées, était l'hydrochlorate ou l'acétate de morphine.

LUXATION SOUS-ASTRAGALIENNE DU PIED, RÉDUITE FACILEMENT GRACE A L'ÉTHÉRISATION, ET SUIVIE D'UNE GUÉRISON COMPLÈTE ET RAPIDE; par M. BAUMERS.

Cette observation a trait à un genre de luxation assez rare, dans lequel l'astragale conserve ses rapports avec les os de la jambe, tandis que ceux qu'il a avec le scaphoïde et le calcanéum sont seuls changés. Telle est la forme de luxation que M. Broca, en 1852, a appelée sous-astragalienne. M. Baumers, s'appuyant sur le fait qu'il a observé et sur des expériences cadavériques, indique les signes diagnostiques suivants de la luxation sous-astragalienne :

1° Rotation en dedans du pied autour de son axe antéro-postérieur;

2° Déplacement en dedans de tout le pied, qui ne correspond plus au prolongement de l'axe de la jambe;

3° Adduction forcée de la pointe du pied qui vient toucher le milieu du bord interne du pied voisin;

4° Saillie de la malléole externe au niveau du coude convexe et saillant en dehors, formé par le pied sur la jambe;

5° Saillie de la tête de l'astragale en avant de la malléole externe;

6° Dépression profonde en avant de la malléole interne et en arrière du scaphoïde, due à l'absence de cette même tête osseuse en ce point.

Pour réduire la luxation, en même temps que l'on exerce l'extension et la contre-extension, en portant le pied en dehors, il faut repousser en dedans la tête de l'astragale.

IV. JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

Les nos du mois d'octobre 1855 au mois de mars 1856 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Quelques effets de la combustion générale sur les différents tissus du corps humain; indications pour reconnaître les cadavres; réflexions sur la question de survie soulevée par les incendies;* par M. Louis Degranges. (Suite.) 2° *De la préférence à accorder à la résection du genou sur l'amputation du membre inférieur;* par le docteur Butcher. (Analyse de son travail.) 3° *Lettre sur le choléra dans le département des Basses-Pyrénées;* par M. Léopold Micé. 4° *Commentaires critiques, historiques et pratiques sur la suette;* par M. Bochard. 5° *Observations et recherches sur l'oblitération de la veine porte;* par M. E. Gintrac. 6° *Observation de carie vertébrale avec abcès par congestion; accidents très-graves; usage d'une gouttière en fil de fer; guérison;* par M. Bitot. 7° *Note sur la conservation des matières animales par les chlorures terreux;* par M. Barbet. 8° *Fécondation chez une nourrice non menstruée; arrivée périodique d'un écoulement sanguin par la vulve pendant les quatre derniers mois de la grossesse;* par M. Rousset. 9° *Observation d'hémorrhée pétéchiale (purpura hæmorrhagica);* par M. E. Gintrac. 10° *Fracture de la voûte du crâne avec enfoncement; paralysie complète; extraction des fragments; guérison;* par M. Azam. 11° *Anévrisme et oblitération de l'artère hépatique, avec coïncidence d'albuminurie, d'anasarque et d'ascite, et persistance de la sécrétion biliaire;* par M. Ledieu.

OBSERVATIONS ET RECHERCHES SUR L'OBLITÉRATION DE LA VEINE PORTE; par M. E. GINTRAC, professeur à l'École de médecine de Bordeaux.

Des faits qu'il a eu l'occasion d'observer, comparés à ceux que la science a déjà enregistrés dans ses annales, M. Gintrac croit pouvoir établir les conclusions suivantes :

1° L'inflammation est la cause la plus fréquente de l'oblitération de la veine porte. Le pus, les exsudations pseudo-membraneuses contenues dans ce tronc veineux, la rougeur, l'injection, l'épaississement de ses parois dilatées, hypertrophiées, attestent l'existence d'un état phlegmasique.

2° La veine porte ne s'oblitère ordinairement que par degrés, et cette oblitération amène, d'une part, un engorgement des veines et des viscères abdominaux, d'autre part une atrophie du foie avec pâleur, teinte jaune et aspect granuleux de cet organe.

3° Cette observation n'exerce pas d'influence sur la sécrétion biliaire, la vésicule renfermant toujours une quantité notable de bile; d'où il suit que la source de ce fluide doit se trouver dans le sang artériel.

4° Le traitement de cette affection doit donc être en général les antiphlogistiques et les boissons alcalines.

5° La paracentèse est le meilleur moyen de soulager le malade de son ostéite, mais il faut éviter, dans ce cas, les injections iodées.

FRACTURE DE LA VOUTE DU CRANE AVEC ENFONCEMENT; PARALYSIE COMPLÈTE; EXTRACTION DES FRAGMENTS; GUERISON; par M. AZAM, professeur suppléant de clinique chirurgicale.

Cette observation est une nouvelle preuve en faveur de ceux qui pensent que le trépan doit n'être que d'un usage très-exceptionnel dans les premiers instants, et que l'expectation, jointe à un traitement antiphlogistique énergique, suffit à conjurer les accidents mortels. Nous en mettons sous les yeux du lecteur les principaux détails.

OBS. — Un jeune homme reçoit sur la tête un violent coup de bâton; aussitôt il tombe sans connaissance : face pâle, respiration stertoreuse, résolution des membres, surtout à droite; insensibilité complète de ce côté, moins marquée du côté opposé.

Sur la partie supérieure et latérale gauche du crâne existe une plaie contuse, de 7 centimètres environ d'étendue, à bords déchirés, entre lesquels le doigt peut reconnaître une fracture comminutive avec enfoncement.

Le 18 septembre 1855, saignée de 500 grammes, à renouveler le soir, 20 sangsues aux apophyses mastoïdes; vessie de glace sur la tête.

Sous l'influence de ce traitement, joint à quelques purgatifs, les phénomènes de compression diminuent; le malade reprend en partie son intelligence, mais la paralysie persiste et la parole est impossible.

Le 30 septembre, M. Azam, pensant que la persistance de ces phénomènes était due à la compression exercée par les os, se décide à fendre la plaie du crâne, afin d'aller plus facilement à la recherche des esquilles. Il put en extraire deux, mais une troisième ayant résisté aux efforts de traction, le chirurgien dut se contenter de la relever jusqu'au niveau de la voûte du crâne. Le soir même de cette opération, le malade recouvra la parole, il se leva sur son lit et put faire mouvoir sa jambe droite.

L'amélioration générale et les cicatrisations de la plaie font des progrès les jours suivants, et le 31 janvier 1856, le malade ne conserve qu'un peu de roideur dans les mouvements que l'on espère faire disparaître au moyen de l'électricité.

V. L'UNION MÉDICALE DE LA GIRONDE.

L'UNION MÉDICALE DE LA GIRONDE, journal de médecine dont la publication a commencé à Bordeaux avec l'année, n'a encore fait paraître que deux numéros qui comprennent les mois de janvier et de février 1856. Nous y trouvons insérés les mémoires originaux suivants : 1° *De l'injection du perchlorure de fer dans le système veineux, considérée comme moyen de guérir les varices et les ulcères rebelles des membres inférieurs;* par M. Eugène Soulé. (Mémoire de longue haleine, bien pensé, mais ne présentant aucun fait qui ne soit aujourd'hui parfaitement connu. Nous regrettons que l'auteur n'ait pas eu connaissance du travail de M. Desgranges (de Lyon), dans lequel ce chirurgien a préconisé la solution iodo-tannique comme remplaçant avec avantage le perchlorure de fer.) 2° *De la version podalique dans quelques cas de rétrécissement du bassin;* par M. Ch. Dubreuilh. 3° *De l'affection pellagreuse du chat;* par M. Dupont, médecin vétérinaire.

DE LA VERSION PODALIQUE DANS QUELQUES CAS DE RÉTRÉCISSEMENT DU BASSIN; par le docteur CH. DUBREUILH.

S'appuyant, d'une part, sur les statistiques publiées par le docteur Sympson (d'Édimbourg), qui constatent que chez certaines femmes mal conformées le travail avait été beaucoup plus facile et plus heureux lorsque l'enfant s'était présenté par les pieds, et, d'autre part, sur les données fournies par madame Lachapelle, qui montrent la version moins dangereuse pour le fœtus que l'application du forceps, M. Dubreuilh pense que l'on devrait avoir recours plus souvent qu'on ne le fait à cette manœuvre obstétricale.

Cette opinion, du reste, a pour elle l'autorité d'un auteur bien connu en obstétritie, de M. Cazeaux. Voici ce qu'il écrivait en 1850, dans son Traité des accouchements :

« Nous croyons pouvoir dire que la version nous semble pouvoir être employée avec avantage : 1° dans les rétrécissements obliques ovalaires de Nœgelé; 2° dans les rétrécissements sacro-pubiens directs qui offrent au moins 8 centimètres de diamètre ; 3° dans les rétrécissements antéro-postérieurs du détroit inférieur qui se compliquent d'une étroitesse considérable de l'arcade sous-pubienne. »

Voilà donc la version poladique réhabilitée en partie, et dont la mise en pratique est recommandée dans trois circonstances bien déterminées. Pour M. Dubreuilh, il semblerait vouloir étendre encore les cas d'application de cette manœuvre dans les conclusions suivantes qui résument son mémoire:

1° La version podalique devrait être beaucoup plus souvent employée dans les rétrécissements du hassin.

2° Elle est préférable à l'application du forceps, lorsqu'il y a disproportion entre le volume de la tête fœtale et les diamètres du bassin.

3° Pouvant être tentée à toutes les époques du travail, elle est plus inoffensive pour la mère et pour le produit lui-même. La pression latérale et unique temporaire qui en résulte sera moins préjudiciable à l'enfant que la pression oblique et de longue durée du forceps.

4° Si, après l'extraction du tronc, la tête restait au détroit supérieur par suite de la difficulté qu'on a éprouvée à apprécier son volume, on en viendrait alors à la craniotomie.

M. Dubreuilh, pour affirmer ces conclusions, cite deux observations qui lui appartiennent. Dans la première, il y avait déjà eu deux embryotomies antérieures, le bassin présentant une diminution sensible dans tous les diamètres, mais surtout dans le diamètre sacro-pubien. (Quel est le chiffre de ces rétrécissements? L'auteur ne le dit point.) Dans ce troisième accouchement, aussi difficile que les deux premiers, il fit la version podalique, et la femme fut assez promptement et heureusement délivrée.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une primipare dont le diamètre sacro-pubien mesurait seulement huit centimètres : le sommet était enclavé au détroit supérieur et l'application du forceps avait été sans résultat. M. Dubreuilh fit la version, mais la tête ne put être extraite : il se décida alors à vider le crâne en introduisant par la voûte palatine les ciseaux de Smellie; la tête fut ensuite dégagée à l'aide de crochets appliqués sur la mâchoire inférieure. Telle est la substance de ce travail, dans lequel nous regrettons de ne pas trouver un plus grand nombre d'observations de version podalique, mais surtout où nous aurions désiré y voir consignés des chiffres sur l'étendue des rétrécissements qui peuvent faire espérer du succès pour cette manœuvre.

VI. Journal de la section de médecine de la Loire-Inférieure.

Les livraisons du mois de mai au mois de septembre 1855 renferment les mémoires originaux suivants : 1° *Observations cliniques* ; par M. Latour. 2° *Séméiologie des fièvres intermittentes;* par M. Marcé. (Suite.) 3° *Quelques cas d'autoplastie faciale* ; par M. Letenneur. 4° *Du changement que certaines péricardites apportent dans le rapport de la fréquence de la respiration et du pouls;* par M. Malherbe. (L'auteur a noté dans un cas une fréquence des mouvements respiratoires qui dépassait celle du pouls. Il regarde cette interversion du rapport normal entre la respiration et la circulation comme le signe pathognomique des épanchements aigus de sérosité dans le péricarde.) 5° *Observation de farcin chronique, suivi de morve aiguë* ; par M. Combeau, interne (service de M. Marcé). (Nouvel exemple de transmission de la maladie du cheval à l'homme; du reste à l'autopsie on constata les lésions caractéristiques, c'est-à-dire ulcérations des fosses nasales avec mucosités purulentes et un grand nombre d'abcès musculaires et sous-périostiques sur les membres, des ecchymoses sous-cutanées avec le tissu cellulaire infiltré aux environs d'une sérosité verdâtre.) 6° *Observation d'acéphalie;* par M. Malherbe. 7° *Note sur plusieurs calculs ;* par M. Gautron. 8° *Quelques mots sur la méningite des enfants;* par M. Ch. Rouxeau. 9° *Observation pour servir à l'histoire d'une variété d'hémorrhagie utérine post-puerpérale paraissant se lier au travail de la lactation ;* par M. Aubinais. (L'auteur pense avec M. Négrier que ces hémorrhagies sont dues à la succion douloureuse des mamelons exercée par l'enfant. Il cite deux observations dans lesquelles il a cru reconnaître manifestement cette relation de cause à effet. Le traitement du reste est celui que l'on conseille dans ces cas : application du froid, boissons astringentes, tamponnement, compression du globe utérin, etc.) 10° *Note sur l'étiologie des parotides symptomatiques ou parotidites ;* par M. Trastour.

VII. Recueil des travaux de la Société de médecine d'Indre-et-Loire.

Les troisième et quatrième trimestres de 1854 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *De l'emploi du collodion dans les plaies de la face;* par M. Evariste Barbier. (L'auteur préfère cette solution aux handelettes agglutinatives et aux sutures de quelque espèce qu'elles soient.) 2° *Observation d'achromie solitaire (décoloration partielle de la peau)* ; par M. Evariste Barbier. 3° *Quelques expériences relatives à la transmission du choléra de l'homme aux animaux domestiques;* par M. Charcellay. (Ces expériences furent faites sur un coq, deux poules et trois pigeons retenus en cage; elles consistaient à mêler avec leur nourriture des déjections cholériques. La maladie put être transmise à tous. Une poule seule succomba, les autres volatiles ayant refusé plus tard la pâté infectée qu'on leur offrait.) 4° *Omphalocèle congéniale ; hernie du foie et de l'estomac ; transposition du gros intestin qui est fort distendu par le méconium; imperforation de l'anus ;* par M. Charcellay.

Omphalocèle congéniale; transposition du gros intestin; par M. Charcellay.

L'enfant du sexe masculin et venu à terme ne vécut que quatre jours. Voici la direction qu'affectait le gros intestin. Il commençait au cœcum dans la tumeur et au-dessus de l'ombilic; de là il se dirigeait obliquement à gauche et en bas jusqu'à l'hypocondre gauche; il changeait alors de direction pour se porter dans le flanc droit, en passant derrière la masse de l'iléon; puis il plongeait dans le petit bassin, en suivant une ligne oblique de droite à gauche, où il se termine vers la région anale sans perforation. Quant à l'orifice anal, il avait environ 6 millim. de profondeur et finissait par un cul-de-sac séparé de la paroi inférieure du rectum, rempli de méconium, par une couche assez mince et résistante de tissu cellulo-fibreux.

Les reins étaient refoulés vers la cavité thoracique, dans laquelle ils font une saillie très-sensible au-dessous du diaphragme.

Aucune trace d'adhérence formée anciennement dans le sein de la mère n'ayant été observée sur cet enfant, M. Charcellay pense qu'il faut classer cette hernie parmi celles qui sont dues à un arrêt de développement des parois abdominales.

Enfin, sous le rapport des secours à apporter, on voit ici que la ponction par le périnée était l'opération qui a mérité la préférence; elle était même facile à pratiquer, et nous nous demandons pourquoi on ne paraît pas y avoir un instant songé.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 30 juin. — Présidence de M. Is. Geoffroy-Saint-Hilaire.

L'Académie procède, par la voix du scrutin, à la nomination de la Commission qui aura à examiner les pièces admises au concours pour le prix fondé par M. de Montyon, et destiné à récompenser les inventions tendant à rendre un métier ou une profession moins insalubre.

MM. Rayer, Dumas, Chevreul, Pelouze et Boussingault réunissent la majorité des suffrages.

Réponse de M. Ch. Rouget a une réclamation de priorité, adressée par M. Muller a l'occasion du mémoire sur l'appareil d'adaptation de l'œil, présenté a la séance précédente.

(Commissaires précédemment nommés : MM. de Quatrefages, Cl. Bernard.)

« M. H. Müller réclame pour lui la découverte du muscle ciliaire annulaire *chez l'homme*, que j'ai, dit-il, donné comme un fait nouveau.

Je ne connaissais pas les recherches de M. H. Müller (publiées seulement en avril 1856), néanmoins je n'ai jamais prétendu m'attribuer la découverte du muscle ciliaire annulaire : cette découverte n'appartient, en effet, ni à M. Müller ni à moi, mais bien à Clay Wallace, et à Van Reeken. Dès 1836, Clay Wallace a nettement indiqué les deux couches du muscle ciliaire sous les noms de muscle ciliaire externe (*outer ciliary muscle*), et de muscle ciliaire interne (*inner ciliary muscle*).

Au commencement de l'année 1855, six mois au moins avant l'époque que M. Müller assigne lui-même à sa découverte, Van Reeken donnait une description détaillée et des figures exactes du muscle ciliaire annulaire (juillet

1855. Physiologisch laboratorium der Utrechtsche Hoogschool). Ce que j'ai d'ailleurs annoncé comme faits nouveaux, ce n'est pas l'existence du muscle ciliaire annulaire chez l'homme, objet de la réclamation de M. Müller, c'est : 1° l'étude de ce muscle chez différents ordres de mammifères et chez les oiseaux;

2° La continuité des faisceaux de ce muscle avec ceux du muscle oblique de l'iris;

3° Les rapports des veines irio-choroïdiennes avec le même muscle, rapports d'où résultent leur compression et l'érection des procès ciliaires.

M. Müller annonce ensuite qu'il a fait, à la Société physico-médicale de Würtzbourg, différentes communications sur l'accommodation de l'œil chez l'homme et les oiseaux, et oppose la date de ces communications (15 décembre 1855 et 26 avril 1856) non encore publiées à la date de ma communication publiée dans les Comptes rendus de l'Académie (19 mai 1856).

Je réponds qu'antérieurement à ma communication à l'Académie, j'ai fait connaître le résultat de mes recherches sur l'adaptation, à la Société de Biologie de Paris, dans les séances du 10 novembre 1855, du 26 avril et du 3 mai 1856, et que les Comptes rendus de ces séances vont être publiés.

Il résulte évidemment de la comparaison de ces dates, que lors même que les résultats obtenus par M. Muller seraient, ce que j'ignore, complétement identiques à ceux que j'ai annoncés, nos travaux n'en sont pas moins complétement indépendants, et que ni l'un ni l'autre de nous n'est fondé à réclamer la priorité.

Sur la présence de l'ammoniaque dans certaines eaux minérales; par M. Jules Bouis.

Conclusions. — I. Les eaux thermales sulfureuses ne contiennent pas la moindre trace d'ammoniaque, lorsqu'elles sortent directement des terrains granitiques. (Olette, Amélie-les-Bains, la Preste, Vernet, Baréges, etc.)

II. Les eaux sulfureuses, même dites naturelles, mais dont la sortie hors du sol n'a pas lieu directement du granit et qui contiennent une proportion de chlorures et de sulfate de chaux plus forte que les eaux de la première série, renferment des proportions diverses d'ammoniaque. (Eaux-Bonnes, Labassère.)

III. Les autres eaux sulfureuses sortant de terrains bien moins anciens, et dont l'origine doit être attribuée à la réaction des sulfates sur les matières organiques, contiennent des proportions notables d'ammoniaque; tel est le cas pour Enghien, de Belleville, les Thermes, etc.

Ces expériences sur la présence ou l'absence de l'ammoniaque dans les eaux minérales tendent à démontrer, en ce qui concerne les eaux sulfureuses, que si, pour un certain nombre, on peut admettre que leur sulfure provient de la décomposition des sulfates par des matières organiques, cette hypothèse ne peut s'appliquer aux véritables eaux sulfureuses naissant directement des roches primitives.

— M. Legrand prie l'Académie de vouloir bien comprendre dans le nombre des pièces admises à concourir pour les prix de médecine et de chirurgie, un mémoire sur l'ablation des tumeurs sans opération sanglante, mémoire dont il a récemment adressé un exemplaire.

Dans cette lettre, l'auteur signale, pour se conformer à une condition imposée aux concurrents, ce qu'il considère comme neuf dans la méthode de traitement qu'il cherche depuis plusieurs années à répandre et qui fait le sujet de cet écrit. (Renvoi à la Commission de médecine et chirurgie.)

— M. Bouin adresse une semblable demande pour son opuscule « sur le traitement des adénites cervicales au moyen de l'électricité localisée. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 8 juillet. — Présidence de M. Bussy.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

1° Un rapport de M. le docteur Raimbert sur les constitutions météorologiques et médicales de l'année 1855, dans l'arrondissement de Châteaudun (Eure-et-Loir).

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné, en 1855, dans le département d'Indre-et-Loire. (Commission des épidémies.)

3° Les rapports de M. Danet et de M. Dupont, élèves en médecine, sur l'épidémie de choléra qui a régné, en 1854, dans le département des Basses-Pyrénées.

4° Un mémoire de M. Proult sur l'emploi du quinquina dans le traitement du choléra.

5° Une lettre du gérant du consulat de France à Caracas sur un mode de traitement du choléra employé par M. le docteur G. Blanco, médecin de la Faculté de Caracas. (Commission du choléra de 1854.)

6° Les tableaux des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements des Basses-Alpes, du Tarn, du Bas-Rhin et de l'Allier. (Commission de vaccine.)

— La correspondance non officielle comprend :

La relation d'une épidémie de typhus observée à l'hôpital de Châtellerault, par M. le docteur Jules Mascarel. (Renvoyée à la commission nommée, M. Michel Lévy, rapporteur.)

Un mémoire de M. Deleau sur l'emploi du perchlorure de fer dans les maladies. (Commissaires : MM. Robert, Trousseau et Ricord.)

Une lettre de M. Heyfelder, médecin de l'armée russe en Finlande; il réclame un mémoire qu'il a présenté à l'Académie en 1853, et sur lequel M. Huguier devait faire un rapport.

Un mémoire de M. le docteur Bourguet (d'Aix) sur les injections d'iode combinées aux ponctions préalables dans le traitement des kystes volumineux, des collections purulentes et des hydropisies articulaires étendues, etc. (Commissaires : MM. Velpeau et Langier.)

— M. Canquoin (de Dijon) adresse à l'Académie la formule et un échantillon d'un nouveau sparadrap agglutinatif. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

— M. le docteur Chauffard, d'Auriol (Bouches-du-Rhône), adresse le tableau des vaccinations pratiquées dans son canton de 1841 à 1855. (Commission de vaccine.)

— M. Mathieu adresse une lettre dans laquelle il soumet à l'examen de l'Académie une pince qu'il a fabriquée d'après les indications de M. le docteur Raphaël Ratti (de Gênes). Cet instrument a pour but de permettre l'ablation du bord libre de la paupière dans lequel sont implantés les cils et leurs bulbes, sans toucher au tarse, de manière à guérir radicalement, en peu de jours et sans difformité, le *trichiasis*.

— M. le Président annonce à l'Académie la mort de M. le docteur Warren (de Boston), associé étranger.

M. Bussy, président, fait savoir à l'Académie qu'il y a cinq places vacantes dans les rangs des membres titulaires. Les nouveaux règlements de la compagnie, depuis la suppression de l'art. 85, attribuant au conseil le soin de déclarer les vacances, celui-ci, par une décision récente, a statué qu'il serait prochainement pourvu à deux élections, une dans la section de pharmacie et une dans la section de pathologie chirurgicale. Le choix du conseil a porté sur ces deux sections, parce que deux places sont vacantes dans la section de pharmacie et parce qu'il n'a pas été fait depuis longtemps de nomination dans la section de pathologie chirurgicale.

L'Académie adopte la décision du conseil, après quelques observations de MM. Moreau et Bégin.

De l'élimination des médicaments et en particulier des alcaloïdes du quinquina.

M. Briquet, médecin de l'hôpital de la Charité, lit un mémoire sur l'élimination des médicaments ingérés en général, et sur celle des alcaloïdes du quinquina en particulier.

L'auteur a recherché d'abord par quelles voies les alcaloïdes du quinquina sortent de l'économie après y avoir été introduits. L'élimination des substances ingérées peut se faire par des voies spéciales pour certaines d'entre elles, et pour d'autres par plusieurs voies qui leur sont communes. M. Briquet résume ses études dans les conclusions suivantes :

1° L'élimination ne se fait pas avec une égale promptitude pour toutes les substances; celles qui sont le plus incompatibles avec notre économie, tels que les sels métalliques, sortent très-promptement; celles, au contraire, qui se rapprochent plus de notre organisation, tels que les alcaloïdes organiques, et en particulier ceux du quinquina, sont mieux tolérées et moins vite repoussées.

2° La quinine ayant été éliminée en quantité appréciable, au bout d'une demi-heure, comme il faut un certain temps pour que de l'estomac elle passe dans le sang, et que de là elle soit distribuée dans les divers organes, puis qu'elle soit séparée du sang par les veines, il faut supposer que l'absorption de la quinine se fait aussitôt que cette substance est mise en contact avec la muqueuse de l'estomac.

Ce résultat concorde parfaitement avec ce qu'avaient déjà donné l'observation et l'expérimentation. Ainsi les personnes qui prennent un gramme de sulfate de quinine éprouvent, cinq minutes après l'ingestion du sel, les accidents cérébraux particuliers à la quinine; ainsi encore les animaux, dans l'estomac desquels on injecte du sulfate de quinine, éprouvent les mêmes accidents aussitôt que l'injection est terminée.

La présence de la quinine dans les urines résout nettement une question jusque-là restée indécise; elle prouve que ces troubles cérébraux ne sont pas un effet de communication nerveuse de l'estomac à l'encéphale; mais qu'ils dépendent directement de la présence de la quinine dans l'encéphale lui-même.

En réfléchissant sur une élimination aussi rapide, il n'est pas possible d'admettre que le médicament ait, pendant son passage dans les organes, fait en quelque sorte corps avec leurs tissus et se soit placé dans un contact prolongé avec les molécules organiques. Le mouvement nutritif de composition et de décomposition n'a pas assez de promptitude pour se prêter à une pareille rapidité. La substance médicamenteuse mêlée au sang est donc portée aux organes, dont elle traverse les vaisseaux capillaires, et s'y trouve dans un contact momentané avec leur tissu.

3° Il est évident que la puissance de l'absorption est grande puisque, au bout d'une demi-heure, l'élimination se fait avec une force qui est égale aux deux tiers de ce qu'elle sera quand elle aura atteint son maximum.

On sent de suite toute l'importance de ces résultats; si nous prenons le

quinquina, par exemple, on sait qu'il n'y a souvent, dans les fièvres rémittentes graves, dans les fièvres intermittentes pernicieuses et dans les affections convulsives, qu'un laps de temps très-limité laissé à l'action du médicament. Or il est très-consolant de savoir qu'en élevant les doses des alcaloïdes du quinquina, on pourra faire passer en deux heures une quantité de substance médicamenteuse suffisante pour obtenir tous les effets possibles.

4° Puisque l'élimination est plus rapide, quand le médicament est en quelque sorte donné par masses, que quand il est donné en doses fractionnées, il est évident que quand on aura du temps devant soi, et qu'on voudra prolonger l'action du médicament, il faudra l'administrer à doses fractionnées.

Le quinquina est donc, sous ce rapport, un médicament précieux; si l'on a besoin d'un effet prompt, il faut élever les doses; veut-on, au contraire, un effet persistant, il suffit de le fractionner. Ces réflexions, provoquées par la manière dont se comportent les alcaloïdes du quinquina, peuvent, ce me semble, être appliquées aux substances analogues; elles fournissent un moyen de savoir comment se comportent les substances médicamenteuses qui ne produisent pas des effets directs assez appréciables pour être, comme les alcaloïdes du quinquina, étudiées séparément.

M. Briquet rapporte une série d'expériences par lesquelles il s'est convaincu de la non-élimination par la sueur des alcaloïdes du quinquina.

Il se demande ensuite si cet alcaloïde s'élimine par la bile ou les sécrétions qui s'opèrent à la surface du tube digestif, et il incline à résoudre la question négativement.

L'élimination a surtout lieu par la sécrétion urinaire. La quantité éliminée est à peu près constante chez tous les malades, et elle s'accroît et diminue dans un ordre qui est presque toujours le même. Assez forte le premier jour, elle va décroissant avec une sorte de régularité. (Commissaires : MM. Trousseau et Bouchardat.)

RECHERCHES SUR UNE COLORATION ACCIDENTELLE DU PAIN DE MUNITION.

M. Poggiale donne lecture d'un mémoire sur la cause de la coloration du pain de munition fabriqué du 7 au 8 avril à la manutention militaire de Paris.

Le pain, qui fait l'objet de cette importante lecture, a été préparé avec un mélange de farine de blé dur et de farine de blé tendre d'Espagne. Diverses épreuves de panification faites au Val-de-Grâce et à la manutention ont démontré que la coloration du pain est due à la farine de blé dur, que cette farine, belle en apparence, ne se colore pas pendant le pétrissage, mais par la cuisson et surtout par le refroidissement du pain, et que pétrie sans levain elle donnait du biscuit d'une nuance irréprochable. Cette farine provenait de blés durs, composés eux-mêmes de blés de Salonique, de Smyrne et d'Algérie extrêmement charançonnés.

Il résulte des expériences de M. Poggiale que les blés durs qui ont servi à la confection de ce pain sont piqués par les insectes et que le gluten qu'ils contiennent est altéré.

Ce pain, d'un noir bleuâtre, renferme un nombre considérable d'animalcules filiformes, cylindriques, roides, plus ou moins distinctement articulés et animés d'un mouvement vacillant non ondulatoire. Les uns longs de 0mm,003 à 0mm,004, d'autres présentent une longueur beaucoup plus grande et peuvent être vus à l'aide d'un microscope très-médiocre. A côté de ces animalcules, on en observe d'autres, mais en très-petit nombre, qui sont ovoïdes et assemblés par deux ou trois individus. Ces caractères se rapportent évidemment aux *bacterium*, premier genre des infusoires de M. Dujardin.

La formation d'une si grande quantité de *bacterium* dans ce pain est due à la fermentation panaire. En effet, on n'a pas observé ces infusoires dans les diverses farines qui ont été employées, ni dans le biscuit préparé sans levain et qui était parfaitement blanc, ni dans les *marrons* blancs qu'on a trouvés dans quelques pains colorés.

Ce pain ne contient aucune substance inorganique, telle que l'iode, le fer, le cuivre, etc., qui puisse produire la coloration noire bleuâtre qu'on a observée. Cette coloration ne doit pas être attribuée non plus aux graines étrangères qu'on a trouvées dans les blés durs et notamment dans celui de Salonique.

Il résulte des faits consignés dans ce travail :

1° Que la farine de blé tendre d'Espagne, qui a servi à la fabrication du pain coloré, est de bonne qualité; employée seule, elle fournit du pain blanc;

2° Que les farines de blé dur d'Afrique charançonné, de Salonique et de Smyrne, sont de qualité inférieure et contiennent du gluten altéré;

3° Que la coloration du pain doit être attribuée à ces farines et particulièrement à celle de Salonique;

4° Que cette coloration ne se manifeste qu'après la fermentation panaire, la cuisson et surtout le refroidissement du pain;

5° Que le biscuit préparé sans levain avec ces mêmes farines est blanc;

6° Que le pain coloré contient un nombre considérable d'infusoires;

7° Qu'on ne rencontre pas ces animalcules dans les farines et le biscuit;

8° Que l'altération du gluten, sous l'influence de la fermentation et de la cuisson, semble être la cause de la coloration du pain.

(Commissaires : MM. Michel Lévy, Guibourt et Boudet.)

— M. Gouelier, professeur à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, lit le résumé d'un mémoire sur le typhus observé dans cet hôpital sur des soldats du 50e de ligne. (Nous publierons ce travail en entier.)

BLÉPHAROPLASTIE.

M. Denonvilliers présente à l'Académie une jeune fille à laquelle il a pratiqué avec un succès assez complet une double opération de blépharoplastie.

Une brûlure de la face avait entraîné chez cette jeune fille une rétraction considérable de la paupière supérieure et de la paupière inférieure, de là deux ectropions, dont l'inférieur de plus de 7 centim., recouvrait une grande partie de la face. Cet ectropion était trois fois et demi plus étendu que ne l'est ordinairement cette sorte de lésion.

Il n'a pas fallu moins de quatre opérations d'autoplastie pour remédier à cette difformité, et ces opérations ont demandé près de deux ans. Il y a bien encore aujourd'hui quelque chose à désirer; une opération nouvelle serait nécessaire pour compléter le résultat; mais M. Denonvilliers préfère attendre que la malade ait pris quelque repos.

Depuis quelques années, M. Denonvilliers a pratiqué un assez grand nombre d'autoplasties; mais il n'est pas encore en mesure de résumer des propositions générales sur ce sujet. Il fait remarquer cependant que les tissus de cicatrice se prêtent très-bien à fournir des lambeaux autoplastiques, et que, quelquefois même ils peuvent offrir des avantages spéciaux; c'est un point sur lequel M. Jobert (de Lamballe) avait déjà appelé l'attention.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

RECHERCHES ANATOMO-PATHOLOGIQUES SUR LA STRUCTURE INTIME DES TUMEURS CANCÉREUSES AUX DIVERSES PÉRIODES DE LEUR DÉVELOPPEMENT; par M. Léopold Ollier. (Thèse soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier.) — Chez Boehus, imprimeur de l'Académie à Montpellier. — 1856.

Si, dans la discussion sur le microscope et le cancer, on a vu se produire à l'Académie de médecine les opinions les plus divergentes, il y a cependant un point sur lequel l'accord a été à peu près unanime, c'est que l'anatomie microscopique est le complément naturel de l'anatomie faite au scalpel. On ne peut, en effet, se refuser à reconnaître qu'aux notions imparfaites que fournissent l'aspect extérieur, la forme, la consistance, la couleur des tissus, le microscope n'ait ajouté des notions beaucoup plus complètes, en montrant dans ces tissus des éléments fixes, invariables et distincts, et que, pour ce qui concerne l'anatomie pathologique, si la micrographie n'a fait que la continuer, elle l'a fait avec un moyen d'observation infiniment plus délicat, et quelques centaines de fois plus pénétrant que l'œil nu.

Aussi des recherches entreprises dans cet esprit et sans autres prétentions, comme celles de M. Ollier, ne peuvent-elles manquer d'être bien accueillies de tous ceux dont l'opposition a été dirigée contre certaines doctrines micrographiques, non contre le microscope lui-même.

« En principe, dit l'auteur, le microscope n'a rien de plus, rien de moins que le scalpel. Ce sont deux moyens d'analyse qui ne diffèrent que par l'étendue du champ qu'ils permettent d'explorer; leurs avantages sont du même ordre comme leurs inconvénients. On doit profiter des uns en évitant les autres. Pour arriver à ce résultat, il faut maintenir le microscope dans ses limites naturelles, ne pas le mêler malencontreusement à la clinique quand il ne peut pas fournir de solution, mais aussi ne pas le rebuter pour son silence; car s'il ne dit rien aujourd'hui, il peut parler demain. »

M. Ollier, disons-le tout d'abord, n'est pas partisan de la spécificité de la cellule cancéreuse. Cette cellule existe; elle est distincte des autres; elle constitue un élément anatomique spécial qu'on ne trouve que dans le cancer; mais — et c'est en ceci qu'on ne peut pas le considérer comme spécifique — elle manque dans un certain nombre de tumeurs manifestement cancéreuses.

La définition micrographique du cancer était donc à refaire; le nom même de la cellule cancéreuse devait être modifié; ce n'est qu'après ces préliminaires difficiles, mais indispensables, que l'auteur pouvait entrer plus avant dans son sujet.

Le cancer, au point de vue anatomique (n'oublions pas que c'est le seul auquel se place M. Ollier), présente plusieurs variétés, ou plutôt il forme un genre avec des espèces.

Pour caractériser ce genre, il faut renoncer, dans l'état actuel de nos connaissances micrographiques, à se fonder sur un élément unique; il faut, de toute nécessité, embrasser l'ensemble des caractères du produit morbide. Les premiers micrographes avaient laissé sur ce point une lacune regrettable. Préoccupés surtout de constater la présence ou l'absence de la cellule cancéreuse, ils avaient négligé ce qui a trait à la texture des cancers, à la complexité et à l'arrangement réciproque de leurs divers éléments. Cette lacune, M. Ollier a eu la bonne fortune de l'entrevoir et le mérite de la combler. Il a fait,

sous ce rapport, pour le cancer, ce que MM. Verneuil et Robin avaient fait pour les hypertrophies glandulaires et le tissu hétéradénique.

Nous ne voulons pas dire que l'auteur ait donné à cette partie de son sujet toute l'étendue qu'elle pouvait comporter, et qu'il n'ait rien laissé à faire à ses successeurs; mais ces recherches lui ont suffi pour trouver dans les tumeurs cancéreuses des caractères assez tranchés et assez constants pour servir de base à une bonne définitition générique, définition qui restera tant que le microscope n'aura rien révélé de plus intime dans la structure de ces tumeurs.

Quant aux espèces, elles se distinguent entre elles par l'élément anatomique qui entre dans leur composition. Elles se distinguent sans doute aussi par leur évolution, leurs caractères cliniques, leur malignité plus ou moins grande. Mais, encore une fois, M. Ollier s'est placé au point de vue anatomique, et de parti pris, il n'a pas voulu en sortir.

De toutes ces espèces, la plus importante est celle où l'on trouve comme élément anatomique la cellule dite cancéreuse. C'est là aussi que nous retrouvons le néologisme dont nous parlions en commençant, insignifiant au premier abord, mais de nature à faire cesser bien des dissidences plus apparentes que réelles et à reporter désormais sur les choses une discussion qui s'est trop souvent égarée sur les mots.

Pourquoi, en effet, ne pas donner à un élément anatomique un nom dérivé uniquement de ses caractères physiques? Pourquoi, puisque la cellule dite cancéreuse se distingue surtout par son gros noyau, ne pas l'appeler *macrocyte*, ainsi que le propose M. Ollier?

Libre ensuite de discuter sur la nature des tumeurs où existe cet élément, de celles où il n'existe pas; sur leurs analogies ou leurs différences cliniques; mais le microscope reste debout, en dehors de la discussion. Que ces tumeurs soient anatomiquement différentes, on ne vous le contestera plus des que vous cesserez de leur donner des noms dont la signification marque un empiétement de l'anatomie sur la pathogénie.

M. Ollier admet cinq autres espèces de cancer. Toutes, bien entendu, ont de communs les caractères que l'auteur assigne au cancer en général; elles se distinguent entre elles par la spécialité de l'élément anatomique, cellule ou noyau, qui entre dans leur composition.

Ces cinq espèces ne comprennent que des tumeurs déjà décrites et connues des micrographes. Toutefois cette partie des recherches de M. Ollier n'est pas seulement une œuvre de classification. En étudiant de près les descriptions de ces groupes morbides, on ne tarde pas à remarquer un grand nombre de faits nouveaux tous intéressants, et dont quelques-uns sont des jalons plantés au delà des limites où on s'était arrêté jusqu'à ce jour.

Au sujet des épithélioma l'auteur a reproduit, en le complétant, ce qu'il avait déjà publié sur les modifications subies par les cellules épithéliales qui entrent dans leur organisation. Il a cité de nouvelles observations d'épithélioma du foie et d'autres glandes, de tumeurs hétéradéniques, etc. Ses recherches sur les cancers caractérisés par les éléments cellulaires de la moelle des os, médullocèles et myéloplaxes, ont aussi porté sur un très-grand nombre de faits, et la spécialité de cette forme de la maladie cancéreuse est désormais établie sur des preuves irrécusables.

Nous voudrions reproduire ici les idées essentielles de l'auteur sur les rapports des éléments anatomiques des tumeurs cancéreuses avec les éléments normaux du même ordre, sur l'origine, l'accroissement et la propagation des cancers, sur la différence de la génération multiple et de la généralisation, sur les troubles de nutrition qui surviennent dans les tissus cancéreux. Toutes ces questions traitées sommairement, mais avec une grande supériorité de talent, tiennent dans le livre une place assez étendue, et forment autant de chapitres qui comptent parmi les plus remarquables qu'ait inspirés la physiologie pathologique; mais par cela même elles échappent à l'analyse. Notons seulement qu'en traitant de l'état du sang, chez les cancéreux, M. Ollier cite une observation détaillée, authentique et intéressante par sa nouveauté de leucocythémie cancéreuse; qu'en étudiant la généralisation de la maladie cancéreuse, il mentionne également deux faits incontestables de généralisation de l'épithélioma.

Mais le chapitre le plus important au point de vue pratique, est celui où l'auteur confirme ce que MM. Schrœde van der Kolk et Follin avaient déjà annoncé, que les limites du cancer sont plus apparentes que réelles, et qu'il faut toujours opérer largement sans crainte d'empiéter sur les tissus sains. C'est aux opérations par trop conservatrices qu'il faut attribuer un grand nombre des repullulations; car, dans beaucoup de cas le cancer ne récidive pas, il se continue.

Il se continue dans la partie malade, après une première opération, parce qu'on n'a pas dépassé les limites du mal. Il se continue dans les ganglions parce qu'on a ménagé ceux-ci mal à propos. On a cru déraciner l'abcès, on n'a fait que couper le tronc.

Mais, dira-t-on, vous aurez beau enlever complétement la tumeur, elle se reproduira toujours parce que la diathèse subsiste. Oui, répond M. Ollier, mais alors le cancer aura en quelque sorte besoin de renaître; la diathèse doit pourvoir à une nouvelle création, et on peut espérer pendant ce temps un calme plus ou moins long, et en profiter pour modifier la constitution.

Toutes ces questions, M. Ollier pouvait les aborder, et nous espérons bien qu'il y reviendra; car peu de micrographes ont eu plus de matériaux à leur disposition. En quelques années il a pu examiner plus de quatre cents tumeurs réputées cancéreuses, enlevées sur le vivant ou trouvées sur le cadavre. Parmi toutes nos autorités micrographiques en compte-t-on beaucoup qui puissent lui opposer une aussi grande expérience?

Rollet.

VARIÉTÉS.

— M. le docteur Karl Scherzer a donné devant la Société de botanique de Vienne des détails sur quelques plantes employées par les Indiens et dont il souhaite l'introduction en Europe. Il a appelé l'attention des membres de cette Société scientifique sur l'écorce du *copalchi*, qui est usitée chez les Indiens comme remède contre la fièvre. M. Guibourt, dans son Histoire naturelle des drogues simples (tome II), dit que quelques centaines de kilogr. de cette écorce ont été exportées à Hambourg en 1827, comme quinquina.

La résine du *guaco* est employée par les Indiens dans les maladies de peau.

M. Scherzer mentionne ensuite un arbrisseau à thé qui croît dans le voisinage d'Istlavacan, sur le plateau de Guatemala, à 2,000 mètres au-dessus du niveau de la mer. Cet arbuste a été découvert par le pasteur du lieu, Vicente Hernandez, etc., et nommé par M. Fenzl *lippia medica*. Une infusion de feuilles de cette plante guérit les maladies d'estomac et les douleurs de tête.

La civilisation n'ayant pas encore introduit le thé chinois dans ces lointains parages, les habitants se servent de cette plante à la place du produit de l'Empire Céleste.

Dans une famine qui eut lieu, il y a quelques années, dans le département d'Intigalpa, par suite de l'invasion d'un nombre infini de sauterelles, les Indiens eurent recours à la racine de l'*helmia esurientium*, qui, comme les autres tubercules des tropiques, a un goût farineux et agréable. Pendant plusieurs mois, ce fut leur unique aliment. Par malheur, cette plante ne pourrait s'acclimater en Europe, de même que la pomme de terre douce (*convolvulus batatas*) qui a pourtant réussi quelquefois dans le sud et dans l'ouest des Etats-Unis.

Un autre arbuste des plus intéressants est le *fraililo*, dont les Indiens se servent comme d'un laxatif très-énergique. On le trouve aux environs de Dipilto, dans le Nicaragua. Les Indiens s'imaginent que ses qualités diverses — car c'est à la fois un vomitif et un purgatif — dépendent de la manière de cueillir les feuilles, dans le haut ou dans le bas de la plante.

Enfin, M. Scherzer a terminé son curieux mémoire par la description d'une plante de chétive apparence, donnant de jolies petites graines rouges, et que l'on rencontre fréquemment au Guatemala et à Honduras. Les indigènes l'appellent tantôt *guataca* et tantôt *comida de culebra* (nourriture de serpents). Lorsqu'en 1837 le choléra sévissait sur ce grand plateau, les habitants du village indien de Cantaranos (Etat d'Honduras), non loin de Tegucigalpa, faisaient boire aux malades une décoction de cette plante. Il paraît que la plupart des cas de choléra, dans cette localité, ont eu une heureuse issue. M. Fenzl croit reconnaître, dans l'échantillon soumis à la Société, une *rauwolfia tomentosa*; ce qui rend un examen sérieux d'autant plus nécessaire, que les plantes de la famille des apocynées ont une vertu plutôt dissolvante qu'astringente.

Toutes les plantes, écorces d'arbres et graines, rapportées par M. Scherzer, vont être l'objet d'une analyse exacte de la part de deux chimistes distingués de Vienne (Autriche), et nous ne manquerons pas d'en faire connaître les résultats qui intéressent la science au plus haut degré. (Das Ausland et Monit. univ.)

— M. le docteur Hippolyte Blot, chef de clinique d'accouchements de la Faculté, a commencé un cours public d'opérations obstétricales, hier vendredi 11 juillet, à quatre heures (amphithéâtre n° 2 de l'École pratique), et le continuera à la même heure, les lundis, mercredis et vendredis. Ce cours sera terminé le 15 août.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE GÉNÉRALE.

CRÉATION DE PLUSIEURS PLACES DE MÉDECINS SANITAIRES A LONDRES; LEUR RÔLE MÉDICAL; NATURE ET IMPORTANCE DE LEURS FONCTIONS.

Nous avons fait remarquer à plusieurs reprises le soin avec lequel les maladies épidémiques et endémiques sont étudiées en Angleterre dans leurs moindres manifestations; l'exactitude apportée dans la répartition des décès, suivant qu'ils ont été causés par telle ou telle influence morbide; la connaissance approfondie des causes générales qui augmentent ou abaissent le chiffre de la mortalité, suivant l'agglomération de la population, suivant l'aisance ou la pauvreté des habitants, suivant les professions, suivant les conditions du logement, du sol et de l'atmosphère.

On peut dire que les progrès que nous avons réalisés dans les trente dernières années sur tous ces points de l'hygiène publique ont été atteints et quelquefois même dépassés en Angleterre. S'il y a encore aujourd'hui à Paris des institutions et des règlements sanitaires qui n'existent point à Londres; des hommes spéciaux et capables sont envoyés chez nous pour les étudier et en faire connaître le mécanisme et les applications de l'autre côté du détroit. Témoin le remarquable rapport sur nos lois et ordonnances relatives aux arts et aux professions insalubres, du docteur Waller Lewis, présenté au parlement en 1855. La création d'un certain nombre de places de médecins sanitaires pour la ville de Londres (*medical officers of health*) a été décrétée dernièrement. C'est au conseil général d'hygiène publique (*general board of health*) que revient l'honneur de l'initiative et de l'exécution de cette dernière mesure qui marque un progrès sur les institutions hygiéniques analogues de la ville de Paris.

La plupart des ordonnances qui ont été décrétées sous l'inspiration du *comité général d'hygiène publique* indiquent une conception bien nette et très-élevée du rôle des médecins hygiénistes. C'est autant comme observateurs que comme conseillers et agents d'exécution qu'ils sont appelés à exercer leurs diverses fonctions. Le *Board of Health* a bien compris que si l'hygiène était appelée à rendre dès aujourd'hui des services importants, elle le devait à l'observation des faits hygiéniques étudiés et résumés à l'aide de la statistique. Il a pensé avec juste raison qu'un grand nombre de circonstances qui aggravent ou multiplient les maladies qui déciment les populations, sont peu connues et à peine déterminées; qu'il faut, dans l'intérêt de l'humanité et dans celui de la science, tenir un compte bien fidèle des effets consécutifs aux mesures sanitaires, afin d'avoir des données positives sur leur efficacité. C'est en vue de ces *desiderata* que le comité a défini d'une manière très-précise les fonctions des médecins sanitaires, *medical officers of health*. Vis-à-vis l'administration, les devoirs et les attributions des médecins ne sauraient jamais être trop bien exprimés et délimités. Notre science, qui touche à tout, nous crée des contacts incessants avec différents fonctionnaires publics qui ne sont généralement que trop disposés à faire bon marché de nos avis, de nos conseils, de nos recherches. Souvent ils se substituent aux médecins, les considèrent comme des agents d'exécution subalterne, ou comme des conseillers employés seulement à titre consultatif. Quelques personnes tolèrent cet abus ou s'en trouvent bien, mais la profession tout entière est intéressée à ce que l'une des applications les plus élevées et les plus sûres de notre science, la prophylaxie, ne tombe pas en des mains étrangères aux procédés d'exploration, d'enquête, de vérification qui sont du domaine médical. Aussi nous a-t-il paru utile d'indiquer ici avec quelques détails les attributions des médecins sanitaires, telles que les a conçues le *general Board of Health*; nous ferons connaître par cela même la nature et l'importance de ces fonctions.

Les médecins sanitaires de Londres ont été institués principalement dans le but de faire connaître, aux conseils d'hygiène de chaque arrondissement, les causes d'insalubrité qui altèrent la santé de la population, et les moyens d'en diminuer l'action.

En outre, ils doivent contribuer à déterminer de nouvelles données relatives à l'état sanitaire de chaque localité et aux causes palpables des maladies et de la mortalité qui, réunies, rassemblées et étudiées par le *general Board* pourront servir à modifier ou à étendre le code des lois sanitaires.

Dans ce double but, le médecin sanitaire devra :

1° Étudier la localité dans ses conditions de salubrité antérieure et actuelles; déterminer la hauteur, l'inclinaison et la nature du sol, les cours d'eau superficiels ou souterrains, les données météorologiques, la proportion des espaces bâtis aux terrains non bâtis, pavés ou non pavés; l'état et la disposition des égouts, la quantité, le mode de distribution et la qualité des eaux potables; le nombre et la nature des établissements industriels ou manufacturiers; l'état des habitations destinées aux classes pauvres, des bains et des lavoirs publics, des abattoirs, la propreté des rues et des marchés.

2° Il tiendra note, toutes les semaines, et en temps d'épidémie jour par jour, du chiffre des malades et des morts dans son district

Il examinera de temps en temps l'état des eaux potables, des lieux de sépulture, etc.

Il fournira des rapports *hebdomadaires* sur la classification des décès par âge, par cause de mort, par localités; sur les maladies régnantes de quelque importance, sur les causes d'insalubrité qui exigeraient une prompte intervention de l'autorité.

A la fin de chaque année il résumera, dans un rapport général, toutes les transactions sanitaires.

Les obligations de ces fonctions importantes impliquent une connaissance approfondie des lois de mortalité des populations, des questions pathologiques, de la physique, de la chimie, de l'hygiène publique; elles ont été confiées à des hommes d'une grande compétence. Revêtus d'un caractère public, dignement rémunérés, les médecins sanitaires de la ville de Londres ne peuvent manquer d'accomplir, dans la direction qui leur a été tracée, des observations importantes pour la connaissance des causes et de la prophylaxie des maladies. C'est pourquoi il nous a paru important de faire connaître la nouvelle institution qui semble être dans les meilleures conditions pour la dignité de la profession et le progrès de la science.

THOLOZAN.

FEUILLETON.

ASSOCIATION DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS DES MÉDECINS DU RHÔNE.

L'Association de prévoyance et de secours des médecins du Rhône vient de tenir, à Lyon, sa quatrième séance annuelle. Un auditoire nombreux, composé des docteurs en médecine de la ville, de la banlieue et de tout le département, témoignait, par son empressement à assister à ces solennités périodiques, et de sa profonde sympathie pour l'institution philanthropique en elle-même et des espérances qu'il fonde sur les développements ultérieurs pour améliorer l'avenir de la profession médicale. Le corps médical, qui est dévoré par la plaie du charlatanisme et qui appelle de tous ses vœux d'indispensables réformes, semble comprendre, par une admirable prévision instinctive, que là il trouvera à la fois la satisfaction de ses besoins, le remède à ses maux et le palladium de ses droits sacrés.

Nous avons déjà eu l'occasion de le dire : les membres de la grande famille médicale ont en eux des ressources qu'on n'a pas encore suffisamment utilisées; on ne s'est pas jusqu'ici complétement rendu compte de toute la portée des institutions du genre de celle qui nous occupe. Nous sommes convaincu, pour notre compte, qu'elles renferment le germe du véritable progrès, et que ce travail d'organisation qui s'opère par toute la France est un acheminement à une révolution fondamentale. Les événements, ce semble, ne tarderont pas à nous donner raison.

L'Association médicale du Rhône est entrée dans une ère nouvelle : les premières années ont été consacrées à organiser l'œuvre et à la développer, à bien la poser vis-à-vis du monde et des autorités, et à éclairer les médecins eux-mêmes sur leurs véritables intérêts. Aujourd'hui que son existence est parfaitement assise, elle paraît tâter ses forces et se préparer pour de nouvelles entreprises, comme on va le voir.

M. le docteur baron de Polinière, président, a ouvert la séance par un discours qui a été fort applaudi. Il a exposé quelle a été la marche de la commission générale et comment l'Association a réussi à dissiper les craintes de quelques-uns et à justifier les espérances du plus grand nombre : « Elle semble, dit-il, avoir répandu un nouveau lustre sur le corps médical, en contribuant à accroître cette considération traditionnelle attachée à la médecine de la ville de Lyon et du département du Rhône. » Il a fait ressortir l'influence heureuse qu'elle exerce sur l'opinion publique, et il a trouvé dans le désir manifesté par les médecins des contrées voisines de se faire inscrire sur nos registres ou d'imiter nos statuts, un hommage rendu aux membres de l'Association elle-même. « Les travaux scientifiques auxquels nous consacrons notre vie, a-t-il ajouté, ne nous apportent qu'une partie de la considération si bien due à notre noble profession : c'est que celle-ci, pour être complétement honorée, doit puiser ses éléments de force et de durée à la source morale des sentiments les plus élevés. Qu'y a-t-il de plus élevé et de plus

STATISTIQUE MÉDICALE.

RÉSUMÉ STATISTIQUE ET MÉDICAL DES OPÉRATIONS DU CONSEIL DE RÉVISION DANS LE DÉPARTEMENT DE MAINE-ET-LOIRE DEPUIS 1817 JUSQUES ET Y COMPRIS 1850; par le docteur AD. LACHÈSE (d'Angers)

(Suite et fin. — Voir les nos 25 et 26.)

IMBÉCILLITÉ; IDIOTISME. — 227 individus rentrent dans ces conditions affligeantes. C'est, pour le département, 1 sur 370,72. L'arrondissement d'Angers n'en a qu'un sur 417,07; Ségré, qui vient ensuite, en a 1 sur 380,19; Beaupreau, 1 sur 367,15; Saumur, 1 sur 290,79; et enfin, Baugé n'en a pas moins d'un sur 264,96. La différence est énorme entre les deux points extrêmes. Faut-il admettre que les idiots sont plus nombreux là où il y a le plus de misère, là où les populations, plus restreintes, moins industrielles, vivent plus mal? Cela n'est que trop vrai et ressort évidemment des observations faites dans la Sologne, dans les Marais-Pontins, dans quelques cantons de la Suisse.

ALIÉNATION MENTALE. — Si le conseil de révision n'a renvoyé qu'un petit nombre d'aliénés, 31, dans un intervalle de trente-quatre ans, il ne faut pas oublier que la folie est une maladie rare dans la jeunesse. Les passions ou les maladies qui troublent l'intelligence sont le patrimoine de l'âge mûr. Il y a eu, pour tout le département, un exempté aliéné sur 2495,09; mais les arrondissements sont loin de présenter un chiffre semblable. Beaupreau, placé au centre du mouvement vendéen, en compte 1 sur 1438; Ségré, qui fait cause commune avec Beaupreau, en a 1 sur 2471-22; Saumur en a moins, 1 sur 2790,60; et enfin, Baugé, dans son isolement, n'en a plus que 1 sur 4681.

La fréquence de l'aliénation mentale dans l'arrondissement de Beaupreau est due, sans aucun doute, aux événements terribles qui ont si souvent ensanglanté ce pays, à la surexcitation des sentiments politiques et religieux qui font la base du caractère de nos Vendéens. Ségré, qui combattait sous le même drapeau et pour les mêmes principes, a cependant beaucoup moins souffert, parce que cet arrondissement se trouvait protégé par la Loire. En effet, depuis les ponts de Cé jusqu'à Nantes, sur une étendue de près de 100 kilomètres, il n'y avait pas un seul pont, on ne pouvait franchir le fleuve qu'à l'aide de barques. L'horrible catastrophe survenue en 1793, après la bataille de Cholet, est un des faits les plus douloureux que l'on rencontre dans l'histoire des temps modernes.

ÉPILEPSIE. — Nous rapprochons cet état cérébral du précédent, l'analogie est frappante et les chiffres viennent la confirmer. Le département compte 1 épileptique sur 515,65; Beaupreau, 1 sur 466,38; Ségré, 1 sur 494,25; Saumur, 1 sur 516,80; Angers, 1 sur 541,46; et enfin, Baugé, 1 sur 561,72. On voit ici le résultat de causes identiques. 150 conscrits ont été renvoyés pour épilepsie confirmée, cela ne fait guère que 3 par an, ce qui est peu, car cette maladie appartient à la jeunesse.

SURDI-MUTITÉ.—Nous manquons de détails sur la cause déterminante de cette infirmité; est-elle congénitale ou accidentelle, complète ou incomplète? Quoi qu'il en soit, les renvois pour surdi-mutité, presque toujours basés sur la notoriété publique, ont été assez fréquents, 1 sur 1611,41, pour tout le département. Mais les divers arrondissements sont très-inégalement partagés sous ce rapport. Saumur en compte 1 sur 1268,46; Angers, 1 sur 1306,58; Beaupreau, 1 sur 1438; Ségré, 1 sur 2471,25; et Baugé, seulement 1 sur 3510,75. Il y a des chiffres qui semblent en contradiction avec les résultats statistiques généralement connus; mais on doit s'abstenir de juger jusqu'à ce que des recherches plus précises aient indiqué à quelle catégorie de sourds-muets il faut rapporter les 48 individus qui ont été réformés pour ce motif.

BÉGAYEMENT. — Cette infirmité singulière a motivé 311 renvois de jeunes conscrits, c'est-à-dire, pour le département, 1 sur 248,70. Beaupreau n'en a offert qu'un sur 325,58; Angers, 1 sur 300,14; Ségré, 1 sur 260,13; Saumur, 1 sur 249,16; et Baugé, 1 sur 156,03. Ici encore se révèle un fait exceptionnel. A quoi tient-il? Est-ce une simple affaire d'hérédité? Mais celle-ci est tout aussi évidente pour d'autres maladies qui sont loin de donner les mêmes chiffres. L'idiotie, l'imbécillité et le bégayement offrent des nombres semblables, ce qui ne veut pas dire que ces affections aient la moindre analogie. Quoi qu'il en soit, il paraîtra étonnant qu'il y ait sous ce rapport une différence de plus de cent pour cent entre les arrondissements de Baugé et de Beaupreau. Il y a donc là un sujet d'études que nous recommandons à nos confrères de ces localités.

Cette première catégorie des affections cérébrales contient en outre quelques cas de paralysie, deux hydrocéphalies, trois somnambules, des mouvements convulsifs des muscles de la face et du col, des vertiges et autres accidents analogues; mais ces faits exceptionnels ne peuvent donner lieu à aucune remarque utile.

La seconde catégorie se compose de 7539 conscrits affectés de lésions graves de l'appareil locomoteur. Ce chiffre est considérable puisqu'il établit, pour tout le département, la proportion de 1 réformé sur 33,39. L'arrondissement de Baugé dépasse cette moyenne : il a 1 réformé sur 29,56; Saumur vient après et en compte 1 sur 30,66; Ségré en a 1 sur 30,89; Angers, 1 sur 23,85; et enfin, Beaupreau, qui n'en a plus qu'un sur 42,09. Nous verrons plus tard quel parti l'on peut tirer de ces nombres instructifs.

GIBBOSITÉS. — Les déviations de la colonne vertébrale ont offert, dans tout le département, le rapport de 1 à 155,32. Ségré en compte 1 sur 111,06; Baugé, 1 sur 135,22; Angers, 1 sur 150,07; Saumur, 1 sur 162,24; et Beaupreau seulement 1 sur 243,04. La différence est énorme entre les deux extrêmes, et cependant Ségré, si riche en pareilles misères, et Beaupreau qui en a si peu, sont deux localités dont nous avons fait ressortir les analogies sous plus d'un rapport. D'où vient qu'il y en a si peu dans cette circonstance? Est-ce encore ici une affaire de race, un résultat de conditions hygiéniques locales, d'une mauvaise alimentation, ou bien la conséquence de quelques habitudes vicieuses dans la manière d'élever les enfants, de les habiller, de les astreindre à des travaux pénibles, exténuants avant l'âge où ils pourraient les supporter? Nous appelons l'attention des gens de l'art sur ce fait si important.

DIFFORMITÉS DES JAMBES. — On en compte dans le département une sur 222,26; à Saumur, une sur 168,10; à Baugé, une sur 175,05; à Beaupreau, une sur 250,09; à Ségré, une sur 267,16; et à Angers, une sur 281,15.

---

temps de plus fécond que le sentiment de la confraternité? Là où il existe, n'est-on pas sûr de rencontrer les autres qualités essentielles du médecin? Aurai-je donc tort d'avancer que, depuis le jour où le projet de l'Association s'est traduit en fait positif, le corps médical, qui a réalisé cette belle entreprise, a bien mérité de lui-même et de l'opinion publique? »

Le président a exposé ensuite quels ont été les principes qui ont dirigé la conduite de la commission générale, les démarches qu'elle a tentées auprès de l'autorité et les rapports bienveillants qui se sont établis entre le bureau et les chefs de la magistrature. Il a terminé son allocution par quelques paroles bien senties consacrées à la mémoire des quatre confrères dont la compagnie a à déplorer la perte récente, à savoir :

« M. Viricel, notre maître et notre ami, ce modèle des qualités éminentes et des vertus qui caractérisent le médecin illustre et bienfaisant, ce doyen vénéré, dont le nom est particulièrement cher à notre Association, puisqu'elle s'est formée sous ses auspices et que c'est de sa main respectée qu'elle a reçu cette bénédiction que le père de famille ne donna jamais en vain;

» M. Guichanet, si plein de talent et de modestie, de zèle et d'abnégation, dont la vie laborieuse, longue suite de bonnes œuvres, était récompensée par l'estime générale et une honorable popularité;

» M. Paul Brun, aux aspirations généreuses, à l'âme ardente consumée par l'amour de l'humanité, qui, en abandonnant la pratique suivie de la médecine, s'était réservé le privilége d'en verser les bienfaits sur les malheureux qu'il encourageait par ses paroles chaleureuses, qu'il soutenait par ses charités libéralités;

» Et M. Philibert, ce médecin consciencieux, entièrement absorbé par les exigences de la profession, qu'il exerçait avec tant de sagacité, d'expérience et de dévouement; ami du pauvre comme du riche, toujours bienveillant pour ses confrères, qui se plaisaient à reconnaître en lui une aimable bonté, unie à un solide talent et à la dignité du caractère. »

M. Diday, secrétaire général, a pris ensuite la parole. Il a rendu compte de l'état de l'Association, de ses progrès, des services qu'elle a rendus et de ceux qu'elle est appelée à rendre. Nous regrettons de ne pouvoir citer ici, à cause de leur étendue, les pages éloquentes qu'il a consacrées à la mémoire des membres morts pendant l'année. « De telles pertes, messieurs, s'est-il écrié en terminant cet éloge funèbre, reportent naturellement notre pensée vers l'union dans le présent, vers le progrès dans l'avenir; car si l'on peut affaiblir l'amère impression de tant de vides, ce n'est qu'en se rapprochant des amis qui nous restent.

« Quatre confrères nous ont apporté depuis un an leur précieux concours : c'est avec une profonde satisfaction que nous saluons dans le premier de ces associés un nom illustre et toujours dignement porté dans la médecine lyonnaise, celui de M. le docteur Gilibert. Après son adhésion, celle de MM. Rérolle, Jacquetant et Rieux est venue prouver que l'utilité de notre but est également appréciée par les diverses générations médicales. »

L'Association médicale du Rhône est devenue le centre vers lequel gravitent toutes les idées et toutes les questions qui concernent l'art et la profession; chacun tend à se grouper autour de ce corps nouveau que les pauvres, comme on l'a dit, acclament déjà avec reconnaissance, et dont le charlata-

Difformités des pieds. — Celles-ci sont beaucoup plus nombreuses; il y en a une sur 84,37, dans le département; à Baugé, une sur 69,17; à Ségré, une sur 79,71; à Saumur, une sur 81,12; à Angers, une sur 89,20; et à Beaupreau, une sur 102,10.

Maladies des membres ou des articulations. — Le département en compte une sur 73,73; Ségré en a une sur 58,16; Beaupreau, une sur 74,60; Baugé, une sur 75,50; Saumur, une sur 77,09; et enfin, Angers, une sur 79,04.

Ulcères; cicatrices anciennes. — Nous réunissons ces causes de réforme avec les précédentes, en raison du rapport naturel qui existe entre ces diverses infirmités. Or, il y en a eu, dans le département, 1 sur 86,04; à Beaupreau, 1 sur 84,17; à Baugé, 1 sur 85,63; à Saumur, 1 sur 86,66; à Angers, 1 sur 86,76; et à Ségré, 1 sur 87,47.

Les *estropiements*, la *perte des membres* sont fort inégalement distribués dans le département. Un de nos maîtres les plus justement estimés parmi les chirurgiens de l'Hôtel-Dieu d'Angers, disait : « *Nous avons un champ de bataille à nos portes.* » L'immense exploitation des ardoisières qui se fait près de la ville fournit un grand nombre de blessures graves, de mutilations, d'écrasements; les excavations, à ciel ouvert, au fond desquelles travaillent plusieurs milliers d'ouvriers, ont de 100 à 150 mètres de profondeur, le moindre éboulement produit des effets terribles; les fractures sont avec écrasement, il faut amputer; les plaies de tête sont avec enfoncement, il faut trépaner; aussi la chirurgie offre-t-elle à Angers des ressources qui ne se rencontrent guère qu'en temps de guerre ou dans les hôpitaux des grandes villes. Ce service actif confié à des mains habiles sauve un grand nombre de blessés, comme le prouvent les chiffres que nous avons rapportés plus haut. Si, dans les autres arrondissements, les estropiés ou les mutilés sont plus nombreux, cela tient sans nul doute à l'incurie des malades qui réclament trop tard les secours de la médecine, qui se confient à des rebouteurs, caste ignorante et dangereuse, qui voit des luxations partout, qui place des appareils insuffisants, qui endort dans une sécurité trompeuse les blessés que la science la plus éclairée ne peut plus secourir utilement quand des cicatrices adhérentes, des difformités acquises ont été le résultat de ces manœuvres coupables.

Quant aux ulcères anciens, surtout ceux qui occupent les jambes, on a lieu de s'étonner d'en voir ainsi grand nombre chez des hommes de 20 ans. Ils sont le résultat de certaines professions. Les carriers qui travaillent debout, qui se blessent souvent aux jambes, en offrent de fréquents exemples, et il est à regretter que l'on ne connaisse pas un bon moyen de guérison.

Nous avons parlé plus haut des constitutions faibles, incompatibles avec la vie du soldat; nous n'y reviendrons pas. Cependant plaçons ici une troisième catégorie d'individus qui se rapprochent de ceux-ci; par exemple, les scrofuleux au nombre de 532, les conscrits affectés de maladies chroniques de la peau, et il s'en est rencontré 382, enfin ceux qui portent des goîtres; nous n'en avons vu que 33. 10 conscrits en proie à une obésité précoce ont dû être renvoyés pour cette cause. Nous avons ainsi un chiffre de 957 réformés; mais il est évident que c'est peu, et que ces altérations si graves de la constitution ne sont pas communes dans le département de Maine-et-Loire. C'est un argument en faveur de la salubrité du pays, de la bonne nourriture des habitants, d'une hygiène assez bien entendue.

La quatrième catégorie des exemptions renferme les maladies des appareils des sens. Voyons d'abord les cas de *surdité*. 144 individus ont été renvoyés comme atteints de surdité grave, 67 pour des otorrhées chroniques et 4 autres pour quelques lésions du tympan ou de l'oreille interne. C'est pour le département 1 sourd sur 537,14 inscrits; mais la répartition entre les arrondissements est très-inégale : Beaupreau, qui en compte le plus, en a 1 sur 454,37; Angers, qui vient ensuite, en a 1 sur 482,84; puis Saumur avec 1 sur 498.32; Ségré, 1 sur 549,16, et enfin Baugé qui n'en a plus qu'un sur 1003,17. Si l'on pousse plus loin cette recherche, en décomposant les espèces de maladies d'oreille, on voit que les exemptions pour otorrhées chroniques sont dans des rapports très-différents; ainsi le département en compte une sur 1154,56; Saumur, une sur 872,06; Ségré, une sur 988,50; Beaupreau, une sur 1232,57; Baugé, une sur 1276,68. et Angers qui n'en a plus qu'une sur 1388,18. La cause de ces variations considérables doit être le plus ou le moins de soins donnés aux malades, le singulier préjugé des parents qui n'osent pas guérir un mal dont ils redoutent la répercussion, l'utilité qu'on attribue à ces écoulements qui purgent, dit-on, à ces humeurs dont l'expulsion normale est un bénéfice.

Maladies des yeux ou des paupières. — Nous rangeons dans cette classe la perte d'un œil, la myopie et tout ce qui se rattache à la vision. 1161 individus ont été renvoyés pour des affections de ce genre, c'est-à-dire dans le département, 1 sur 85,75. Les arrondissements sont assez inégaux sous ce rapport, ainsi Saumur en a 1 sur 77,08; Baugé, 1 sur 82,60; Beaupreau, 1 sur 85,82; Angers, 1 sur 91,03, et Ségré, 1 sur 94,14. Si l'on veut savoir combien il y a de borgnes, on en trouve dans tout le département 1 sur 286,47; Saumur, qui en compte le plus proportion gardée, en compte 1 sur 263,26; Angers, qui vient après, en a 1 sur 277,61; puis Baugé, 1 sur 280,86, puis Beaupreau, 1 sur 282,09, et enfin Ségré, 1 sur 380,19. Comme dans presque toutes les décisions du conseil on a mentionné le côté privé de la vue, le relevé de ces notes donne 1 borgne de l'œil droit sur 658,10, et 1 borgne de l'œil gauche sur 623,77. Il serait bon de savoir à quelles causes on doit attribuer la fréquence de cet accident. Il n'est pas toujours facile d'avoir sur ce point des renseignements précis; l'ophthalmie purulente des nouveau-nés joue sans doute un rôle important dans cette statistique; il suffit de la signaler à l'attention des médecins pour diminuer ces désastres.

La *myopie* est fréquente dans le département de Maine-et-Loire, puisqu'il y a eu 1 exempté sur 298,67; Angers, qui en compte le plus, en a offert 1 sur 226,64; Beaupreau, qui vient après, en a 1 sur 284,03; Saumur en a 1 sur 332,21; Baugé, 1 sur 360,07, et enfin Ségré, 1 sur 520,26. C'est évidemment une affaire de race, la myopie est héréditaire, mais aussi elle est plus fréquente dans les grandes villes, là où certaines professions exigent l'emploi abusif des facultés visuelles.

Les *maladies du nez* sont rares, 28 conscrits ont été réformés en trente-quatre ans, pour ozène, pour polypes et difformités; la statistique n'a rien à voir dans ces cas exceptionnels que nous ne mentionnons que pour mémoire.

Les *maladies de la bouche* ne jouent un rôle important dans ce tra-

---

nisme a appris, lui aussi, à connaître le nom. Chaque année des dons nouveaux viennent témoigner des sympathies ardentes qu'il a su conquérir : « Aujourd'hui, a dit l'orateur, le digne confrère deux fois élevé à la plus haute faveur que vous puissiez décerner, notre honorable vice-président M. Rougier, s'est constitué donateur de l'Association pour une somme importante. J'aurais voulu répondre à son plus cher désir en vous dérobant la connaissance de ce mouvement généreux. Mais outre l'obligation de signaler de pareils actes qui peuvent devenir des exemples, les exigences de la comptabilité m'interdisaient de faire droit à l'abnégation d'une semblable demande. Que sa modestie accepte donc la place que notre reconnaissance lui offre, que son dévouement lui a déjà conquise à côté de notre digne président. »

L'orateur, après avoir passé en revue diverses questions de détail, expose ainsi les ressources dont la Société peut aujourd'hui disposer :

« La situation financière se résume dans le tableau suivant : dire que je vous le communique tel qu'il a été dressé par notre honorable trésorier, M. Pétrequin, c'est annoncer que la curiosité des moins compétents en pareille matière pourra l'éclairer, comme l'impatience des plus scrupuleux se satisfaire en vingt lignes.

» L'exercice de l'année 1855 comprend :

1° 120 souscriptions, soit 12 fois 120	1,440 fr.
2° Droits d'admission sur 5 souscriptions nouvelles. .	30
3° Don de M. Rougier, vice-président.	200
Total.	1,670

» Cette somme se décompose, d'après le règlement, en deux parts : l'une pour la réserve et l'autre pour les dépenses et secours.

» Le *fonds de réserve* s'élève pour l'année à 700 fr., savoir :

1° Les droits d'admission.	30 fr.
2° Le tiers de la cotisation, soit 4 × 120.	420
3° Les dons.	200
	700

» Le *fonds de dépenses et secours* conserve disponible

une somme de.	960 fr.
sur laquelle il a été dépensé ou alloué en secours . . .	300 fr. 50 c.
Il reste donc.	659 fr. 50 c.

» Ce reliquat n'ayant pas été dépensé se trouve, après la clôture de l'exercice de 1855, ajouté à la réserve, dont la somme s'élève au 1er janvier 1856, à 6,101 fr. 50 c., capital et intérêts.

» Cette excellente situation, due en grande partie à la gestion aussi active qu'intelligente de notre zélé confrère, reconnaît aussi pour cause la modicité des secours que nous avons eu jusqu'ici à distribuer..... Remarquons qu'aucune grande infortune ne nous a encore adressé sa requête et que l'Association a été assez heureuse pour n'avoir à soulager que des misères hors de son sein. »

vail qu'en raison de 1068 individus renvoyés pour perte d'un grand nombre de dents. Le département compte 1 réformé sur 72,42; Angers en a 1 sur 48,39; Ségré, 1 sur 78,10; Baugé, 1 sur 86,06; Beaupreau, 1 sur 88,89, et enfin Saumur seulement 1 sur 111,62.

Très-souvent, au milieu des populations les plus vigoureuses, dans les localités les plus saines, sur les rives de la Loire, on se demande pourquoi un si grand nombre de jeunes gens d'apparence robuste ont des dents si gravement altérées, perdues, des gencives gonflées; mais la réponse à ces questions n'est pas facile. On attribue cette maladie de la bouche à certaines eaux, sans que rien ne prouve la réalité de cette cause. Il y aurait là un beau sujet d'étude pour les médecins, et l'on rendrait un grand service aux populations en indiquant le moyen de prévenir ces accidents si communs. Pourquoi entre Angers et Saumur, dont la situation est presque identique, observe-t-on une différence de moitié au détriment du chef-lieu de préfecture?

Sous le titre commun de *maladies des organes génito-urinaires*, nous réunissons les vices de conformation de cet appareil, au nombre de 453, les varicolèles au nombre de 1354, et enfin, en raison du voisinage, les berniers qui comptent pour 1568. On voit que les motifs d'exemption venant de cette source ne sont pas rares; essayons de les analyser.

Les difformités de l'appareil génito-urinaire sont pour le département dans la poportion d'un sur 170,74. Baugé en a davantage, 1 sur 152, 64; Saumur et Angers, 1 sur 164 et une fraction; Ségré, 1 sur 190,09, et Beaupreau, 1 sur 193,88. Parmi ces sortes de difformités congénitales, l'hypospadias tient le premier rang; j'en ai noté 38, parmi lesquels il y en a 15 de l'arrondissement d'Angers, 10 de Saumur, 5 de Beaupreau, 4 de Ségré et 3 de Baugé.

Les varicocèles sont très-nombreux, par exemple, pour le département, dans la proportion d'un à 57,12. Angers en compte 1 sur 49,03; Saumur, 1 sur 52,85; Ségré, 1 sur 59,55; Beaupreau, 1 sur 63,20, et Baugé, 1 sur 70,93. J'ai donné beaucoup de soin à l'examen de cette cause de renvoi. On ne sait pas encore à quoi attribuer l'extrême fréquence de cette dilatation variqueuse des veines du cordon, par conséquent il est difficile d'en indiquer le remède, c'est-à-dire d'en empêcher le développement. Angers et Saumur qui ont plus de varicocèles que les autres arrondissements, sont aussi les principaux centres de population, les lieux où la vie est moins régulière. Tout le monde sait que cette maladie siége le plus souvent à gauche; mes chiffres confirment cette opinion et établissent même l'extrême rareté comparative des varicocèles à droite. Sur 1354 conscrits exemptés pour cette cause, 1185 avaient la maladie du côté gauche, 7 à droite, 18 des deux côtés à la fois, et sur les 144 restants, la désignation avait été omise. Il est rationnel de les rapporter à la première série.

Les *hernies* donnant lieu à l'exemption du service militaire atteignent le chiffre de 1568. Cela fait pour le département une sur 49,32. Saumur, qui en a le plus, compte 1 exempté sur 38,76; Angers en a 1 sur 48,60; Baugé, 1 sur 50,33; Beaupreau, 1 sur 51,67, et enfin Ségré, 1 sur 71,63. Les deux grandes villes, celles où la classe ouvrière est plus nombreuse, Angers et Saumur, ont plus de berniaires que les autres arrondissements. Eu égard à l'espèce de hernie, nous trouvons que celle qui a son siége dans l'aine est de beaucoup la plus fréquente Ainsi sur 1568 hernies, il y a 1432 inguinales, 877 droites et 501 gauches, 54 des deux côtés en même temps. On n'a observé que 16 hernies crurales. J'ai relevé 91 décisions sans autre indication que le mot hernie, et il est légitime de les rapporter à la catégorie la plus nombreuse, à celle qui constitue en quelque sorte l'état normal.

En réunissant tous les motifs d'exemption signalés dans ces quatre classes, c'est-à-dire ceux qui sont plus particulièrement du ressort de la médecine, nous arrivons au chiffre de 23,030, lequel, extrait des 23,365 individus exemptés, laisse à peine un résidu de 335 conscrits, dont il faut retrancher 86 hommes qui ont été réformés sans que l'on ait indiqué la cause du renvoi. Nous n'avons donc que 249 infirmes à répartir entre tous les points extrêmes du cadre nosologique. Ce sont des cas rares isolés que nous n'avons pas à étudier ici.

Dans un travail comme celui-ci, les conclusions ressortent d'elles-mêmes à mesure qu'on signale des chiffres, car ces chiffres, qui forment le véritable élément de la démonstration, ne peuvent être contestés. Les travaux d'un conseil de révision sont conduits avec une telle régularité, les décisions prises le sont avec une telle rigueur, qu'il n'y a guère d'erreur possible, tant l'examen est attentif, l'enquête scrupuleuse. Mais si la vérité est le caractère essentiel de ces arrêts d'un tribunal tout-puissant, il y a cependant là, comme en toute chose humaine, des causes d'erreur d'une autre nature, et qu'il m'est permis, à moi médecin, de mettre en relief.

La loi du recrutement est faite pour tout le monde, le texte en est précis. Tout Français, quand il a 20 ans révolus, doit acquitter sa dette à la patrie. Mais ces termes si rigoureux ne comportent-ils pas nécessairement des inégalités considérables dans la position physique des individus, et tel conscrit qui n'a pas la taille, qui est faible de constitution et impropre en ce moment au métier de soldat, ne rentrera-t-il pas dans les conditions normales si vous l'examinez un ou deux ans plus tard? Je sais bien que la loi ne peut entrer dans ces considérations, qu'elle est faite pour la majorité des individus, et que le bénéfice de ces imperfections temporaires est acquis à ceux qui en sont atteints. Combien de conscrits réformés lors du tirage seraient admis si l'on attendait un peu!

Mais parmi ceux dont l'exemption est médicale, il y en a beaucoup dont l'incurabilité est prononcée et qui sont loin de confirmer ces arrêts de la science, de même que certains jeunes gens admis par le conseil et arrivés au régiment, offrent bientôt les signes d'une maladie qui les fait réformer d'emblée. Les varicocèles, si volumineux qu'ils soient, ont-ils bien toute l'importance qu'on leur attribue? Certaines hernies ne sont-elles pas curables? Les maladies de la peau ne cèdent-elles pas à un traitement rationnel? Les ozènes, les otorrhées résistent-ils à des soins bien entendus, et beaucoup de surdités ne sont-elles pas guéries tous les jours par des moyens simples et faciles? Nous pourrions en dire autant d'un certain nombre d'infirmités regardées à tort comme incurables; mais ici se présente une question préjudicielle qu'il importe d'examiner.

Peut-on contraindre un malade à subir la guérison qu'il n'a pas demandée? Un conscrit qui arrive devant le conseil de révision avec un lipome à la tête, lequel lipome est placé de façon à ne pas permettre le port du shako, peut-il être obligé à se faire enlever sa tumeur? Une cicatrice vicieuse tient la tête inclinée latéralement, un simple coup de bistouri peut diviser cette bride et rendre la tête à la position nor-

---

Dans la seconde partie de son rapport, l'orateur aborde la question délicate et difficile de la répression du charlatanisme: « Vous avez hâte de l'apprendre, messieurs, comment, par quelles armes, avec quels résultats avons-nous cette année soutenu la guerre déclarée aux industriels qui se font un jeu — et un revenu — d'outrager la loi, déconsidérer la science et attenter à l'humanité. » Il énumère les efforts de la commission générale, ses démarches réitées pour obtenir ce résultat si désiré, l'intervention personnelle du président, enfin l'accueil bienveillant et les promesses de la magistrature. Malheureusement on est loin encore d'avoir atteint le but auquel on vise. « Mais quoi! poursuit l'auteur, toujours espérer; d'année en année voir la même confiance, accueillie par la même sympathie, aboutir à une même inanité de résultats! obtenir à peine une ou deux condamnations arrachées par l'impudente évidence du scandale, et plus fructueuses que préjudiciables à ceux qu'elles atteignent! Est-ce là, répondez tous avec franchise, mes chers confrères, est-ce là un prix digne de nos efforts et de votre concours dévoué? » Il n'a pas beaucoup de peine à démontrer que l'exercice de la médecine n'a pas été jusqu'ici suffisamment protégé par la loi; il veut d'antres armes pour livrer d'autres combats; il prêche une croisade générale contre les charlatans et veut qu'on leur déclare une guerre à outrance, sans trêve ni merci. Il fait une étude rapide du charlatanisme, dont il esquisse à grands traits une peinture pittoresque, et montre qu'il trouve sa sauve-garde jusque dans les abus qu'il commet. « Atteint dans sa santé ou lésé dans ses intérêts, le tributaire de la médecine illégale n'aime pas plus à se poser publiquement en dupe qu'en victime; car il ne peut oublier que sa sotte confiance fit le seul titre de celui qui l'a trahie. Et c'est à lui-même que les railleries du monde renverraient impitoyablement les récriminations dont il aurait l'impudence de se faire l'écho. Par ce motif, par une foule d'autres, par un reste d'espérance si facile à entretenir, jamais — l'expérience journalière l'a prouvé — jamais le client le plus maltraité du somnambule ou du chirurgien-tripier (1), ne portera ou n'appuiera de plainte contre son mystificateur. »

L'orateur indique ici l'exemple et l'expérience des pharmaciens de Lyon, qui, réunis dans un intérêt commun, ont nommé une commission exécutive chargée de poursuivre tous ceux qui se livrent à l'exercice illégal de la pharmacie. Cette commission exécutive a ses agents qui lui signalent les contrevenants, et elle fait constater le flagrant délit par le commissaire de police du quartier. La Société se porte ensuite partie civile pour aggraver la pénalité. Il paraît que sur soixante-dix-sept poursuites, elle a obtenu soixante-dix condamnations, et sur six appels six confirmations. Il a été imposé aux délinquants un sacrifice de 20,706 fr. en dommages-intérêts, amendes et frais; le nombre des jours de prison a été de trente pour neuf récidivistes.

Le passé doit servir de leçon au corps médical; il faut qu'il s'arme pour sa propre défense; ce qu'il faut pour soulager tant d'honorables misères confraternelles et pour guérir les plaies qui rongent notre belle profession, c'est

(1) Allusion à des abus de notoriété publique à Lyon, et dont l'orateur aurait aisément pu grossir le nombre.

male; a-t-on le droit de donner ce coup de bistouri, au risque de déterminer quelque accident, toujours possible, un érysipèle, un abcès, la résorption purulente? et si la mort était le résultat de cette violence, la famille ne pourrait-elle intenter un procès et réclamer des dommages et intérêts considérables? Il y a là une atteinte grave portée à la liberté individuelle. Je sais bien que le conseil de révision qui constate une de ces infirmités curables peut déclarer le conscrit propre au service, l'envoyer au corps, et le soldat, placé dans un hôpital militaire, se trouvera en présence d'un officier de santé qui pourra lui infliger le traitement indiqué; mais là encore se présente la question de droit; le malade peut refuser, il ne veut pas subir l'opération, ses répugnances ne sont pas toujours le résultat d'un calcul, tant de gens, dans la vie privée, préfèrent la mort au bienfait douteux d'une opération! Admettons que le chloroforme soit une circonstance atténuante; mais cet auxiliaire si agréable est-il donc toujours innocent? Et si, en l'employant, vous veniez à perdre le malade, n'engageriez-vous pas votre responsabilité au delà des limites raisonnables?

Tout cela tend à établir que les décisions du conseil de révision ne portent pas nécessairement et toujours sur des maladies incurables. Quelque soin que l'on apporte à la solution des problèmes qui se présentent à l'improviste devant ce conseil, quelque habitude que l'on ait d'apprécier presque à première vue la valeur des excuses invoquées par les parties intéressées, on ne peut se flatter de ne pas se tromper ou de ne pas être trompé quelquefois. Les maladies simulées, bien qu'elles échappent rarement à la notoriété publique, parviennent quelquefois à surprendre les juges les plus experts; mais ces cas sont rares et toutes les personnes compétentes reconnaîtront que les conseils de révision ne pèchent pas par excès d'indulgence.

J'ai donc cru faire une chose utile en publiant ce travail. Si les conséquences qui en découlent n'offrent pas le degré de certitude qu'on pourrait demander à une œuvre de ce genre, on m'accordera du moins que cette certitude pourra être atteinte en multipliant les recherches de ce genre. Si chaque département produisait un relevé semblable au mien; si l'on pouvait rapprocher des chiffres considérables, calculer, non plus sur des unités, des dizaines, mais bien sur des centaines de mille, qui oserait contester la valeur de ces résultats et n'y trouverait-on pas les bases de la vraie statistique médicale de la France? Je pense que, dans un pareil travail, se trouvent des éclaircissements qui profiteront non-seulement à l'administrateur, au philosophe, au moraliste, mais surtout à l'hygiène publique, la vraie science des nations, celle qui s'occupe de leur agrandissement, de leur santé, de leur puissance et de leur bonheur.

Que nos jeunes confrères entrent dans cette voie, elle est féconde; qu'ils y apportent le zèle de leur âge, l'exactitude, la précision; qu'ils perfectionnent mon œuvre en montrant que le progrès est le salaire des travailleurs, et j'aurai à me féliciter d'avoir entrepris ces pénibles recherches. Le document que je livre à la publicité doit exciter des efforts analogues; les médecins qui s'y livreront seront récompensés par le sentiment de l'utilité publique. A mesure que la médecine se perfectionne, on s'attache davantage à prévenir les maladies et par conséquent les infirmités; l'hygiène est la vraie sauvegarde de la société; la santé des hommes garantit la durée et le pouvoir des nations. En reconnaissant les causes générales des infirmités, on s'appliquera à trouver le moyen de les combattre dans leur origine, on améliorera l'espèce humaine, ce qui est le dernier terme de notre art, on fournira à l'autorité des documents certains sur lesquels elle s'appuiera pour faire disparaître des causes d'insalubrité locale, pour diminuer le danger de certaines industries; les préfets sauront que tel canton a besoin d'une fontaine publique, d'un canal de dérivation pour entraîner des eaux stagnantes qui empoisonnent les riverains; ils combattront l'ignorance, source de tous les maux, par des écoles communales, des salles d'asile; ils appelleront des médecins instruits dans des localités où le charlatanisme fait des dupes et des victimes; ils protégeront la santé publique par des institutions utiles; ils préviendront la misère, cette grande cause des maladies; et si, réalisant un jour cette utopie d'un perfectionnement que tant d'obstacles entourent, on pouvait m'en attribuer une faible part, je m'estimerais bien heureux d'avoir en quelque sorte ouvert une route où il y a tant de services à rendre à l'humanité!

MÉDECINE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR L'AMYGDALITE AIGUE DITE SIMPLE, SUR LE TRAITEMENT ET SUR LA NATURE DE CETTE PHLEGMASIE; par le docteur E. BARTHEZ, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie.

En publiant quelques pages sur le traitement de l'amygdalite simple, je n'ai nullement l'intention de faire connaître une médication nouvelle. Cette maladie simple, courte, nullement dangereuse, n'exige pas que l'on se mette à la recherche d'un remède héroïque; et la thérapeutique connue est assez riche pour la combattre. Souvent même la médecine expectante, aidée de petits moyens, peut être employée sans danger pour le malade, comme sans remords pour le médecin.

Je ne veux pas davantage passer en revue et apprécier les médications que l'on trouve relatées en grand nombre dans les traités et recueils de médecine. Ici l'abondance et la variété sont au moins inutiles, et il suffit de savoir choisir entre un petit nombre de moyens connus.

Je veux seulement parler de quelques-uns de ces traitements dont le mode d'action est très-différent et dont cependant l'efficacité ne peut être contestée; par exemple, les émissions sanguines locales et les topiques irritants ou caustiques.

Je veux rechercher la cause de cette contradiction, que je crois seulement apparente, entre le mode d'action supposé et l'action produite.

Pour arriver à ce but, je ferai voir que tel de ces moyens, utile, abortif peut-être dans telle amygdalite dite simple, peut être nuisible dans telle autre et peut l'exaspérer.

Je veux rappeler les caractères de toutes sortes qui permettent de distinguer ces amygdalites l'une de l'autre, et par conséquent de choisir entre ces traitements contraires.

Enfin je veux démontrer que c'est dans la nature de la phlegmasie qu'il faut chercher et la cause de cette apparence de contradiction

---

l'action enfin substituée au conseil, une action énergique, et une poursuite incessante de tous les abus. « Après trois ans d'expérience, continue l'auteur, nous devons savoir, je le sais pour mon compte, ce que valent les pressantes suppliques de ceux qui souffrent et les bienveillantes promesses qui leur répondent invariablement. Accompli entre l'autorité et nous, avec une ponctualité religieuse, cet échange d'excellentes intentions gravitant éternellement dans la sphère officieuse est sans contredit un précieux gage de la considération qu'inspire notre caractère. Mais pour la répression, pour l'atténuation des jongleries illégales, qu'a-t-il produit? »

Le corps médical ne saurait reculer devant un devoir impérieux qui commande, en présence du charlatanisme qui déborde, de nos confrères qui gémissent et de l'humanité qui se sent mortellement atteinte. « Ah! s'est écrié l'orateur dans un véritable transport d'enthousiasme, ah! quand, à l'immortel honneur de son nom, Orfila vint déférer aux rigueurs de la justice le plus populaire et le moins excusable des illuminés de notre temps, lui aussi entendit bourdonner à son oreille d'indignes qualifications; lui aussi vit sa route semée de ces pièges où le respect humain fait trébucher les courages vulgaires. Mais fort de son mandat, fort de sa conscience, son attitude sut transformer ce calvaire en capitole, et la médecine et la justice ont inscrit avec une égale fierté le jour où une imprudente apostrophe de Raspail donna à sa mâle vertu l'occasion d'élever l'une par l'autre, et l'association dont il était l'organe et la police dont il remplissait les plus nobles fonctions; le jour où à cette écrasante réponse: « *Oui, je me suis fait dénonciateur pour vous* » *dénoncer comme charlatan,* » on vit pour la première fois manquer la réplique aux lèvres du pamphlétaire déconcerté. »

Il faut trouver l'œil qui veille, le glaive qui frappe et le châtiment qui corrige. On peut sans doute différer d'opinion sur le meilleur moyen de parvenir au but; mais il n'y a pas, il ne saurait y avoir de dissidence sur le fond des choses et sur la nécessité d'une réforme. Bien des confrères pourraient répugner, sans être blâmables, ce semble, à prendre un rôle peu compatible avec la nature de leurs pensées et les habitudes de la société; nous en avons entendus plusieurs invoquer l'exemple et l'autorité de la commission médicale de Paris qui s'exprime ainsi par l'organe de son secrétaire général: « Nous avons été plus réservés que jamais sur les questions d'exercice illé- » gal de la médecine, persuadés que *nous risquions de salir la robe doctorale,* » en nous occupant de cette tourbe qui vit de délits contre les lois protec- » trices de la santé publique. Nous avons préféré nous reposer sur l'auto- » rité, comme elle-même se repose sur nous dans les moments difficiles. » (Dr Cabanellas, rapport de 1855.)

Entre ces deux termes extrêmes, il y a sans contredit quelque chose à chercher et à faire. Le procédé, comme nous dirions en médecine opératoire, le procédé seul est à trouver; le principe est connu et adopté, et c'est déjà un progrès. On a proposé de formuler une requête à l'autorité pour créer un inspecteur chargé de découvrir et de signaler les délits relatifs à l'exercice illégal de la médecine; on a pensé que la création de cet inspecteur du service de santé faciliterait singulièrement la répression des nombreux abus qui désolent la médecine. Ce projet mérite d'être étudié; il renferme le germe d'une réforme utile, et s'il ne suffit pas lui-même à conduire au résultat dé-

dont je parlais tout à l'heure, et l'indication du remède à choisir. Je m'explique.

La plupart des auteurs modernes regardent comme des formes de l'amygdalite simple celles auxquelles on a donné les noms de catarrhale et d'inflammatoire. Pour moi, revenant à des idées anciennes, je préfère y voir deux maladies de nature distincte et qu'il faut séparer, deux maladies différentes, bien que dans toutes les deux il y ait une inflammation du même organe. De même la pneumonie catarrhale est aujourd'hui complétement isolée de la pneumonie inflammatoire, bien que toutes deux consistent localement dans une phlegmasie du poumon.

J'établirai la différence que je vois dans la nature de ces deux maladies par les différences qu'elles présentent dans leurs causes, dans leurs symptômes locaux et généraux, dans leur marche, etc. Mais je puis dire que ce sont les résultats du traitement qui m'ont conduit dans le principe à cette opinion, d'où est résultée pour moi une application et une preuve de cet aphorisme que la curation des maladies démontre leur nature. *Naturam morborum curationes ostendunt.*

Aussi me paraît-il utile de dire tout d'abord comment la pratique m'a instruit à cet égard; car ce travail intellectuel s'est fait peu à peu et à la suite de désappointements thérapeutiques qui ont porté après eux leur instruction.

J'étais jeune médecin, à peine sorti des bancs de l'École, lorsque je fus appelé pour soigner une femme âgée de 25 ans environ, et atteinte d'une amygdalite aiguë simple. L'un de mes maîtres m'avait montré que l'alun pulvérisé, appliqué au moyen du doigt préalablement humecté, guérissait les amygdalites. Un autre m'avait enseigné que les pertes de sang vigoureusement pratiquées étaient à peu près infaillibles pour faire avorter les phlegmasies aiguës. De ces deux pratiques opposées, j'avais seulement conclu que les phlegmasies des membranes muqueuses guérissaient également bien par les moyens les plus contraires, et qu'il était fort commode de pouvoir user indifféremment de deux médications également infaillibles.

Je me demandais donc à laquelle j'aurais recours dans le cas actuel, lorsque remarquant que j'avais affaire à une femme jeune, forte, dont la maladie me paraissait avoir le caractère d'une phlegmasie franchement aiguë, je crus convenable de préférer les émissions sanguines. J'ordonnai donc l'application de 25 sangsues sous les mâchoires. L'écoulement sanguin fut très-abondant; mais le résultat fut loin d'être favorable, car le lendemain ma pauvre patiente suffoquait presque. Les amygdales étaient considérablement tuméfiées, et il me fallut plusieurs jours et bien des tribulations de jeune docteur pour mener à sa fin une maladie qui m'avait paru légère dès l'abord.

Plus tard, je me rappelai les circonstances, alors invisibles pour moi, qui contre-indiquaient cette thérapeutique. Mais, dans le moment, je me contentai de penser que l'un de mes moyens infaillibles n'était pas sans inconvénient, et je résolus de me borner à l'emploi de l'autre. Les résultats que j'obtins dès lors m'engagèrent à persévérer dans cette pratique exclusive. Cependant, à quelque temps de là, je fus appelé pour voir une dame atteinte aussi d'une amygdalite aiguë avec fièvre intense, chaleur vive, pouls petit et fréquent, etc. Cette dame sollicitait avec instance une émission sanguine; mais je croyais avoir acquis une expérience trop positive des inconvénients possibles de cette pratique et des succès certains de la médication alunée pour céder aussi facilement; d'ailleurs la petitesse du pouls me paraissait contre-indiquer absolument une perte de sang. Je refusai donc l'application des sangsues, je promis la guérison en peu de jours, et, séance tenante, je frictionnai vigoureusement les amygdales avec la poudre d'alun. L'opération fut horriblement douloureuse, et le lendemain les amygdales doublées de volume asphyxiaient presque la malade. Je me décidai de suite à saigner; le pouls qui était concentré et non déprimé se releva, la fièvre diminua promptement, les accidents locaux disparurent non moins vite, et à partir de ce moment la guérison fut très-rapide.

Chez ces deux malades, je m'étais trompé de diagnostic; je dis diagnostic, non pas de la maladie qui était bien dans les deux cas une amygdalite aiguë (dite simple), mais en réalité de l'affection (1) et par suite de l'indication thérapeutique. Mais cette idée ne pouvait pas encore éclore dans mon esprit.

Je fus donc bien surpris de ces deux résultats opposés; cependant je commençai aussi à comprendre que chacun de ces moyens, bon dans telle amygdalite simple, était mauvais dans telle autre amygdalite simple aussi. Je supposais bien qu'il y avait une cause à cette différence; mais quelle était-elle? Mon instruction médicale ne me fournissait aucune solution satisfaisante à cette question. J'étais si persuadé que, dans l'amygdalite simple, la nature du mal est essentiellement constituée par la phlegmasie même de l'amygdale, que je ne pouvais pas imaginer la cause de mes succès ni de mes revers. A mes yeux, dans toute phlegmasie dite franche, pneumonie, pleurésie, entérite, amygdalite, etc., l'inflammation locale était le point de départ de tous les accidents qui, en conséquence, ne pouvaient pas être d'autre nature qu'inflammatoires : l'inflammation était le fond du mal.

Cette thèse, je la soutins quelques années plus tard dans des discussions très animées que j'eus à Montpellier avec un homme qui depuis est devenu l'un des praticiens les plus distingués de cette ville, le docteur Combal. D'après les principes de l'École de Montpellier, il soutenait que l'inflammation était dans ces cas la forme de la maladie, que l'amygdalite comme la pneumonie, loin de constituer l'affection en était seulement l'expression extérieure, et qu'en conséquence il fallait en chercher la nature, et par suite l'indication thérapeutique fondamentale ailleurs que dans la phlegmasie locale, c'est-à-dire dans l'affection ou dans la diathèse qui lui donnait naissance.

Il avait grandement raison; je ne le reconnus que plus tard, lorsqu'après avoir repris mes occupations de Paris, j'étudiais les faits qui se passaient sous mes yeux sous l'impression de ces discussions si longues et si amicales.

Alors je vis :

Que les phlegmasies, comme la plupart des lésions locales (congestions, hydropisies, gangrènes, etc.), ne sont qu'un effet dont la nature varie suivant la cause;

(1) Le mot *affection* dans le langage de l'École est applicable au principe morbide, inconnu dans son essence, mais manifeste par l'ensemble des lésions et des phénomènes locaux et généraux qu'il produit et qui constituent la maladie proprement dite.

---

sire, il mettra du moins sur la route, c'est à ce titre qu'il se recommande, car dût-il ne point aboutir, il aura encore l'avantage d'ouvrir la voie.

On peut dire aujourd'hui que le gant a été jeté; c'est une sorte de premier défi porté au charlatanisme : le jour et le lieu de la lutte sont encore incertains; mais tôt ou tard il éclatera contre lui une croisade générale; chacun devra préparer ses armes pour être prêt; car il ne faut pas que parmi nous ceux qu'on peut appeler les heureux du siècle oublient qu'il y a derrière eux d'immenses misères confraternelles qui demandent secours et protection; la société entière crie vengeance, c'est une guerre sainte qui s'organise. Chacun voudra aider Lyon dans sa généreuse expédition; à coup sûr il aura pour auxiliaire toute la France. Les médecins de chaque département tiendront leur conseil de guerre; il importe avant tout d'arrêter les meilleurs moyens d'attaque et de défense; il ne faut pas de fausse stratégie; la victoire est à ce prix.

A Lyon, la lecture du compte rendu de M. Diday a fait une profonde impression sur l'auditoire. La fin de la séance a été consacrée à quelques élections. Le tiers des membres de la commission générale a été renouvelé par le sort : M. Diday, secrétaire général, M. Lacour, secrétaire adjoint, et M. Pétrequin, trésorier, dont les fonctions expiraient conformément à l'art. 8 des statuts, étant rééligibles en vertu d'une disposition de ce même article, ont été réélus. Pendant ce vote et le travail du bureau, de nouveaux membres sont venus se faire inscrire sur les registres de l'Association pour grossir la phalange appelée à défendre non-seulement les droits de la médecine et l'honorabilité de notre profession, mais encore les intérêts de la société et de la santé publique. Ces nombreuses adhésions témoignent assez de la faveur qui s'attache au seul projet de réprimer les abus du charlatanisme. Cette idée une fois mise en avant fera son chemin; chacun se préoccupe du *modus faciendi*; les propositions fourmillent et se croisent. Des pétitions se signent; des protestations se formulent. Toutefois ne précipitons rien; il faut à nos yeux beaucoup de temps et de réflexions pour asseoir et mûrir convenablement des projets entourés d'aussi grandes difficultés. Faisons des vœux pour que les entraînements du zèle le plus louable et le besoin d'une vengeance, ou pour mieux dire d'une réforme, qui n'est que trop justifiée, ne fassent pas faire fausse route!...

J. E. PÉTREQUIN.

— M. le docteur Renault de Motey, médecin adjoint de l'asile de Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire), vient d'être nommé directeur médecin de l'asile départemental de la Lozère, à Saint-Alban, en remplacement de M. le docteur Teilleux, précédemment nommé directeur de l'établissement de Saint-Venant (Pas-de-Calais).

— M. le docteur Auzouy, inspecteur des eaux minérales de Cranzac (Aveyron), a été nommé médecin adjoint de l'asile de Sainte-Gemmes, en remplacement de M. Renault de Motey.

Que ces phlegmasies, de nature si différente, peuvent siéger dans le même organe sans rien perdre de leur différence de nature;

Que ces phlegmasies d'un même organe, différentes dans leur nature, le sont aussi dans leurs causes, dans leur marche, dans leur apparence locale, dans le traitement qu'elles réclament.

Cette vérité une fois reconnue, je fus naturellement conduit, d'abord à assimiler l'amygdalite simple aux amygdalites spécifiques (varioleuse, scarlatineuse, diphthéritique, syphilitique) que personne aujourd'hui ne confond entre elles, et bientôt à rechercher la cause ou les causes générales qui lui donnent naissance.

Dès lors, me rappelant les résultats si opposés du traitement, je ne tardai pas à comprendre qu'on avait fait confusion en réunissant dans un groupe unique toutes les amygdalites simples, et qu'il était utile de revenir à cette idée ancienne qui sépare complétement le catarrhe et l'inflammation. Il fallait admettre une amygdalite de nature catarrhale dans laquelle les applications d'alun étaient utiles, et une de nature inflammatoire qui cédait de préférence aux antiphlogistiques. Enfin il fallait rejeter cette idée moderne qui établit entre ces deux maladies une simple différence de formes et qui refuse d'y voir une différence de nature.

Or si je démontre que ces deux maladies semblables par leur siége (amygdales), par l'espèce anatomique de la lésion (phlegmasie), diffèrent par la cause qui leur donne naissance, par la forme apparente de la phlegmasie, par sa marche, par sa durée, par ses accompagnements, par les résultats du traitement; si je fais voir que ces différences ne dépendent pas de l'âge ni du sexe des malades, du tissu affecté, ni de l'intensité de l'inflammation, n'aurai-je pas démontré la différence de nature?

Je donnerai pour première preuve la description comparée de ces deux phlegmasies faite sur mes observations. Cette description ne sera pas complète, mon but étant surtout de mettre en relief les caractères différentiels des deux espèces d'amygdalite; cependant j'y attache une certaine importance, parce que je me suis efforcé de tenir compte d'abord des cas dans lesquels la maladie a été abandonnée à elle-même, ensuite de l'effet produit par le traitement. Cette distinction n'est pas sans valeur.

En effet, nous sommes si peu habitués à laisser l'amygdalite suivre son cours normal, nous la modifions tellement par des moyens souvent violents et perturbateurs, que nous ne savons qu'imparfaitement quels sont ses symptômes, sa marche, sa durée naturels. Et cependant cette connaissance n'est-elle pas indispensable pour établir la différence ou l'identité de nature des cas divers?

Elle l'est aussi pour déterminer l'influence réelle des moyens thérapeutiques; car dans une maladie légère qui se termine toujours par la guérison seule ou quel que soit le remède employé, on s'abuse facilement sur la valeur de la thérapeutique mise en usage. Son action immédiate sur l'intensité des symptômes naturels et sur la durée normale sont presque les seuls critères qui puissent guider le jugement.

Cette description comparée a encore une autre valeur. Elle est loin d'être identique avec celle des auteurs modernes. Cette dernière, faite d'après l'union ou plutôt la confusion des caractères de toutes les amygdalites simples, porte la trace de cette origine et me paraît peu exacte. Le tableau que je vais donner s'éloigne aussi, quoique beaucoup moins, de celui que nous ont laissé des auteurs plus anciens. Moins familiers que nous avec les caractères locaux des diverses phlegmasies, moins persuadés de leur valeur, ils ont donné des descriptions trop incomplètes et souvent trop confuses pour qu'on puisse prouver par elles la différence de nature (1).

DESCRIPTION DE L'AMYGDALITE CATARRHALE (1).

L'amygdalite catarrhale peut se développer à tout âge et chez l'homme comme chez la femme; mais elle est proportionnellement bien plus fréquente dans l'enfance et chez la femme que dans l'âge adulte et chez l'homme.

Elle est commune chez les personnes d'un tempérament lymphatique, humide, et naturellement disposées aux autres maladies catarrhales.

Elle se développe fréquemment pendant les constitutions épidémiques catarrhales, c'est-à-dire alors que règnent les coryzas, les pharyngites, les laryngites, les bronchites, la grippe.

Elle peut débuter d'emblée, mais plus souvent elle est précédée ou accompagnée de symptômes généraux, mal en train, faiblesse, courbature, fièvre.

Les symptômes généraux sont loin d'être toujours en rapport d'intensité avec la maladie locale. Quelquefois la fièvre est presque nulle pendant toute la maladie, d'autres fois elle est intense, surtout le premier et le second jour; le pouls est fréquent, large, assez peu résistant. La peau est chaude et rarement, surtout peu longtemps, sèche et brûlante : elle est presque toujours halitueuse, moite, ou même sudorale. J'ai rarement noté un frisson initial : habituellement, il y a des alternatives de froid ou de frisson; ces alternatives se répètent plusieurs fois le jour et sont de courte durée.

Pendant ce temps, les amygdales se gonflent et rougissent : le gonflement, parfois presque nul, reste tel pendant tout le temps de la maladie : d'habitude il se fait sans beaucoup de rapidité ni d'intensité, de sorte qu'il est, en général, médiocre. Toutefois, il faut s'informer si les tonsilles n'étaient pas primitivement volumineuses; car la phlegmasie catarrhale des amygdales est fréquente chez ceux qui sont atteints de l'hypertrophie chronique de ces organes. Sauf ce dernier cas, le gonflement n'est pas très-considérable et bien rarement, jamais peut-être, les amygdales ne sont tendues et lisses par l'augmentation de leur volume. On retrouve toujours, sur leur surface, la trace des anfractuosités et inégalités naturelles à cette glande.

La rougeur est augmentée; mais sa teinte n'est pas vive, soit parce qu'elle n'est pas intense, soit parce qu'elle est diminuée par un léger voile qui recouvre les parties enflammées. Presque toujours, en effet, une couche mince de mucus, un peu opalin blanchâtre, est étalée à la surface des parties malades; et ce voile s'épaissit souvent en fausses membranes petites, partielles, molles, blanches ou d'un blanc teinté de jaune et peu adhérentes.

La douleur est médiocrement vive; c'est plutôt une gène et une sensation désagréable qu'une douleur réelle et surtout violente. Cette gène est plus notable pendant la déglutition que dans le repos; mais elle est rarement un obstacle absolu au passage des aliments. Aussi les malades peuvent-ils boire pendant presque tout le temps de la maladie et demandent-ils promptement de la nourriture.

Ces caractères du gonflement, de la rougeur, et de la douleur existent pendant presque toute la durée du mal : le temps détermine seulement des différences dans leur intensité. Dans les derniers jours le voile muqueux et graduellement les fausses membranes disparaissent; le gonflement s'affaisse, la gène et la douleur ont cessé, et sans secousses, mais plus ou moins rapidement tout rentre dans l'ordre.

---

(1) J'en excepte parmi les ouvrages que j'ai lus celui de J. Frank et surtout celui de Borsieri. Je ne vois presque rien à changer à la description de ce dernier auteur. La plupart des caractères différentiels que je donnerai peuvent être trouvés dans son travail, comme on le verra par les citations que j'en donnerai ci-après. Borsieri décrit longuement l'angine inflammatoire sur laquelle j'insiste moins pour l'avoir rarement vue et étudiée. Il est plus court sur l'angine catarrhale que j'ai eu, au contraire, de nombreuses occasions d'observer. Si lors de mes premières études j'avais lu et médité l'excellent ouvrage de cet auteur, je n'aurais pas commis les erreurs thérapeutiques dont j'ai parlé plus haut, et je n'aurais pas eu besoin de plusieurs années pour comprendre l'amygdalite simple.

La description de J. Frank, quoique exacte et utile, laisse peut-être plus à désirer. Tout en tenant compte du siége, il fait voir que la thérapeutique doit être dirigée par la nature du mal. « Nous aurons surtout égard à l'utilité thérapeutique, et nous diviserons les angines plutôt d'après leur nature que d'après leur siége. » Parmi les nombreuses espèces qu'il admet, il en est quatre qui se rapportent évidemment à l'angine simple de nos jours : ce sont les angines traumatique, catarrhale, rhumatismale et inflammatoire. Cette division est bonne et doit être vraie. Mais dans l'état actuel de la science la nécessité de leur séparation n'est pas suffisamment prouvée. J'ai bien vu quelques faits intermédiaires aux phlegmasies catarrhale et inflammatoire de la gorge, faits dans lesquels je vois en souvenir plusieurs des caractères spéciaux que Frank donne au rhumatisme guttural. Mais cela est encore trop confus pour que je puisse y insister aujourd'hui. Ce sera déjà beaucoup si je parviens à convaincre quelques-uns de mes confrères de la nécessité d'étudier séparément les phlegmasies de la gorge suivant qu'elles appartiennent au catarrhe ou à l'inflammation.

(1) Angina catarrhalis, sive notha. Borsieri, t. III, p. 363.

Ab angina inflammatoria, sive vera, gradum facimus ad anginam catarrhalem, sive lymphaticam, sive notham possim dictam. Hæc à priore illâ differt tumore potius lymphatico et seroso, quam sanguineo, minus rubicundo, interdum pallido, dolore exiguo aut certè non pulsante, febre vel absente vel plane mitiore, et catarrhalium simili. Amygdalæ, uvula, velum palatinum et proximæ partes frequentius hoc morbo corripiuntur, quam fauces reliquæ. Facilius quoque in eum incidunt, homines pituitosi, laxiorisque habitûs, senes æque ac pueri, humido, nubiloque in aere degentes.

Cette courte description est, en réalité, suffisante, et l'on verra que la mienne se trouve n'en être guère qu'une amplification.

Comme dans la plupart des maladies catarrhales, la durée est variable; je dis durée de la maladie abandonnée à elle-même et en l'absence de tout traitement actif capable de modifier sa marche. Quelquefois trois ou quatre jours suffisent à l'accomplissement de l'acte morbide, et cela surtout, mais non toujours, chez les personnes chez lesquelles il s'est plusieurs fois développé. Plus souvent il faut sept à huit jours pour que le mal arrive à sa terminaison. C'est là, je crois, le terme le plus commun, autant toutefois qu'il m'est permis de le juger par le petit nombre de cas où la médecine expectante a été employée. Toutefois, j'ai vu l'amygdalite catarrhale être encore en pleine marche le dixième et le douzième jour, et à ce moment céder avec rapidité probablement sous l'influence du traitement actif, substitué alors à la médecine expectante.

Un autre caractère commun à la maladie que je décris et à tous les autres catarrhes, est la grande tendance qu'ont toutes ces inflammations, soit à se développer simultanément, soit à s'étendre d'une muqueuse sur une autre voisine. Lors même que l'amygdale reste la partie la plus malade, on voit souvent coexister, précéder ou suivre une pharyngite diffuse, un coryza, une laryngite, etc. Ce ne sont pas là, à proprement parler, des complications; c'est la même affection étendant ses effets sur plusieurs organes.

Un autre caractère de l'amygdalite catarrhale est son retour fréquent chez la même personne. Comme tous les autres catarrhes, elle se développe souvent chez le même individu, soit dans la même année, soit à intervalles plus éloignés, jusqu'à ce que, par les progrès de l'âge et par les modifications qu'il imprime à la constitution, cette prédisposition s'éteigne graduellement.

Lorsque l'on frotte avec la poudre d'alun les amygdales ainsi malades, la douleur que l'on provoque est peu vive. C'est, il est vrai, une opération désagréable à subir, le goût qui persiste est mauvais, le malaise guttural est augmenté pendant peu de temps. Mais souvent la première application est suivie, au bout de peu d'heures, d'une amélioration réelle. Aussi est-il assez rare que les malades se refusent à une nouvelle application de la poudre. L'alun, ainsi employé deux fois par jour, réussit, en général, à détruire le mal en deux ou trois jours, quelle que soit l'époque de la maladie à laquelle on ait commencé à en faire l'emploi. Ainsi j'ai appliqué l'alun quelques heures après le début du mal, et j'ai vu celui-ci se terminer en deux, trois et quatre jours; une seule fois en six jours. Lorsque j'ai commencé le traitement à partir du second au quatrième jour du début, l'amygdalite a duré de quatre à sept jours. Une fois je l'ai commencé seulement du dixième au onzième jour, et la maladie en a duré treize ou quatorze. Dans presque tous les cas, l'amélioration s'est manifestée dès le premier jour terminé du traitement. C'est à peine si deux ou trois fois j'ai dû attendre le second ou le troisième jour pour la constater.

La médication aluneuse a été d'ailleurs la seule employée dans la plupart des cas. Quelquefois, et suivant des indications spéciales, j'y ai joint l'administration d'un vomitif (ipécacuanha) ou d'un laxatif léger (huile de ricin).

Ces résultats ne peuvent guère me laisser de doute sur l'influence favorable exercée par l'application topique de l'alun, sur les symptômes et sur la durée normaux de l'amygdalite catarrhale.

J'ai rarement employé les émissions sanguines locales ou générales (1). Les sangsues peuvent déterminer des accidents congestifs fâcheux. La scarification des amygdales, que j'ai peu pratiquée, m'a paru fournir des résultats moins favorables que dans l'angine inflammatoire. Cependant je comprends très-bien que l'indication puisse se montrer dans un certain nombre de cas. D'ailleurs les succès obtenus par M. Gérardin font foi de l'utile application de ce remède (2).

En effet, si je soutiens que, dans une inflammation catarrhale, l'indication principale doit être cherchée dans la nature de la maladie, je ne veux pas dire qu'il faille toujours et complétement laisser de côté l'indication fournie par l'espèce anatomique de la lésion. Si, d'une part, la nature catarrhale appelle les applications topiques irritantes et les évacuants, d'autre part la plegmasie locale indique les évacuations sanguines. Il se peut même que, dans quelques cas, cette seconde indication soit plus urgente que la première. Mais en général, et en particulier dans l'amygdalite, l'émission sanguine doit être modérée et pratiquée, au moyen de la lancette, sur la partie malade. C'est ainsi que l'on voit les scarifications de la conjonctive hâter la résolution d'une conjonctivite catarrhale intense.

(*La suite au prochain numéro.*)

(1) Borsieri ne craint pas les émissions sanguines dans les cas de cette espèce; mais il en précise merveilleusement les indications. « Si febris est, etsi non acuta admodum; si tumor dolor et rubor tantus evadat, ut tumor instet proxima inflammationis, aut si deglutitioni difficili difficilis quoque respiratio adjungatur, non erit alienum sanguinem mittere, sed parciori manu quam in anginâ inflammatoriâ; idque speciatim audere licebit, si temperamentum ad sanguineum propius accedat, et plenior habitus et viridior ætas, et corporis, viriumque robur una consentiant. »

(2) JOURN. DES CONN. MÉD. CHIR., novembre 1838, p. 177. — Il est vrai que, sans ce travail intéressant, M. Gérardin ne se place pas au même point de vue que moi, et ne parle pas de l'angine catarrhale. Il est facile cependant d'y trouver la distinction de nature sur laquelle j'insiste.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Les livraisons d'octobre, novembre, décembre 1855, janvier, février et mars 1856 renferment les travaux originaux suivants : 1° *Recherches de pathologie chirurgicale et d'anatomie pathologique sur les associations morbides*; par M. Paravicini. 2° *Grossesse double, dans laquelle un œuf avorta et l'autre arriva au terme de la gestation*; par M. Guarini. 3° *Sur le siége de la sensation de la douleur*; par MM. Lussana et Morganti. 4° *Invasion et marche du choléra asiatique en Sicile en* 1854, *à l'appui du mémoire de M. Cacopardo (de Palerme)*; par M. Castiglioni. 5° *Sur l'usage de l'huile de foie de morue dans le rachitisme*; par M. Gambarini. 6° *Monographie du rhumatisme*; par M. Taruffi. (Suite.) 7° *Sur un voyage aux manicomes les plus renommés d'au delà des Alpes et d'outre-mer*; par M. César Castiglioni. 8° *Du rhumatisme articulaire chronique et de quelques névralgies des articulations traitées par l'immersion dans l'eau froide*; par M. Fantonetti. 9° *Sur l'étiologie et le traitement de la scrofule*; par M. Speranza. 10° *Compte rendu de la clinique chirurgicale du professeur Schuh dans les années scolaires* 1853-54 *et* 1854-55; par M. Gritti. 11° *Sur l'exosmose putride intestinale comme cause de mort dans la péritonite et comme fait pathologique en général*; par M. Tigri. (L'auteur pense que certaines morts à la suite de péritonite partielle ne s'expliquent qu'en admettant une exosmose ou filtration putride des gaz et matières fécales de l'intestin dans le péritoine, suivie de l'infection du sang. Entre autres arguments, il cite l'exosmose qui s'établit entre l'air extérieur et les abcès développés aux environs des orifices; on sait que ceux-ci prennent en effet une fétidité horrible.) 12° *Sur la pathologie du cervelet*; par M. Lussana.

SUR LE SIÉGE DE LA SENSATION DE LA DOULEUR; par MM. LUSSANA et MORGANTI.

Ces physiologistes distinguent la sensation tactile de la sensation de la douleur, et ils placent le siége anatomo-physiologique de cette dernière dans le centre nerveux spinal.

D'abord ils rappellent que ni le tact, ni la douleur ne résident dans le cerveau proprement dit, puisque ces sensations se conservent et se manifestent chez des patients dont le cerveau proprement dit a été compromis par de graves altérations, comme aussi chez les animaux mis en expérience auxquels on a enlevé complétement les deux hémisphères cérébraux. Ensuite ils discutent les arguments qui ont fait du cervelet le siége du tact et de la douleur, et ils arrivent à conclure que le cervelet pas plus que le cerveau n'est le siége de l'excitabilité dolorifique.

Le centre nerveux de la douleur pour MM. Lussana et Morganti est le faisceau postérieur de la moelle allongée et de la moelle épinière. Cette opinion s'appuie, entre autres preuves, sur deux expériences de M. Flourens, dans lesquelles les animaux mutilés du cerveau, du cervelet et des tubercules quadrijumeaux, c'est-à-dire n'ayant plus que la moelle allongée et spinale, se sont agités et ont crié sous l'action de causes irritantes.

M. Scarenzio juge ces phénomènes purement objectifs comme insuffisants à prouver la démonstration subjective et la conservation de la douleur; et trouvant à s'appuyer sur les observations de M. Brown-Séquard pour considérer ces phénomènes comme des actes purement réflexes, sans être nécessairement accompagnés de douleur, il demande comme démonstration définitive et péremptoire du siége exclusif de la sensation de la douleur dans la moelle épinière, la preuve suivante :

« Alors qu'il arrivera qu'un individu complétement paraplégique présente pendant la vie une abolition du tact, avec persistance de la sensation de la douleur dans les parties paralysées et excitées à la douleur sans qu'il le sache, et qu'ensuite l'autopsie nous démontre une interruption complète de tout trajet des fibres au centre nerveux, il n'y aura plus aucun doute que la moelle est le vrai siége de la sensation de la douleur. »

C'est pour répondre à cette objection que les physiologistes italiens ont écrit cette note, dans laquelle ils donnent les preuves demandées par leur compatriote sous la forme de trois observations. L'une est tirée du Traité de la moelle épinière d'Ollivier, l'autre du Traité élémentaire de matière médicale de Barbier; la troisiéme est fournie par Hawkins; voici cette dernière observation :

Obs. — Sur une femme paraplégique de 55 ans, la moelle épinière avait été comprimée au niveau de la sixième vertèbre dorsale exclusivement, par une tumeur s'élevant du corps de l'os. Elle avait imprimé un sillon profond sur la moelle, au point que la substance médullaire restante était si peu de chose qu'elle était comme transparente. Cette portion de moelle comprimée avait un demi-pouce de longueur. La malade se sentait comme partagée en deux parties. La sensibilité aux impressions extérieures était perdue de fait dans toute partie située au-dessous du dos, de manière qu'elle ne pouvait sentir ni piqûre ni pincement, ni chaud ni froid en aucune région. Elle était privée de sensibilité aux deux ouvertures externes de l'intestin et de la vessie. Mais bien qu'elle ne jouît pas de la sensibilité commune, elle éprouvait une forte douleur à l'occasion de spasme soit spontané soit provoqué; et souvent elle sentait une douleur aiguë dans les membres, bien qu'il n'y eût pas de contraction, et encore plus dans le ventre.

Les auteurs de la note concluent qu'il ne peut plus y avoir de doute sur le siége de la sensation de la douleur dans la moelle épinière.

La sensation de douleur qui persiste dans ces cas ne serait-elle pas de même nature que celle qui est ressentie par les amputés dans le membre dont ils sont privés? D'ailleurs dans les observations citées l'interruption n'est pas complète.

II. BULLETTINO DELLE SCIENZE MEDICHE.

Les livraisons de septembre, octobre, novembre, décembre 1855, janvier et février 1856, renferment les travaux originaux suivants : 1° *Sur la transmission de la gale des chevaux ou d'autres animaux à l'homme et* vice versâ; par M. Gamberini. 2° *De l'usage et de l'abus de la saignée*; par M. Bellati. 3° *De la phénoménologie cholèro-contagieuse, à propos du choléra qui a paru à Crémone en* 1854; par M. Cerioli. 4° *Sur l'emploi des sangsues dans le traitement du choléra-morbus*; par M. Rossi. 5° *Cas de choléra chez une femme enceinte, suivi de parotidite, d'épilepsie, de mutisme*; par M. Miniati. 6° *Histoire de deux très-graves maladies spasmodiques et hystériques guéries par la chloroformisation*; par M. Turchetti. 7° *L'huile de foie de morue dans quelques cas d'hydropisie*; par M. Sirribaldi. 8° *Des maladies de caractère épidémique dans les États du pape en l'année astronomique* 1853; par M. Zappoli. 9° *Histoire de la miliaire larvée*; par M. Vanturini. 10° *Du chlorate de potasse dans le traitement de la stomatite mercurielle, membraneuse, etc., etc.*; par M. Gamberini.

DU CHLORATE DE POTASSE DANS LE TRAITEMENT DE DIVERSES ESPÈCES DE STOMATITES; par M. Gamberini.

Un médecin anglais, Saylco, démontra, en 1844, la vertu du chlorate de potasse dans le traitement de la stomatite gangréneuse des enfants. Herpin constata son efficacité dans la stomatite mercurielle; Blache, dans la stomatite ulcéro-membraneuse, la stomatite mercurielle et l'angine couenneuse.

M. Gamberini vient à son tour confirmer, par de nombreuses observations, les services que le chlorate de potasse lui a rendus dans plusieurs espèces de stomatites.

Avant d'employer cette substance, il avait pour pratique de combattre la stomatite mercurielle par l'usage continu de la glace, un collutoire dans lequel il extrait de l'alun et de l'opium, des cautérisations répétées avec le nitrate d'argent et d'autres moyens analogues. Malgré l'énergie du traitement, le mal ne durait pas moins de sept à quinze jours.

Depuis qu'il a fait usage du chlorate de potasse, tout désordre de la bouche a cessé promptement, et la guérison a toujours eu lieu du troisième au huitième jour, avec cette particularité que d'ordinaire, au bout de vingt-quatre heures, le malade pouvait reprendre la mastication interrompue par la douleur. Il faut ajouter encore que deux ou trois jours après l'emploi du chlorate de potasse, le médecin italien pouvait donner de nouveau le mercure, sans crainte de voir la salivation reparaître.

Il a employé également ce médicament avec beaucoup de succès dans d'autres espèces de stomatites, diverses de caractère et d'intensité.

Une circonstance importante, c'est l'inutilité de ce remède employé sous forme de collutoire.

A l'appui des assertions précédentes, M. Gamberini cite quinze observations de stomatites mercurielles promptement réprimées par le chlorate de potasse.

Voici la première de ces observations :

Obs. I. — Un homme entra à l'hôpital en novembre 1855, atteint d'une arthrite syphilitique. Il fut soumis au traitement des bains de vapeur et des frictions mercurielles.

Après la quatrième friction, le malade fut pris de salivation; on prescrivit le chlorate de potasse à la dose de 12 décigrammes dans 125 grammes de mucilage.

Le jour suivant, on augmenta la dose d'autant, et le troisième on la porta à 4 grammes.

Cette médication, employée pendant quatre jours seulement, fit cesser la stomatite, et on put reprendre le mercure avec un succès complet.

L'observation suivante témoigne de l'efficacité du chlorate de potasse dans d'autres stomatites que celles causées par le mercure.

Obs. II. — Jeune fille, tempérament lymphatique, avec tendance scorbutique, sujette à des fluxions gingivales qui étaient combattues avec succès par des collutoires légèrement acidulés.

Au mois d'août 1855, à la suite de violents chagrins, apparut un léger écoulement blennorrhagique qui, négligé pendant trois mois, avait abattu les forces physiques et morales de la jeune fille. Aménorrhée. On prescrivit l'iodure de fer uni à l'acétate de morphine; décoction d'écorce d'orange tous les matins.

Après quinze jours d'un semblable traitement, la leucorrhée avait disparu, et peu après la menstruation était redevenue normale. Mais douze jours à peine écoulés, l'ancienne fluxion reparut à toute la muqueuse buccale, et plus aiguë qu'elle n'avait jamais été.

Dans cette occurrence, M. Gamberini administra sans hésitation le chlorate de potasse à la dose de 1 gramme.

A la première dose, la fluxion bucco-gingivale disparut tout d'un coup; mais l'écoulement leucorrhéique reparut. Malgré cela, on engagea la jeune fille à prendre la seconde et même la troisième dose de chlorate de potasse, et après qu'elle eut cessé l'usage de ce médicament, la leucorrhée ne revint plus.

III. IL FILIATRE SEBEZIO.

Les fascicules d'octobre, novembre et décembre 1855, et janvier 1856, renferment les travaux originaux suivants : 1° *Cas de pyohémie succédant à une résorption du lait*; par M. Antonacci. 2° *Modification du bourdonnet dans la ligature des artères par le procédé de Scarpa*; par M. Caleprico. 3° *Mémoire pour le concours sur la question de l'épilepsie*. 4° *Conditions pathologiques des fièvres périodiques et leur méthode de traitement quand elles récidivent*; par M. Mammi. 5° *De l'antimoniate de morphine; premières expériences cliniques sur la manière et l'opportunité de s'en servir*; par M. Falciani. 5° *Efficacité du kousso comme remède spécifique pour le traitement du choléra et comme préservatif de cette maladie*; par M. Sacchi. 7° *Sur le musée d'anatomie et sur les œuvres anatomiques des professeurs de l'Université royale des études de Naples*; par M. Delle Chiaje. 8° *Sur le traitement du choléra*; par M. Minervini.

PYOHÉMIE SUCCÉDANT A UNE RÉSORPTION DU LAIT; par M. Antonacci.

De quelque manière qu'on explique la résorption du lait, il est impossible de ne pas admettre que ce liquide ait joué un rôle dans les phénomènes morbides de l'observation qu'on va lire.

Obs. — Femme d'environ 40 ans, villageoise et pauvre, tomba malade au mois d'août 1855. Fièvre assez intense.

Au bout de douze jours, la maladie semblait près de finir, lorsque la fièvre se ralluma avec une violence extraordinaire : délire, fréquence extrême du pouls, chaleur telle par tout le corps que la malade veut se jeter dans l'eau froide; ensuite trouble des facultés mentales, pouls petit, narines et dents fuligineuses, face hippocratique; enfin toux vive, anxiété qui contraint la malade, pour n'être pas suffoquée, à se tenir en position assise. En même temps se formèrent deux grands abcès, un dans la région du rein gauche et l'autre en dedans de la cuisse droite.

La poitrine donne à l'auscultation un râle à grosses bulles dans la plus grande partie de son étendue, et dans quelques points un véritable gargouillement.

La suffocation et la toux croissant, la malade expectora une grande quantité de matière semblable à du lait pendant plusieurs jours. En même temps les abcès ouverts avec le bistouri donnèrent aussi du pus en grande abondance, de couleur jaunâtre et plus épais que celui de la poitrine.

Dès lors l'amélioration fut progressive.

Lorsque cette femme tomba malade, elle allaitait encore un enfant de 16 mois, et quatre jours après la première fièvre, elle avait cessé d'allaiter; c'est alors que le lait avait disparu et que les mamelles s'étaient flétries.

Il est évident qu'il s'agissait d'une pyohémie par résorption du lait dans le cours d'une maladie aiguë.

On conseilla à la malade d'exciter les mamelles pendant quelques jours et de se soumettre de nouveau à la succion.

Le succès répondit à l'intention, et la sécrétion du lait, après quatorze jours de disparition, se rétablit, de sorte que la femme se trouva guérie, sans avoir fait usage de remède.

MODIFICATION DU PROCÉDÉ DE SCARPA POUR LA LIGATURE DES ARTÈRES; par M. CALEPRICO.

On sait que Scarpa avait imaginé de mettre sur l'artère qu'il voulait lier, une petite compresse ou cylindre de toile, ou d'autre substance, dans le but avoué d'aplatir l'artère et de mettre au contact ses parois de manière à amener leur adhérence sans les rompre. Depuis que les expériences de Jones ont démontré que la ligature, pour produire tout son effet, doit rompre les deux tuniques internes du vaisseau, la méthode de Scarpa, radicalement vicieuse en théorie et en pratique, n'est adoptée aujourd'hui par aucun chirurgien. Néanmoins il nous a paru intéressant de signaler les modifications qu'un compatriote de l'illustre Italien a voulu y introduire.

Le cylindre étant préparé soit avec la toile, soit avec la peau de chamois ou autre substance, on ferme sur ses côtés deux boutonnières suffisantes pour laisser passer les deux bouts de la ligature. Celle-ci étant passée sous l'artère, l'opérateur en introduit les deux chefs dans les boutonnières du cylindre, qu'il enchaîne ainsi à la ligature de manière à ne pouvoir s'échapper.

Tandis qu'avec la main droite on tire les deux bouts réunis du fil, avec deux doigts de la main gauche on abaisse le cylindre et on le porte où on veut sans crainte qu'il s'échappe. Le chirurgien peut donc accomplir seul ce dernier temps de l'opération *tutò, citò* et *jucundè*.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 7 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE.

OBSERVATIONS ET EXPÉRIENCES SUR L'EMPLOI DE L'IODURE DE POTASSIUM COMME RÉACTIF DE L'OZONE; par M. S. CLOEZ.

(Commissaires : MM. Thénard, Dumas, Becquerel et Boussingault.)

L'oxygène produit par la décomposition de l'eau au moyen de la pile possède des propriétés particulières qu'on ne retrouve pas dans l'oxygène ordinaire retiré du chlorate de potasse par l'action de la chaleur. On a d'abord attribué à la présence d'une matière étrangère la différence des propriétés du gaz ainsi préparé. On a été jusqu'à créer un nom nouveau, le nom d'*ozone*, pour désigner cette substance indéterminée, dont on n'a jamais pu démontrer la nature ni l'existence en dehors de l'oxygène.

Les expériences de M. Marignac, celles de MM. Frémy et Ed. Becquerel ont le plus contribué à éclaircir la question de la nature de l'ozone; elles démontrent de la manière la plus évidente la possibilité de donner à l'oxygène chimiquement pur toutes les propriétés de cette substance mystérieuse.

On sait que l'iodure de potassium est une des substances sur lesquelles l'oxygène ozoné est susceptible de réagir. Le papier trempé dans une dissolution aqueuse d'amidon contenant les deux millièmes de son poids d'iodure alcalin, a été proposé sous le nom de *réactif ozonométrique*, non-seulement pour indiquer la présence de l'ozone, mais encore pour mesurer la proportion que l'air en renferme.

Si la coloration de ce papier ne pouvait être produite que par l'oxygène ozoné, son emploi ne laisserait rien à désirer. Malheureusement il n'en est pas ainsi : les vapeurs acides réagissent sur l'iodure de potassium de la même manière que l'oxygène actif; les huiles essentielles exhalées par les végétaux se comportent de même et nous montrent que l'air humide, soumis à l'influence de la lumière directe du soleil, colore également le réactif, sans que l'on puisse admettre que cet air a été ozoné.

On admet comme un fait constant que la coloration du papier a lieu presque journellement à la campagne et dans les lieux où il y a des arbres nombreux et où la végétation est la plus active; il résulte aussi d'un grand nombre d'observations que dans certains quartiers des villes populeuses, dans les endroits surtout où l'agglomération des habitants est la plus grande, le papier ioduré ne se colore jamais, ou ne se colore que très-rarement et d'une manière très-faible.

J'ai été souvent à même de constater la réalité de ces faits; ainsi au Muséum d'histoire naturelle, dans le carré des couches environné de plantes de toutes sortes, et principalement d'arbres résineux, le papier destiné à indiquer la présence de l'ozone se colore constamment et souvent en très-peu de temps. A l'École polytechnique, au contraire, du côté de la rue d'Arras, les arbres sont très-rares, mais il y a dans les environs une population nombreuse agglomérée dans des habitations malsaines; le papier ioduré exposé chaque jour à l'air, dans les mêmes conditions de température et de lumière que celui du Muséum, ne s'est pas coloré une seule fois depuis six mois.

M. Cahours a constaté un fait semblable en exposant simultanément le réactif dans son jardin à Neuilly et à l'hôtel des Monnaies à Paris; dans le premier lieu, la coloration a été très-rapide; à Paris le papier est demeuré parfaitement blanc.

Il paraît bien démontré que la proximité des arbres ou des plantes exerce une grande influence sur la coloration du papier; mais on peut se demander si tous les arbres, si toutes les plantes possèdent ce pouvoir au même degré. Sur ce point il est permis de répondre négativement : les arbres résineux, les plantes aromatiques, toutes les parties des végétaux qui contiennent des huiles essentielles volatiles, agissent beaucoup plus vivement que les plantes inodores; j'ai pu le constater en plaçant le même jour du papier réactif au jardin des plantes, du côté du labyrinthe, où les arbres verts sont nombreux, et à l'extrémité du jardin des Tuileries où il n'y a que des tilleuls et des marronniers. On le voit encore mieux en faisant passer un courant d'air humide dans une grande cloche tubulée recouvrant des plantes sur lesquelles on veut expérimenter; à la sortie de la cloche, l'air arrive sur le papier ioduré enfermé dans un tube recouvert de papier noir : toutes les fois que la plante est susceptible de produire des substances volatiles odorantes, il y a coloration; dans le cas contraire, le réactif reste blanc.

Des expériences publiées récemment par différents observateurs tendent à prouver que l'oxygène dégagé par les parties vertes des plantes, au moment où la lumière les frappe, se trouve dans le même état que le gaz produit par la décomposition de l'eau au moyen de la pile, ou l'oxygène naissant préparé à froid par l'action de l'acide sulfurique sur le bioxyde de barium. Je me suis assuré par une expérience directe que cet oxygène n'a aucune action sur le papier ioduré.

On ne peut pas admettre, comme M. Schœnbein l'a avancé, et comme l'a répété dernièrement M. Scoutetten, que la lumière ozonise l'air; bien que la modification active de l'oxygène ne soit pas permanente, on peut la maintenir pendant quelques heures. Or, si la lumière possédait la propriété qu'on lui attribue, l'air humide insolé, soustrait depuis peu à l'action des rayons solaires, devrait agir sur le papier ioduré à la manière de l'ozone : cela n'a jamais lieu. Quelque prolongée que soit l'insolation de l'air, on ne parvient pas à l'ozoner.

En résumé, le papier ioduré amidonné ne peut pas être employé comme un réactif certain de l'ozone.

A l'air libre, il se colore par les vapeurs rutilantes et l'acide azotique, qui peuvent exister dans l'atmosphère.

Il se colore également par les huiles essentielles que les arbres verts et les plantes aromatiques exhalent continuellement.

Dans un espace clos, la lumière peut donner à l'air humide la propriété d'agir sur le papier, comme les acides et les essences, sans que l'on puisse admettre qu'il y a eu production d'ozone.

Il résulte en outre, de mes expériences, que l'oxygène dégagé par les parties vertes des plantes est sans influence sur la coloration du papier.

Des expériences comparatives faites dans des lieux différents avec le papier ioduré pourront être utiles si l'on connaît la cause de la coloration. Dans ces conditions il sera toujours bon, au point de vue hygiénique, de faire des observations pour voir le rapport existant entre le phénomène de la coloration et l'état sanitaire de la population, en tenant compte, en outre, autant qu'on le pourra, des circonstances accessoires qui peuvent modifier cet état.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 15 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet :

L'ampliation d'un décret qui approuve la nomination de M. Beau dans la section d'anatomie pathologique.

Sur l'invitation du président, M. Beau vient prendre place parmi ses collègues.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

1° Le rapport de M. Raynaud sur les épidémies qui ont régné en 1855 dans l'arrondissement de Montauban.

2° Le rapport final de M. Yvonneau sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné à plusieurs reprises dans la commune d'Autainville (Loir-et-Cher), en 1855.

3° Le compte rendu des épidémies qui ont régné en 1855 dans le département des Hautes-Pyrénées. (Comm. des épidémies.)

4° Quatre rapports de MM. Godefroy-Martin, Focachou, Frestier, Polosson, sur une épidémie de choléra qui a régné en 1855 dans le département de l'Isère. (Comm. du choléra.)

5° Une série de rapports adressés par MM. les médecins-inspecteurs Perrin, Cisseville et Calvet, sur le service des eaux minérales d'Euzet et de Saint-Jean, de Ceyrargues, de Forges, de Silvanès et de Camarès. (Comm. des eaux minérales.)

6° Deux mémoires de M. le docteur Millon sur des épidémies de variole et de rongeole qui ont régné dans la commune de Revel (Haute-Garonne), en 1855.

7° Les tableaux des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements de la Loire, de l'Oise et d'Indre-et-Loir. (Comm. de vaccine.)

8° M. le ministre de l'intérieur annonce à l'Académie que, conformément au vœu qu'elle a exprimé, il a transmis à M. le préfet de la Seine le rapport relatif au lit mécanique de M. Gros (de Dijon), en le priant d'inviter l'administration générale de l'assistance publique à faire expérimenter cet appareil.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

— MM. Denonvilliers et Hutin prient l'Académie de les comprendre au nombre des candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

— MM. Mialhe, Gobley, Buignet et Poggiale adressent une semblable demande pour la place vacante dans la section de pharmacie.

— MM. les docteurs Thiaudier (de Poitiers) et Séchaud (de Chalus), sollicitent le titre de membre correspondant.

— M. Leroy-d'Étiolles rappelle qu'il a pratiqué l'écrasement linéaire et la section mousse immédiate dès l'année 1835, lorsqu'il a détaché des tumeurs du col de la vessie en écrasant leurs points d'attache avec le brise-pierre articulé de Jacobson; il s'empresse de reconnaître, d'ailleurs, que M. Chassaignac a fait une méthode générale de l'écrasement avec les instruments mousses, et qu'il en a posé les principes.

— M. le Président annonce à l'Académie qu'il va être procédé, par la voie du scrutin, à la nomination d'une commission chargée de faire la liste de présentation des candidats au titre d'associés nationaux.

MM. Rostan, Velpeau, Bussy, Michel Lévy et Bégin sont nommés membres de cette commission.

DES FORMES DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE ET DE SES CONDITIONS ANATOMIQUES.

M. Bricheteau lit un rapport sur un mémoire de M. Sc. Pinel, ainsi intitulé.

Après avoir rappelé l'histoire de la découverte de la paralysie générale et les diverses opinions émises sur la nature et le siége de cette maladie, M. Bricheteau expose les faits eux-mêmes contenus dans le mémoire soumis à son examen.

M. Sc. Pinel admet quatre formes bien distinctes de paralysie générale.

La première est une véritable cérébrite aiguë, dans laquelle domine un symptôme unique, le frémissement et l'embarras de la parole, et qui, en quelques jours, arrive à une terminaison mortelle; elle laisse à la périphérie du cerveau et dans le centre de cet organe des traces d'inflammation des plus évidentes : érosions rougeâtres, ramollissements sanguinolents.

La seconde est l'état chronique de la forme précédente; elle met plusieurs années à désorganiser la couche périphérique du cerveau et surtout la couche moyenne de la substance grise, dans laquelle on trouve des plaques en suppuration, des ramollissements brunâtres et des ecchymoses plus ou moins profondes.

La troisième résulte d'une espèce d'hypertrophie de la substance blanche; la substance grise périphérique reste saine, mais chaque hémisphère est comme ballonné et les circonvolutions extérieures sont refoulées et aplaties contre la voûte osseuse. Un véritable état fébrile se lie à cette turgescence morbide de la substance cérébrale.

Dans la quatrième, opposée à la forme précédente, le cerveau paraît réduit au tiers de son volume, et cette réduction laisse entre la périphérie cérébrale et la voûte osseuse un vide de 2 à 3 centimètres et quelquefois plus encore. A cette résorption de la substance cérébrale est liée la contracture des membres; la maladie affecte une marche indolente pendant des années entières et se termine ordinairement par des hémorrhagies, par des apoplexies méningiennes.

A ces quatre formes, M. Pinel en ajoute encore deux autres, qu'il fait dériver de la marche de la maladie : la première de ces deux formes revêt le type intermittent; la deuxième n'est fondée sur d'autres considérations que celles de la terminaison de la maladie, qui est favorable.

M. Sc. Pinel pense que c'est une chimère que de chercher dans la paralysie générale, qu'il appelle *cérébrite paralytique*, une identité de siége. Les fibres, les faisceaux nerveux, auxquels sont dévolues les fonctions de la masse encéphalique, allant du rachis s'épanouir dans la totalité de l'encéphale, le siége de la maladie peut se rencontrer dans des points fort éloignés les uns des autres.

La paralysie générale présente, d'après M. Sc. Pinel, une grande variété de lésions et de siége, et néanmoins elle a toujours pour symptôme caractéristique l'embarras de la parole.

M. Pinel a tenté de grouper et de diviser les lésions très-nombreuses et très-diverses trouvées à l'ouverture de ceux qui ont succombé à la paralysie générale.

Le rapporteur n'indique pas cette division, qui ne s'accorde pas d'ailleurs avec les résultats exposés dans des travaux plus récents.

La commission propose de remercier M. Sc. Pinel de sa communication et de déposer son mémoire aux archives.

Ces conclusions sont adoptées sans discussion.

NOUVELLE MÉTHODE CURATIVE EXTERNE POUR LES NÉVRALGIES FACIALES.

M. Piorry, en son nom et au nom de M. H. Larrey, donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. Poggioli intitulé : Nouvelle méthode curative externe pour les névralgies faciales.

Bien que le titre du mémoire de M. Poggioli se rapporte exclusivement aux névralgies faciales, les faits et les considérations qui s'y rencontrent ont trait à la plupart des névralgies, la méthode proposée par l'auteur pour la curation de ces affections a reçu le nom de *iatraleptique*, c'est-à-dire de médication par des frictions. M. Poggioli pratique ces frictions avec divers médicaments graisseux et narcotiques; il a composé une formule particulière et lui attribue une grande efficacité.

Pour apprécier ces faits présentés par notre confrère, pour établir un jugement sur le degré d'importance qu'il convient d'attacher au moyen qu'il propose, il nous semble convenable de poser quelques principes sur la manière d'observer les faits thérapeutiques en général, et d'apprécier en particulier l'action des médicaments qui, désignés sous le nom d'antispasmodiques, de sédatifs, de narcotiques, ont pour but d'agir sur les nerfs et sur leurs fonctions.

Avant tout il faut, alors que l'on veut préciser quelle est l'efficacité réelle d'une médication particulière, organiquement si c'est possible, et au moins le plus positivement que faire se peut, la lésion qui donne lieu aux symptômes que l'on veut combattre. Ce n'est pas seulement le caractère physiologique principal d'un mal qu'il s'agit de reconnaître, mais c'est la circonstance maladive, l'altération anatomique qui cause ou entretient le phénomène pathologique qu'il est indispensable de recbercher et de déterminer. Le *diagnostic en masse* n'est en rien suffisant quand vous direz avoir reconnu des névralgies, les avoir traitées et avoir eu dans ces cas des succès ou des revers. Vous n'aurez pas fait de la science utile et applicable à d'autres malades qui éprouvent la même souffrance; chez ceux-ci vous emploierez la méthode qui a réussi dans les premiers cas, et vous ne réussirez peut-être en aucune façon; la raison de cet insuccès sera que la douleur de nerf, en apparence semblable chez les uns et les autres, sera, dans ces divers cas, due à des lésions parfaitement différentes. La névralgie frontale ou plutôt la pentanévralgie, peut être symptomatique de l'insalgie, d'une gastropathie, d'une splénopathie, d'une souffrance de l'ovaire, et elle paraît être toujours la même; elle exige cependant, dans les cas qui viennent d'être énumérés, des traitements variés. Tantôt il faudra avoir recours à l'obscurité et à la belladone, tantôt au tartre stibié, ailleurs au sulfate de quinine, et autres fois enfin aux bains, à la saignée, etc. La névralgie est la conséquence, le mal est la lésion qui la produit; pour guérir la première, il faut faire dissiper cette dernière. C'est l'action des agents médicamentaux sur la lésion qu'il importe d'apprécier, et quand on n'attaque que la souffrance du nerf, on manque de remplir l'indication principale du traitement.

Malheureusement, sans doute, on ne peut pas toujours, et quelque étude que l'on fasse, découvrir, préciser, caractériser la cause organique de la douleur observée dans un nerf; mais il faut au moins l'avoir recherchée avec tout le soin possible, et si l'on ne dit pas dans une observation avoir procédé de cette façon, le fait thérapeutique signalé manque des circonstances les plus importantes et les plus propres à lui donner de la valeur.

Dans l'appréciation de l'efficacité réelle d'un agent thérapeutique, il faut encore tenir compte, non-seulement de l'action d'autres médications qui presque toujours sont employées d'une manière concomittante, mais encore des influences hygiéniques innombrables dépendantes de régime, de l'exercice, du repos, des variations de température, de l'habitation, des impressions morales, etc., qui, dans beaucoup de curations attribuées à un remède, ont été les causes véritables du changement heureux survenu dans l'état du malade.

Il faut ensuite se poser constamment cette question : Le mal abandonné à lui-même se serait il amélioré ou dissipé spontanément? ou si l'on veut, dans le langage ultra-vitaliste et naturiste, la nature n'aurait-elle pas elle-même guéri? ou encore, dans des idées plus précises, l'organisation, en vertu de son admirable mécanisme, n'aurait-elle pas fait cesser les accidents existants? Or s'il est facile de produire le problème précédent, le théorème et les corollaires qui en ressortent sont d'une excessive difficulté à expliquer et à déduire. C'est seulement lorsque, à la suite d'une médication unique et déterminée, on a vu cesser un grand nombre de fois une lésion, une affection bien diagnostiquée, que l'on est fondé à rapporter un succès au médicament dont on s'est servi.

Mais ce n'est pas tout : vous employez un médicament en frictions, en bains, et vous l'incorporez dans des résines, dans des graisses; serez-vous toujours en mesure de dire si c'est la friction ou le bain, si c'est l'emplâtre ou

le corps gras qui a causé le succès obtenu? On a attribué, par exemple, à l'action spécifique du mercure la guérison de plus d'une prétendue péritonite qui n'était autre qu'une souffrance intestinale, causée par la rétention des matières et des gaz, et dont les symptômes cessaient parce que sous l'influence des frictions avec la graisse, excipient du métal, les fluides élastiques et les fèces étaient évacués. L'on a cru encore que l'organe mercuriel remédiait à la variodermite, à l'érysipèle, à l'ophthalmite, alors que l'action isolée de la graisse eût produit le même effet.

Faute de tenir compte des données qui précèdent, on a tour à tour conservé ou abandonné tel ou tel médicament, et la thérapeutique, pour la plupart des maladies généralement admises pour le plus grand nombre des symptômes réunis ou isolés, n'est pas une science, mais bien une sorte de recueil d'opinions d'auteurs, d'assertions vagues qui, au moment où le salut du malade exige qu'on les applique, trompent le praticien et lui font avoir bientôt d'amères déceptions.

Aussi voyez ce qui est résulté des observations incomplètes et sans précision diagnostique que la médecine ancienne nous a laissées presque partout sont restés le doute, l'incertitude, l'impossibilité de rien affirmer, un seul médicament est resté constamment debout au milieu de la chute ou de la vacillation des autres, c'est le quinquina et surtout la quinine bien dissoute; mais c'est que les accès fébriles périodiques se rapportent à un état anatomique fixe et constant, à la splénopathie, et qu'on donnait le remède quand ce symptôme indicateur du mal était spécifié et conduisait à administrer ce remède; mais, pour les autres agents médicaux, rien de positif n'était établi, et cela est si vrai que les plus habiles praticiens, que Sydenham et ses imitateurs, admettaient et admettent encore que tel médicament utile dans une maladie, lors de telle épidémie ou dans telle constitution médicale, est inutile ou dangereux alors qu'il est administré pour la même affection; mais dans une autre maladie populaire ou dans une autre série de circonstances météorologiques, s'il en était ainsi, si l'action des remèdes variant d'une année à l'autre dans des conditions climatériques impossible à préciser, il faudrait à tout jamais renoncer à l'exercice consciencieux de la médecine, et reléguer cette science à la valeur de la magie et de l'alchimie. Mais rien n'est plus faux que cette croyance. Une substance médicamenteuse déterminée, administrée à même dose contre une lésion fixe et bien spécifiée, et alors que les organisations de ceux chez qui on les donne sont analogues, agit d'une manière identique.

De 1826 à 1856, des épidémies diverses, des circonstances météorologiques très-variées se sont succédé, et quelles qu'aient été leurs influences, votre rapporteur a observé que le foie hypérémié diminuait de volume par les saignées, que la rate décroissait alors que la quinine en solution était ingérée. Il a vu encore le tartre stibié remédier à certaines affections pulmonaires, et les purgatifs être utiles dans la scorentérasie; c'est parce que l'on avait peu particularisé les lésions, c'est parce que l'on confondait des choses très-dissemblables sous le nom d'une même maladie, que l'on ne pouvait pas établir contre celle-ci un traitement rationnel et applicable à des affections que l'on supposait être analogues à cette même maladie, bien qu'elles en différent essentiellement.

Grâce au positivisme anatomique et physique de la science moderne, grâce à la marche sévère appliquée à la thérapeutique, dirigée par un diagnostic précis, on est arrivé à pouvoir particulariser et souvent mesurer l'action du sulfate de quinine, du tartrate antimonié de potasse, de l'iodure de potassium, du phosphate de chaux, du mercure, du fer, de l'azotate d'argent, du seigle ergoté, d'un grand nombre de purgatifs, des sels d'opium par la méthode endermique due à M. Lesieur, de l'eau à hautes doses, de l'abstinence des boissons, etc. Comme on a pu nettement spécifier, quelquefois dessiner les lésions contre lesquelles on employait ces moyens, il est devenu possible de saisir l'effet actuel de la substance ingérée ou du moyen employé.

C'est, au contraire, parce qu'il est bien difficile de déterminer les lésions névriques ou névraxiques contre lesquelles on emploie l'opium, la jusquiame, le datura, la belladone, la digitale, le musc, en un mot les narcotiques, les antispasmodiques, les calmants, qu'il est si difficile d'apprécier les conditions de leur emploi et le degré de leur efficacité. Ce qui précède nous conduit à vous rendre compte du mémoire de M. Poggioli, et à vous soumettre notre jugement sur la valeur des faits thérapeutiques que cet honorable médecin a laborieusement recueillis.

« Pensant que les combinaisons de substances médicamenteuses analogues » donnaient de meilleurs résultats que les mêmes substances employées isolément, M. Poggioli a employé une formule composée de :

Extrait de belladone	8	parties
Hydrochlorate de morphine	1	—
Onguent populéum	32	—
Axonge, dans lequel on avait macéré une quantité suffisante de feuilles de D. S.	53	—
Eau de lavande	Q. S.	

» Modifiant légèrement cette formule, suivant la susceptibilité du malade, » le siége et l'intensité de l'affection qu'il veut combattre, M. Poggioli frictionne doucement et d'une manière prolongée la partie sur laquelle il veut » opérer, et il annonce avoir obtenu des résultats curatifs inespérés. »

M. Poggioli a remis à l'Académie et à votre rapporteur des faits nombreux à l'appui de l'efficacité de la médication qu'il propose : les uns ont été recueillis à Saint-Étienne, d'autres à Londres, en assez grand nombre dans sa pratique particulière; il en est parmi eux quelques-uns qui ont été observés au Val-de-Grâce, dans le service de M. Monnier, et d'autres enfin dans la clinique médicale de la Faculté, à la Charité. L'ensemble de ces observations forme un chiffre respectable, et elles acquièrent encore de l'importance par les noms des médecins honorables qui s'y trouvent cités, tels que MM. Monnier, Marchal (de Calvi), Bouilland. Dans presque tous ces faits, les détails anatomiques, physiologiques et diagnostiques ne sont pas circonstanciés. Il s'agit de névralgies faciales et autres, de sciatiques, de lombago, de douleurs dites rhumatismales, qui duraient depuis quelques jours, depuis quelques semaines, des mois, des années, contre lesquelles on avait employé des moyens très-divers, parfois fort actifs, et qui n'avaient pas suffi pour faire dissiper les accidents. Or ces névralgies, ces rhumatismes, ces lombago, ces sciatiques traités par les frictions pratiquées pendant vingt minutes avec le liniment de M. Poggioli, ont été calmés ou guéris parfois en vingt-quatre heures, ailleurs en peu de jours ou en un petit nombre de semaines. Parmi les cas de ce genre les plus remarquables, nous citons principalement celui qui se recommande du nom honorable de M. le docteur Marchal (de Calvi), ainsi que les observations que portent les n°s 10, 4, 11. Nous joignons à ce rapport le relevé de ces faits, dont le nombre s'élève à plus de trente.

M. Poggioli a mis beaucoup de zèle et de patience et une bonne foi exemplaire dans les recherches auxquelles il s'est livré; il a, pour éclairer l'opinion de vos commissaires, fréquenté longtemps les hôpitaux, à l'effet de rencontrer des cas où sa méthode peut être appliquée. Malheureusement, il faut le dire, ces cas se sont rarement trouvés; presque toujours, dans ceux qui se sont présentés, il s'est agi de douleurs dues à des états organopathiques, appréciables à des ruptures ou à des distensions musculaires, à des lésions plus ou moins incurables, et qui ne rentraient pas dans le cadre des affections que M. Poggioli pense devoir être traitées avec succès par les frictions et le liniment qu'il propose.

Nous avons, autant que possible, soumis à la méthode expérimentale le moyen thérapeutique de M. Poggioli; mais il est fort difficile à un chef de service de suivre directement les phases et le mode d'un traitement qui dure plusieurs jours, pendant lesquels les influences très-variées viennent agir; de sorte que des cas cités par M. Poggioli, qui ont été observés dans les salles Saint-Anne et Saint-Charles, il n'en n'est que deux dans lesquels votre rapporteur ait constaté un effet bien sensible. Dans l'un de ces faits (n° 14), il s'agissait d'une malade qui, depuis très-longtemps atteinte d'une sciatico-névralgie dont la raison anatomique était inconnue, fut soulagée presque immédiatement après que M. Poggioli eût pratiqué sa friction, et cessa dès lors de souffrir. Cette femme sortit presque immédiatement de l'hôpital dans un état très-satisfaisant. Dans un autre cas où il s'agissait de polyarthrites très-douloureuses, et qui avaient récidivé en même temps que l'état fébrile indiquait que sérum du sang contenait un excès de fibrine en suspension, M. Poggioli pratiqua ses frictions, et tout d'abord les souffrances se dissipèrent d'une manière assez complète. Dans plusieurs autres cas accueillis dans le service des cliniques de la Charité, ainsi que le constatent les signatures de MM. Blain et Auburtin, plusieurs névralgies ont été notablement améliorées sous l'influence du liniment de M. Poggioli et des frictions qu'il a faites. Bien entendu que ce médecin ne prétend pas toujours guérir de cette façon; et en effet, il est arrivé trop souvent, dans le service du rapporteur de votre commission, que les moyens précédents ont à peine calmé des névralgies intercostales, et qu'il a fallu avoir ensuite recours à la morphine employée d'après la méthode endémique de M. Lesieur.

On voit d'après ce qui précède que votre commission n'a pas des documents assez positifs et assez nombreux pour juger par elle-même de l'efficacité du moyen proposé par M. Poggioli; on voit aussi que les noms des médecins honorables connus par leur excellente pratique et par leur savoir, tels que M. Marchal (de Calvi) et Lustremann, donnent de l'authenticité à des succès qui sembleraient tout à fait incroyables. Votre commission regrette de ne pouvoir vous dire en avoir été témoin.

D'après ce qui vient d'être dit, on peut admettre que les frictions avec le liniment narcotique de M. Poggioli sont un sédatif utile; est-ce la formule spéciale employée par ce médecin qui réussit à opérer ce calme? Ici une triple question importante se présente : Est-ce le narcotique simple qui réussit? Serait-ce la réunion de plusieurs narcotiques divers qui auraient plus d'utilité que l'un d'entre eux donné isolément? La friction prolongée avec un corps gras est-elle le moyen de guérison? Il nous paraît utile en finissant d'aborder de front ces trois point de discussion qui touchent aux plus hautes données de la thérapeutique.

Si l'on ne peut révoquer en doute l'action narcotique de diverses substances appliquées sur le derme mis à nu et sur les tissus vivants, les travaux de M. Lesieur, les belles expérimentations de M. Flourens relatives aux applications narcotiques sur les nerfs et sur la névrose, l'observation de chaque jour ne laissent pas de doute à cet égard; mais en est-il ainsi de l'opium en extrait, en laudanum, de la jusquiame, du datura, de la morphine, alors qu'ils sont simplement déposés sur l'épiderme? C'est ce qui n'est pas démontré. Les expériences de Séguin, de Magendie, ne semblent pas propres à le faire admettre, et les recherches récentes de M. Duriau prouvent même que l'eau d'un bain et le médicament qu'elle contient ne sont guère absorbés que dans certaines conditions de température; l'épiderme est coloré en jaune, il est vrai, par le laudanum versé sur un cataplasme; mais le médicament va-t-il au delà? N'est-ce pas l'eau chaude retenue dans une fécule grasse qui, plaçant la partie malade dans un bain continu, la soulage et non la substance opiacée? N'est-il pas vrai que sur les quarante gouttes de laudanum versées sur la surface du topique, il y en a peut-être trente qui se perdent dans la pâte humide, et que sur les dix autres gouttes, il s'en perd neuf soit sur la surface cutanée, soit dans l'épiderme? Ne faudrait-il pas alors avoir une foi bien robuste dans le médicament narcotique pour croire que la mi-

nime proportion de laudanum restant va calmer les douleurs? Il est bien vrai cependant que les vapeurs qui s'élèvent de quelques gouttes d'extrait de belladone venant à toucher la cornée, on voit l'iris se dilater; mais ce fait est exceptionnel, car l'organisation de la cornée est spéciale et toute différente de celle de l'épiderme et du derme. Bien plus, la belladone en vapeur ne calme que très-incomplétement les douleurs dont l'iris et l'œil sont le siége. Il a fallu que votre rapporteur y renonçât dans le traitement de l'irisalgie. Il est donc fort difficile d'apprécier le degré d'action et l'efficacité réelle du narcotique appliqué extérieurement. Il faudrait des expériences plus positives que celles qui ont été faites jusqu'à présent pour établir absolument cette efficacité.

Pour bien apprécier l'action d'un médicament, il faut l'administrer isolément. M. Lhéritier, mon élève, a développé avec lucidité cette idée dans le bulletin clinique, et tous les amis du progrès en thérapeutique admettent qu'en général il doit en être ainsi. Or nous venons de voir combien il est difficile d'apprécier le degré d'action sédative d'un seul médicament narcotique appliqué sur le tégument; à plus forte raison, quand plusieurs substances de propriétés variées sont mélangées, éprouve-t-on de la peine à se prononcer sur leur efficacité multiple. A ce point de vue le remède de M. Poggioli serait une composition d'un emploi contraire aux principes logiques de l'expérimentation; cependant ne portons pas à l'extrême une proposition vraie, celle relative à l'expérimentation des médicaments isolés; rappelons-nous que la thériaque, mélange informe de substances disparates, est restée et restera un médicament utile en dépit des tentatives qui ont été faites pour la remplacer par des remèdes mieux définis. C'est que la science du véritable médecin veut que la règle de la pratique soit l'expérimentation raisonnée et l'observation sans préoccupation théorique. Il faut donc plutôt encourager que blâmer M. Poggioli d'avoir associé divers médicaments qui, bien que placés en commun parmi les narcotiques ont des propriétés spéciales applicables chacune en particulier à certaines variétés de souffrances éprouvées par les parties douloureuses. Reste à constater si les frictions faites avec le liniment de M. Poggioli réussissent mieux que celle qui serait faite avec de la graisse contenant seulement de l'opium ou avec de la graisse toute simple; or c'est ce qui est possible, mais ce qui n'est pas pour nous démontré.

Les anciens faisaient un immense usage des onctions et des frictions avec l'huile. Les athlètes après la lutte retrouvaient dans l'emploi de ces moyens leur énergie musculaire. Les Égyptions et les peuples de l'Asie (ainsi que l'a exposé votre rapporteur dans l'article *Massage* du Dictionnaire des sciences médicales) s'en servent avec succès comme agent thérapeutique.

Le septième volume du Traité de médecine pratique, dans les articles consacrés aux dermopathies, et qui plus est l'expérience clinique de tous les jours, ont prouvé que les graisses appliquées sur les tissus enflammés, dans l'érysipèle, ou dermite périndique, dans la variodermie, sont d'excellents moyens de guérison.

On a été jusqu'à considérer leur application sur la peau qui recouvre des organes malades comme des remèdes souverains; il est donc très-possible que les succès obtenus par M. Poggioli soient dus à ces frictions graisseuses qu'il a fait avec persévérance et habileté, et non pas aux narcotiques qu'il emploie.

On administre en application extérieure un grand nombre de médicaments incorporés dans l'huile, dans la graisse, dans des résines. Le plus souvent alors ils n'agissent pas : l'huile, la graisse pénètrent dans les orifices vasculaires, dans les porosités de la peau, et empêchent l'absorption de la substance présumée active et qui reste incorporée dans le corps graisseux. On empêche la respiration cutanée des batraciens et même des animaux supérieurs en les recouvrant d'huile; on tue l'insecte en lui bouchant les trachées par la plus faible onction huileuse. L'enduit gras de la peau de l'homme est même un des plus grands obstacles à l'absorption. Les emplâtres retiennent dans leur masse résineuse les substances qu'on y fait entrer, à part celui de *vigo cum mercurio*, qui laisse peut-être suinter le mercure, à part ceux que l'on recouvre d'un remède actif, ils agissent tous d'une même façon, en s'agglutinant, en conservant sur la peau la sérosité perspirée et y remplissant l'office d'un bain local, en réunissant les plaies, en empêchant ce contact de l'air, de la lumière et des corps étrangers, en prévenant le refroidissement. Seulement les emplâtres avaient dans leur action, suivant le degré auquel ils exercent les influences et probablement aussi selon les préparatifs des diverses résines et des substances volatiles qu'ils contiennent; mais encore une fois, quant aux substances médicamenteuses, peu y sont incorporées, la plupart d'entre elles ne peuvent guère avoir d'efficacité.

C'est en réfléchissant sur ce qui précède que depuis un certain temps le rapporteur de votre commission a cherché à utiliser la médication narcotique et sédative d'une façon différente de celle qui est généralement employée.

Le premier soin doit être, dans la série d'idées qui viennent d'être exposées, d'enlever l'enduit gras qui recouvre le tégument, et qui fait que celui-ci ne se mouille pas alors qu'on y verse de l'eau. L'éther (qui d'ailleurs est considéré comme sédatif), l'eau gommeuse, l'eau ammoniacale remplissent assez bien cet office. Alors que la peau est ainsi nettoyée, on fait sur elle des frictions avec du coton ou de la laine imbibés d'un liniment aqueux ou alcoolique, qui tient en dissolution une dose assez forte d'un sel soluble, de morphine ou encore d'extrait aqueux d'opium, de belladone, de datura, de la substance narcotique enfin dont on veut faire usage.

Dans quelques cas, cette médication a calmé des névralgies, surtout de celles qui affectent les nerfs intercostaux, et elle a dispensé d'avoir recours à la dénudation du derme et au pansement avec le chlorhydrate de morphine, qui ne laisse pas que d'être douloureux, bien qu'employé seulement dans l'étendue de 2 ou 3 centim.

Terminons ce rapport, dont vous accuserez peut-être la longueur en raison de l'importance des questions thérapeutiques qui y ont été agitées, par les conclusions suivantes :

Les frictions prolongées, faites avec soin et habileté par M. le docteur Poggioli au moyen du liniment graisseux et narcotique dont il a donné la formule, ont, d'après les faits recueillis dans le service de médecins honorables, fréquemment soulagé ou même fait dissiper des douleurs variées.

Dans deux cas, dont l'un de nous a été témoin, c'est immédiatement après l'emploi de ce liniment et de ces frictions, que votre rapporteur a vu de tels résultats obtenus. Il serait difficile de décider si le soulagement alors obtenu a été la conséquence de l'action des médicaments contenus dans la graisse ou de la friction longtemps prolongée au moyen d'un corps gras.

Conclusions modifiées: Nous vous proposons, messieurs, d'adresser des remerciments à M. Poggioli pour la communication qu'il vous a faite, et de renvoyer son mémoire aux archives.

M. H. Larrey prend la parole pour déclarer que M. Poggioli n'a point appliqué son topique à des malades de son service, ainsi qu'il l'a avancé. Il ne s'est pas rencontré dans son service de cas où M. Poggioli aurait pu appliquer son remède et, si cela eût été possible, il n'aurait pu le faire sans que le chef de service eût été prévenu.

M. Piorry n'a pu que rapporter les faits avancés par M. Poggioli, sans s'en porter garant.

M. le Président fait observer que les faits en question doivent être rayés du rapport, du moment où il est avéré que ces faits sont inexacts.

M. Velpeau : Je suis surpris de voir M. Piorry se donner tant de peine pour composer un rapport qui me semblerait plutôt du ressort de M. Robinet, l'honorable rapporteur des remèdes secrets et nouveaux. Le remède dont M. Piorry vient de nous parler n'a rien de bien séduisant, c'est un composé informé de graisse et de plusieurs narcotiques; est-ce la graisse qui agit? sont-ce les substances médicamenteuses? sont-ce même les frictions? on ne le sait pas au juste. Des observations ont été rapportées, mais quelle est leur valeur? Deux faits seulement sont garantis par le rapporteur. Et dans le service de M. Larrey, le médecin qui préconise le composé en question n'a pas trouvé de cas à sa convenance. Si à cette communication les honneurs d'un rapport étaient dus, ce qui ne me paraît pas démontré, assurément il n'y a pas lieu d'en proposer l'insertion dans le Bulletin de l'Académie.

Les conclusions du rapport sont adoptées avec une modification demandée par M. Velpeau : *dépôt aux archives* au lieu de *renvoi au comité de publication.*

— M. Briau donne lecture d'une note sur une cause peu connue des vomissements incoercibles dans la grossesse l'enclavement de l'utérus dans la concavité du sacrum, et sur le moyen d'y remédier au moyen d'une manœuvre généralement facile. (Commissaires : MM. Moreau et Cazeaux.)

La séance est levée à quatre heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

Éléments de pathologie médicale ou précis de médecine théorique et pratique écrit dans l'esprit du vitalisme hippocratique; par A. L. J. Bayle. — Tome Ier. — Paris, 1856.

Essai sur les bases de la science médicale et exposition sommaire de la doctrine traditionnelle; par J. G. Faget (de la Nouvelle-Orléans). — Ouvrage couronné par l'Académie de médecine de Caen. — Paris, 1856.

Nous attendrons que l'ouvrage de M. Bayle ait paru en entier pour le juger en tant que livre classique. Le compte rendu du volume que nous avons aujourd'hui sous les yeux, le détail des matières traitées, l'ordre et la méthode adoptés pour l'exposition des différents sujets de la pathologie, toutes ces considérations seraient actuellement tronquées parce qu'elles ne porteraient que sur la première partie d'un travail complexe. Les Éléments de pathologie médicale écrits dans l'esprit du vitalisme hippocratique mériteront une analyse d'ensemble quand l'auteur aura complété son œuvre. Pour le moment nous avons voulu, et nous pensons que M. Bayle nous en saura gré, fournir aux lecteurs de la Gazette Médicale les moyens d'apprécier la doctrine du vitalisme hippocratique telle qu'elle est exposée par deux praticiens d'expérience, tous deux ayant longtemps médité leur œuvre, tous deux hommes de conviction, écrivant dans des buts différents, sans communion de pensée, à grande distance l'un de l'autre. M. Bayle a consacré l'introduction de son livre à l'exposition de la doctrine hippocratique; M. Faget a fait un livre d'un mémoire sur la question suivante mise au concours par la Société médicale de Caen : « Peut-on, dans l'état actuel de la science, établir les bases

» d'une doctrine ou d'un système général de pathologie qui paraisse » le plus convenable pour l'enseignement de la médecine et la pratique de l'art? Dans le cas de l'affirmative, établir cette doctrine » sommairement en la fondant sur les faits observés et sur ce qu'ont » offert d'incontestablement vrai les systèmes pathologiques qui ont » successivement prédominé dans la science médicale. » Il dédie ce livre à M. le professeur Cayol; il l'écrit *tout entier dans l'esprit de l'hippocratisme moderne, du vitalisme hippocratique qui, à l'heure actuelle, n'a plus d'adversaire sérieux*. Nous allons donc trouver dans ces travaux de quoi caractériser la doctrine hippocratique, et au besoin comparer entre elles les différentes expositions rajeunies de ce système.

Nous rendrons plus fidèlement la pensée des auteurs et nous fournirons à nos lecteurs les moyens de porter un jugement plus assuré sur ces œuvres, en citant les textes mêmes.

M. Bayle (introduction, articles 3 et 4) définit de la manière suivante le vitalisme hippocratique moderne:

« Le sujet de la médecine, c'est l'homme que Dieu créa dès l'origine du monde, à son image et à sa ressemblance. L'*homme* est un être complexe, composé d'une âme et d'un corps unis ensemble d'une manière mystérieuse pendant cette vie mortelle. L'*âme* est une substance simple, spirituelle et immortelle. Ses facultés sont de sentir, de penser, de vouloir, d'agir librement, et de distinguer le bien et le mal, le juste et l'injuste. C'est l'âme qui voit les couleurs et les formes, qui entend les sons, qui flaire les odeurs, qui goûte les saveurs et qui éprouve les impressions du toucher, de la faim, de la soif, du plaisir et de la douleur, d'où naissent les passions. C'est là ce qu'on nomme les sensations.....

» Le corps est un admirable assemblage de parties matérielles, solides et liquides, pénétrées de la vie et organisées de la manière la plus merveilleuse pour le but auquel le Créateur les a destinées, savoir, d'être les instruments de l'âme pendant l'existence de l'homme sur la terre. »

Il y aurait, dans ces seules prémisses, bien des faits à relever; on y présente comme données acquises à la science des dogmes sur lesquels il faudrait encore de longues dissertations pour s'entendre même au point de vue théologique. Nous en dirons autant de la définition de la *force vitale*.

« On appelle organisme l'ensemble de toutes les parties solides et liquides du corps. L'organisme est pénétré d'une force qui anime tous les organes et préside à toutes leurs fonctions. Hippocrate la nommait *nature* ou *force vitale*. La force vitale ne tombe pas sous les sens; elle est cependant bien distincte de l'organisation qui en est le siége et le théâtre, et sans laquelle on ne peut la concevoir. On la connait par ses phénomènes, que la matière seule ne saurait présenter, puisque, au contraire, les êtres doués de la vie échappent aux lois physiques du règne inorganique pendant le temps de sa durée. Différente de l'âme, qui a pour caractères essentiels la conscience et la volonté, elle est une cependant comme elle, malgré la grande variété de phénomènes qui lui appartiennent dans les diverses parties du corps qu'elle vivifie. La force vitale a des procédés aveugles et nécessaires, quoique empreints d'une profonde sagesse; l'âme, au contraire, est intelligente et libre par elle-même. La première a la science infuse et la seconde la science acquise par ses propres efforts et ses études...... Sans chercher à pénétrer la nature de cette force, il me semble qu'on peut affirmer qu'elle *n'est pas le produit de l'organisation*. S'il en était ainsi, les propriétés vitales des organes devraient toujours être en rapport parfait avec la structure de ces organes. Or l'observation prouve que c'est souvent le contraire qui a lieu..... *La force vitale pendant la formation du corps*, préside avec tous les caractères de la plus profonde sagesse, à l'évolution et à la formation graduelle de tous les organes, jusqu'à leur complet développement..... *La force vitale dans l'état de santé* donne aux organes digestifs la faculté de transformer en chyle les aliments les plus variés, aux vaisseaux lactés la propriété d'absorber le liquide nourricier, aux poumons celle de le changer en sang, sous l'influence de l'air atmosphérique..... Enfin, c'est la force vitale qui conserve et maintient la chaleur moyenne du corps toujours à peu près la même au milieu des températures extérieures les plus différentes..... La maladie consiste presque toujours dans une réaction de l'organisme contre toute cause qui l'affecte d'une manière nuisible, réaction qui tend à éliminer et à neutraliser cette cause ou à réparer les dommages qu'elle a produits..... C'est la force vitale qui produit cette réaction..... La maladie ou fonction pathologique accidentelle présente, à considérer d'après ce système: 1° l'effet direct de la cause morbifique sur l'organisme ou l'affection; 2° la réaction vitale qui s'ensuit; 3° la tendance médicatrice de cette réaction. A ce dernier point de vue, M. Bayle pense que les réactions de l'organisme sous quelque forme qu'elles se manifestent, ont une tendance et un but qui existent toujours, quel que soit d'ailleurs le résultat final qu'elles obtiennent; c'est de faire cesser l'action de la cause morbifique, de détruire l'effet immédiat qu'elle a produit, c'est-à-dire l'affection et de guérir le malade.....

» Pour faire cesser l'action de la cause morbifique, la *force vitale* emploie trois procédés principaux, qui sont l'expulsion ou l'élimination, la neutralisation, la régénération. M. Bayle distingue ensuite *des maladies sans réaction, parce que la force vitale n'est pas atteinte, des maladies avec réaction essentiellement médicatrice, des maladies avec réaction trop vive, trop faible, irrégulière, radicalement impuissante*. Il admet enfin des maladies avec *réaction erronée*. »

Tel est l'exposé didactique de la doctrine du vitalisme hippocratique moderne. Nous verrons une autre fois si cette doctrine est en rapport avec l'état actuel de la science, si elle part de faits pathologiques bien interprétés, si elle est l'expression des faits les plus généraux relatifs à l'organisme humain, à son développement normal et à ses perturbations morbides. Pour le moment, nous avons à passer en revue les ÉTUDES de M. *Faget*. Les extraits suivants en donneront une idée assez complète sous le rapport de la doctrine et du style.

« La médecine a mission de travailler à la conservation de l'homme. Elle doit donc mettre son premier soin à étudier comment Dieu conserve les êtres et l'homme en particulier, l'homme, ce microcosme qui est comme le résumé de tous les êtres créés.... La nature, en tant que *cause*, ne peut être qu'une *cause seconde* dans les mains de la *cause première*. Ce n'est qu'à ce titre de cause seconde qu'entre Dieu et le médecin nous concevons l'action de la nature. Le médecin, ministre de Dieu, devient ainsi, dans le cercle de sa mission, plus immédiatement ministre de la nature.

» Dieu, qui a tout fait avec *nombre*, a partout, dans les choses fondamentales, imposé le nombre *trois*. Nous croyons donc que Dieu a créé trois substances: 1° la *substance matérielle*, ou la matière d'une manière abstraite; 2° la *substance immatérielle* ou *dynamique*, le *medium plasticum* de l'École; 3° la *substance spirituelle*, ou les esprits d'une manière générale....

» C'est la *force vitale* qui veille, sous la dépendance de l'âme intellectuelle, à l'accomplissement des fonctions végétales et animales dans l'homme, dans les animaux; elle est en quelque sorte l'âme, et même l'âme souveraine des mêmes fonctions... L'animal peut, à la rigueur, se passer de médecin... L'instinct se fait d'autant moins entendre que le développement des facultés intellectuelles est poussé plus loin... La force vitale ou le principe sensible n'en existe pas moins dans l'homme et y travaille sans qu'il en ait conscience... La nature, dans les corps vivants, est l'ensemble des lois de la vie, qui se manifestent par l'action de la force conservatrice ou vitale, ayant l'organisme pour instrument nécessaire... Dans l'homme, la *vie* ou *force vitale* a pour instrument fondamental le *sang*, dont l'organe essentiel est le *cœur*. Après le sang et le cœur, le triple fondement organique de la force conservatrice est le cerveau, le poumon et le foie.... Rien ne peut s'accomplir dans un corps vivant, sinon par l'intermédiaire de la force vitale.

» La pathologie, dit M. Faget avec le professeur *Cayol*, est l'étude de l'*organisme réagissant en vertu de la loi de conservation* contre toutes les causes de trouble et de destruction prématurée... Pour l'homme de l'art, l'*acte vital pathologique* par excellence doit être cette *réaction* de l'organisme qui, aux yeux des anciens, était la maladie véritable.... Toute réaction pathologique est une fonction accidentelle qui a pour but ou tendance d'assimiler ou d'éliminer la chose qui nuit, de réunir ce qui est accidentellement divisé, et de réparer tous les désordres, soit qu'ils résultent de la présence du corps étranger, du principe hétérogène ou des efforts mêmes d'assimilation et d'élimination.... L'axiome fondamental pour la médecine est la *nature médicatrice*... Toute la pathologie n'est que le développement de l'axiome fondamental de la *nature médicatrice*... La doctrine médicale traditionnelle est intimement unie à la doctrine religieuse traditionnelle. Il est certain que la médecine ne peut être séparée de la religion. »

Nous avons pris ainsi dans le livre de M. Faget les propositions dans lesquelles il caractérise d'une manière plus précise la doctrine du vitalisme hippocratique moderne. En comparant ces extraits à ceux de l'ouvrage de M. Bayle, les lecteurs remarqueront l'identité des principes d'où sont partis les deux écrivains, l'identité de la méthode qu'ils ont suivie, l'identité du but vers lequel ils tendent. Tout est commun entre eux, le point de départ, la logique, les aspirations scientifiques et pratiques. S'il est vrai qu'il n'ont rien créé de neuf dans cette triple direction, du moins ils se rangent sous la bannière portée depuis quarante ans par un esprit élevé et distingué; ils sont d'une école qui a défini ses principes et son but; d'une école qui compte un grand nombre d'adeptes, qui est représentée partout, dans nos trois Facultés, dans les Universités savantes de l'Allemagne, de l'Italie, dans les Écoles d'Écosse, d'Angleterre, d'Amérique. A tous ces titres, nous devons examiner la doctrine du vitalisme hippocratique au point de vue des différentes doctrines ou tendances scientifiques modernes qui en diffèrent d'une manière complète. Nous devons voir si sa formule est d'accord avec les données actuelles de la physiologie et de la pathologie, sous quels rapports elle s'en éloigne, si elle peut être considérée comme une expression définitive du progrès, ou bien si on doit la prendre comme une de ces conceptions trop générales pour trouver leur démonstration dans les faits, trop abstraite pour servir de guide à l'observation.

THOLOZAN.

(La suite au prochain numéro.)

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — PARALLÈLE DE L'ŒUF MALE ET DE L'ŒUF FEMELLE CHEZ LES ANIMAUX; DÉVELOPPEMENT SPONTANÉ DE L'ŒUF MALE.

Dans cette importante communication à l'Académie des sciences, M. Serres a rappelé l'aoalogie évidente et depuis loogtemps signalée chez les mammifères, entre les parties composant l'appareil générateur des mâles et celles de l'appareil géoérateur des femelles. Il a dit à ce sujet que la fixité de la vésicule ovigène des femelles dans le *stroma* de l'ovaire, et le détachement de la vésicule ovigèoe du mâle do *stroma* du testicule, étaient peut-être la différence priocipale entre celles qui caractérisent les sexes.

« La vésicule ovigène est ordioairement enchâssée dans le *stroma* de l'ovaire, et il est difficile de l'en isoler complétement; mais dans les testicules celluleux des plagiostomes et des cyclostomes, ou daos l'iotérieur des caoaux séminifères, cette vésicule se soulève, s'isole d'elle-méme en se boursouflant, et se détache si naturellemeot, que l'on pourrait la prendre pour une simple cellule épithéliale, ou pour le produit d'une sécrétioo ordinaire.

» L'œuf femelle se détache seul de l'ovaire, laissant en place la vésicule ovigèoe, tandis que, chez les mâles, l'œuf emporte avec lui la vésicule mère daus laquelle il se développe; aussi, pour apprécier convenablement les rapports de composition de l'œuf daos les deux sexes, il faut comparer l'œuf des mâles, au moment où il va se détacher, à l'œuf ovarieo des femelles.

» Ce terme de comparaison établi, on peut recoonaître dès lors l'analogie de composition ainsi que les différences des deux radicaux de l'animalité.

» On reconnaît premièrement qu'au moment où le granule ovigèoe de l'ovaire se dilate pour prendre l'aspect de follicule, il ressemble en toot point au follicule testiculaire à l'époque où celui-ci se boursoufle avant de se détacher des parois des conduits séminifères. L'un et l'autre sont constitués par une enveloppe très-mince qui leur doone l'aspect d'uoe vésicule microscopique; l'uo et l'autre renferment un liquide d'une nature albumineuse; l'un et l'autre sont transparents. Dans ce premier état, la vésicule ovigène des mâles ressemble donc exactement à la vésicule ovigène des femelles. Elle se détache à cette période et devient libre, tandis que celle des femelles reste eochevêtrée dans le *stroma* de l'ovaire. A part cette différence, le contenu des deux vésicules subit alors des modifications semblables, en sorte qu'oo voit persister encore l'analogie de composition qu'elles présentaient auparavant.

» En effet, daos ce second état de la vésicule ovigèoe des femelles, nous avons vu qu'il apparaissait dans l'ioterieur du liquide qu'elle renferme une seconde vésicule qui devenait le radical de l'œuf ovarien et qui est la vésicule germinative remplie elle-méme par un liquide transparent.

» Pareillement, dans le liquide que contient la vésicule ovigène des mâles, apparait aussi une seconde vésicule pleine d'un liqoide clair et qui est l'aoalogue de la vésicule de l'œuf ovarieo des femelles.

» A quel signe, a dit M. Serres, avons-nous reconnu chez les femelles que cette secoode vésicule de nouvelle formation était bien la vésicule germinative? Nous l'avons reconnu à l'apparition d'un point germinatif qui est venu se montrer au centre de cette seconde vésicule.

» A quel signe reconnaitroos-nous que la vésicule qui s'est développée dans la vésicule ovigèoe des mâles est bien l'analogue de la vésicule germioative des femelles? Évidemment nous le reconnaitrons avec certitude si nous voyons apparaitre dans le milieu de cette seconde vésicule, un point *germinateur* analogue au point germinatif. Or, nonseulemeot ce point germinateur se montre chez les mâles, comme le poiot germinatif chez les femelles, mais de plus il apparait chez les mâles avec uoe puissance de germination qui n'existe pas chez les femelles.

» Si donc l'on compare l'œuf ovarien et l'œuf testiculaire à cette période respective de leur formation, on les trouve composés l'un et l'autre des mémes éléments. L'un et l'autre ont en dehors une pellicule membraneuse qui constitue leur enveloppe vésiculeuse. Cette enveloppe est la vésicule ovigène. Au milieu de cette vésicule, l'un et l'autre offrent une seconde vésicule incluse dans la première : c'est la vésicule germinative. Au centre de la vésicule germinative, l'un et l'autre présentent une tache nébuleuse : c'est le poiot germioatif ou germinateur. De plus, dans l'un et l'autre, il y a un liquide de nature albumineuse. Daos l'un, c'est le liquide de la vésicule ovigène femelle; dans l'autre, c'est celui de la vésicule ovigène mâle. Le point germinatif est mat et sans liquide dès son apparition, daos l'œuf ovarien comme daos l'œuf testiculaire.

» Passé cette seconde période du développement, les deux œufs se différencient. L'un, l'œuf ovarien, acquiert des parties nouvelles qui ne se formeot pas daos l'œuf testiculaire. Les parties nouvelles qui s'ajoutent à l'œuf des femelles sont le cumulus proligère, le jaune et la membrane vitelline: toutes parties dévolues à la formation de l'embryon futur, dont la vésicule germinative des femelles renferme les éléments, tandis que la vésicule germinative des mâles apporte dans l'association le principe de l'ioitiation à la vie.

» On sait que le contact du prodnit des deux œufs est la coudition indispensable de la fécondation. Mais dans cette fonction mysterieuse quel est celui, du mâle et de la femelle, qui initie l'autre à la vie? Quel est celui qui possède le pricipe fécondant pour le transmettre à l'autre, et sur quelles preuves physiques nous appuierons-nous pour distinguer dans les deux œufs quel est l'initiateur et quel est l'initié à la vie?

» Pour arriver a la solution de cette question ardue, M. Serres rappelle le fait général qui symbolise la fécondation de l'œuf femelle daos tout le règne animal. Ce fait est celui de la segmeotation du vitellus, de la vésicule germioative et du poiot germinatif. Sans l'approche du mâle, sans la présence du zoosperme, l'œuf femelle reste en repos, soo appareil de vie est frappé de mort; nulle trace de segmentation ne se manifeste.

» La vésicule germinative paraît être dans l'œuf des mâles le siége de la segmentation, et dès à préseot on peut compter trois modes différents suivant lesquels cette segmentation s'effectue :

FEUILLETON.

ÉTUDES MÉDICALES SUR QUELQUES POÈTES ANCIENS ET MODERNES.

HORACE.

(Suite et fin. — Voir les nos 26 et 28.)

Personne n'est content de son sort, chacun envie le lot de son voisin, c'est l'éternelle folie de l'homme. Ecoutons Horace :

Qui fit, Mæcenas, ut nemo, quam sibi sortem
Seu Ratio dederit, seu Fors objecerit, illâ
Contentus vivat; laudet diversa sequentes?

Tel est le début de la première satire, et notre poëte développe ce texte avec une verve admirable; il passe en revue diverses professions: il montre le marchand, le soldat, le jurisconsulte, se plaignant chacun de son métier, enviant celui de son voisin; quel malheur qu'il n'ait pas parlé des médecins, car il n'eût pas manqué de trouver parmi nos confrères de son temps de beaux exemples de cette absurde disposition d'esprit qui consiste à ne voir que les inconvénients de son état! N'entendons-nous pas dire tous les jours: « Quel métier! que de fatigues, que d'ennuis! et pour qui? pour des ingrats, » pour des méchants qui attribuent à la nature tous les bénéfices de la guérison, au médecin tous les accidents de la maladie! Un esclavage perpétuel! A la merci du premier venu! Des malades pleins de préjugés, qui » vous racontent leurs opinions médicales, qui veulent qu'on les traite de ce » qu'ils croient avoir et non pas de ce qu'ils ont, et qui vous abandonnent » pour le premier charlatan venu, pour une somnambule extralucide, pour » un homœopathe ultra-mystérieux! Que mon fils s'avise de vouloir être » médecin! j'aimerais mieux ... Mais non, il sait trop bien ce que je pense » de cette charmante galère où l'on meurt de faim quand on n'est pas mort » à la peine! etc. »

Horace dirait à ceux-ci: « Comptez-vous donc pour rien d'avoir dans le monde une position indépendante, de n'avoir besoin de personne quand chacun a besoin de vons, de ne pas reconnaître de supérieur dans la hiérarchie sociale, d'exercer une sorte de magistrature suprême qui ne relève que de votre conscience, de votre talent, de votre vertu? Ne prisez-vous pas à sa juste valeur le droit de recevoir des honoraires et non pas un payement, une récompense et non pas un salaire? » La thèse est belle, notre poëte seul pourrait la soutenir comme elle mérite de l'être; laissons-la dans cette région où l'âme seule peut atteindre, et continuons notre travail.

Un avare réplique aux accusations d'Horace :

At si condoluit tentatum frigore corpus,
Aut alius lecto casus te adfixit; habes qui

» 1° Dans le premier, c'est la vésicule germinative et son point germinateur qui se fractionnent et se multiplient. Tel est le cas des mammifères et des oiseaux.

» 2° Dans le second, observé chez les batraciens, parmi les reptiles, la vésicule germinative se multiplie de même que chez les mammifères et les oiseaux, mais le point germinatif se vésiculise, et cette vésicule nouvelle participe avec son noyau à cette multiplication.

» 3° Enfin, dans le troisième mode observé chez les poissons, par M. Burnett, c'est le point germinatif vésiculisé qui seul se segmente et se multiplie dans l'intérieur de la vésicule germinative.

« Dans les hélix, parmi les invertébrés, d'après les observations que M. Serres a faites dernièrement avec M. Gratiolet, les vésicules ovigènes mâles sont extrêmement nombreuses. Chacune d'elles est constituée par une enveloppe pellucide enfermant un contenu granuleux. L'observation démontre dans ce contenu une tendance évidente à se segmenter en un nombre toujours croissant de cellules distinctes. Quand ces cellules, dont chacune a un petit noyau, sont devenues trop nombreuses, la rupture des vésicules ou ovonites mères les met aisément en lumière. Tels sont les premiers changements que subit dans ces animaux la vésicule ovigène mâle.

» Mais pendant que ces transformations s'effectuent apparaît un nouvel élément : l'œil aperçoit parmi les ovonites mâles d'autres vésicules distendues par des amas distincts de granules brillants. Ces amas sont des centres autour desquels les ovonites s'agrégent en formant des couronnes, de manière à rappeler l'aspect de certaines fleurs radiées. Chacune des vésicules ovigènes est évidemment polarisée. En effet, c'est toujours vers l'extrémité qui touche à l'amas central de granules que les têtes des zoospermes futurs apparaîtront, les queues pousseront vers l'extrémité opposée.

» Les têtes apparaissent les premières ; elles paraissent résulter de la segmentation rayonnante d'un disque unique. Elles sont, en effet, rangées autour d'un centre comme les rayons d'une roue. Quand elles ont acquis toute leur grandeur, chacune d'elles émet un filament caudal de manière à rappeler le mode de développement des rotellines ; toutes ces queues poussent à la fois en formant un faisceau qui s'allonge de plus en plus et se pelotonne à l'intérieur de la vésicule mère, jusqu'à ce que, celle-ci se déch rant, il se développe à l'extérieur, entraînant à son extrémité les petites cellules à noyau qui remplissaient la vésicule. Ces faisceaux demeurent quelque temps encore attachés par leur extrémité céphalique à l'amas central qui ressemble alors à une sphère chevelue. Enfin, les faisceaux se détachent en entraînant avec eux des débris granuleux, et flottent quelque temps dans le liquide qui remplit le *cœcum* de l'organe en grappe jusqu'au moment où ils se dissocient par la séparation de tous les zoospermes qui les composent.

» Il est impossible, en suivant ces métamorphoses, de n'être pas frappé de la ressemblance qui existe entre ces développements et ceux d'une vésicule blastodermique autour d'un vitellus. Le disque dont la segmentation produit les têtes des zoospermes pourrait être aisément comparé à un cumulus proligère et leurs queues à un blastoderme segmenté en lanières rayonnantes. Quant aux cellules qui résultaient du fractionnement de la vésicule germinative et remplissaient l'intérieur de la vésicule mère, elles remplissent, eu égard aux zoospermes futurs, la place et peut-être le rôle d'un vitellus, sauf certaines différences spécifiques d'origine, de propriétés vitales et de composition chimique.

» D'ailleurs, le zoosperme éclos de cet œuf, et devenu indépendant, n'a point encore acquis sa perfection dernière, il est immobile, et, comme l'a fait voir M. Gratiolet, n'arrive à sa forme définitive qu'à la suite de métamorphoses ultérieures qu'il subit dans la bourse copulatrice, sorte de vésicule séminale où il se trouve déposé pendant l'accouplement.

» On voit ainsi combien est actif quoique spontané le rôle de la vésicule germinative et du point germinateur dans l'acte de la segmentation de l'œuf des mâles. Il contraste avec la passivité admise des parties analogue dans l'œuf des femelles, même après la fécondation.

» Barry a constaté que chez les femelles, de même qu'on vient de le voir chez les mâles, le point germinatif se vésiculise, de sorte que chez les deux sexes la vésicule germinative présente alors deux membranes ou deux vésicules inscrites l'une dans l'autre.

» Après la fécondation, la vésiculation du point germinatif chez les femelles est le prélude de sa segmentation, dont le mécanisme se rapproche beaucoup de celui de l'œuf mâle des batraciens et des poissons.

» Dans l'œuf femelle, le germe est après la fécondation le produit de l'évolution et des métamorphoses de la vésicule germinative et de son point germinatif. Il en est de même du zoosperme chez les mâles. De sorte que dans les deux sexes les zoospermes et le germe suivent dans leur développement les degrés de deux échelles parfaitement parallèles. Cette similitude quant au mode d'origine est essentielle à constater dans les préludes de l'embryogénie primitive.

« Ainsi comparée à la segmentation de l'œuf des femelles, celle de l'œuf des mâles ne présente aucune différence bien notable. L'une est la répétition de l'autre. Dans les deux œufs, la division première, puis les subdivisions subséquentes nous représentent avec évidence le procédé général de la génération par scissure. Cependant à l'époque où ces phénomènes similaires se développent, les deux œufs sont dans des conditions physiologiques bien différentes. L'un, l'œuf de la femelle, a été fécondé ; il a reçu du mâle le principe, le souffle de vie qui le met en mouvement ; l'autre, au contraire, l'œuf du mâle, n'a rien reçu. Il a puisé en lui-même le principe de vie qui l'a mis en action. Son mouvement lui appartient en entier : *per se movet*, il se meut par lui-même. Si donc la segmentation des deux œufs est le symbole de la génération, on est forcément conduit par les faits à conclure : 1° que la génération de l'œuf femelle est une génération communiquée, tandis que celle de l'œuf mâle est une génération spontanée ; 2° que l'œuf mâle est initiateur et l'œuf femelle initié à la vie. »

Adsideat, fomenta paret, medicum roget, ut te
Suscitet, ac natis reddat charisque propinquis.

La fièvre va venir, le frisson commence, je me sens tout brisé (ou tout autre mal me clone au lit); heureux qui peut avoir une garde vigilante qui vous prépare des fomentations, qui appelle un médecin, etc. Désabusez-vous, s'écrie le poëte, ni votre femme, ni votre fils ne désirent votre guérison, vos voisins vous haissent....; et il ajoute un terrible tableau de cette horreur universelle qu'inspire l'avarice.

Ces *fomenta* dont parle Horace reviennent souvent dans ses vers, soit dans le sens direct de topique, calmant, lénitif, soit au figuré, comme dans ce vers de l'ode XI du cinquième livre :

Fomenta, vulnus nil malum levantia,

où il est question des blessures que cause l'amour; mais il l'a employé d'une façon fort singulière (épître 3, livre 1er), quand il dit à Julius Florus :

Quòd si
Frigida curarum fomenta relinquere posses.

Si vous pouviez vous débarrasser de ces froides préoccupations. Il est vrai que Celse parle des *fomenta calida, frigida*, et même des *fomenta sicca*, ce qui peut nous paraître étrange, mais enfin nous ne devons voir en tout ceci que des applications quelconques destinées à modifier le mal. Au poëte appartient le droit d'en user à sa guise, aussi bien pour le goutteux que contre les tourments de l'amour, accusant ceux-ci d'impuissance, ceux-là d'une vertu qui soulage et console.

Horace s'occupait de sa santé; nous avons vu combien il ménageait ses yeux, quelles recettes il opposait à ce mal des paupières si incommode. On pourrait croire qu'il a été tourmenté par la goutte, car il en parle souvent, et à vrai dire, son régime habituel et son tempérament rendent cette supposition probable ; cependant je n'ai trouvé aucune preuve de cette maladie dans son œuvre, et, par exemple, dans la première épître adressée à Mécène, quand il dit avec tant de raison, de bon sens :

Nec quia desperes invicti membra Glyconis,
Nodosâ corpus nolis prohibere chiragrâ.

Vous ne pouvez être, comme Glycon, un athlète invincible ; ce n'est pas une raison pour tolérer la goutte ; rien ne prouve que cette chiragre fût son lot, pas plus que les *fomenta podagram* déja cités n'indiquent que ses pieds aient été le siége de ces tortures, pas plus qu'il ne s'agit de ses propres oreilles quand il parle de ces *auriculas sorde dolentes*. Horace n'avait pas la manie de se croire affecté de tous les maux, il se sert de ces comparaisons puisées dans l'étude de l'homme physique, parce que ces images, fortement accentuées, frappent les esprits et font parfaitement comprendre sa pensée, mais sans qu'on puisse croire qu'il veuille parler de lui-même. Il voit bien plutôt le côté moral des choses. Ainsi, dans cette même épître, il dit à Mécène : « Vous vous moquez de moi quand mon costume est négligé, quand ma » chevelure est mal arrangée ; mais si je me contredis, si je suis capricieux,

PHYSIOLOGIE.

NOUVELLES RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES MOUVEMENTS ET LES BRUITS NORMAUX DU COEUR, ENVISAGÉS AU POINT DE VUE DE LA PHYSIOLOGIE MÉDICALE; par A. CHAUVEAU, chef des travaux anatomiques à l'École impériale vétérinaire de Lyon, et le docteur J. FAIVRE, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

(Suite. — Voir les numéros 24 et 27.)

III.

BRUITS DU COEUR.

1. Formule des questions à résoudre. 2. A quels temps se font entendre ces bruits? 3 A quelles causes doit-on les rapporter? 4. Démonstration du rôle des valvules sigmoïdes dans la production du second bruit. 5. Démonstration du rôle des valvules auriculo-ventriculaires dans la production du premier bruit.

1. — Cette question capitale des bruits du cœur a déjà été envisagée sous toutes ses faces et a donné lieu aux opioions les plus divergeotes. Chercher à analyser ces opinions serait sortir de notre rôle. Évitons eocore la discussion pour nous borner à une simple constatation de faits.

Nous n'avons rieo à dire sur la nature et le rhythme des deux bruits du cœur, sources de recherches physiologiques épuisées depuis loogtemps et sur lesquelles on trouvera, dans l'excelleot cours de physiologie de M. Bérard, tous les renseignemeots désirables. Occupoos-nous seulemeot des deux points de doctrine formulée ci-après : *A quels temps d'une révolution du cœur se produisent les deux bruits? A quelles causes doit-on les rapporter?*

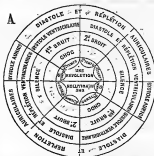
2. — Voici notre réponse à la première question : Le premier bruit se fait entendre peodant le deuxième temps ou la deuxième période d'une révolution du cœur; *il est donc isochrone avec la systole ventriculaire*. Le deuxième bruit se produit au commencement du troisième temps ou de la troisième période, c'est-à-dire *pendant la diastole générale ou le repos complet du cœur*. Nous sommes donc d'accord sur ce point avec les comités aoglais, et en désaccord complet avec M. Beau, qui regarde le premier bruit comme isochrooe avec la systole des oreillettes, et le deuxième, avec la diastole de ces mêmes oreillettes. Nous ne cootestons pas le talent avec lequel M. Beau a défendu son opinion contre les expérimeotateurs d'outre-mer; mais nous n'admettons point la valeur de ses preuves. Que signifie toute son argumentation en préseoce des faits suivants?

Un cheval est disposé pour l'observatioo du cœur, d'après notre méthode. L'organe est mis à nu, soit à droite, soit à gauche. Uo long stéthoscope est appliqué sur l'origioe d'un des troncs artériels, ou sur l'une des oreillettes; on perçoit aisément les bruits, avec leur rhythme et leur timbre à l'état normal. Uoe oreillette est saisie entre les doigts; on sent sa contraction avant d'enteodre le premier bruit. La main quitte l'oreillette et se porte sur les veotricules; on constate alors un isochronisme parfait eotre le *premier bruit* et la *systole ventriculaire*; le *second bruit* s'eotend *au moment où les ventricules passent de la systole à la diastole*. Oo fait tenir le stèthoscope par un aide, et les deux mains sont appliquées à la surface du cœur, l'une sur les oreillettes, l'autre sur les ventricules; et l'on obtieot encore les mêmes résultats : *Systole auriculaire, aphone*; *systole ventriculaire, avec premier bruit*; *diastole générale, avec deuxième bruit au commencement*. On varie l'expérience de la manière suivante : un doigt est introduit daos uoe oreillette; il sent la contraction des parois de cette cavite avant que l'oreille n'entende aucun bruit; le premier bruit survient quand la valvule auriculo-ventriculaire frappe la polpe du doigt en se relevant; ce bruit cesse et est remplacé par le second quand ces valvules s'abaisseot.

Tous ces faits sont d'une évidence si frappante et si facile à saisir chez le cheval, qu'ils oot cooverti presque instantanément les adeptes les plus fervents que M. Beau comptait parmi les médecins lyoonais. Nous demandoos cinq minutes à un homme de bonne foi comme M. Beau pour le raoger également à notre opinioo.

En résumé, uoe révolutioo du cœur étaot partagée eo quatre temps chez le cheval, le premier temps est occupé par la systole auriculaire, mouvement tout à fait aphooe; le deuxième, par la systole ventriculaire, avec premier bruit; le troisième, par le commencemeot de la diastole générale, avec deuxième bruit; le quatrième, par la fin de cette diastole, aphooe comme le premier temps. Chez l'homme, les choses se passent de la même manière, avec cette différence que cette dernière phase manque tout à fait, le rhythme des mouvements et des bruits étant marqué par trois temps seulement. Les tableaux A et B permettent de saisir d'un seul coup d'œil toutes ces coïncidences (1).

TABLEAU A
montrant le synchronisme des principaux phénomènes qui se manifestent pendant une révolution du cœur chez le cheval.
(Rhythme à quatre temps.)



(1) Chaque tableau représente deux révolntions complétes. On a dooné à

» irrésolu, si j'agis sans raison, si je juge sans motifs, si mon esprit est en » désordre, »

Insanire putas solemnia me, neque rides,
Nec medici credis, nec curatoris egere.

Et il ajoute ce dernier trait, si piquant, si fin, si plaisant : « Le sage seul est riche, libre, beau, respecte, roi des rois, enfin, »

Rex denique regum,
Præcipuè sanus, nisi quum pituita molesta est,

surtont quand il se porte bien et que la pituite ne le gêne pas. C'est fort bien; mais qu'est-ce que la pituite? Le père Sanadon pense qu'il s'agit de cette humeur qni coulait des yeux d'Horace, et je serais assez de son avis, d'autant plus que Celse se sert de la même expression pour indiquer une conjonctivite catarrhale; mais d'autres traducteurs, et particulièrement M. Goupy, sont d'une opinion différente. Encore nn procès pendant dont je serais volontiers jnge, si la compétence de la Faculté était admise en ces matières complexes.

Mais en voilà beaucoup, en voilà trop peut-être ponr démontrer le rôle important que jone la médecine dans l'œuvre poétique d'Horace. Nous voulons laisser là ces lambeaux épars, trace brillante de l'union de la Muse avec l'Apollon Pythien, mariage fécond dans lequel la science revêt la livrée éclatante des beaux vers; il ne nous reste plus qu'à suivre le poète jusqu'au moment où la vie va l'abandonner. Les illusions de la jeunesse se sont envolées, les prospérités inouïes de l'empire sont sur leur déclin, César Auguste vieillit, la main qui dirigeait les destinées du monde s'appesantit et va quitter les rênes, Horace aura le bonheur de ne pas survivre à ses amis les plus chers, à ces félicités qu'il a goûtées et qu'il a immortalisées dans ses ouvrages.

Il lni est arrivé une seule fois, je crois, de plaisanter à propos de sa propre mort; c'est dans la nenvième satire du livre 1er, quand il raconte avec tant de gaieté le snpplice que lui imposa nn de ces fâcheux, comme le Ménalque de la Bruyère.

Ibam fortè viâ sacrâ (sicut meus est mos)
Nescio quid meditans nugarum, totus in illis.

Je flânais dans la voie Sacrée, songeant, suivant mon usage, à quelques bagatelles, un importun m'aborde, me poursuit de son bavardage maudit; je ne puis m'en débarrasser, si bien que me revient en mémoire cette prophétie d'une vieille sorcière du pays des Samnites :

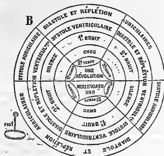
Hunc neque dira venena, neque hosticus auferet ensis,
Nec laterum dolor, aut tussis, nec tarda podagra :
Garrulus hunc quando consumet cumque loquaces,
Si sapiat, vitet, simul atque adoleverit ætas.

Cette petite bistoire si gaie fait voir qu'Horace ponvait prêter à Labella certaines connaissances médicales et même l'indication assez précise des symptômes de ces maladies. Mais Horace ne mourut pas de cette rencontre

Tableau B

montrant le synchronisme des principaux phénomènes qui se manifestent pendant une révolution du cœur chez l'homme.

(Rhythme à trois temps.)



3. — *Le deuxième bruit est exclusivement produit par le claquement des valvules sigmoïdes, sous le choc en retour du sang contenu dans les artères; le premier bruit reconnait pour cause essentielle le redressement et la tension des valvules auriculo-ventriculaires, par la projection du sang des ventricules*: telle est l'opinion de M Rouanet sur les causes des bruits cardiaques; telle est aussi la nôtre. Attachons-nous à la justifier par des faits.

4. — Parmi les expériences instituées par les comités anglais pour démontrer le rôle des valvules sigmoïdes dans la production du *second bruit*, il en est une remarquable par sa simplicité et les excellents résultats qu'elle donne, celle qui consiste à saisir à pleine main les deux troncs artériels, vers leur origine, pour intercepter complètement la circulation à leur intérieur. Dans cette expérience, le claquement des valvules sigmoïdes est rendu impossible, et le second bruit du cœur est tout à fait anéanti; c'est donc à ce claquement valvulaire qu'est dû ce deuxième bruit (1). Nous ne connaissons pas d'objections sérieuses à cette conclusion. A l'exemple des expérimentateurs anglais, nous avons cependant cherché d'autres preuves, mais en variant leurs procédés.

Pour empêcher l'abaissement des valvules sigmoïdes sans interrompre la circulation, nous introduisons dans les troncs artériels un trocart dont la gaine renferme plusieurs lames élastiques. L'instrument est enfoncé jusqu'au-dessous du niveau des valvules sigmoïdes pendant qu'elles sont relevées; puis la gaine du trocart est retirée pour permettre l'écartement des lames élastiques, qui s'appliquent alors contre les valvules et les empêchent de s'abaisser. On détruit ainsi le deuxième bruit, soit dans les deux artères, soit dans l'une seulement, et l'on entend très-bien à la place un souffle doux après chaque systole des ventricules, souffle produit par le retour du sang dans ces cavités.

5. — La cause du second bruit est donc mise tout à fait hors de doute. Revenons au premier bruit pour prouver que lui aussi est le résultat d'un claquement valvulaire.

Et d'abord, quand on a senti une fois la *tension* des valvules auriculo-ventriculaires, on a *entendu*, si nous osons parler ainsi, le premier bruit du cœur avec la pulpe du doigt. On éprouve alors une sensation tactile si persuasive que l'esprit ne peut vraiment s'en défendre; c'est un rapport de cause à effet qu'il saisit par intuition, comme malgré lui, surtout lorsqu'il s'est bien pénétré à l'avance du rôle des valvules sigmoïdes dans la production du deuxième bruit.

Cette preuve rationnelle a bien son importance; mais il en est d'autres purement expérimentales. Pénétrez avec un ténotome courbe, à pointe mousse, dans l'oreillette droite, par une ouverture pratiquée à l'auricule, et coupez les cordages tendineux qui fixent aux parois ventriculaires les trois festons de la valvule tricuspide, ou seulement même un seul de ces festons: la valvule ne se tendra plus sous l'effort de la contraction ventriculaire, et le sang refluera à large flot dans l'oreillette, à chaque mouvement de systole. Liez alors l'extrémité de l'auricule pour arrêter l'écoulement du sang, et placez le stéthoscope sur l'oreillette; avant l'expérience, on entendait sur ce point le premier bruit du cœur; après la section des valvules, il est remplacé par un souffle prolongé qui dure autant que la systole ventriculaire, avec assez d'intensité pour couvrir généralement le bruit normal qui continue à se faire entendre dans le cour gauche. Introduisez le doigt dans

---

ces tableaux la forme circulaire pour mieux faire comprendre le mouvement sans fin qui caractérise le jeu du cœur.

Le cercle le plus excentrique appartient aux mouvements auriculaires, le second aux mouvements ventriculaires, le troisième aux bruits, le quatrième au choc.

L'étendue donnée à chaque division transversale du tableau indique à peu près la durée relative des temps de chaque révolution.

(1) Cette expérience doit être faite très-rapidement, on le comprend, à cause du trouble apporté dans le jeu du cœur par cette interruption complète de la circulation. Peut-être vaut-il mieux, comme nous l'avons fait souvent, opérer seulement sur l'artère pulmonaire, après avoir ouvert l'animal du côté gauche. Au moment de l'interruption de la circulation, le second bruit cesse de se produire dans le cœur droit, et l'oreille, appliquée par l'intermédiaire du stéthoscope sur l'infundibulum, ne perçoit généralement aucun son après la systole ventriculaire, quoique le second bruit persiste dans le cœur gauche. On peut encore avec un peu d habitude exécuter cette expérience sans interrompre la circulation dans l'artère pulmonaire; il suffit, en effet, de pincer ce vaisseau au-dessus de son origine, au moment même où va cesser la systole des ventricules, de manière à empêcher le retour du sang sur les valvules sygmoïdes, puis d'abandonner l'artère à elle-même pour laisser passer le sang dans le poumon lors de la systole suivante, et ainsi de suite. Si l'on est assez adroit pour pincer exactement l'artère, on supprime tout à fait le deuxième bruit. Si l'obstruction n'est pas complète, on détermine un bruit de souffle produit par le retour d'une partie du sang dans le ventricule.

---

funeste, il se débarrassa de ce parleur éternel, et puisque j'en trouve l'occasion il faut que je vous communique, ami lecteur, une petite découverte que j'ai faite dans cette même satire pleine de faits intéressants sur la vie privée des Romains.

Quand, dans une circonstance litigieuse, un citoyen croyait devoir réclamer en justice le témoignage d'une personne, il touchait l'oreille de ce témoin, et cet appel constituait une obligation de la part de ce dernier. Or notre poëte pour se débarrasser du bavard qui l'obsède, propose à sa partie adverse de témoigner en sa faveur :

— Licet antestari? — Ego verò
Oppono auriculam.

Voulez-vous être mon témoin? — Assurément! Voici mon oreille!

Je me contente d'indiquer ce fait singulier, de prendre acte de cette nouveauté, me réservant de montrer combien Horace s'est occupé de l'oreille, combien cet appareil a été pour lui une mine féconde d'idées ingénieuses, de comparaisons savantes. Ce sera un joli chapitre de ma grande monographie de l'organe auditif. Il y avait à Rome un proverbe que Cicéron nous a conservé : *Auriculâ infirmâ mollior*, plus souple que le bas de l'oreille, c'est-à-dire le lobule, et je ferai voir qu'on peut l'appliquer au génie d'Horace, qui a su se plier aux exigences les plus opposées de sa mission poétique, aussi charmant dans le *sermone pedestri* que quand il s'écrie : *Favete linguis!*

Horace ne devait pas succomber à une pneumonie (*laterum dolor et tussis*), il n'avait rien à craindre du glaive ennemi (*ensis hosticus*), ni de ces *dira venena* que les Canidies de son temps savaient si bien manier; il ne parait pas qu'aucune maladie notable ait ébranlé sa constitution; il vivait dans l'intimité de Mécène; il voyageait souvent pour son plaisir, pour son utilité, fuyant les températures extrêmes, cherchant un bien-être facile à trouver pour ceux qui, comme lui, pouvaient vivre à leur fantaisie, sans inquiétudes sur l'avenir, sans ambition, sans devoirs impérieux. Il avait tout ce qui constitue le bonheur matériel, une maison dont il dit : *Hoc erat in votis!* Un petit domaine dans la Sabine (*Ustica*) avec huit esclaves valides pour agriculteurs, et tout cela suffisait à un homme qui préférait l'*aurea mediocritas* au luxe effréné de ceux qu'avaient enrichis le pillage et la ruine des provinces.

Avait-il donc vécu assez bien pour fuir ces causes de maladies si fréquentes chez les heureux du siècle? Hélas! non; le bonheur a ses épines, et celles-là sont aiguës, elles déchirent profondément les organisations délicates; il y a un état nerveux qui est le triste privilége des poëtes, des artistes, de tous ceux qui, en commerce habituel avec la Muse, vivent trop par le cœur et les sens, et c'est par là qu'Horace dut payer son tribut aux douleurs, cette fâcheuse condition de l'existence. Dès l'âge de 36 ans, le poëte était devenu un peu hypocondriaque, et Davus ne manque pas de lui en faire le reproche et d'indiquer la cause de cette langueur inquiète, punition des voluptueux, des gourmands. Il se laissait aller au découragement par faiblesse, par lassitude, ou bien, relevant son front inspiré, plein d'énergie et d'enthousiasme, il disait dans une ode célèbre adressée à Quintus Delius (liv. 2, ode 3e) :

l'oreillette, et vous sentirez, à chaque contraction des ventricules, le flot du sang remonter dans le compartiment auriculaire, en produisant un frottement doux qui donne l'explication du bruit de souffle.

Au lieu de couper les valvules, employez une tige de fil de fer contournée, à l'une de ses extrémités, en un anneau interrompu, coudé perpendiculairement sur la tige elle-même, et que vous pourrez engager dans l'oreillette par une très-petite ouverture (Voy. la figure 1re, à côté du tableau B). En poussant cet anneau dans l'orifice auriculoventriculaire, pour empêcher l'affrontement et la tension des valvules, vous déterminerez également un bruit de souffle. En ramenant le fil de fer en haut de l'oreillette, vers les orifices veineux, vous ferez reparaître le premier bruit dans toute son intensité, et le souffle anormal sera anéanti.

Répétez la première expérience sur le cœur gauche, et vous obtiendrez encore le même résultat. Mais l'auscultation, dans ce cas, ne peut s'effectuer toujours sur l'oreillette, à cause du violent ébranlement que le reflux du sang fait subir au stéthoscope; il faut souvent appliquer l'instrument sur la base des ventricules, à l'origine de l'aorte. Le souffle auquel on donne alors naissance est beaucoup plus fort que du côté droit; il couvre toujours entièrement le bruit normal qui se produit à l'orifice auriculo-ventriculaire droit.

Enfin, la section des valvules auriculo-ventriculaires peut être pratiquée sur les deux cœurs à la fois, l'animal étant ouvert du côté gauche, le premier bruit est alors constamment remplacé en totalité par un souffle magnifique.

Tous ces faits sont d'une observation fort délicate, et exigent, pour être saisis convenablement, l'habitude de l'auscultation. Il est difficile, en effet, d'éviter les bruits accidentels produits, soit par le choc du cœur contre le stéthoscope, soit par le frottement de l'organe sur les parois du péricarde incrustées de caillots sanguins, soit par la présence de l'air dans cette cavité; et ce sont là autant de conditions défavorables qui gênent la perception des bruits réguliers. Nous osons cependant affirmer la parfaite exactitude de nos remarques, avec l'assentiment de toutes les personnes qui ont suivi nos expériences.

Il est donc démontré, à nos yeux, que la tension des valvules auriculo-ventriculaires est la cause essentielle du premier bruit. Les objections qu'on a élevées contre cette partie de la théorie de M. Rouanet sont assez nombreuses; examinons les principales en peu de mots.

L'objection tirée du prétendu plissement des valvules auriculo-ventriculaires, qui s'opposerait à leur tension, est sans valeur, puisque le fait sur lequel elle s'appuie est faux.

On a dit que le premier bruit présentant, chez l'homme, son maximum d'intensité dans la moitié inférieure du cœur, et non vers le niveau des orifices auriculo-ventriculaires, il était difficile de comprendre que ce bruit eût son siége vers ce dernier point. Ceci n'est pas rigoureux; car il ne faut pas oublier que les valvules mitrale et tricuspide sont attachées, par leurs cordages tendineux, à la face interne des ventricules; que c'est à la faveur de ces cordages qu'elles éprouvent leur tension, et que le bruit produit par cette tension doit nécessairement se transmettre avec toute son intensité à la partie inférieure des parois ventriculaires. On pourrait encore répondre que ce bruit est renforcé par le choc du cœur contre la paroi thoracique. Nous ne serions pas étonnés de le penser; mais nous n'en avons aucune preuve directe.

Les principales objections auxquelles nous avons à répondre ont été posées par les expérimentateurs anglais. Ils ont détruit les valvules auriculo-ventriculaires, ou empêché leur mouvement, sans anéantir le premier bruit. Ils ont ausculté le cœur sorti de la poitrine et posé sur une table, et ils ont encore entendu ce bruit à chaque systole des ventricules, quoique ceux-ci fussent vides de sang, et que les valvules ne puissent se relever, etc. Nous n'avons qu'une seule chose à répondre : Avait-on pris toute les précautions possibles contre les causes d'erreurs? Évidemment non; car nous voyons, dans le compte rendu de ces expériences, que le stéthoscope a été directement appliqué sur la masse ventriculaire. En faut-il davantage pour expliquer la production du bruit qui était perçu à chaque systole des ventricules, et qu'on a regardé comme un phénomène normal, comme le premier bruit du cœur? Ces expérimentateurs n'ont pas compris que le choc vigoureux imprimé par cette systole à l'extrémité du stéthoscope (même quand cet instrument a été rendu flexible par une garniture en caoutchouc) constitue toujours, et malgré tout, une cause de bruit étrangère à celles qui sont réellement physiologiques. Si au lieu d'ausculter sur les faces du cœur, ils eussent porté le stéthoscope à la base de l'organe, dans un point où l'instrument eût été à l'abri du choc ventriculaire, ils n'auraient plus entendu ce bruit sourd et frappé dont ils ont mal interprété la signification. Il ne faut pas être savant physicien pour savoir avec quelle facilité se produisent les bruits dits *solidiens*, par le moindre choc ou la moindre pression. C'est même cette considération qui nous a empêchés de prescrire *absolument*, comme cause accessoire du premier bruit, le choc du cœur contre la paroi thoracique.

Passons actuellement à ce dernier phénomène.

(La fin au prochain numéro.)

MÉDECINE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR L'AMYGDALITE AIGUE DITE SIMPLE, SUR LE TRAITEMENT ET SUR LA NATURE DE CETTE PHLEGMASIE; par le docteur E. BARTHEZ, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

DESCRIPTION DE L'AMYGDALITE INFLAMMATOIRE (1).

Cette maladie, rare dans l'enfance, appartient de préférence à la jeunesse et à l'âge mûr. Elle se développe d'ordinaire chez les personnes sanguines et disposées aux maladies inflammatoires (2).

(1) « Angina inflammatoria, sive angina vera et legitima. » Borsieri, *loc. cit.*, p. 347.

(2) « Anginæ inflammatoriæ magis subjacent homines ætate florentes, sanguineo temperamento, habituque pleniore præditi, victui lauto et calefacienti, aut vinosis liquoribus maxime dediti, exercitationes, laboribusque indurati, mares ideo frequentius quam fœminæ, et præsertim pilos flavos aut rufos

---

Æquam memento rebus in arduis
Servare mentem, non secus in bonis
Ab insolenti temperatam
Lætitiâ, moriture Deli.

Jouis de la vie, songe qu'un héritier joyeux dissipera ces trésors amassés; ce palais, ces campagnes, il faudra tout quitter,

Omnes eodem cogimur : omnium
Versatur urnâ, seriùs, ociùs
Sors exitura, et nos in æternum
Exilium impositura cymbæ.

Il n'est pas un de ces vers harmonieux qui ne soit devenu proverbe, pas une de ces pensées revêtues d'une forme si parfaite qui ne se présente à l'esprit des hommes lettrés dans les grandes circonstances de la vie. Le génie d'Horace s'y dévoile entièrement, c'est un cri de son âme et que répétera l'éternel écho des générations futures.

Mécène était souvent malade, toujours même, du moins Pline dit de lui : *Quibusdam perpetua febris est, ut Cilnio Mæcenati.* Quoi qu'il en soit de cette fièvre perpétuelle, ce personnage, tourmenté par une insomnie qui se prolongea pendant les trois dernières années de sa vie, composa quelques vers badins sur la mort, et cependant il la redoutait; il chantait comme ceux qui ont peur. Horace, attristé par cette maladie, écrivit une ode, la dix-septième du deuxième livre, dans laquelle il déclare à son ami qu'il ne lui survivra pas, il en fait le serment;

Ille dies utramque
Ducet ruinam. Non ego perfidum
Dixi sacramentum. Ibimus, ibimus,
Utrumque præcedes supremum
Carpere iter comites parati.

Cette expression si vive de son amitié pour son protecteur aurait pu passer pour un de ces élans poétiques qui n'engagent à rien; mais quand le favori d'Auguste eut rendu le dernier soupir, après avoir dit à l'empereur : *Horatii Flacci, ut mei, esto memor*, Horace ne tarda pas à remplir sa promesse, et moins d'un mois après la mort de celui qui était son *præsidium et dulce decus*, il expira subitement, sans avoir eu le temps d'écrire ses dernières volontés. Auguste fut son héritier, suivant le désir du poëte, et l'empereur, qui avait fait de magnifiques funérailles à son favori, plaça le tombeau d'Horace auprès de celui de Mécène, afin de consoler leurs mânes, et de réunir après la mort ceux qu'une amitié généreuse avait rapprochés pendant la vie.

P. MENIÈRE.

Elle est en somme peu fréquente : depuis bon nombre d'années j'en ai à peine vu une dizaine d'exemples, soit dans les hôpitaux, soit dans la pratique de la ville.

Dans tous ces cas, la maladie a été sporadique, et je n'ai pas pu établir une relation entre son existence et les constitutions épidémiques régnantes.

Mes notes ne me donnent pas des détails assez précis pour que je puisse affirmer si cette maladie débute par les symptômes généraux ou par les symptômes locaux. Je puis dire seulement que d'habitude la fièvre est intense, le pouls plein et large ou concentré et dur, c'est-à-dire appelant la saignée dans l'un comme dans l'autre cas. La fièvre est continue avec ou sans redoublement ; la chaleur est vive, sèche ou moite, mais ne présente pas d'alternatives à courts intervalles de frissons et de sueurs.

Le mal de gorge débute par un sentiment de sécheresse incommode avec difficulté à la déglutition, soit d'un côté, soit des deux à la fois. Le gonflement est d'ordinaire considérable ; il peut mettre plusieurs jours pour atteindre son maximum ; mais quelle que soit la rapidité de sa marche, il arrive d'habitude un moment où les amygdales, même non apparentes dans l'état de santé, sont très-volumineuses et se touchent presque ; elles sont alors tendues, lisses, et leurs anfractuosités normales ont disparu. La tension est souvent telle que l'on croit percevoir une fluctuation évidente, et que l'on pratique une ponction suivie d'une simple évacuation de sang.

En même temps la rougeur est très-vive, écarlate, la membrane est luisante et comme sèche ; il n'y a pas de mucus à la surface, ou bien il est visqueux, tenace et en petite quantité ; à peine voit-on quelques petits points pseudo-membraneux épais, isolés, adhérents, paraissant sortir de l'orifice des follicules.

La douleur est très-vive ; il y a un sentiment de plaie et de déchirement ; les mâchoires s'écartent peu et avec difficulté ; la déglutition est impossible ou au moins très-douloureuse ; c'est à grand'peine et au prix de vives souffrances que le malade peut avaler quelques gouttes de liquide ; aussi s'abstient-il en général de boire ; et même lorsque la fièvre est tombée, lorsque le sentiment de la faim se fait sentir, il préfère se priver de nourriture plutôt que de subir la douleur provoquée par la déglutition (1).

Dans cette maladie la phlegmasie a peu de tendance à gagner les parties voisines ; souvent elle se concentre exclusivement dans les amygdales (2) ; quelquefois cependant le voile du palais, surtout au niveau de l'extrémité postérieure de la voûte palatine, participe à l'inflammation des tonsilles et parait comme elles, gros, lisse, tendu et d'un rouge vif.

La résolution simple est le mode de terminaison le plus habituel de la phlegmasie ; d'autres fois, l'une ou l'autre amygdale suppure, et il se forme un abcès qui s'ouvre seul dans un effort ou qui nécessite l'emploi de la lancette (3).

D'autres fois la phlegmasie est assez violente pour qu'il se forme une escarre comprenant une portion de la glande et dont l'élimination est nécessaire. Borsieri (1) décrit comme naturelle et spontanée cette terminaison que j'ai seulement observée après l'emploi d'un traitement intempestif (voy. ci-après).

Quelle que soit la terminaison de l'amygdalite inflammatoire, sa durée est plus longue que celle de la pharyngite catarrhale. Elle va en général croissant pendant cinq ou six jours ; malgré le traitement (2), je ne l'ai pas vue diminuer pendant cette période. C'est entre le cinquième et le dixième jour que l'amélioration se dessine, et la guérison n'est complète que du dixième au quinzième jour (3).

Cette maladie n'est guère sujette à récidive ; quelques personnes, il est vrai, y sont prédisposées ; mais si je puis m'en rapporter au petit nombre de faits que j'ai vus, cette prédisposition est plus fréquente, ainsi que je le disais tout à l'heure, à la suppuration des amygdales qu'à leur phlegmasie vraie.

L'application de l'alun sur l'amygdale ainsi enflammée est extrêmement douloureuse ; et la douleur provoquée, loin de se calmer dans un intervalle d'une heure ou deux et d'être suivie d'une amélioration marquée, va en augmentant en même temps que les autres symptômes locaux deviennent plus pénibles. Sous cette influence le gonflement de l'amygdale peut s'accroître au point de rendre la respiration pénible et de causer presque de la suffocation. D'autres fois cette application intempestive du caustique détermine la formation d'une escarre, et l'amygdale ne guérit qu'au prix d'une perte de substance plus ou moins considérable. Cette escarre d'ailleurs se détache assez rapidement, et la terminaison de la maladie n'en est pas trop retardée (4).

Au contraire les émissions sanguines locales ou générales soulagent rapidement et peut-être abrègent la durée du mal. Les sangsues appliquées en grand nombre sous l'angle de la mâchoire font un bon effet. Mais on arrive tout aussi rapidement au but en faisant des ponctions un peu profondes sur les parties malades au moyen d'une lancette ou de l'instrument imaginé par M. Gérardin. Cette perte de sang, bien que minime, est suffisante ; et comme le médecin que je viens de citer, j'ai vu l'expuition de douze ou quinze crachats d'un sang noir être suivie d'une amélioration presque immédiate (5). Quelquefois on est obligé de recommencer le lendemain cette opération innocente et peu douloureuse ; bien rarement on est obligé d'y revenir une troi-

habentes ; et potissimum ii, qui jam semel eàdem laboraverint (pag. 360). » Cette dernière partie de la phrase me paraît sujette à contestation. Je dirai pourquoi ci-après.

(1) « ..... Non solum febris continua vehemens cum faciei rubore se exserit, verum etiam si ore aperto, et depressâ linguâ fauces inspiciantur tumor et rubor sanguineus ubique, quo oculis pervenire licet, se prodit, extrinsecùs etiam sub maxillis conspicous ; dolor ingens ibidem percipitur ; difficillime et magno cruciatu deglutitio fit ; spiritus quoque ægrè trahitur, et quodammodo impeditur, fauces vel arescunt, vel viscida, tenacique pituita opplentur ; os vix diduci potest..... » Borsieri, *loc. cit.*, p. 347.

(2) Cependant la description de Borsieri comprend l'inflammation de toute l'arrière-gorge.

(3) « Ex his igitur (signis) itemque ex iis quæ alibi de resolutione cujusvis inflammationis exposita fuere, cognoscetur anginam resolutum iri. Ad suppurationem verò eam perduci intelliges, si febris quæ vehemens atque exacerbans fuit, sine resolutionis, aut criseos ullius signis paullatim sese remittit, et dolor ex acuto, et pulsante in obtusum, et gravativum mutatur, tumorque si manu, aut digitis, aut specillo explorari potest, mollitudinem quamdam, qualem liquida materia exhibet, adipiscitur ; et demum si tumore non evanescente, rubor atque inflammatio in eo et circa eum plurimum minuuntur (p. 353). »

Il est difficile de donner une meilleure description des signes du passage de la phlegmasie franche des tonsilles à la formation d'un abcès dans leur épaisseur.

Si je parle ici de la terminaison par suppuration, je ne veux pas dire que les abcès des amygdales soient exclusivement et toujours le résultat d'une phlegmasie de nature inflammatoire. C'est un point qui reste indécis à mes yeux. En effet, les abcès des amygdales se forment quelquefois avec une extrême rapidité et presque sans inflammation concomitante ; tandis que ceux qui succèdent à une phlegmasie franche n'apparaissent qu'après plusieurs jours d'une violente inflammation. Ces abcès très-rapides sont aussi très-sujets à récidive ; ce qui n'a pas lieu dans l'amygdalite inflammatoire qui ne m'a pas paru revenir souvent chez la même personne. Je dis donc seulement que cette dernière maladie peut se terminer par suppuration, ce qui n'a pas lieu dans la phlegmasie catarrhale.

(1) « At ubi neque resolutio, neque diadoche, neque evacuatio ulla critica, neque suppuratio fit, et contra vehemens inflammatio cum omnibus symptomatibus persistit, urgetque, profecto timor imminet gangrænæ. Hanc jam præsentem esse commonstrant pulsus debiles, inæquales, parvi ; tumor subsidens, doloris cessatio, halitus fœtens, teter faciei color, aut pallor, aut livor, atque extremorum refrigeratio. Non tamen omnis gangræna anginis superveniens læthum certo affert. » Borsieri, *loc. cit.*, p. 354.

Dans les faits qui se sont passés sous mes yeux, la gangrène ne s'est pas accompagnée de symptômes aussi graves ; cela dépend sans doute des circonstances qui ont déterminé la formation d'une simple escarre, limitée et n'ayant aucun rapport avec la gangrène proprement dite du pharynx, non plus qu'avec l'angine gangréneuse des anciens. Borsieri d'ailleurs n'a pas fait cette confusion : le diagnostic différentiel qu'il établit entre la gangrène, suite d'inflammation franche, et la gangrène maligne est remarquable : (*Angina gangrenosa maligna*, p. 368. « Ab *angina* pariter *gangrænosa* quam explicamus *inflammatoriam* ut suprà indicatum est differre credimus : 1° quod hæc rarissimè, et morbo tantum modo ad summum inflammationis fastigium evecto, ut jam dixi, in gangrænam definit ; 2° quod color ruber ad lividum et fuscum, non ad cinereum et album vergit ; et demum ; 3° quod febris acuta et vehemens ipsam comitatur cum pulsu magno, vehementi, duro et sanguine ad concrescendum paratissimo, aliisque symptomatibus diathesin *inflammatoriam* denotantibus. At contrà angina *gangrænosa maligna* in plerisque, quos eodem tempore invadit, initio fere ipso, gangrænæ indicia præmonstrat, etc » P. 379.

(2) Je dis *malgré le traitement ;* cependant je parle d'après un trop petit nombre de faits pour que cette opinion soit absolue.

(3) Il faut ici faire une exception pour certaines suppurations des amygdales qui marchent avec une grande rapidité ; mais on sait que je mets en doute leur nature franchement inflammatoire.

(4) Borsieri insiste avec soin et à plusieurs reprises sur la nécessité d'éviter les applications locales âcres et irritantes, et surtout lorsque la gangrène semble imminente : « Acria atque irritantia vitentur : aut certe summâ prudentiâ adhibeantur. »

(5) Il est vrai cependant que je ne me rappelle pas avoir vu cette amélioration survenir avant le cinquième ou sixième jour de la maladie. Mais vu le petit nombre de faits que j'ai observés, je dois laisser ici un doute ; car des faits plus nombreux pourront peut-être démontrer que la résolution peut survenir avant ce temps sous l'influence cette médication.

sième fois. Aussi me suis-je arrêté à ce traitement dans les cas de ce genre : je m'en abstiens et le remplace par l'application des sangsues ou par la saignée générale, seulement si j'y suis contraint par la répugnance invincible du malade ou par l'impossibilité d'ouvrir la bouche suffisamment pour ponctionner en connaissance de cause (1).

OBJECTIONS.

Si le lecteur veut bien comparer les deux tableaux que je viens de mettre sous ses yeux, il conviendra, je le suppose, qu'ils représentent deux maladies très-distinctes. Les différences sont nombreuses et tranchées : elles portent sur les causes, sur les symptômes généraux et locaux, sur la marche et sur la durée, sur le mode de terminaison, sur les résultats de la thérapeutique.

Cette comparaison me suffit pour admettre une différence de nature et pour conclure que si l'une de ces maladies est une phlegmasie simple, franche, comme on dit, l'autre a quelque chose de spécial. Mais je comprends que la conviction de tous ne soit pas aussi facile à entraîner. J'aurais pu, il est vrai, ajouter un autre caractère dont la valeur eût été grande. C'est celui-ci : l'amygdalite catarrhale non-seulement peut être épidémique, mais elle est aussi contagieuse ; l'amygdalite inflammatoire qui n'est pas épidémique n'est pas non plus contagieuse. La vérité de cette assertion me paraît probable, j'avoue qu'elle n'est pas encore fondée sur des faits assez nombreux ni assez positifs pour que je me permette d'en tirer un argument sérieux. Je veux donc passer en revue quelques objections que je prévois ou qui ont été réellement faites.

Première objection. — « Les différences signalées ci-dessus sont dues à l'âge, au sexe ou au tempérament des malades, ce qui peut entraîner une différence de forme; mais n'est pas suffisant pour établir une différence de nature. Ainsi la tuberculisation est une seule et même maladie dans l'enfance et chez l'adulte, et cependant les différences sont nombreuses, que l'âge entraîne dans les symptômes, la marche, la durée, l'anatomie pathologique de cette maladie. »

Nul doute que ces circonstances n'exercent une influence sur la production des deux phlegmasies; c'est à mes yeux l'un des caractères qui les séparent. Mais il s'agit ici d'une question bien plus large que celle de l'amygdalite. Les maladies catarrhales sont, comme le tempérament lymphatique, plus communes chez les enfants et chez les femmes, tandis que les maladies inflammatoires se développent de préférence dans la jeunesse et dans l'âge mûr. C'est donc l'existence même du catarrhe qui est mise en doute. Le catarrhe n'est-il qu'une forme de certaines maladies dont la nature est déterminée par la lésion locale, forme donnée par l'âge, le sexe, la constitution? ou bien le catarrhe est-il une affection spéciale de l'économie commune dans certaines conditions de la vie?

Il serait bien long de discuter ici cette question générale; les personnes qui ont lu ce qui a été publié à cet égard dans le Traité des maladies des enfants savent que nous n'hésitons pas, M. Rilliet et moi, à nous ranger parmi les médecins qui admettent le catarrhe comme un état morbide distinct de tout autre, ayant ses manifestations organiques spéciales et dont les formes peuvent être indifféremment des fluxions sanguines, des flux séreux ou muqueux, des phlegmasies ayant leur caractères distinctifs et siégeant soit sur les membranes muqueuses, soit sur la peau, soit sur quelques parenchymes. Les raisons qui nous font admettre le catarrhe en général, et que nous avons détaillées alors, sont presque toutes applicables ici. Je ferai donc peu de remarques à l'occasion de l'objection précédente.

Quelle que soit l'influence de l'âge, du sexe et du tempérament, elle est loin d'être constante et absolue. Lorsque l'amygdalite catarrhale est épidémique, elle frappe à peu près indistinctement sur tous. Il peut exister alors une préférence pour ceux qui sont naturellement disposés au catarrhe par leur âge ou leur tempérament; mais les adultes sanguins les plus habitués aux maladies inflammatoires peuvent subir l'influence de la constitution médicale régnante et prendre une maladie purement catarrhale D'autre part, les enfants lymphatiques ne sont pas tout à fait exempts de la phlegmasie franche des amygdales pas plus qu'ils ne le sont de la pneumonie inflammatoire.

Il est donc certain que ni l'âge, ni le sexe, ni le tempérament ne sont la cause unique des différences décrites entre les deux amygdalites, et qu'il faut chercher ces causes ailleurs.

Autre remarque. Je sépare ici complétement l'influence de l'âge ou du sexe et celle du tempérament. Les différences produites dans les maladies par l'âge ou le sexe peuvent bien n'être que des différences de forme; et si, comme dans le cas actuel, elles tiennent à la nature du mal et non à sa forme, il faut s'en prendre au tempérament ou à la prédisposition, qui sont plus communs dans tel âge et dans tel sexe que dans tel autre. Si donc l'amygdalite catarrhale est plus commune dans l'enfance que dans l'âge adulte, c'est parce que le tempérament lymphatique qui prédispose au catarrhe y est aussi plus commun.

Or le tempérament a une influence trop générale, trop constitutionnelle, pour ne produire que des différences de forme. Il s'agit là du fond même des choses. Et à cet égard je n'admets pas la valeur de l'objection dont je m'occupe. C'est encore là une de ces questions de pathologie générale qui ont le privilége de soulever bien des discussions et qu'on ne saurait résoudre en quelques mots. Pour ma part, voici comment je comprends les choses.

Lorsqu'une cause occasionnelle provoque le développement d'une maladie, la nature de cette maladie doit être cherchée soit dans les prédispositions constitutionnelles et plus ou moins durables, dues au tempérament, à l'hérédité et autres influences générales pareilles, soit dans les prédispositions temporaires dues à la constitution médicale régnante, soit dans plusieurs de ces dispositions réunies.

Exemple : Une chute sur le genou détermine une contusion de l'articulation; cette contusion pourra être suivie d'une arthrite aiguë qui restera inflammatoire chez l'une, qui deviendra tumeur blanche scrofuleuse chez un autre. Ce n'est pas l'arthrite qui est le fond du mal, c'est sa nature *inflammatoire* ou *scrofuleuse* déterminée par la prédisposition constitutionnelle du malade.

De même, à la suite d'un refroidissement, une amygdalite se déclare; ce n'est pas l'amygdalite qui est le fond du mal, c'est sa nature *catarrhale* ou *inflammatoire* ou *diphthéritique* déterminée par la constitution épidémique transitoire ou par la prédisposition constitutionnelle de l'individu, ou par les deux à la fois. J'aurai bientôt l'occasion de revenir sur ce dernier point (1).

Deuxième objection — « Les différences signalées, quelque nombreuses qu'elles soient, résultent d'une simple différence dans l'intensité du mal. La phlegmasie dite inflammatoire est simplement plus violente que celle dite catarrhale. »

Oui certainement, l'amygdalite inflammatoire est une maladie plus violente que l'amygdalite catarrhale. La phlegmasie locale est plus vive, le gonflement est plus considérable, la rougeur est plus intense, la douleur est plus angoissante, et la fièvre, plus vive ou plutôt plus inflammatoire, appelle davantage l'émission sanguine.

Cela ne souffre pas de doute. Mais il n'en résulte pas que l'une ne soit qu'un degré de l'autre ; car la maladie ne commence pas par l'angine catarrhale pour passer à l'inflammatoire. Toutes deux conservent leurs caractères propres pendant toute leur durée sur le même individu. Elles les conservent même lorsque l'amygdalite catarrhale est très-intense et l'inflammatoire légère.

Comparez avec la phlegmasie d'un autre organe. L'hépatisation grise est un degré plus avancé de l'hépatisation rouge, et nous pouvons suivre le passage fréquent de l'un à l'autre; il y a là deux degrés d'une même phlegmasie. Au contraire, la pneumonie catarrhale ne passe pas à l'état d'hépatisation.

De même l'amygdalite inflammatoire peut bien devenir un abcès de l'amygdale, et cette collection purulente peut être considérée comme un degré plus avancé de la phlegmasie. Mais de même aussi l'amygdalite catarrhale ne passe pas à l'état inflammatoire et n'en est pas le premier degré.

En outre, si l'on se rappelle les différences des conditions étiologiques (tempérament, constitutions médicales); si l'on se rappelle que

(1) Borsieri insiste longuement sur les émissions sanguines locales et générales, et les indications sont précisées avec le plus grand soin. Il n'oublie pas les scarifications de la gorge : « Interdum gurgulio, amygdalæ, velumque pendulum palati adeo tument..., ut una quasi coeant in tumorem omnem faucium hyatum occupantem, aerisque ingressum pene totum probibentem; tunc præsentissimum et fere unicum auxilium præbet prudens, et cauta illorum partium scarificatio, qua, sanguine effluente, citissimè detumescunt. » *Loc. cit.*, p. 357.

(1) Ainsi, dans les habitudes de notre langage, l'adjectif spécifie la nature du mal, tandis que le substantif spécifie sa forme et son siége. Il serait peut-être plus logique de faire le contraire et de dire catarrhe amygdalin comme on dit catarrhe pulmonaire. Mais il faut l'avouer, la langue est trop pauvre pour les besoins de l'idée, car les adjectifs amygdalin et pulmonaire n'entraînent pas l'idée d'une phlegmasie locale. Il faudrait dire, pour être vrai et complet, catarrhe pneumonique au lieu de pneumonie catarrhale et catarrhe amygdalitique au lieu d'amygdalite catarrhale. De cette façon la nature du mal serait représentée par le substantif, tandis que le siége et l'espèce de lésion seraient indiqués par l'adjectif. Mais avant de réformer le langage, il faut faire accepter l'idée; je ne suis pas autorisé pour cela ; pour le moment, il me suffirait d'être compris.

l'une de ces phlegmasies tend à s'étaler en surface et l'autre à se concentrer dans le parenchyme, force est de chercher entre les deux autre chose qu'une différence d'intensité.

En effet, la grande différence locale qui sépare ces deux phlegmasies est non pas seulement l'intensité, mais surtout l'espèce d'inflammation, le mode inflammatoire. Je m'explique. Un même organe est susceptible de diverses espèces d'inflammations qui ne sont pas des degrés l'une de l'autre, mais qui portent le cachet de la cause générale qui leur a donné naissance. Ainsi, pour la peau, la tuméfaction de l'érythème noueux, la vésicule de l'herpès, la pustule de la variole, la bulle du pemphigus, ne sont pas des degrés d'une même phlegmasie : ce sont des modes particuliers de l'inflammation, très-distincts les uns des autres et caractérisant des affections très-différentes. Ainsi, le coryza catarrhal n'est pas la même espèce d'inflammation que le coryza diphthéritique ; ainsi la pneumonie catarrhale est, localement parlant, distincte de la pneumonie inflammatoire ; de même les deux amygdalites se distinguent par des différences nombreuses dans l'apparence extérieure de la phlegmasie, dans les produits sécrétés, dans les transformations ultérieures des tissus enflammés.

(La fin au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS

(Suite.)

IV. IL RACCOGLITORE MEDICO DI FANO.

Les numéros d'octobre et décembre 1855, janvier et février 1856, renferment les travaux originaux suivants : 1° *Des résultats obtenus dans le traitement des cholériques à l'hôpital du corpus domini de Fano, du 16 juin à fin septembre* 1855 ; par M. Franceschi. 2° *Du soufre comme préservatif du choléra* ; par M. Lucchetti. (On attire l'attention des observateurs sur ce fait que des localités où existent des eaux sulfureuses furent préservées du choléra, quoiqu'il ravageât des contrées voisines.) 3° *Sur la luxation du corps du cristallin* ; par M. Madruzza. 4° *Sur le choléra observé au lazaret de Cento en* 1855 ; par M. Pace. 5° *Des malades traités à l'hôpital des cholériques de Pesaro du 24 juin au 24 octobre* 1855 ; par M. Mariotti. 6° *Sur les maladies épidémiques contagieuses* ; par M. Sorgoni. 7° *Histoire d'une cataracte guérie par le traitement mercuriel* ; par M. Peruzzi. 8° *Sur l'efficacité de l'eau hémostatique de Pagliori par l'usage interne* ; par M. Prati 9° *Préface au discours des leçons de médecine théorique et de thérapeutique spéciale des maladies internes du corps humain ; œuvre posthume de Tommasini* ; par M. Crescimbeni. 10° *Sur les miasmes cholériques* ; par M. Franceschi Giovanni. 11° *Sur une déjection extraordinaire de charbon végétal ; sur quelques phénomènes bizarres observés chez une femme rachitico-épileptique* ; par M. Zangolini. 12° *Sur le choléra de Capodimonte* ; par M. Contoli.

CATARACTE GUÉRIE PAR LE TRAITEMENT MERCURIEL ; par M. PERUZZI.

Sabatier dit qu'il est peut-être possible de guérir la cataracte commençante avec le calomel, le sublimé, la cigue, les vésicatoires et la saignée pratiquée en divers lieux. Demours prétend que des observations authentiques ont démontré que quelques cataractes reconnues par des symptômes non équivoques ont cédé à l'action du mercure. Boerhaave avait déjà écrit : *Incipientes cataractas mercurius solvit.* Chélius a rapporté des observations de cataractes véritables on causées par la syphilis guéries par ce métal.

Voici une nouvelle observation qu'il faut joindre à celles que la science possède déjà :

Obs. — Militaire de 42 ans ; bon tempérament ; il fut atteint d'une maladie vénérienne primitive, à laquelle il n'opposa qu'un traitement local ; il prit cependant aussi de l'iodure de potassium et de la décoction de salsepareille. Depuis il eut une nouvelle blennorrhagie qu'il traita par les moyens ordinaires ; ceci remonte à six ans. Au milieu du mois d'août 1855, il éprouva des phénomènes de congestion à la tête, se fit saigner, et le jour suivant il commença à s'apercevoir d'un trouble dans la faculté visuelle de l'œil droit ; ce dont il ne fit point de compte, le regardant comme passager et dépendant de la faiblesse causée par la saignée.

Bientôt il fut progressivement tourmenté par une douleur gravative à la région frontale droite, avec horreur de la lumière. Examiné à cette époque, c'est-à-dire en septembre, il présentait une légère rougeur de toute la conjonctive avec un éclat plus grand qu'à l'ordinaire de la cornée transparente, qui offrait encore une légère opacité en haut, à son insertion à la sclérotique.

Un vésicatoire et un collyre au nitrate d'argent n'eurent aucun effet. Au contraire la tache de la cornée s'étendait sans couvrir toutefois le champ de la pupille, derrière lequel on apercevait en outre une légère opacité. Cette opacité, d'un blanc sale, s'accrut rapidement au point de paraître à la mi-octobre sous l'aspect d'une cataracte capsulaire. Ce n'est qu'entourés d'un nuage que les objets apparaissaient au malade, plus tard il ne put plus les distinguer du tout.

Voyant l'inefficacité des remèdes conseillés précédemment, on prescrivit le bichlorure de mercure en pilules.

Peu de jours après le commencement de ce traitement, le malade éprouva quelque amélioration dans la vision, une diminution de l'opacité de la cornée et de la cataracte.

Dix jours après, l'amélioration était remarquable et augmenta graduellement jusqu'à la disparition complète de la cataracte et de la tache de la cornée. La guérison se maintint après la fin du traitement.

V. GAZZETTA MEDICA ITALIANA (LOMBARDIA).

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1855, janvier, février et mars 1856, contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Sur la folie de Cardan* ; par M. Lombroso. 2° *Sur l'inconvénient de la saignée dans quelques espèces d'apoplexie cérébrale* ; par M. Rigoni-Stern. 3° *Quelques pensées sur l'ozone et sur la créosote pour le traitement du choléra asiatique* ; par M. Bertolio. 4° *Sur le choléra asiatique régnant* ; par M. Nobili. 5° *Anasarque avec œdème grave au pudendum chez une femme en travail* ; par M. Barbieri. 6° *Sur le choléra de Camerlata et de quelques pays limitrophes dans la province de Côme* ; par MM. Pasetti et Strambio. 7° *Rapport sur le choléra dans la circonscription médicale de Trigolo* ; par M. Ripa. 8° *Remarques sur le choléra et son traitement* ; par M. Ferrandi. 9° *Remarques sur le choléra-morbus et les épidémies, ou observations critiques sur les leçons de M. Bufalini* ; par M. Ferrini. 10° *Comment sont payés les médecins cantonaux* ; par M. Medici. 11° *Calcul et expérience pour prouver que la vision s'opère sans qu'il se forme sur la rétine d'image renversée* ; par M. Vittadini. (M. Vittadini est l'auteur d'une théorie de la vision, par laquelle il prétend établir que la sensation visuelle s'opère sans qu'il se forme sur la rétine d'image renversée. L'image irait se former à quelques millimètres en arrière de la rétine, qui ne serait impressionnée que par un disque de lumière provenant de la section du cône qui se forme en arrière du cristallin. Une commission nommée par une société savante fit sur ce travail un rapport dans lequel elle conclut que l'on ne peut tirer aucune conséquence légitime des expériences de l'auteur, qu'il est en contradiction avec les faits les plus communs de la vision, avec les notions les plus sûres de la physique, avec les lois de la physiologie, enfin qu'il est en contradiction avec lui-même. C'est pour répondre à ces critiques que M. Vittadini a écrit le long mémoire que publie la Gazetta. Notre intention n'est pas d'entrer dans le débat, mais il nous semble que M. Vittadini ne peut échapper à l'argumentation de ses adversaires que par des faux-fuyants ou des explications peu admissibles. Lorsque la commission démontre, par une figure très-simple, que les rayons qui passent par le petit trou de la chambre obscure vont peindre l'objet renversé, M. Vittadini dit : C'est vrai, quand la distance de l'objet est petite ; mais quand la distance est grande, que les rayons arrivent parallèlement jusqu'au trou, ils continuent leur marche sans qu'ils s'entre-croisent. Il résulterait de cette explication que les objets éloignés seraient droits et les objets rapprochés seraient renversés sur la rétine. Quand la commission lui oppose les expériences si précises de M. Magendie pour démontrer que l'image au fond de l'œil est renversée, l'auteur du mémoire répond que c'est une illusion.) 12° *De quelques hôpitaux de fous en France* ; par M. Bifi. 13° *Quels, combien et de quelle provenance doivent être les individus à admettre au nouveau manicome de Milan* ; par M. Gianelli. 14° *Remarques sur l'empoisonnement d'une famille produit par la racine de jusquiame noire* ; par M. Zamboni. 15° *Sur le centre nerveux olfactif ; expériences en réponse* ; par M. P. Lussana. 16° *Le choléra à Sirta en* 1855 ; par M. Taroni. 17° *Sur le choléra-morbus asiatique : rapport de la commission de santé du district de Mendrisio.* 18° *Remarques sur le choléra de Caravaggio* ; par M. Fedeli. 19° *Sur les réformes des circonscriptions médicales* ; par M. R. P. 20° *Une crâniotomie, deux gastro-hystérotomies, deux fistules stercorales, heureusement terminées sur la même femme* ; par M. Paravicino. 21° *Remarque sur le choléra de Côme dans les mois de juillet, août, septembre et octobre* 1855 ; par M. Gaffuri. 22° *Histoire d'un fongus médullaire du foie* ; par M. Custoni. 23° *Relation sur le lazaret de Brescia, remis en activité dans la dernière invasion du choléra-morbus des mois de juin, juillet, août et*

septembre 1855; par M. Giselli. 24° *Compte rendu statistico-clinique des cholériques traités au lazaret de Brescia, du 27 juin au 15 septembre* 1855; par M. Perolio. 25° *Sur le choléra morbus à Gaudino en* 1855. 26° *Des nouvelles infirmeries de l'hôpital Majeur de Milan pour les délirants et les fous qui y furent placés en* 1854; par M. Strambio. 27° *De l'enseignement clinique sur les maladies mentales*; par M. Biffi. 28° *Sur le choléra-morbus de Pegognaga*; par M. Volta. 29° *Sur l'organe nerveux olfactif: nouvelles expériences et observations*; par M. Ambrozoli. 30° *Sur les défauts de la présente organisation des circonscriptions médico-chirurgicales en Lombardie, et remarques pour une réorganisation*; par M. Pogliani. 31° *Sur l'incision du polype utérin*; par M. Lussana. 32° *Résultat final sur la marche et la domination du choléra-morbus asiatique dans le duché de Modène pendant l'année* 1855; par M. Gaddi. 33° *Cardiopathie avec altération des valvules des orifices et avec hypertrophie des ventricules du cœur*; par M. Seccamani. 34° *Quelques observations physico-pathologiques sur le système nerveux*; par M. Lussana. 35° *Sur le choléra à Cantu*; par M. Morandi. 36° *Sur l'épidémie cholérique qui a régné dans les villages de Oltre, Pogliana, Sainte-Euphémie et Lucorano, du* 3 *juillet au* 20 *août* 1855; par M. Flumiani.

ANASARQUE AVEC ŒDÈME CONSIDÉRABLE DES GRANDES LÈVRES CHEZ UNE FEMME EN TRAVAIL; par M. Barbieri.

L'œdème des grandes lèvres porté au point d'entraver la marche de l'accouchement est un cas rare qui peut embarrasser le praticien. La conduite de M. Barbieri pourra être suivie en pareille circonstance.

Obs. — Le 21 juin 1855, M. Barbieri est appelé pour une femme de 27 ans, à sa troisième grossesse. Femme robuste et bien conformée, deux fois heureusement accouchée; elle est à son neuvième mois; anasarque depuis plusieurs jours, avec douleurs aux lombes et à l'hypogastre: distension des grandes lèvres au point d'être monstrueuses; elle assurait que cela était venu dans l'espace de trois jours. Les lèvres sont rouges et douloureuses au toucher. Ajoutez à cela une angoisse indescriptible, lipothymie, palpitations, toux sèche, subdélirium, agitation convulsive de tout le corps, pouls petit et fuyant, extrémités froides, sueur froide à la peau.

L'exploration externe du ventre, tout en attestant la grossesse, faisait douter qu'il y eût encore fluctuation ascitique. L'investigation interne par le vagin était presque impossible, et à cause des douleurs qu'elle provoquait, et à cause du volume énorme de tout le pudendum.

On commença par faire de nombreuses incisions cutanées au pudendum et aux extrémités abdominales; une sérosité sanguinolente s'étant écoulée abondamment, les parties diminuèrent de volume. En même temps, émulsion camphrée additionnée de la poudre de Dower; compresses trempées dans l'onguent et appliquées sur le ventre. Au bout de peu d'heures, le calme arriva.

Le 14, les douleurs utérines augmentent, les eaux rompirent la poche et s'écoulèrent en quantité extraordinaire. Le doigt, introduit alors dans le vagin, rencontre une poche tendue de façon à faire croire que la rupture est imminente. En effet, elle se rompt peu après et il s'écoule beaucoup de sérosité. Repos et sommeil. Les douleurs revenues, il se présente à l'orifice de la vulve une troisième poche qui, pincée, se rompt et laisse sortir encore une abondante sérosité. Les contractions utérines s'épuisaient sans fruit, parce que les genoux du fœtus pressaient sur la symphyse de la mère ou sur la crête iliaque gauche. On amena les pieds en bas, puis le restant du corps, l'enfant donnant signe de vie.

De nouvelles douleurs survenant et le ventre ayant conservé un certain volume, on explora de nouveau et on reconnut à l'orifice utérin la tête d'un second fœtus en bonne position. Une demi-heure après, il sortit naturellement. Deux placentas très-grands furent ensuite expulsés.

L'œdème se limita peu à peu et disparut vers le trentième jour de la couche. La femme se rétablit et continua à se bien porter.

EXPÉRIENCES ET OBSERVATIONS SUR LE CENTRE NERVEUX OLFACTIF; par M. Ambrosoli.

Il y a plusieurs mois, M. Pierre Lussana a publié des études expérimentales tendantes à prouver l'existence d'un centre nerveux, doué de la propriété de *percevoir* les émanations odorantes, *indépendamment* du cerveau. Nous avons déjà parlé de cette théorie (Gaz. Méd., 1855, p. 755). M. Ambrosoli, frappé de sa nouveauté et de son importance, a entrepris une série de recherches sur le même sujet. Dans ces recherches publiées depuis peu, il fait observer que les expériences de M. Lussana ne pouvaient inspirer beaucoup de confiance, parce qu'elles avaient été faites sur des oiseaux, des lapins et des cochons d'Inde, tous animaux d'une puissance olfactive très-bornée. M. Ambrosoli fit les siennes sur le chien et le chat, animaux jouissant d'un odorat très-fin et qui de plus se distinguent par un certain degré d'intelligence qui donne un meilleur résultat aux phénomènes qu'on veut étudier. Ces expériences furent diamétralement opposées à celles de M. Lussana.

M. Lussana nia les expériences de M. Ambrosoli, sous prétexte que chez le chien et le chat le *centre olfactif* est incorporé et fondu avec la masse des circonvolutions cérébrales. Il institua en outre de nouvelles expériences sur le cochon d'Inde. Sur cinq animaux deux seulement parurent percevoir encore les émanations odorantes. Toutefois plusieurs des substances employées sont de nature à agir sur les nerfs de la sensibilité; telles sont les exhalations du tuyau de pipe.

M. Ambrosoli a entrepris sur des chats de nouvelles expériences dont nous relatons ici la première:

Exp. — Chat de deux mois environ, dont on explore l'odorat à plusieurs reprises, tantôt avec l'assa fœtida, tantôt avec la valériane; l'animal éprouvait évidemment une sensation de répugnance très-prononcée. Il fut alors soumis à l'opération: le cerveau mis à nu à l'aide d'un bistouri étroit, on fit une incision transversale profonde, de manière à séparer les lobes olfactifs de la masse cérébrale.

Ce jour et les jours suivants, on soumit l'animal à des épreuves répétées avec la valériane et l'assa fœtida, mais il demeura constamment impassible.

Trois jours après l'opération, on le tua, et l'autopsie démontra que l'incision avait porté à une ligne et demie en avant des trous optiques. Le cerveau enlevé de la base du crâne, il resta sur celle-ci les lobes olfactifs unis à quelques circonvolutions cérébrales.

Après l'exposé de ses expériences, M. Ambrosoli s'appuie de l'autorité de M. Flourens pour renverser la théorie de *l'indépendance du centre nerveux olfactif* et établir *l'unité* du système nerveux. Toute partie qui est détachée du point que l'illustre physiologiste français a nommé *nœud vital* est morte.

Il termine par quelques considérations physiologiques, desquelles il résulte que le cerveau proprement dit est seul un organe de *perception*.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 14 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE.

— M. Serres lit un mémoire intitulé: Parallèle de l'œuf mâle et de l'œuf femelle chez les animaux. (Voir plus haut).

INFLUENCE DE L'EMPRISONNEMENT CELLULAIRE SUR LA SANTÉ DES PRISONNIERS.

M. de Pietra-Santa communique sur ce sujet un mémoire dans lequel il se propose d'examiner la première application du système introduit en France dans les conditions de succès les plus favorables, et de démontrer que la pratique n'a pas confirmé les promesses de la théorie:

1° Les aliénations mentales sont plus fréquentes dans le système cellulaire;

2° Les suicides s'y sont succédé dans une proportion très-considérable.

Ces suicides ont été à Mazas douze fois plus nombreux qu'à la vieille Force et aux Madelonnettes, prisons régies par l'ancien système.

L'auteur adresse en même temps que ce mémoire deux opuscules imprimés, également relatifs à l'emprisonnement cellulaire, en priant l'Académie de vouloir bien les admettre au concours pour le prix de médecine et de chirurgie. (Commissaires: MM. Andral et Rayer.)

EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DE L'ACIDE CARBO-AZOTIQUE ET DE SA PROPRIÉTÉ DE COLORER LES PARTIES CUTANÉES.

M. F. C. Calvert et Moffat communiquent sur ce sujet un mémoire dont nous extrayons les passages suivants:

L'amertume intense de l'acide carbo-azotique suggéra l'idée que son emploi en médecine pourrait être utile: une certaine quantité de cet acide, ainsi que des carbo-azotates d'ammoniaque, de fer, de nickel, de zinc, furent placés entre les mains des docteurs Bell, Leimpson et Moffat, et bientôt on s'aperçut que les composés ci-dessus auraient des propriétés thérapeutiques d'une grande valeur, car elles avaient beaucoup d'analogie avec celles de la quinine.

On remarqua que c'étaient les carbo-azotates d'ammoniaque et de fer qui réussissaient le mieux, l'acide pur étant sujet à donner des crampes dans l'estomac. Le carbo-azotate de fer a parfaitement réussi dans plusieurs cas de céphalalgie; le carbo-azotate d'ammoniaque dans des cas d'anémie, de fièvre intermittente, d'hypocondrie. Ce sel, mêlé à de l'acide gallique et à de l'opium, a guéri plusieurs fois des diarrhées rebelles. M. Moffat a lui-même obtenu plus de 27 cas de guérisons diverses au moyen du carbo-azotate. La dose de carbo-azotate qu'on a administrée en pilules a été depuis 0,05 jusqu'à 0,10, trois fois par jour. Nous examinons en ce moment quelle est la dose minimum qui peut agir sur le système. Mais ce qui rend l'emploi

de ces composés excessivement intéressant, c'est que les malades deviennent jaunes comme s'ils avaient une forte attaque de jaunisse, et comme dans cette dernière maladie, non-seulement la peau, mais la conjonctive est colorée. Le temps nécessaire pour que cette coloration apparaisse varie, suivant les malades, depuis quarante-huit heures jusqu'à cinq ou seize jours; mais la moyenne a été de sept jours. La quantité de carbo-azotate qui a généralement produit la coloration de la peau a été d'un gramme. Elle disparait de deux à trois jours après que l'on a cessé d'administrer ce produit.

La recherche de cet acide dans les urines en a fait découvrir 0,01 dans 100 grammes.

DE LA FORMATION ET DES SOURCES DE L'OZONE ATMOSPHÉRIQUE.

M. Scoutetten adresse un mémoire sur ce sujet.

De l'ensemble des faits exposés dans ce mémoire ressort, suivant l'auteur, la preuve que la nature possède des sources abondantes d'ozone, qu'elles existent à la surface du globe et dans les régions élevées de l'atmosphère, qu'il s'établit perpétuellement des courants ascendants et descendants exerçant une influence puissante sur la production des grands phénomènes électriques et sur les actes de la vie végétale et animale. La découverte des sources de l'ozone lui paraît devoir jeter un jour nouveau sur la physiologie des animaux et des végétaux, sur les combinaisons atomiques des corps, et démontrer qu'un lien jusqu'ici inaperçu unit entre eux par des rapports étroits tous les corps de notre globe. (Commission précédemment nommée.)

— M. Huguet adresse une note sur la vision, intitulée : De la contraction et de la dilatation de la pupille attribuées à une action thermo électrique; de la vision chez les myopes en particulier. (Commissaires : MM. de Quatrefages et Cl. Bernard.)

— M. Boulu adresse un numéro d'un journal contenant la description des premiers appareils électriques qu'il a imaginés pour l'application de l'électricité au traitement de diverses maladies, et demande que cette pièce soit jointe à celle qu'il a présentée au concours pour les prix de médecine et de chirurgie. Il y joint une indication de ce qu'il considère comme neuf dans les appareils et les méthodes de traitement qu'il présente pour ce concours.

— M. Delfraysse annonce avoir reçu de divers médecins qui ont employé, conformément à ses indications, le tartrestibié dans le traitement du choléra-morbus, des observations nombreuses constatant l'efficacité de cette méthode, observation qu'il mettrait à la disposition de la commission du prix Bréant si elle le jugeait nécessaire. (Renvoi à la commission de médecine constituée en commission spéciale pour le concours du legs Bréant.)

— L'Académie reçoit, par l'intermédiaire du ministère de l'instruction publique, un mémoire de M. Billiard (de Corbigny) ayant pour titre : Théorie de la pneumonie. L'auteur demande que cet écrit soit admis, conjointement avec un mémoire précédemment adressé par lui sur les découvertes de l'ozone organique, au concours pour les prix de médecine et de chirurgie de la fondation Montyon.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 22 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

1° Un rapport de M. le docteur Poulet, sur une épidémie de rougeole qui a régné en 1855, dans la commune de Plancher-les-Mines.

2° Un rapport de M. le docteur Jobert, sur une épidémie de diphthérite qui a régné dans plusieurs communes du canton de la Ferté-sur-Amance (Haute-Marne).

3° Un mémoire de M. le docteur Valat, correspondant de l'Académie à Montpellier, sur le goitre épidémique du hameau de Couard (Saône-et-Loire).

4° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1855 dans le département de la Côte-d'Or. (Commission des épidémies.)

5° Les rapports de MM. le docteurs Peyrecave, Nivet, V. Gerdy, sur le service médical des eaux minérales de Barbotan (Gers), Royan (Puy-de-Dôme), Uriage pendant les années 1854 et 1856. (Commission des eaux minérales.)

6° Les tableaux des vaccinations pratiquées en 1855, dans les départements de l'Ardèche, du Doubs, de la Haute-Garonne, de la Mayenne et de la Meuse. (Commission de vaccine.)

— La correspondance non officielle comprend :

Des lettres de M. le professeur Nélaton et de MM. Bounafont et Morel-Lavallée, qui prient l'Académie de les porter sur la liste des candidats à la place vacante dans la section de pathologie externe.

Une lettre de M. Gobley qui se présente comme candidat à la place vacante dans la section de pharmacie.

— M. le docteur Camille Bernard (d'Apt) se présente comme candidat au titre de membre correspondant, et M. le docteur Chauffard, comme candidat au titre de membre associé national.

— M. le docteur Poggioli adresse une rectification relative aux deux observations mentionnées dans le dernier rapport de M. Piorry, comme ayant été recueillies au Val-de-Grâce, dans le service de M. Larrey. Ce n'est pas dans les salles de M. Larrey, mais bien dans celle de MM. Lustremau, Monnier, Marchal (de Calvi), que ces faits ont été recueillis.

— M. Goubaux, professeur d'anatomie et de physiologie à l'École d'Alfort, adresse un mémoire intitulé : Du sel marin et de la saumure. (Commission nommée pour le travail de M. Raynal, à laquelle s'adjoindra M. Guérard.)

— M. Bouvier dépose sur le bureau un mémoire de M. le docteur Faure, ancien interne des hôpitaux ; ce mémoire a pour titre : Recherches expérimentales sur l'asphyxie et son traitement.

—M. le Président annonce à l'Académie que M. Vrolik, membre correspondant de l'Académie à Amsterdam, assiste à la séance.

M. le président fait part à l'Académie de la mort de M. Girand-Saint-Bomme, membre correspondant à Marseille.

EAUX MINÉRALES.

M. Ossian Henry, au nom de la commission des eaux minérales, donne lecture de deux rapports :

1° Sur l'eau des trois sources de l'établissement thermal de Barbasan, eau séléníto-magnésienne, sensiblement arsenicale et ferrugineuse.

Conclusion : Il y a lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter ces sources au point de vue médical. Adopté.)

2° Sur une source d'eau minérale découverte à Châteauneuf (Puy-de-Dôme). Cette eau contient du bicarbonate de soude, du carbonate de chaux, de magnésie, de fer, associés à de l'acide carbonique.

Conclusion : Il n'y a aucune raison de refuser l'autorisation demandée. (Adopté.)

IMPERFORATION DU RECTUM ; ANUS ARTIFICIEL ; QUESTION DE VIABILITÉ.

M. Robert, au nom d'une commission composée de MM. P. Dubois, Huguier et Robert, lit un rapport sur un mémoire communiqué à l'Académie par M. Leprestre, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Caen, et professeur de clinique externe à l'École de médecine de cette ville.

Le 20 août 1853, on présenta à l'Hôtel-Dieu de Caen, un enfant de deux jours, atteint d'une imperforation complète de l'anus, et en proie à de graves accidents. Comme il n'y avait aucune trace d'ouverture anale, que rien ne faisait soupçonner l'existence dans la région périnéale de l'intestin distendu par des matières, M. Leprestre, après avoir fait inutilement une incision dans cette région, recourut de suite à une ressource ultime, c'est-à-dire, à l'établissement d'un anus contre nature. Il se décida pour la méthode de Littre.

Il fit, au-dessus de l'arcade fémorale, à gauche, une incision d'environ 2 centimètres, ouvrit le péritoine, ce qui donna lieu à l'issue d'une notable quantité de sérosité citrine; l'ouverture fut agrandie, pendant que de la main gauche le chirurgien repoussait l'intestin, qui tendait à sortir; puis l'indicateur fut à la recherche de l'S iliaque; l'intestin découvert, on l'approcha de l'incision et on le maintint à l'aide d'un stylet recourbé en crochet; une incision longitudinale faite à l'intestin livra issue à une grande quantité de méconium. Le stylet servit de conducteur à un fil ciré, à l'aide duquel on maintint en place l'anse intestinale divisée.

Immédiatement après l'opération, l'état général s'améliora notablement; les matières intestinales s'écoulèrent facilement. Le troisième jour, on retira le fil. Dans l'espace de sept mois, aucun accident sérieux; une fois on observa le renversement de la membrane muqueuse de l'intestin; mais il céda à l'usage des lavements émollients. Les matières devinrent moulées et ne coulèrent pas continuellement. A l'âge de 14 mois l'enfant succomba au choléra, alors épidémique.

L'autopsie a démontré que le cul-de-sac rectal s'arrêtait à 35 millimètres du périnée, au-dessus des releveurs de l'anus, dont les fibres se réunissaient complètement et lui formaient comme un plancher. De la terminaison de l'intestin partait un cordon qui allait se perdre dans la peau du périnée. Toute la partie de l'intestin, comprise entre l'ouverture artificielle et le cul-de-sac rectal était remplie de matières durcies; c'était bien sur l'S iliaque du colon qu'avait porté l'incision.

Telle est l'observation de M. Leprestre; une circonstance ajoute encore à l'intérêt qui se rattache à ce fait : dans une petite ville du Calvados, un enfant était venu au monde quelque temps auparavant avec une imperforation du rectum, et avait succombé faute de soins convenables. Sa mort avait donné lieu à un procès, dont la base reposait sur une question de viabilité. Cette question avait été controversée, et le tribunal de Vire avait jugé, contrairement à l'opinion de M. Leprestre, que le vice résultant d'une imperforation du rectum est exclusif de la viabilité. Ce fait ne dut pas être étranger à la détermination que prit M. Leprestre, et le succès justifia sa manière de voir.

L'observation communiquée à l'Académie soulève : 1° une question de médecine opératoire ; 2° et incidemment une question médico-légale qui a déjà appelé l'attention de l'Académie.

La méthode de Littre a donné, entre les mains de M. Leprestre, un succès de plus; mais ce succès est-il de nature à atténuer les objections qui pèsent sur cette méthode, à démontrer qu'elle doit être préférée à toute autre méthode d'entérotomie? Telle n'est pas la pensée du rapporteur. La lésion inévitable du péritoine constitue un danger des plus graves pour l'opération de Littre, et, quoi qu'on en ait dit, la péritonite n'est ni moins fréquente, ni moins funeste chez l'enfant nouveau-né qu'aux autres époques de la vie; c'est ce qui résulte des observations de Billard, des recherches de M. Bouchut, de l'excellent travail de M. Thore. Parmi les causes de la péritonite, M. Thore signale

les vices de conformation qui peuvent être un obstacle au cours des matières, et dans toutes les opérations d'anus artificiel, dit M. Robert, que j'ai faites ou vu faire, suivant la méthode de Littre, j'ai constaté qu'à l'ouverture du péritoine, il s'échappe une certaine quantité de sérosité, témoignage irrécusable de l'hypérémie dont cette membrane est déjà le siége; le contact de l'air, les manipulations réitérées doivent être, dans ces conditions, une cause puissante d'inflammation.

On peut encore faire à la méthode de Littre d'autres objections : si l'incision des parois abdominales, premier temps de l'opération, est simple et facile, il n'en est pas de même du deuxième temps, qui consiste à amener au dehors l'S iliaque du colon; pendant cette manœuvre, l'intestin grêle se précipite à l'extérieur, et il devient souvent très-difficile de le refouler. Dans un cas, M. Robert s'est même vu dans la nécessité de fixer une anse d'intestin grêle pour ne pas prolonger indéfiniment l'opération. — D'autres difficultés proviennent de la position anormale occupée par le gros intestin. En effet, à cause de la longueur considérable de cette portion du canal digestif, l'S iliaque du fœtus et du nouveau-né décrit une longue circonvolution, qui commence dans la fosse iliaque gauche, et même plus haut, se dirige transversalement jusque dans la fosse iliaque droite, et de là se replie de nouveau pour plonger de droite à gauche dans l'excavation pelvienne. Ce fait, dont l'observation est due à M. Huguier, permet de concevoir comment, ne pouvant trouver le colon, des chirurgiens habiles ont été conduits à abandonner la recherche de cet intestin, et à fixer dans la plaie une anse de l'iléon. Tous ces tâtonnements ajoutent encore aux chances de péritonite.

L'entérotomie lombaire, dite de Callisen, doit-elle être relevée de la défaveur où elle est encore aujourd'hui, et même y aurait-il lieu de la préférer à sa rivale. La méthode de Callisen, perfectionnée par M. Amussat, repose sur la possibilité d'ouvrir le colon lombaire gauche, sans pénétrer dans le péritoine. Elle est plus difficile que celle de Littre, à cause de l'épaisseur plus grande des parties à diviser; de plus, en suivant le procédé généralement décrit, on n'est pas toujours certain d'éviter la blessure du péritoine ou de mettre à découvert le gros intestin, sans de longs et périlleux tâtonnements.

En effet, le colon peut varier de position, et il n'affecte pas toujours les mêmes rapports avec sa tunique séreuse. 1° Il peut se diriger en dedans, passer au devant du rein; il devient alors presque impossible de ne pas blesser le péritoine; c'est la même anomalie qui expose à saisir l'intestin grêle, comme M. Gosselin l'a observé deux fois dans des expérimentations sur le cadavre; 2° derrière le colon le péritoine s'adosse quelquefois à lui-même, et forme un petit méso-colon qu'il est facile de déchirer. Toutefois, d'après mes recherches, cette disposition serait assez rare chez l'enfant nouveau-né.

En présence de ces faits, je conçois l'hésitation des praticiens qui, entre deux voies semées d'écueils, continuent à suivre celle dont ils ont le plus d'habitude.

J'ai fait quelques recherches anatomiques sur des cadavres d'enfants mort-nés ou ayant succombé deux ou trois jours après la naissance, avant que le méconium n'ait été évacué. Cette réserve m'a paru nécessaire parce que j'ai observé que le volume, la longueur et la position du gros intestin se modifient très-rapidement après la naissance. Or il m'a été donné d'observer deux faits importants. D'une part, c'est que le colon descendant est d'autant moins enveloppé par le péritoine qu'on l'examine plus près de la base de la poitrine, et plus près du coude que forme l'arc du colon pour devenir colon descendant. D'une autre part, c'est que dans les cas de déviation, le colon descendant conserve sa position normale en haut. Il en résulte que pour éviter la lésion du péritoine, l'ouverture de l'intestin devra être faite tout près du rebord des fausses côtes et non pas au milieu de l'espace compris entre la base de la poitrine et la crête iliaque. L'incision étant faite au lieu que j'indique, on aperçoit une portion de la face postérieure du rein et immédiatement en dehors l'intestin distendu par le méconium.

La méthode de Littre est seule applicable à un vice de conformation dont M. Depaul a montré deux exemples à l'Académie, à l'oblitération de l'extrémité inférieure de l'intestin grêle; dans les cas de cette espèce, il faut chercher l'iléon à travers la région de l'aine et l'ouvrir. M. Depaul est arrivé à reconnaître l'existence de cette oblitération intestinale à l'aide des signes suivants : conformation normale de l'anus et du rectum; possibilité d'administrer des lavements qui n'entraînent qu'une petite quantité de mucus; possibilité d'introduire assez profondément dans le rectum une sonde de gomme élastique; vomissements précoces; matières vomies promptement colorées par le méconium; gonflement peu considérable du ventre.

En commençant notre rapport, nous avons annoncé que ce fait soulevait une question médico-légale importante, celle de la viabilité dans les vices de conformation; nous ajoutons que, dans un procès en appel devant la cour de Rennes, il n'a pas été étranger à une transaction entre les parties. Les faits de ce genre ont été trop rarement observés pour avoir pu fixer l'attention des jurisconsultes, et les recueils des arrêts de la cour de cassation ne contiennent rien qui s'y rapporte; enfin, les médecins légistes ne les ont pas tous interprétés de la même manière.

Les articles 725 et 906 du code Napoléon disent que pour succéder ou jouir d'un testament ou d'une donation, l'enfant doit être né viable. Or la viabilité n'est pas définie par la loi; la science traduit viabilité par aptitude à parcourir les phases diverses de la vie.

La question de viabilité ne saurait être posée tant qu'un enfant est vivant, car il y a toujours alors présomption de viabilité. Si l'on remédie par une opération quelconque à un vice de conformation dont il est affecté et qu'on réussisse, la viabilité lui est définitivement acquise. Ce n'est donc que quand l'enfant a succombé que cette question doit être posée. Or les vices de conformation peuvent se présenter sous deux conditions différentes : 1° Tantôt la science possède des moyens faciles, certains, exempts de danger, capables de les traiter ou de les guérir; telles sont l'imperforation du prépuce, du méat urinaire, de l'anus, etc., etc. 2° Tantôt les ressources de l'art sont incertaines, c'est-à-dire que le praticien n'est pas toujours sûr de réussir, parce que l'opération offre des dangers, ou que les procédés opératoires ne présentent pas le même degré de certitude que dans le premier cas : telle est l'absence d'une plus ou moins grande partie du rectum.

Dans cette double hypothèse, trois cas doivent se présenter :

1° L'enfant meurt sans avoir été opéré, soit par incurie des parents, soit par absence ou timidité des hommes de l'art.

2° L'enfant a succombé après l'opération, soit à des accidents inhérents à l'opération elle-même, soit à des complications qu'il est impossible de prévoir et qui, d'ailleurs, sont communes à tous les actes de la chirurgie, soit enfin à ce que l'opération n'a pas été pratiquée en temps utile.

3° L'enfant succombe avant l'opération à des causes étrangères au vice de conformation dont il est affecté. Tels seraient un accident, une maladie intercurrente, etc.

Deux solutions opposées se trouvent en présence pour chacun de ces cas. Une opinion partagée par quelques jurisconsultes est la suivante : Doit être seulement déclaré non viable l'enfant qui porte en lui une impossibilité de vie absolue, irremédiable. Mais si, par une opération quelconque, on peut y remédier, alors même que celle-ci offrirait de grands dangers, l'enfant doit être déclaré viable.

Une opinion opposée a été soutenue par M. Devergie. Il faut, dit-il, juger les vices de conformation tels qu'ils se montrent, et se demander s'ils étaient de nature à entraîner la mort, dans l'hypothèse où ils auraient été abandonnés à eux-mêmes. Partant de ce fait, qu'il y a présomption de viabilité toutes les fois qu'il y a vie, il dit que si, à l'aide des secours de l'art, un enfant a été soustrait à des chances certaines de mort, cet enfant qui, en l'absence de ces secours, aurait succombé, doit être déclaré viable. Mais il n'en doit pas être de même lorsque l'art a été impuissant à remédier au vice de conformation; alors le fait doit être jugé non pas en raison des chances possibles des secours médicaux ou chirurgicaux, parce que tout est problématique dans leur application et dans leurs résultats, mais bien en raison du vice de conformation considéré en lui-même. Ainsi, selon M. Devergie, en ne jugeant que d'après l'altération telle qu'elle se montre à la naissance et d'après le résultat qu'elle doit fatalement amener quand elle est abandonnée à elle-même, en laissant aux enfants que le hasard ou les conditions sociales entourent de soins éclairés, les éventualités et le bénéfice de ces circonstances, on pose des doctrines à la fois justes et précises.

Entre ces deux opinons, nous n'hésitons pas à adopter la première. En effet, si l'on subordonnait la question de viabilité aux conditions sociales de l'enfant, aux éventualités des suites des opérations, etc., on arriverait à des conséquences opposées à toute idée de justice. C'est ainsi qu'un enfant né dans l'aisance, à même de recevoir des soins médicaux éclairés, s'il vient au monde avec une imperforation de l'anus que l'on peut immédiatement guérir avec un simple coup de lancette, cet enfant sera viable, parce qu'il sera secouru, tandis que, né dans des conditions sociales opposées, il ne sera pas viable. Évidemment, il nous serait impossible de déclarer devant les magistrats qu'un vice de conformation si léger et auquel il est si facile de porter remède, puisse exclure la viabilité.

Ces faits étant admis, nous arrivons aux cas les plus complexes et les plus graves, tels que l'absence de l'extrémité du rectum et celle du même intestin dans la plus grande partie de son étendue. Or, dans ces cas, la méthode de Littre, celle de Callisen, modifiée par Amussat, comptent déjà assez de succès pour que le praticien soit toujours autorisé à faire ces opérations et soit même blâmable de ne pas les tenter. Nous leur appliquerons donc les mêmes raisonnements qu'aux précédents, et nous dirons que le bénéfice de la viabilité nous semble devoir leur être acquis. Mais il n'en est plus de même lorsque l'altération organique est au-dessus des ressources de l'art, soit parce que celui-ci n'a point encore trouvé le moyen d'y remédier, soit parce que les procédés employés jusqu'à ce jour n'ont fourni que des résultats négatifs.

Pour nous résumer, nous dirons donc :

1° Que l'on ne doit pas faire dépendre la viabilité de circonstances éventuelles, telles que la position sociale de l'enfant, la présence des hommes de l'art, etc.;

2° Que la viabilité doit être subordonnée seulement à l'état de la science et aux progrès de l'art de guérir;

3° Qu'il faut admettre que tout enfant né avec un vice de conformation de nature à entraîner nécessairement la mort, s'il est abandonné à lui-même, doit être considéré comme viable quand cette lésion peut être traitée et guérie, même en supposant que les opérations destinées à remplir le but, puissent être suivies d'accidents graves, et même de la mort.

En terminant ce rapport, nous vous proposons :

1° D'adresser à M. Lepreste des remercîments pour son intéressante communication;

2° D'appeler sur ce chirurgien l'attention de la commission chargée des candidatures des places vacantes de membres correspondants.

Une discussion s'engage sur le rapport de M. Robert.

M. Velpeau : M. Robert vient de dire, en terminant, que tout enfant né avec un vice de conformation de nature à entraîner la mort, doit être considéré comme viable quand cette lésion peut être traitée et guérie, le succès fût-il d'ailleurs très-rare. Parmi les questions que peut soulever l'opération de l'anus

artificiel, il en est une à laquelle M. Robert n'a pas songé, à ce qu'il me semble : c'est savoir ce que deviennent les opérés. L'établissement d'un anus artificiel se fait pour remédier à deux ordres d'empêchements à une maladie, survenue chez l'homme adulte, ou un vice de conformation, comme l'absence de l'ouverture ovale ou de l'extrémité inférieure du rectum. Cette opération a été faite par bien des chirurgiens; pour mon compte, je l'ai pratiquée une dizaine de fois peut-être, et quatre ou cinq fois avec succès. Mais il serait intéressant de savoir ce que sont devenus les opérés ! Je ne sais. Retrouve-t-on dans la société des personnes ayant subi cette opération ? Les malades survivent-ils au delà des quelques mois qui suivent l'opération ? S'il s'agit simplement d'un anus rétabli, c'est bien différent; mais quand il faut mettre en pratique la méthode de Littre ou de Callisen, c'est-à-dire établir un anus là où il ne devait pas y en avoir, n'y a-t-il pas là quelque chose de très-anormal qui doit introduire un grand trouble dans la fonction digestive tout entière ? Je ne sais jusqu'à quel point c'est un bonheur d'avoir été conservé à la vie par une pareille opération ? Et encore est-il bien démontré que l'existence, avec tous ces inconvenients, puisse être prolongée pendant de longues années. Il serait très-important de savoir s'il y a des individus ayant continué à vivre après une opération d'anus artificiel par le procédé de Littre ou de Callisen, au delà de quelques années. Des quatre cas que je me rappelle avoir opérés avec succès, l'un est mort au bout de six mois, l'autre au bout d'un an, un au bout de dix-huit mois, et un au bout de deux ans. Si, par malheur, l'expérience venait à démontrer que les enfants succombent nécessairement au bout de quelques mois, je ne sais pas trop s'il n'y aurait pas lieu de renoncer à l'opération, et je ne pense pas qu'on puisse regarder comme réellement viables, c'est-à-dire aptes à se développer et à vivre autant que les autres, des enfants venus au monde avec une imperforation du rectum.

M. Robert : Je ne m'étonne pas d'entendre M. Velpeau, malgré sa grande expérience, déclarer qu'il n'a pas observé de succès durables obtenus par l'opération de l'anus artificiel. En effet, rien n'est plus rare qu'un succès définitif. Je puis citer cependant l'opéré de Duret, qui a vécu jusqu'à quarante et quelques années, après avoir subi, peu de jours après sa naissance, l'opération par la méthode de Littre. Je suis donc fondé à dire qu'un enfant né dans ces conditions est apte à parcourir les phases de la vie. J'avoue, avec M. Velpeau, que les chances ne sont pas très-grandes; mais, d'un autre côté, l'art n'a pas dit son dernier mot; il pourra perfectionner et l'opération elle-même et le traitement des accidents consécutifs. M. Goyraud a signalé l'un de ces accidents, le renversement de l'intestin. M. Amussat, qui l'avait observé déjà, avait même imaginé, pour y remédier, un appareil compressif dont je ne saurais donner la description, mais qui ne sera peut-être pas perdu pour la science. M. Amussat m'a assuré, dans ses conversations particulières, avoir obtenu sur plusieurs enfants des succès durables. Il suivait, entre autres, l'enfant d'un consul étranger, que M. Jobert a dû voir avec lui, si je ne me trompe. Cet enfant, qui doit avoir aujourd'hui 4 ou 5 ans, jouit d'une très-bonne santé, bien qu'il porte un anus artificiel au flanc gauche. M. Maisonneuve a présenté à l'Académie un enfant auquel il a pratiqué la même opération il y a déjà plusieurs mois, et cet enfant vit encore. M. Maisonneuve s'est peut-être, il est vrai, trop pressé de présenter ce fait comme un succès définitif, car il s'est produit chez cet enfant un renversement de l'intestin, complication grave, pour laquelle M. H. Larrey a été depuis appelé à lui donner des soins. Mais, je le répète, nous devons espérer que l'art trouvera les moyens de combattre cet accident. En résumé, il y a un fait de succès complet et prolongé, celui de Duret, auquel on peut ajouter celui de M. Amussat et celui de M. Leprestre, car son malade a succombé à une maladie épidémique. Ces faits sont de nature à encourager les chirurgiens et à établir que la viabilité doit être acquise lorsque l'enfant n'a pas immédiatement succombé et a vécu au delà de quelques mois.

M. H. Larrey : Je remplaçais M. Cloquet à l'hôpital des Cliniques en 1839; j'eus l'occasion d'adresser à Amussat un enfant venu au monde avec une imperforation anale. Cet enfant opéré par Amussat, par la méthode de Callisen modifiée, a vécu cinq ans à ma connaissance. Je ne sais ce qu'il est devenu depuis que je l'ai perdu de vue; quant au second fait cité par mon honorable collègue, M. Robert, l'enfant opéré par M. Maisonneuve, je puis aussi donner à ce sujet quelques explications à l'Académie. Il s'est produit chez cet enfant une complication très-grave, une double invagination de l'intestin, de telle sorte qu'il existe, au niveau de l'ouverture lombaire, un double diverticulum. Je pourrai présenter cet enfant à l'Académie à la prochaine séance, s'il existe encore à ce moment; dans tous les cas, je ferai passer sous les yeux de mes collègues un dessin qui fera mieux comprendre qu'une description le caractère de ce renversement de l'intestin. Toutes les tentatives faites jusqu'à présent pour en obtenir la réduction ont été inutiles. M. Maisonneuve a pu réussir momentanément au moyen d'un appareil particulier qu'il a imaginé, mais l'invagination s'est reproduite. Je n'ai pas été plus heureux. Cet enfant était très-délicat, très-chétif; je ne sais s'il survit encore, mais je pense que, dans tous les cas, il convient d'ajourner toute nouvelle tentative jusqu'à ce que la santé générale de l'enfant se soit améliorée. Quant à la question générale posée par M. Velpeau, j'incline beaucoup à croire avec lui que la viabilité des enfants qui ont subi l'opération de l'anus artificiel est assez triste.

M. Trousseau : Messieurs, il y a dans le débat qui s'est établi devant vous deux questions distinctes, une question chirurgicale et une question de médecine légale; c'est de celle-ci seulement que je veux m'occuper, et je regretterais que M. Adelon ne vînt pas nous aider de ses lumières. D'après ce qui a été dit, les circonstances fortuites acquerraient une grande valeur pour juger la question de viabilité. Il est certain qu'on ne peut pas comprendre comment un enfant serait viable ou non, selon la condition sociale à laquelle il appartient, le lieu où il vient au monde. Un enfant né avec un vice de conformation ne serait pas viable, dans un hameau des Pyrénées, à vingt lieues du chef-lieu de département, loin de tous secours; il serait viable, né dans un centre populeux, au chef-lieu du département où il peut être opéré avec succès. Ne vécût-il alors que quinze jours, on ne saurait lui refuser la viabilité. Mais le droit d'un enfant est absolu, c'est là un fait considérable en jurisprudence; si les parents meurent, cet enfant est l'héritier légal, du moment où il est né viable. Il ne s'agit de rien moins que de lui reconnaître ou de lui refuser le droit de succession. Or toutes les fois que vous faites dépendre la viabilité de l'acte d'un chirurgien ou d'une sage-femme, vous faites une chose mauvaise. L'enfant n'est viable qu'à la condition d'une opération, et comme cette opération n'est pas dépendante de lui, de ses parents le plus souvent, je pense, quant à moi, que de pareils vices de conformation excluent la viabilité.

M. Adelon développe cette proposition que la viabilité n'est pas définie par la loi, et que c'est aux juges à en décider pour chaque cas particulier. Le médecin doit se borner à dire ce qui est de sa profession; il ne peut déclarer, en terminant un rapport, qu'un enfant était ou n'était pas viable, mais seulement qu'il était apte à commencer et à continuer la vie. C'est là une détermination souvent difficile; ainsi, l'anencéphalie, qui permet à l'enfant de vivre pendant plusieurs jours et même d'être allaité, détermine nécessairement la mort. Dans les vices de conformation, l'expert doit déclarer s'il s'agit d'un état irrémédiable, et alors la vitalité ne saurait être admise, ou si l'art peut intervenir avec succès, c'est aux magistrats à juger la question selon le cas particulier.

M. Velpeau : Je ne m'occuperai pas de la viabilité, puisque M. Adelon nous apprend qu'il ne nous appartient pas d'en décider. Je reviens à la question chirurgicale. Je n'ai pas nié la viabilité des enfants nés avec une imperforation du rectum et ayant subi l'opération, j'ai dit seulement que je n'en connaissais pas. M. Robert nous a dit qu'en supposant qu'il y en eût très-peu aujourd'hui, cela ne veut pas dire qu'il n'y en aura pas beaucoup plus tard. C'est possible, mais il faut en attendre la démonstration. Je prie ceux de nos confrères qui en ont observé, ou qui en recueilleront par la suite, de nous les signaler. M. Robert cherche l'explication de la mort des opérés par un accident auquel l'art nous apprendra peut-être un jour à opposer un traitement. Ce qui est certain, quant à présent, c'est que les opérés meurent, et c'est là-dessus que j'ai voulu insister.

M. Depaul : M. Robert a énuméré les inconvénients inhérents à l'une et à l'autre opération d'anus artificiel, celle de Littre et celle de Callisen, et il penche évidemment beaucoup pour cette dernière. Parmi les objections à la méthode de Callisen, il en est une que M. Robert n'a pas signalée et qui a une valeur capitale : il s'agit d'une disposition anatomique qui ne permet pas d'atteindre l'intestin par l'incision lombaire. Cette disposition n'est pas très-rare, puisque j'ai pu la rencontrer trois fois depuis trois ans. Dans le cas qui fait l'objet du rapport de M. Robert, savait-on si le rectum, si le colon étaient bien conformés ? L'oblitération pouvait ne pas être limitée au rectum et s'étendre plus ou moins au gros intestin. Avec une semblable disposition, quel résultat eût-on obtenu par la méthode de Callisen ? On n'aurait pas trouvé l'intestin, et l'on aurait presque à coup sûr ouvert le péritoine. Avec une imperforation anale, l'extrémité inférieure du rectum peut manquer, et la première question qu'on doive se poser, c'est celle du siége précis de l'oblitération; de là dépend le choix du procédé opératoire. A l'occasion de deux faits de ce genre que le hasard m'a fait rencontrer dans le courant de cette année, j'ai donné quelques caractères qui permettent de dire si le rectum est à une distance plus ou moins rapprochée; la percussion du ventre fournit des caractères différentiels. M. Robert a rappelé les signes que j'ai indiqués, mais il en a omis un très-important, la sonorité perçue sur le trajet présumé du gros intestin, qui autorise à penser que l'atrésie est placée au-dessus de cet intestin. J'ajoute que le reproche le plus sérieux qu'on puisse faire à la méthode de Callisen, c'est qu'elle expose à ne pas trouver l'intestin. Par la méthode de Littre, au contraire, on a la certitude de trouver et de pouvoir saisir l'intestin.

M. Laugier : Il est difficile, messieurs, d'improviser sur des questions de médecine légale, mais je ne puis m'empêcher de présenter quelques observations. Je ne puis admettre qu'un enfant ne soit pas viable parce qu'il est venu au monde avec un vice de conformation susceptible d'entraîner la mort si l'on n'y porte remède. Un enfant nouveau-né vient au monde avec une imperforation du prépuce; abandonné à lui-même, cet enfant succombera inévitablement; il y aura rétention d'urine, formation d'une tumeur dont chacun ici connaît les caractères; mais la moindre opération suffira pour empêcher tous les accidents. Il en est de même de certaines imperforations du rectum; il suffit souvent d'une simple incision sur la tumeur pour donner issue au méconium, rétablir la voie naturelle et faire cesser un état mortel s'il était persistant. Il n'en est plus de même des imperforations du rectum qui se présentent à plus d'un centimètre et qui doivent être opérés par la méthode de Littre et de Callisen; cette opération peut réussir, sans doute, mais la viabilité est alors pour ainsi dire accidentelle. L'oblitération de l'intestin n'empêche pas, en résumé, de déclarer l'enfant viable, ou bien elle s'y oppose, suivant que le vice de conformation est léger ou grave.

M. Trousseau : Nous restons toujours dans la même difficulté; je ne saurais partager l'opinion de M. Laugier, qui consiste à admettre la viabilité quand l'obstacle est à quelques millimètres ou à un centimètre, et à la nier quand il est placé au-dessus. La viabilité ne saurait être établie ainsi d'après le plus ou moins de gravité du vice de conformation. Supposons une imperforation

de l'œsophage situé à l'extrémité supérieure de ce conduit; qu'un chirurgien hardi s'avise de pratiquer une ouverture au-dessous du rétrécissement et d'alimenter l'enfant en injectant par la plaie du lait dans l'estomac; l'enfant pourra vivre quinze jours de cette façon. Peut-on déclarer cet enfant viable? Ceci ne serait pas raisonnable, assurément; mais ce serait discutable au point de vue légal, l'enfant aurait respiré, il aurait vécu. Il n'y a, dans le degré et dans la gravité du vice de conformation, rien de précis, rien qui puisse servir de règle.

M. le Président : M. Adelon nous a dit tout à l'heure que la viabilité n'est pas définie par la loi, qu'elle est laissée à l'appréciation des magistrats. Il ne nous appartient pas de suppléer au silence de la loi. J'invite en conséquence l'Académie à clore la discussion sur ce point; si elle désire la continuer sur la question chirurgicale, je propose d'en remettre la continuation à la séance prochaine.

M. Cazeaux insiste pour que la discussion soit continuée.

L'Académie, consultée, décide que la discussion sera immédiatement reprise.

M. Moreau : Je suis d'avis, avec M. Robert et avec M. Trousseau, que la question de viabilité ne peut être posée qu'après la mort de l'enfant, ou à propos de vices de conformation incompatibles avec la vie en ce sens qu'ils s'opposent à la continuation de l'existence, tout en n'impliquant pas la cessation immédiate. Un enfant atteint d'anencéphalie peut vivre pendant quelques jours, et même teter, et cependant il n'est pas viable. Il en est de même du cas cité tout à l'heure par M. Trousseau, l'oblitération de l'œsophage. Toutefois, tant que l'enfant vit, il est viable par cela même. Il y a quelques années, la fille d'un magistrat haut placé accoucha à six mois d'un enfant vivant. J'ai dit à ce magistrat qu'à mes yeux c'était un fruit qui n'était pas mûr et qui ne pouvait se développer; que cependant, en raison des soins dont il serait certainement entouré, il pourrait vivre quinze jours, un mois peut-être. Je demandai à ce magistrat si cet enfant était apte à hériter dans le cas où la mère viendrait à mourir : Il vit, me répondit-il, donc il peut succéder.

Un mot encore, au sujet du trajet de l'S du colon chez le fœtus, où il se porte d'abord de la fosse iliaque gauche dans la fosse iliaque droite avant de pénétrer dans l'excavation pelvienne. Je ne pense pas, avec l'honorable rapporteur, que ce soit là une véritable anomalie. Le bassin est rudimentaire chez le fœtus; c'est au-dessus de lui qu'est placé le paquet intestinal, et, par cela même, l'S iliaque est forcé de décrire un large circuit avant de se continuer avec le rectum.

Je dirai, en terminant, que la création d'un anus artificiel me paraît, avec M. Velpeau, une ressource bien chanceuse. J'ai pratiqué plusieurs fois cette opération, et chaque fois l'enfant a succombé.

Les conclusions du rapport de M. Robert sont mises aux voix et adoptées.

CAS REMARQUABLE DE MICROCÉPHALIE.

M. Baillarger présente à l'Académie un cas remarquable de microcéphalie. C'est une petite négresse de Porto-Rico, dont le crâne n'a pas plus de 3,5 centimètres dans son plus grand diamètre. L'intelligence est cependant assez développée; sa conformation est régulière. Elle entend quelques mots d'espagnol. On ne remarque pas chez elle ce sautillement, cette agitation perpétuelle des *Aztèques*, ni aucun des vices de conformation si fréquents chez les idiots microcéphales. On dit cette jeune fille âgée de 12 à 15 ans; ses dents, examinées par M. Oudet, sont celles d'un enfant de 10 à 12 ans. Elle a déjà été menstruée deux fois, et cependant on ne remarque pas chez elle le moindre développement des glandes mammaires. Il y a toujours, comme dans tous les cas de microcéphalie, une crête médiane saillante à la réunion des os frontaux, et la dépression sus-orbitaire signalée par M. Cerise. Je remets à la prochaine séance quelques considérations que je me proposais de présenter sur la microcéphalie, je ferai seulement observer que la microcéphalie n'est pas rare dans une même famille. Je rappellerai les *Aztèques* soumis à notre examen; il paraît que la mère de l'enfant que nous avons actuellement sous les yeux a eu trois enfants microcéphales.

— M. Reveil, professeur agrégé à l'École de pharmacie, donne lecture des conclusions d'un mémoire ayant pour titre : Recherches sur l'opium. (Commiss. : MM. Caventou, Trousseau, Chevallier.)

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

BIBLIOGRAPHIE.

ÉLÉMENTS DE PATHOLOGIE MÉDICALE OU PRÉCIS DE MÉDECINE THÉORIQUE ET PRATIQUE ÉCRIT DANS L'ESPRIT DU VITALISME HIPPOCRATIQUE; par A. L. J. Bayle. — Tome Ier. — Paris, 1856.

ESSAI SUR LES BASES DE LA SCIENCE MÉDICALE ET EXPOSITION SOMMAIRE DE LA DOCTRINE TRADITIONNELLE; par J. G. Faget (de la Nouvelle-Orléans). — Ouvrage couronné par l'Académie de médecine de Caen. — Paris, 1856.

MEDICAL LOGIC; by P. Œsterlen, M. D. (La logique médicale; par Œsterlen; ouvrage traduit de l'allemand en anglais par G. Whitley, M. D.). — Londres, 1855. — Imprimé aux frais de la Société de Sydenham.

THE BOOK OF ANALYSIS; by Tweedy John Todd, M. D. (Le livre d'analyse ou nouvelle méthode d'expérience par laquelle l'induction du novum organum est rendue d'une application facile a la médecine, a la physiologie, a la météorologie, a l'histoire naturelle, etc.). — Londres, 1831

ELEMENTS OF MEDICAL LOGICK; par sir Gilbert Blane. — Londres, 1819.

(Deuxième article. — Voir le numéro précédent.)

L'examen des ouvrages nouveaux, la critique des doctrines sous lesquelles ils se rangent, la discussion des opinions de leurs auteurs, est une tâche facile pour ceux qui veulent avoir recours à l'histoire. Elle montre, en effet, le point de départ des systèmes et des conceptions théoriques; elle les suit dans leurs développements et enregistre les progrès qu'ils font faire à la science dans des directions différentes. Les idées nouvelles échappent, on le sait, quelquefois à cette juridiction de l'histoire, parce qu'on ne trouve pas toujours facilement leurs analogues. Ce n'est pas le cas des doctrines que nous examinons, elles ont régné en médecine depuis l'époque la plus reculée; elles ont été soumises à toute une série d'épreuves, elles ont donné des résultats qui constituaient des progrès réels à une certaine époque. Elles offrent un côté synthétique dans lequel la pathologie et la thérapeutique ont trouvé quelquefois de saines inspirations. Mais aujourd'hui, quelle voie nouvelle ouvrent-elles au progrès? Y trouve-t-on une formule nette et précise d'observation médicale? Ou bien embrassent-elles tous les faits acquis et se prêtent-elles à leur interprétation! Là se trouve la difficulté du système présenté de nouveau par MM. Bayle et Faget. On sait d'où il vient, on connaît son antique et illustre origine, mais on ne peut s'empêcher de se demander où il tend et ce qu'il peut de nos jours. Un système, une idée théorique sont des instruments d'observation. Ils ne peuvent avoir de valeur absolue, à proprement parler, dans les sciences médicales du moins. Bons à une certaine époque, ils deviennent insuffisants dans une autre, et alors *qu'on les remplace* ou *qu'on ne les remplace point*, ils cessent pour ainsi dire d'exister, parce que les générations nouvelles, n'y voyant point une utilité, ne s'en occupent point. Tel est le sort de tous les systèmes. Il y en a peu qui comptent, comme le vitalisme hippocratique, tant de titres à la haute appréciation de l'histoire. Mais aujourd'hui son rôle est achevé, quoi qu'on ait dit dans ces derniers temps; et ce qui le prouve bien, c'est l'impossibilité de l'élever au niveau du mouvement scientifique de notre époque. Nous allons le démontrer en empruntant quelques données aux ouvrages peu connus chez nous, de *Blane*, de *Todd* et d'*Œsterlen* : nous commencerons par ce dernier.

On dit que l'on connaît l'interprétation d'un phénomène naturel quand on a déterminé et mesuré toutes les circonstances qui président à son évolution. Lorsque tous ces points à observer sont éclairés, on dit que l'on comprend le phénomène. On entend par là que la comparaison et l'analyse des faits permettent de rapporter certains phénomènes à des actes qui les accompagnent ou qui les précèdent. Ainsi il est démontré que la respiration dépend en partie de certaines affinités qui existent entre certains éléments du sang et l'oxygène de l'air; que certaines paralysies sont le résultat d'une extravasation du sang, et de la compression du cerveau ou de la moelle épinière. Mais ces explications soulèvent elles-mêmes d'autres questions. D'où vient l'affinité du sang pour l'oxygène de l'air, quelle est la cause des hémorrhagies cérébrales? On cherche de nos jours la solution de ces problèmes, et on la trouvera sûrement comme on a trouvé l'explication de certaines paralysies et de certains phénomènes respiratoires. Cette seconde explication en nécessitera une troisième, et ainsi de suite. On voit ainsi que l'interprétation des phénomènes naturels se réduit à une série de solutions qui dépendent toutes les unes des autres, et dont la dernière appelle toujours une solution nouvelle. Notre esprit en cherchant à déterminer et à classer ces solutions, traduit le langage énigmatique des phénomènes naturels, en termes plus intelligibles, en les réduisant en formules techniques et en modes familiers d'expression.

Nous avons fait tout ce qu'il est humainement possible de faire, dit à ce sujet le docteur Œsterlen, pour expliquer la cause ou les lois d'un acte naturel, quand nous sommes amenés à distinguer et à montrer expérimentalement dans quelles circonstances on l'observe, dans quel cas on ne l'observe pas et quand nous pouvons affirmer que dans des circonstances données il se produira toujours. On peut dire que si certains corps manifestent des phénomènes particuliers en les développant dans d'autres substances, cela tient à

une *propriété spéciale* de ces corps. On peut donner à cette *propriété* le nom de *force*. Notre esprit est conduit à reconnaître dans la nature, autant de propriétés ou de forces que nous admettons de séries distinctes de phénomènes. Il faut se garder de croire cependant qu'une fois créée, cette hypothèse d'une force nous fait connaître davantage la nature des phénomènes naturels. Au lieu de dire que les procédés de la nature que l'on observe chez les êtres vivants, sont le résultat de l'agencement particulier de certains organes, du contact ou de la combinaison de certaines parties solides et fluides, de leurs actions et de leurs réactions mutuelles, on comprend tous ces actes sous la dénomination générale de *force vitale*. Les lois des phénomènes physiologiques, deviennent alors les lois de la force vitale; tout ce qui agit sur les corps vivants, sur les organes et sur leurs fonctions, affecte la force vitale. C'est ainsi que nous parlons de l'augmentation, de la diminution, des modifications de la force vitale. A-t-on par là une notion plus complète, plus étendue des lois qui régissent la matière organisée? Certainement non, on a désigné d'un nom particulier une *quantité inconnue*, une circonstance ou une influence déterminante très-générale et très-complexe à laquelle on a donné le nom de force et qui masque les phénomènes à étudier. Pour beaucoup d'esprits, cette hypothèse paraîtra sans doute utile, elle satisfera en apparence au désir de connaître les conditions des phénomènes vitaux. Mais au fond elle ne les expliquera pas davantage. Ce n'est que par l'étude des actes physiologiques et pathologiques nombreux compris sous cette dénomination et souvent masquée par cette hypothèse qu'on est arrivé à découvrir quelques faits importants. On a pu croire à une époque que l'on comprenait mieux la nature et l'essence des phénomènes morbides en admettant une *augmentation ou une diminution de l'irritabilité, un excès ou un manque de stimulus*; on a pensé aussi qu'on faisait connaître les phénomènes mystérieux qui président au rétablissement de la santé après les maladies en inventant l'expression de *force réparatrice naturelle*; on a cru expliquer l'action de tel ou tel médicament en les dotant de certaines propriétés médicinales.

On a voulu trop tôt comprendre et interpréter des actes qui tiennent à la nature, à l'essence ou à la *cause ultime* des choses. Le moyen que l'on a adopté pour les expliquer est de supposer une influence surnaturelle que l'on personnifie. *Tous ces phénomènes n'ont qu'une cause et cette cause est Dieu.* Ensuite on a supposé des *forces* particulières ou des *fluides impondérables*, sortes d'entités distinctes de la matière. C'est ainsi que *Gilbert Blane*, l'un des médecins les plus distingués du commencement de ce siècle, voyant bien que les corps animés sont doués de toutes les propriétés de la matière inorganisée, mais qu'ils manifestent en outre des phénomènes qui leur sont particuliers et dont les effets mobiles se prêtent difficilement à l'observation et au calcul, a proposé de les comprendre sous les appellations suivantes: 1° *force génératrice*, 2° *force conservatrice*, 3° *force assimilatrice*, 4° *force formatrice*, 5° *force réparatrice*, 6° *force motrice*, 7° *force sensitive*, 8° *force sympathique*. Il a renouvelé ainsi, dans un livre, du reste remarquable sous plusieurs rapports, l'hypothèse des propriétés vitales inhérentes aux organes, aux tissus, à certaines fonctions. Cette hypothèse, tout au plus utile pour l'exposition élémentaire des faits, ne mène à rien; elle conduirait sûrement à des erreurs celui qui, la prenant pour base de ses recherches, la suivrait dans tous ses développements logiques.

Pour suivre le mouvement scientifique de notre époque, on n'a nul besoin de ces hypothèses. Il nous semble que les esprits les plus élevés ont renoncé au désir de trouver la cause intime des phénomènes. On cherche à déterminer les occasions ou les lois de leur manifestation. On arrive ainsi quelquefois à connaître les principales conditions de leur évolution, et on peut parvenir à en arrêter ou à en modifier la marche. Mais il faut pour cela une recherche méthodique et patiente; il faut, comme dit Descartes, « préférer la connaissance de quelque peu » de vérité à la vanité de paraître n'ignorer rien. » *Rectè veritas temporis filia dicitur, non auctoritatis.*

Les causes de toutes ces divergences, dit Todd, dans l'excellent traité d'*analyse inductive*, que nous avons sous les yeux, tiennent à la nature de l'esprit humain. Les désirs et les sentiments conduisent l'intelligence. On préfère ainsi quelquefois des notions vagues et incomplètes à des faits exacts qui ne s'accordent point avec des idées préconçues. Bacon n'a-t-il pas dit: « *Intellectus humanus luminis sicci non est. Quid enim mavult homo verum esse, id potius credit. Rejecit itaque difficilia ob inquirendi impatientiam; sobria quia coarctant spem; altiora naturæ propter superstitionem; lumen experientiæ propter arrogantiam, et fastum, ne videatur mens versari in vilibus et fluxis; paradoxa propter opinionem vulgi.* »

THOLOZAN.

VARIÉTÉS.

BANQUET OFFERT PAR LE CORPS MÉDICAL DE FRANCE AUX MÉDECINS DE L'ARMÉE ET DE LA FLOTTE D'ORIENT.

La commission constituée pour l'organisation de ce banquet a décidé ce qui suit:

1° Sont engagés à souscrire au banquet:

MM. les médecins civils;

Les médecins de l'armée et de la flotte qui n'ont point fait partie de l'expédition d'Orient;

Les aides-majors stagiaires du Val-de-Grâce;

Les internes des hôpitaux de Paris.

2° Le prix de la souscription est de 15 fr.

3° Les souscriptions seront reçues, à partir du 22 juillet courant, chez chacun des membres de la commission, et, de plus, dans les bureaux de la GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE (Victor Masson, éditeur, place de l'École-de-Médecine, 17), de l'UNION MÉDICALE (rue du Faubourg-Montmartre, 56), et de la GAZETTE DES HÔPITAUX (rue des Saints-Pères, 40).

4° La souscription sera close le dimanche soir, 10 août.

5° Le banquet est fixé au mercredi 20 août.

Un avis ultérieur fera connaître le local où il aura lieu.

Les souscripteurs de province pourront envoyer un bon de poste, contre le reçu duquel il leur sera fait parvenir une carte d'entrée au banquet.

MM. les invités sont priés de faire connaître leur acceptation avant le 10 août, par une lettre écrite à M. le docteur Maheux, secrétaire-trésorier de la commission. Ils recevront aussitôt après une carte d'admission.

Les membres de la commission du banquet:

MM.

Le baron Paul DUBOIS, doyen de la Faculté de médecine, président de la commission, rue Monsieur-le-Prince, 12;

MAHEUX, docteur en médecine, secrétaire-trésorier de la commission, rue des Jeûneurs, 39;

BOINET, membre de la Société de chirurgie, rue de la Banque, 20;

BOUILLAUD, professeur à la Faculté de médecine, rue Saint-Dominique-Saint-Germain, 32;

CERISE, docteur en médecine, rue de Sèze, 10;

CHASSAIGNAC, chirurgien des hôpitaux, rue de Richelieu, 60;

DECHAMBRE, rédacteur en chef de la GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE, rue de Lille, 49;

JAMAIN, rédacteur de la GAZETTE DES HÔPITAUX et des ARCHIVES D'OPHTHALMOLOGIE, rue Mazarine, 20;

LATOUR (Amédée), rédacteur en chef de L'UNION MÉDICALE, rue du Faubourg-Montmartre, 56;

MAYER (Alex.), médecin de l'inspection générale de la salubrité et de l'hospice des Quinze-Vingts, boulevard du Temple, 35;

NÉLATON, professeur à la Faculté de médecine, quai Voltaire, 1;

RAYER, membre de l'Académie de médecine et de l'Institut, rue de Londres, 14;

RICORD (Ph.), chirurgien des hôpitaux, rue de Tournon, 6.

Pour copie conforme:

Le secrétaire-trésorier de la commission du banquet,

Dr MAHEUX.

N. B. Toute communication relative au banquet devra être adressée (*franco*) à M. le docteur Maheux, secrétaire-trésorier de la commission.

— Par décret en date du 7 mars, deux concours pour des places d'agrégés stagiaires sont ouverts à la Faculté de médecine de Paris:

1° Concours pour deux places en anatomie et deux places pour les sciences physiques.

Il commencera le 2 novembre. La liste d'inscription sera close irrévocablement le 1er septembre 1856, à quatre heures de relevée.

2° Concours pour cinq places en médecine et en médecine légale, et quatre places en chirurgie et en accouchements.

Il commencera le 2 janvier 1857. La liste d'inscription sera close irrévocablement le 1er novembre 1856, à quatre heures de relevée.

— La médecine lyonnaise vient d'être cruellement éprouvée. A deux jours d'intervalle, elle a perdu deux de ses plus dignes et de ses plus estimés représentants. M. Colrat, ex-chirurgien en chef de la Charité, professeur d'accouchements à l'école de médecine, a succombé le 11 juillet à l'âge de 54 ans.

Praticien d'un sens exquis, c'était un de ces hommes qu'il faut avoir vus et écoutés pour connaître l'empire qu'un esprit éminent peut exercer, soit pour consoler les malades, soit pour éclairer ses confrères.

M. de Polinière est mort le 13, à l'âge de 66 ans. Ancien médecin et plus tard administrateur des hôpitaux de Lyon, ex-président de la Société de médecine, président perpétuel du comité de vaccine, président de l'Association de prévoyance et de secours des médecins du Rhône; la liste de ses titres, tous déférés par l'estime générale, montre quels vides il laisse dans cette ville. La douceur de son esprit, sa bonté, qu'on n'invoquait jamais en vain, lui avaient fait une véritable et légitime autorité, dont il n'usa jamais que dans l'intérêt de la profession, qui avait en lui un ardent défenseur.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — DES EFFETS GRAVES DÉTERMINÉS PAR LA LIGATURE DE L'ŒSOPHAGE CHEZ LES ANIMAUX.

Rien n'est plus complexe que le résultat de certaines vivisections et expérimentations physiologiques. Les opérations de ce genre, même les plus simples, comprennent une foule de faits que la main la plus habile des opérateurs ne parvient pas toujours à isoler les uns des autres.

Pour étudier certaines fonctions, on sectionnait des cordons nerveux, des vaisseaux, des muscles, on mutilait des organes importants, et dont les différentes parties sont dans la dépendance les unes des autres. Pour examiner l'action des différents poisons, Orfila les introduisait de vive force dans l'estomac et les y maintenait par la ligature de l'œsophage. Quand il fallait plus tard démêler au milieu des effets combinés de toutes ces influences ceux qui étaient particuliers à tel organe, à telle fonction ou bien à tel poison, les esprits les plus décidés restaient quelquefois dans le doute. Ce n'est pas que l'on ait manqué de varier les expériences ; mais on ne les variait pas avec méthode, on n'observait pas avec précision les symptômes présentés par les animaux, on n'étudiait pas les causes des divergences, on ne rapprochait pas les cas analogues pour trouver les motifs de leur ressemblance.

De la part de l'inventeur le désir d'arriver à une conclusion, de citer des résultats positifs en vue d'un but formulé à l'avance; de la part des observateurs ordinaires cette disposition de l'esprit qui permet de voir les choses qui ont été déjà vues, et qui ferme les yeux pour celles qui ne leur ressemblent pas ; la facilité et l'avantage toujours marqués de voir les faits confirmatifs de certaine doctrine : ces motifs expliquent suffisamment pourquoi certains résultats pris par la plupart des esprits pour des vérités acquises depuis trente ans, sont de nos jours examinés avec une méthode plus sûre, une habitude et une habileté plus grandes, des idées moins préconçues, et conduisent à une interprétation diamétralement opposée.

Les conquêtes récentes de la physiologie expérimentale sont presque toutes faites dans cet esprit d'enquête et de vérification scientifique, le seul qui fonde des données stables. Les découvertes remarquables de Claude Bernard, les travaux persévérants et si heureusement couronnés de Brown-Séquard, qui ont modifié complètement la théorie si longtemps admise des actions directes de la moelle épinière, les recherches toutes récentes de cet habile expérimentateur sur les effets des sections et de l'ablation des capsules surrénales sur les animaux, prouvent qu'en physiologie expérimentale, pour arriver à des résultats nets et concluants, il faut s'appliquer à étudier isolément chacune des influences que nos devanciers ne voyaient qu'en bloc.

Aussi le talent qui réussit aujourd'hui est-il plutôt dans l'art d'isoler les faits que dans celui d'en étudier l'ensemble.

Les problèmes se scindent, la science se divise : là où Magendie et Orfila ne voyaient qu'une expérience toxicologique ou thérapeutique, nous voyons les effets multiples d'une lésion de la peau, du tissu cellulaire, d'une hémorrhagie, d'une dilacération des nerfs, d'une constriction exercée par un corps étranger sur une des parties les plus actives et les plus mobiles du tube digestif. Nous voyons, en outre, la réaction de l'estomac plein ou vide contre l'oblitération de son conduit excréteur ; la perversion des fonctions du bout supérieur de l'œsophage et du pharynx; l'hypersécrétion et l'accumulation des mucosités au voisinage du larynx ; des phénomènes généraux caractéristiques et très-graves ; enfin une mort prompte.

Les expériences de MM. H. Bouley et Reynal mettent hors de doute ces derniers effets. Ces habiles observateurs ont opéré d'abord sur des animaux dont les voies digestives étaient vides. Ils ont vu que la ligature de l'œsophage, après isolement parfait de ce tube des cordons nerveux, mettait l'animal dans un état d'inquiétude extrême, dans un malaise profond, produisait une agitation extrême des lèvres, des mâchoires, de la langue, des efforts impuissants et réitérés de vomissement, l'hypersécrétion des glandes salivaires et des follicules pharyngiens, l'embarras de la respiration, la toux; et, d'autre part, des déjections bilieuses et quelquefois sanguinolentes. Quelquefois ces troubles ne cessent qu'avec la vie. D'autres fois, ils sont suivis immédiatement d'un collapsus profond. L'autopsie montre le foie gorgé de sang, la vésicule biliaire pleine, à muqueuse arborisée ; l'estomac fortement injecté, l'intestin congestionné dans une vaste étendue, présentant des infiltrations sanguines nombreuses. Sur huit chiens auxquels on a simplement lié l'œsophage, cinq sont morts avant la fin du troisième jour. Les trois autres animaux n'ont eu que des ligatures temporaires de deux heures, un seul a pu manger le lendemain, les deux autres sont restés plusieurs jours sans vouloir prendre de nourriture.

L'opération de l'œsophagotomie et la ligature, même temporaire, de l'œsophage, produisent donc quelquefois sur les chiens des effets assez graves. La constriction du conduit œsophagien par une ligature permanente augmentant l'intensité et la durée de ces effets, détermine, dans quelques cas au moins, la mort.

Après avoir constaté ces faits, MM. H. Bouley et Raynal ont opéré la constriction de l'œsophage sur sept animaux auxquels on avait fait ingérer préalablement des substances non toxiques (le sel marin ou l'émétique à faibles doses). Six sont morts avant la trentième heure. Il y a donc, en somme, dans les faits dont M. Bouley a apporté le commentaire et les résultats à l'Académie, quatorze expériences faites avec soin, qui toutes formulent la même conclusion. La description si positive des symptômes et des lésions présentés par les animaux soumis aux expériences, l'habileté connue des observateurs, l'identité des résultats observés dans tous les cas, nous portent à croire aux symptômes graves que développe la constriction permanente de l'œsophage chez les chiens. Il faut donc renoncer à ce moyen violent d'étudier les effets des substances toxiques sur les animaux. Moyen barbare qui faisait confondre les actions toxiques avec des réactions organiques plus puissantes qu'elles, qui traitait l'organisme vivant comme un appareil inerte ; opération grave dont les effets ne s'étant pas montrés dans des cas exceptionnels qu'il faudrait déterminer, ont pu en imposer à des observateurs éminents.

THOLOZAN.

FEUILLETON.

HISTOIRE PROFESSIONNELLE.

(Premier article.)

RECHERCHES HISTORIQUES SUR LES MÉDECINS ET LES CHIRURGIENS DES ROIS DE FRANCE, ET SUR LES DROITS ET PRIVILÉGES DONT ILS JOUISSAIENT, DEPUIS LE COMMENCEMENT DE LA MONARCHIE JUSQU'À LA FIN DU DIX-HUITIÈME SIÈCLE.

Les recherches dont nous présentons le résumé n'ont point la prétention d'être complètes. Elles nous ont été facilitées par des travaux qui datent de la dernière moitié du siècle passé et dont nous citerons les auteurs; elles nous auraient entraîné loin de notre but si nous avions voulu remonter aux sources mêmes pour vérifier et compléter les documents que l'histoire nous a légués sur ce sujet, et qu'on trouve épars dans les écrits des seizième, dix-septième et dix-huitième siècles. Il nous suffira de citer les faits principaux relatifs à ce chapitre aussi intéressant que curieux de l'histoire de la médecine en France. Les données capitales une fois déterminées, il nous importait peu de rassembler un plus grand nombre de détails, qui ne nous auraient offert qu'un intérêt de curiosité.

Voulant surtout mettre en relief ce qui peut caractériser la position des médecins dans les quatre derniers siècles, nous avons rapporté avec soin les charges exercées par quelques membres influents de la profession, ainsi que l'influence et les priviléges dont ils disposaient. Nous avons en même temps fait connaître leur action sur les différentes corporations qui constituaient la famille médicale. Nous laisserons aux lecteurs le soin d'apprécier la direction et l'étendue de cette action. A-t-elle toujours été bienfaisante pour la corporation? a-t-elle servi utilement à la constitution de la profession? s'est-elle exercée d'après des règles concertées et suivies de longue main dans un but bien calculé, dans un sens utile à la fois aux intérêts de la nation, de la science, de la profession?

Nous ne craignons pas d'être trop sévère en affirmant que presque toujours les prérogatives attachées aux positions élevées du corps médical n'ont pas profité à la profession et ont été entre les mains de ceux qui les ont exercées généralement des instruments d'influence toute personnelle. On est frappé de cette vérité en voyant les positions élevées confiées à des médecins pendant une longue suite d'années. Si, à cette époque où la médecine entrait pour une part bien plus large qu'aujourd'hui dans la répartition des honneurs publics et des hautes fonctions, l'esprit de corporation n'a pas été créé, si la profession n'est pas sortie des vues spéciales des coteries, l'histoire en attribuera la faute aux chefs naturels de la médecine et de la chirurgie dans le royaume. On compte sans doute parmi les noms que nous citerons des hommes distingués et d'une intelligence supérieure, on ne trouve chez aucun d'eux un système relatif à l'organisation de la médecine. Il faut pour cela arriver à la

NOSOGÉNIE.

MÉMOIRE SUR LE TYPHUS OBSERVÉ AU VAL-DE-GRACE, DU MOIS DE JANVIER AU MOIS DE MAI 1856; par le docteur GODÉLIER, professeur de clinique médicale à l'école impériale de médecine du Val-de-Grâce.

« Grâce au progrès de la civilisation, le retour des grandes guerres » des peuples semble devenir chaque jour moins probable. Ainsi le » typhus des armées, avec les affreux ravages qu'il traîne à sa suite, » pourra finir par n'être plus connu que traditionnellement (1). »

Cette espérance du savant et consciencieux Gaultier de Claubry, à la mémoire duquel je me plais à rendre, dès les premières lignes d'un travail sur le typhus, le sincère hommage qui lui est dû, cette espérance généreuse ne devait pas se réaliser encore de ce siècle. De grandes armées devaient s'agglomérer encore, et le typhus naître des souffrances, des privations, et de l'encombrement qui, sur un point ou sur un autre, sont tôt ou tard la conséquence inévitable de ces grands rassemblements d'hommes. La *fièvre des camps, des hôpitaux*, s'est donc montrée en Crimée et à Constantinople, sur le littoral de la mer Noire et sur le Bosphore. Il était permis d'espérer que cette affection, engendrée si loin de la France, ne parviendrait pas jusqu'à elle, et cependant le germe morbide que des régiments emportaient avec eux d'Orient, ou que certaines circonstances fomentaient pendant la traversée, est venu éclore à Marseille et sur quelques points du sud de la France. Dès que ces faits se produisirent, la sollicitude du gouvernement s'éclaira des plus sages conseils, les mesures les plus justes furent prises et s'opposèrent à la propagation de la maladie avec une efficacité incontestable (2).

Mais aux mois de décembre et de janvier derniers, alors que les premiers régiments rappelés de Crimée touchaient le sol de la France, rien ne faisait soupçonner que des hommes embarqués bien portants sur la mer Noire débarqueraient avec le typhus. Ces troupes, que les voies de fer ou les marches plus ou moins rapides éloignèrent aussitôt de Marseille, y laissèrent cependant quelques typhiques, en déposèrent quelques autres sur leur passage, et apportèrent enfin, au lieu même de leur destination lointaine, des hommes chez lesquels la maladie devait se développer plus tardivement.

C'est ainsi qu'un certain nombre de cas a pu se produire à Paris même. Presque tous ont été fournis par le même régiment qui envoyait ses malades au Val-de-Grâce, où il m'a été donné de les recevoir pour la plupart à la clinique de cette école. C'est ainsi que, presque seul avec mes collègues de cet établissement, j'ai eu l'occasion, très-inattendue, de voir à Paris, en 1856, le typhus qui s'y était montré à la fin des guerres de l'empire, et qui, disparaissant avec elles, n'y avait plus reparu depuis 1814.

Cette fois, du moins, son apparition n'aura été que très-passagère. Au bout de quatre mois, il n'en restait plus de traces. C'est dans cet espace de temps que j'ai recueilli moi-même soixante et quelques observations, qui font la base de ce travail.

Cet événement médical, si rare à Paris et d'une importance si considérable à la fois, à cause des questions de fait et de doctrine soulevées plutôt que résolues par les travaux publiés sur le typhus et la fièvre typhoïde depuis une vingtaine d'années, tant à l'étranger qu'en France, m'a paru d'autant plus digne d'intérêt qu'il me présentait le typhus dans les conditions les plus favorables à son étude, au point de vue nosologique. Il m'apparaissait dégagé d'un grand nombre d'influences, dont l'action isolée ou réunie exerce des perturbations plus ou moins intenses sur sa marche naturelle, produit des états complexes qui obscurcissent ses véritables caractères et lui en adjoint beaucoup d'autres qui lui sont tout à fait étrangers. En sévissant sur des hommes dont l'organisme a reçu la profonde atteinte du scorbut, des fièvres palusires et des affections abdominales, et qui sont plongés dans un foyer permanent d'infection, le typhus revêt des formes diverses et mobiles qui jettent les observateurs dans l'embarras et l'indécision. Il semble qu'ils aient affaire à plusieurs maladies de même nature qu'il leur est impossible de rapporter à un type déterminé. Tandis que les plus sages s'attachent à les grouper et à les décrire d'après leurs manifestations symptomatiques les plus habituelles, comme a fait le docteur Garreau dans son remarquable travail sur *les maladies typhoïdes des hôpitaux d'Orient* (1), d'autres décrivent l'affection sous les traits qui les ont le plus frappés, du point de vue où ils se placent, de sorte que leurs tableaux diffèrent comme les aspects qu'ils ont envisagés. C'est ce qu'il est déjà facile d'entrevoir ou de craindre dans les relations qui nous viennent ou qui nous viendront du typhus de Constantinople et de Crimée.

J'avais heureusement une tâche plus facile. Le typhus qui s'offrait à moi avait pris naissance dans des conditions bien déterminées, et qui, évidemment, n'exerçait plus aucune action présente sur des individus désormais placés bien loin d'elles, dans un milieu où le typhus était inconnu. Ils étaient presque tous purs de tout antécédent morbide.

Aucune affection particulière ne régnait dans l'hôpital ni dans les salles où je les ai reçus. Je n'avais à la fois qu'un petit nombre de malades que je pouvais observer avec calme, suivre assidûment et étudier avec détail. Je me trouvais donc en présence d'une affection simple, que rien ne faisait dévier de son cours naturel; aussi presque tous mes cas, sauf l'intensité, se montraient très-semblables entre eux et parfaitement comparables, de sorte que l'observation était rendue plus facile et ses résultats, par cela même, plus certains.

On sait que plusieurs régiments, revenant de Sébastopol, firent leur entrée à Paris, vers la fin de décembre et dans les premiers jours de janvier, et j'ai dit, qu'à très-peu d'exceptions près, tous les typhiques

(1) Gaultier de Claubry. DE L'IDENTITÉ DU TYPHUS ET DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE. Paris, 1844, introd., p. 5.

(2) Rapports et propositions du Conseil de santé des armées au ministre de la guerre. — Mission de M. l'inspecteur Alquié et de M. Mélier, à Marseille et dans les villes du midi. — Envoi à Marseille de M. l'inspecteur Maillot, et de MM. les docteurs Faure et Boudin, médecins principaux des Invalides et du Roule.

(1) GAZ. MÉD. de Paris, 1855-56.

---

fin du dix-huitième siècle; mais déjà à cette époque les médecins des rois avaient perdu une partie de l'influence dont jouissaient leurs devanciers.

Dans le Bas Empire, on désigne sous le nom d'*archiatre* le médecin ou le premier médecin des empereurs. Le premier médecin de Valentinien prenait le titre d'*archiatrorum comes;* ce médecin, du nom de *Vindicien*, est à peine connu. Sous Antonin, le premier médecin, *Démétrius*, prenait le titre d'*archiater*. Vers le milieu du quatrième siècle, sous les empereurs Julien et Valens, *Césaire*, leur médecin, au dire de Grégoire de Naziance son frère, était non-seulement *archiatre*, mais encore receveur de Bithynie, préfet du trésor royal, sénateur de Constantinople. A tant de titres qui correspondaient tous à des fonctions importantes, S. Césaire ajoutait celui de *comes rerum privatarum*, conseiller intime ou privé.

En France, comme dans la plupart des États de l'Europe, la place de médecin du roi était unique dans l'origine. Nos rois ne commencèrent à avoir plusieurs médecins que vers la fin du quatorzième siècle.

L'auteur anonyme de l'ESSAI HISTORIQUE DE LA MÉDECINE EN FRANCE (1) pense que *Marc Miron*, premier médecin d'Henri III, prit le premier le titre d'*archiatrorum comes, à sanctioribus consiliis* (2). Il a donné, d'après le GLOSSAIRE de Du Cange, la liste des médecins des rois de France et a ajouté à cette liste plusieurs noms omis sur le GLOSSAIRE. Bien qu'il n'indique pas les autorités qui lui ont servi dans ces additions, nous donnons ici cette liste peu connue, telle qu'il l'a publiée.

Tranquillinus, médecin de Clovis, cité par le père Mabillon, dans le premier siècle bénédictin, chap. I.

Mareleifus, médecin de Childebert.

Pierre, médecin de Thierry.

Buhahyliba Byngerza, Arabe, et *Farragus*, juif, tous deux médecins de Charlemagne.

Benry de Chartres, surnommé *le sourd*, médecin de Henri I.

Obizo, de l'Université de Paris, médecin de Louis le Gros.

Pierre Lombard, de l'Université de Paris, chanoine de Chartres, médecin de Louis VII.

Roger de Fournivalle, médecin de Louis VIII.

Pierre Gilles ou Gilles de Corbeille, *Ægidius Corboliensis*, de l'Université et chanoine de Paris; *Jean de Saint-Alban*, de l'Université de Paris, doyen de Saint-Quentin, et *Ernaud de Poitiers*, chanoine de Saint-Quentin, médecins de Philippe-Auguste. — Il faut aussi mentionner Rigord, à la fois historien et médecin de ce roi.

Roger de Provins, de l'Université de Paris, chanoine et chancelier de Saint-Quentin, médecin de saint Louis.

(1) Paris, 1762. Chez Lottin aîné, libraire-imprimeur, rue Saint-Jacques.

(2) Il avait suivi Henri III en Pologne. Ce prince ne lui confiait pas seulement sa santé, il prenait ses conseils dans les affaires les plus difficiles. Envoyé à Paris dans un temps de trouble, il soutint les intérêts de son maître contre les Guise.

avaient été fournis par le même corps; c'est le 50e régiment de ligne. Je me hâte d'ajouter qu'ils l'ont été presque uniquement par les deux premiers bataillons de ce régiment. Une préférence morbide aussi exclusive fait présumer d'une manière à peu près certaine que cette fraction principale du corps a dû se trouver dans des circonstances spéciales.

L'aide-major qui l'accompagnait, M. le docteur Frison, l'un de nos jeunes médecins les plus capables, a bien voulu m'en envoyer un récit détaillé que j'abrége autant que possible.

L'histoire médicale du 50e est, en résumé, celle de l'armée d'Orient. Le choléra, pendant et après l'expédition de la Dobrutscha; le scorbut, la fièvre typhoïde, les diarrhées aiguës et chroniques, sur le plateau de la Chersonèse; puis, les fièvres palustres nées des bords de la Tchernaïa, tel est l'ensemble d'affections produites par des causes qui leur imprimaient souvent un cachet typhoïde et laissaient, du moins, à leur suite, une débilité réelle de l'organisme. Cependant le vrai typhus était inconnu au 50e avant son embarquement pour la France. Je dirai même qu'à cette époque l'état sanitaire du régiment était de nature à éloigner toute crainte d'invasion typhique. Les 1,300 hommes dont il se composait (il avait versé ailleurs ses recrues et laissé ses malades aux hôpitaux), étaient la plupart d'anciens soldats endurcis au métier des armes. Presque tous, à l'exception de quelques convalescents de fièvre intermittente et de diarrhée chronique, avaient joui d'une bonne santé pendant toute la campagne, et la joie du retour en France leur faisait oublier bien des fatigues.

Le 50e s'embarqua le 13 novembre, à Kamiesh, sur deux navires à voiles américains. Les deux premiers bataillons, moins la compagnie de voltigeurs du deuxième, prirent passage sur le *Monarque-des Eaux*; cette compagnie et le troisième bataillon furent reçus à bord de l'*Edgard*, et effectuèrent leur traversée en trente jours, pendant lesquels ils n'eurent aucun cas de typhus.

Les passagers du *Monarque* devaient éprouver un sort bien différent. Ce navire de transport, y compris son équipage de quarante-cinq marins, portait 800 hommes. Il mit cinquante jours pour se rendre de Kamiesh à Marseille.

Le *Monarque* est un peu plus grand qu'un vaisseau de guerre à deux ponts; mais cet avantage est plus que compensé par l'absence de sabords, dont l'ouverture, pendant le jour, eût favorisé considérablement l'aération du bâtiment.

Il est partagé en trois étages. L'inférieur renfermait une grande quantité de matières putréfiables qui se décomposèrent et donnèrent lieu à un dégagement de gaz méphitiques, auquel il fallut remédier par un nettoyage général courageusement exécuté par le soldat, et par l'aspersion de chlorure de chaux liquide.

Le deuxième pont, réservé à la troupe, ne recevait l'atmosphère extérieure qu'au moyen de plusieurs conduits verticaux et ne communiquait largement qu'avec l'étage inférieur où se déversait une grande partie des miasmes de la cale.

C'est dans cet espace occupé par près de 800 hommes que, dans sa précédente traversée de Marseille à Kamiesh, le *Monarque* avait logé 350 chevaux, qui y avaient laissé des traces de leur séjour. En ce moment même, il avait fallu placer à l'une des extrémités de cet entrepont quatre chevaux de l'état-major du régiment et une demi-douzaine de bœufs. C'était une écurie infecte. Dès qu'on y pénétrait on était vivement impressionné par une odeur des plus nauséabondes. Telle est l'atmosphère, saturée encore par les émanations de tant d'hommes entassés, qu'il a fallu respirer presque constamment pendant cinquante jours. Que pouvaient les mesures hygiéniques en présence de ces détestables conditions si longtemps subies?

La troupe recevait deux rations de pain par jour, de la viande fraîche ou salée, du lard, du riz, du biscuit et du pain, mais les légumes frais firent toujours défaut. Le soldat finit par se dégoûter de la viande et du riz, et la préparation des aliments laissant beaucoup à désirer, il se nourrissait presque exclusivement de café et de biscuit; son alimentation devint dès lors très-insuffisante.

Ajoutons encore le défaut d'exercice corporel, le mal de mer par les gros temps et l'ennui, l'ennui presque intolérable d'une situation qui semblait se prolonger indéfiniment.

C'est au milieu de ces circonstances antihygiéniques si fatalement accumulées que le typhus prit naissance. Il s'est déclaré à partir du quinzième jour de la traversée, dans la rade de Milo. Jusqu'à ce moment l'état sanitaire avait été très-satisfaisant. Du 1er décembre au 25, jour de l'arrivée à Malte, quinze hommes furent atteints. Un seul mourut à bord, les autres furent laissés dans l'île.

En débarquant enfin à Marseille, le 1er janvier, on dut envoyer vingt-cinq typhiques à l'hôpital de cette ville. Les bataillons en partent le 3 et font deux jours de suite leur étape à pied par une pluie battante; les soldats, trempés jusqu'aux os, montent dans les wagons du chemin de fer et arrivent encore mouillés et transis à Paris, le 5. Ils sont dirigés sur Bicêtre.

Ce refroidissement prolongé donna une violente impulsion à l'imminence morbide et ajouta à la maladie d'une partie des hommes atteints en janvier une complication particulière dont il faudra tenir compte.

L'origine du typhus du 50e est donc parfaitement évidente. Les conditions de long séjour au pied de Sébastopol avaient créé une prédisposition incontestable à son invasion; mais il n'est point, à proprement parler, de provenance criméenne. Il est né sur le *Monarque* et du *Monarque* même, comme pour confirmer une fois de plus, par un exemple frappant, ces paroles de Pringle :

« Lorsque, en quelque temps que ce soit, l'air est resserré et renfermé, il en résulte une fièvre d'une espèce particulière et souvent » mortelle. J'ai remarqué la même sorte de fièvre dans des vaisseaux » de transport trop chargés de monde et retenus longtemps en mer » par des vents contraires, ou bien lorsque, dans des temps orageux, » les hommes sont pressés les uns contre les autres et que les écoutilles » sont fermées (1). »

Du 7 janvier au 1er février, le 50e a envoyé 90 typhiques à l'hôpital et 18 seulement du 1er au 20 février, date du dernier cas qu'il a fourni.

En tenant compte du chiffre quotidien des entrées, on voit décroître de plus en plus avec lui, à partir du 20 janvier, l'influence de l'infection puisée à bord du *Monarque*; mais ce qui est remarquable, c'est que le germe morbide ait sommeillé pendant plus de cinquante jours chez certains individus après le débarquement, pour se manifester au bout d'un temps si long avec tous ses caractères spécifiques.

(1) Pringle, MALADIES DES ARMÉES; Paris, 1771; t. II, p. 84.

Dudes ou *Dudon*, de l'Université de Paris, fut successivement médecin et chapelain de saint Louis, de Philippe le Hardi, de Philippe le Bel.

Henri de Mondeville, appelé aussi *Hermondoville*, de l'Université de Paris, médecin de Philippe le Bel.

Geoffroy de Courcot, de l'Université de Paris, fut successivement médecin de Philippe le Bel, de Louis X et de Philippe le Long.

Errard de Conty, docteur régent de la Faculté de Paris; *Gervais Chrétien*, doyen de la Faculté de Paris en 1359, et *Jean de Guisco*, docteur régent de la Faculté de Paris, chanoine de Nantes, médecins de Charles V.

Jean Tabari, chanoine de Paris, évêque de Térouane; *Guillaume de Harselay*, et *Jean Clément* ou *de Marle*, docteur de Paris, chanoine de la Sainte-Chapelle, de Laon, etc., médecins de Charles VI.

Jacques des Parts, docteur de Paris, chanoine de Tournay, médecin de Charles VII.

Enguerrand de Parenty, docteur régent, doyen de la Faculté de médecine de Paris, et *Jacques Cottier*, bailly du palais, président de la chambre des comptes, médecin de Louis XI.

Dans le même temps vivait *Adam Fumée* (de Tours), docteur de Montpellier, maître des requêtes, garde des sceaux, qui fut successivement médecin de Charles VII, Louis XI et Charles VIII.

Angelus Cottus ou *Cotti*, napolitain, archevêque de Vienne; *Jean Martiny*, doyen de l'Université de Montpellier, maître des comptes; *Jean Michel*, docteur de Paris, et *Jean Tropellert*, médecin de Charles VIII. Ce dernier mourut dans l'expédition de Naples.

A partir de cette époque seulement les historiens mentionnent le titre de *premier médecin du roi*. On trouve encore mentionnés parmi les médecins de Charles VIII *Jacques Pouteau* et *François Miron*.

Jean de Bourges, docteur régent de Paris, fut successivement médecin de Charles VIII et de Louis XII. Ce dernier roi eut ensuite pour médecin *Jean Avis* ou *Loisel*, qui devint plus tard doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Guillaume Cop, allemand, docteur régent de Paris, fut médecin de Louis XII et de François Ier. Il mourut doyen de la Faculté.

Parmi les premiers médecins de François Ier, on cite *Jean Gouevrot*, *Louis de Bourges*.

Ce dernier, connu par son dévouement à François Ier, fut aussi médecin de Henri II. Après lui nous arrivons à *Jean Fernel*, dont on disait *scolæ nostræ lumen* et *Galliæ decus*, premier médecin de Henri II.

Catherine de Médicis, femme de Henri II, après plusieurs années de mariage, faisait craindre de ne pas donner au roi une postérité désirée. Fernel, par des remèdes appropriés, mit la reine en état de donner à la France quatre princes et deux princesses.

Jean Chapelain, médecin de Henri II et de Charles IX; on cite à son propos le trait suivant de Charles IX. Les ennemis de Chapelain ayant voulu le rendre suspect au roi, ce prince alla dîner chez son médecin et but au verre

Le troisième bataillon de chasseurs à pied a présenté des exemples d'incubation au moins aussi prolongée. Tout exceptionnels qu'ils sont, ils montrent cependant que la cause morbifique peut conserver pendant plus de deux mois sa puissance d'action, loin des circonstances qui l'ont engendrée. Cette persistance du principe morbide et sa lenteur d'évolution n'avaient point échappé à Pringle (1). Il ne semble pas toutefois lui avoir assigné d'aussi larges limites ; mais Bancroft, en Espagne, en 1809, a noté des cas surveuus soixante-huit jours après l'infection (2).

Si l'origine du typhus du 50e est un remarquable spécimen de génération spontanée du typhus, nous allons voir, par l'exemple du troisième bataillon de chasseurs à pied, comment on contracte la maladie dans un foyer d'infection déjà formé.

Le troisième bataillon de chasseurs n'avait pas eu non plus de typhus en Crimée. Comme le 50e, il avait laissé à Kamiesh ses malades et ses recrues, et les 636 hommes qui montèrent le 1er janvier à bord du *Timour* étaient aussi de ces soldats éprouvés qui font la vraie force d'une armée.

Le Timour était remorqué par le vapeur anglais, *le Glascow*, bâtiment hôpital, qui conduisait d'ordinaire des malades à Constantinople. Il en portait 400 cette fois, entre autres des typhiques dont quelques-uns moururent pendant cette courte traversée.

Le Glascow débarque ses malades à Constantinople et, sans avoir été nettoyé, comme il devait rentrer en Angleterre, il reçoit à leur place le troisième bataillon de chasseurs et 80 congédiés de divers corps, et part en remorquant *le Timour* abandonné par la troupe, parce qu'il était moins spacieux. On est retenu huit jours à Baïcos, pendant lesquels il y eut peu de malades et nulle apparence de typhus. Mais dans les trois jours de traversée de Baïcos à Malte, l'équipage anglais de 90 marins donne 12 malades et 1 mort, le bataillon 5 malades et les congédiés 7. Tous présentaient les mêmes symptômes : fièvre avec agitation, rêvasseries et délire nocturne, prostration profonde, absence de diarrhée. Le docteur France, médecin-major du troisième chasseurs, reconnaît le typhus ; il ne doute pas qu'il ne provienne du *Glascow* lui-même, encore souillé par ses anciens occupants, et craignant avec juste raison qu'une affection qui éclate avec une telle violence ne s'étende au bataillon tout entier, s'il doit continuer sa lente traversée dans des conditions si funestes, dès son arrivée à Malte, il insiste avec l'autorité de son expérience et de son caractère pour qu'on débarque tout le monde, pour qu'on nettoie le bâtiment et pour qu'on abandonne *le Timour* qui retarde sa marche. On fait droit à ces demandes. Après deux jours de relâche, *le Glascow* nettoyé reprend la mer avec ses passagers rafraîchis, et il arrive en trois jours à Marseille le 29 janvier. Le docteur France n'ent que 5 ou 6 typhiques à envoyer au lazaret de Marseille. Il en avait laissé à Malte 12 du bataillon, sur lesquels 8 ont succombé.

Le 30 janvier le bataillon part de Marseille pour Paris, par étapes. Il dépose en route, une vingtaine de typhus dans les hôpitaux et arrive à Vincennes, le 3 mars. Dans le courant de ce mois, il a envoyé encore quelques typhiques au Val-de-grâce. J'en ai reçu quatre, le dernier à la date du 29, soixante jours, comme on voit, après le débarquement.

Les faits relatifs au *Monarque* et au *Glascow* montrent que tous les cas de typhus observés en France, à la rentrée de nos soldats, n'ont pas été directement rapportés par eux de Constontinople ou de Crimée. Un certain nombre doit incontestablement son origine aux conditions de la traversée. Si le 50e de ligne n'était resté que 10 ou 12 jours en mer, il eût été exempt du typhus comme les autres régiments embarqués en même temps que lui. Si le 3e bataillon de chasseurs à pied n'avait pas été transbordé sur le *Glascow*, il n'eût pas contracté la maladie que les mesures énergiques provoquées par le docteur France ont heureusement modérée dans son développement.

Ces faits doivent être mis en lumière, non-seulement parce qu'ils présentent à l'hygiéniste des exemples très-nets et très-concluants de génération et de propagation du typhus, mais aussi parce qu'ils doivent être bien connus des médecins de l'armée, afin qu'ils puissent s'en autoriser au besoin pour éclairer l'administration sur les graves dangers que de mauvaises conditions d'embarquement peuvent faire courir aux soldats dont la santé lui est si précieuse.

Il est aujourd'hui parfaitement établi que les maladies contagieuses ne le sont pas partout et toujours au même degré et que la communicabilité d'une même affection, le choléra (1), la fièvre typhoïde (2), par exemple, peut se montrer très-évidente, ou douteuse, ou nulle, selon des conditions générales ou individuelles encore très-imparfaitement connues et très difficiles à préciser.

Cette mystérieuse variation d'activité du principe contagieux pourrait parfois faire nier qu'il existe encore, tandis qu'il est seulement endormi. La manière dont le typhus s'est comporté au Val-de-Grâce offre, à cet égard, un enseignement d'autant plus digne d'intérêt que les faits de transmission sont ici manifestement en dehors de toute influence épidémique.

Les typhiques reçus d'abord indistinctement dans les différents services de fiévreux furent bientôt dirigés de préférence sur les salles de

(1) Pringle, *loc. cit.*, t. II, p. 86 et 87 ; t. Ier, p. 101.

(2) Le docteur Bancroft résume ainsi ses observations sur ce point spécial : « Il résulte de l'*état* des gardiennes et des infirmiers qui ont soigné les typhiques que sur 99, dont aucun, selon toute probabilité, n'avait été exposé a la contagion avant de servir ces malades, la première atteinte eut lieu le treizième jour et la dernière le soixante-huitième. Mais les rapport sur cet objet cessent a partir du 20 avril, et il paraît que quelques-uns des servants qui avaient échappé jusqu'à cette époque furent attaqués par la suite. (J. Johnson et Martin, THE INFLUENCE OF TROP. CLIM. ON EUROPEAN CONSTITUTIONS. London, 1841, p. 451.

(1) Les faits observés pendant la dernière guerre, en Orient comme sur la Baltique, ont mis hors de doute pour nos médecins militaires la faculté contagieuse du choléra. Les esprits les plus sévères et les plus judicieux parmi eux partagent cette conviction.

Voy. Lettre de M. l'inspecteur Michel Lévy à l'Académie de médecine, séance du 7 novembre 1854.

(2) « La faculté contagieuse de l'affection typhoïde me paraissant démon-» trée par les faits, je l'admets sans hésitation. »

(Louis, RECH. SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE, Paris, 1841, t. II, p. 376.)

« Il n'est donc plus permis aujourd'hui de révoquer en doute la transmis-» sinn de la fièvre typhoïde par contagion. »

(Grisolle, TRAITÉ DE PATHOLOGIE INTERNE. Paris, 1855, t. I, p. 45.)

---

qu'il lui offrait de sa main. Chapelain mourut au siége de *Saint-Jean-d'Angely* en 1569 (1).

Guillaume Millet, *Jacques de Sainte-Marthe*, *Jérôme Monty*, sont cités comme premiers médecins de François II.

Marc Miron, premier médecin de Henri III, l'avait suivi en Pologne ; il mourut doyen de la Faculté. Ce fut lui qui procura à Henri III la facilité de sortir de Pologne pour venir prendre possession du trône de France (2).

A cette époque, on trouve les noms de *Nicolas Dortoman*, *de la Rivière*, de *Petit*, de Milon et d'Alibonx, qui portaient le titre d'*archiatre* ; c'étaient très-probablement des médecins ordinaires.

Louis Duret fut aussi médecin ordinaire de Charles IX et de Henri III (medicus cubicularius). Il avait une grande réputation, c'est celui qu'on appelait l'*Hippocrate de la France*. Il fut professeur au *Collége royal*. Son fils *Jean*, qui lui succéda à cette chaire, nous a laissé une édition de ses œuvres. Il jouissait d'une telle considération à la cour qu'Henri III voulut conduire sa fille à l'église le jour de son mariage. Sa Majesté était à droite et le père à gauche. Le roi fit don à la mariée de toute la vaisselle d'or et d'argent qui avait servi au repas et qui valait 40,000 livres.

On arrive maintenant à des noms plus connus ; c'est *Michel Marescot*, de Lisieux, doyen de la Faculté, premier médecin de Henri IV ; — c'est *André du Laurens*, anatomiste célèbre, élève de *Louis Duret*. Il avait étudié sept ans sous Louis Duret, nous apprend *Chomel* (1) ; après quoi il alla exercer la médecine à Carcassonne ; de là il vint à la cour avec la comtesse de Tonnerre, et fut fait *médecin ordinaire perpétuel* du roi, ou premier des médecins ordinaires ; en 1606, il fut nommé premier médecin de Henri IV. *Du Laurens* jouit d'un très-grand crédit et fit deux de ses frères archevêques ; son troisième frère fut général des capucins.

Jean Heroard, docteur de Montpellier, fut premier médecin de Louis XIII, de 1610 à 1627.

Après lui *Charles Bouvard*, exerça les mêmes fonctions, de 1628 à 1643 ; il était docteur de Paris et professeur au Collége royal.

Au commencement du règne de Louis XIV, *Jacques Cousinot*, docteur régent de la Faculté, occupa la place de premier médecin. Après lui il y eût *François Vautier*, *Antoine Vallot*, *Antoine d'Aquin* et *Guy Crescent Fagon*. Ce dernier, neveu de *Guy de la Brosse*, premier surintendant du Jardin royal, s'était de

(1) A ce même siége moururent *Honoré Chapelain*, médecin de Charles IX, et *Jean Capel*, médecin de la reine.

(2) ÉLOGE HISTORIQUE DE LA FACULTÉ, par Haron.

(1) Chomel, l'auteur anonyme de l'ESSAI SUR LA MÉDECINE EN FRANCE. L'exemplaire de cet ESSAI, qui se trouve à la bibliothèque impériale, fut donné en 1762, par Chomel, à l'archevêque de Paris, et porte la signature de ce médecin, alors régent de la Faculté.

clinique. Là, pendant trois mois, mêlés en plus ou moins grand nombre aux autres malades, leur présence n'exerce sur aucun d'eux la moindre influence. Les fièvres typhoïdes marchèrent côte à côte des typhus, sans se ressentir d'un tel voisinage. Ni les infirmiers, ni les jeunes médecins de l'école attachés à mes salles, ni ceux qui pratiquèrent les autopsies n'éprouvèrent le moindre effet du contact journalier des typhiques. Il en fut de même dans les autres services, de sorte qu'il semble que cette expérience était suffisamment prolongée pour permettre d'affirmer que le typhus, qui exerçait en ce moment même de si cruels ravages, en Orient et à Marseille, sur les infirmiers et les médecins, avait perdu en parvenant jusqu'à Paris sa faculté de transmission. Rien ne s'opposait à cette conclusion, si ce n'est qu'en fait de contagion les faits négatifs ne sont jamais une preuve absolue contre elle.

En effet, tandis qu'à une seule exception près, qui ne devait se produire que plus tard, aucun des hommes qui entrèrent en contact avec les typhiques, au Val-de-Grâce, ne fut contaminé par eux, trois des quatre sœurs de mon service contractèrent le typhus. L'une d'elles, la sœur Louise, qui succomba, la communiqua à la sœur Thérèse, attachée à la dépense, et qui n'avait jamais mis le pied dans les salles. La sœur Thérèse, à son tour, le transmit à l'une des sœurs qui la veillaient, de sorte que la maladie se montra aussi évidemment contagieuse à l'égard des femmes qu'elle avait paru non contagieuse à l'égard des hommes, et que je dus traiter les sœurs malades hors de la communauté.

A Bicêtre, le docteur Frison n'a vu que cinq cas se produire parmi les passagers de l'*Edgard*, après leur réunion avec les passagers du *Monarque*, et la compagnie de voltigeurs du 2e bataillon a joui tout entière d'une immunité complète.

En revanche, comme si tout devait être illogique en fait de contagion, le nommé Tixier, du 53e, qui n'a point été en Orient, qui ne s'est point trouvé caserné au voisinage de soldats revenus d'Orient, dont le contact avec ces derniers n'a pu avoir lieu que d'une manière fortuite et rapide, est entré, le 6 avril, dans mon service, avec un typhus cérébral, dont il est mort. J'en donnerai plus loin l'observation.

Un autre cas de typhus s'est produit, le 29 avril, sur un soldat du 20e de ligne, de retour d'Orient depuis cinq mois, mais voisin, depuis quelques jours, aux baraques du Luxembourg, du 3e bataillon de chasseurs à pied.

Ainsi la contagion, qui se manifeste à peine dans les conditions les plus favorables en apparence, va frapper des individus qui semblaient en dehors de toute atteinte.

Le seul fait de transmission de malade à malade qui se soit produite au Val-de-Grâce mérite une mention toute spéciale. Notrel était convalescent depuis quelques jours d'une fièvre typhoïde grave, quand Bossard, du 3e bataillon de chasseurs à pied, atteint d'un violent typhus, fut placé à côté de lui. Au bout d'une trentaine de jours, Notrel présenta un typhus léger, mais parfaitement caractérisé par l'éruption pathognomonique de cette affection. Cette transmission de typhus à un convalescent de fièvre typhoïde des mieux constatée est un argument de haute valeur en faveur de la spécificité distincte des deux maladies, et je crois devoir en consigner ici l'observation détaillée.

Obs. I. — Notrel, fusilier au 2e de ligne, âgé de 23 ans, d'une constitution assez grêle et d'un tempérament lymphatique et nerveux, entre au Val-de-Grâce le 24 février 1856, pour une fracture ancienne du radius droit, dont la consolidation vicieuse laisse subsister la gêne dans les mouvements. Il est placé dans un service de blessés.

Dès le lendemain de son entrée, Notrel est pris de malaise et de fièvre. Les symptômes d'une affection aiguë se confirmèrent les jours suivants, et il est évacué le 28 sur les salles de clinique.

28 février. Il présente l'état suivant : face colorée et un peu stupéfiée ; céphalalgie intense ; révasseries et épistaxis pendant la nuit ; bourdonnement d'oreille, langue rouge et un peu sèche ; ventre météorisé ; gargouillement iliaque ; trois selles liquides dans les vingt-quatre heures ; pas de taches, peau chaude et moite, pouls à 110 ; prostration. (D. limon. gom., demi-lavement émollient, foment. émol. sur l'abdomen.)

1er mars. Stupeur plus grande, délire nocturne, taches rosées lenticulaires à la base du thorax ; trois selles ; épistaxis. (M. p.)

2. Délire presque continu, mêlé de stupeur, pouls à 130, petit et faible ; prostration plus grande, râles sonores. (M. p., potion avec acétate d'ammon., 10 grammes.)

3. Délire plus intense, réponses très-difficiles, langue sèche, gercée, saignante ; dents fuligineuses. (M. p., gargarisme acid.)

4. Langue moins sèche ; le météorisme a augmenté, deux selles, délire un peu moins continu, dureté de l'ouïe.

5. Nuit assez calme, moins de météorisme, pouls à 120, facies moins stupide, sudamina sur les côtés du cou et les régions inguinales. (On cesse l'acétate d'ammoniaque ; quelques cuillerées de bouillon coupé le matin.)

6 et 7. Même état, pouls plus vif, à 130. (Lait sucré.)

8. Nuit bonne, n'a presque pas révé, la langue s'humecte, le facies s'anime un peu. Notrel répond plus volontiers, il se dit mieux ; pouls à 115. (Bouillon matin et soir.)

9 et 10. Le ventre s'assouplit, la diarrhée cesse. (M. p.)

11, 12 et 13. Amélioration progressive, langue tout à fait bonne ; sudamina nombreux sur le tronc et les membres ; n'a plus de révasseries, un peu de bon sommeil. (Bouillon, pomme cuite, lait sucré, lavement émollient.)

14. Le mieux se soutient et s'affermit. (Vermicelle au gras et pruneaux.)

15. A partir de ce moment, la fièvre cesse tout à fait, la convalescence se confirme.

29. Petit mouvement fébrile qui n'a pas de suites.

Le malade mange la demie, puis les trois quarts matin et soir. Ses forces reviennent peu à peu ; il serait dans le cas de sortir vers le 15 avril, mais il attend un congé de convalescence.

Obs. II. — Le 21 mars, Bossard, atteint d'un typhus très-grave, m'avait été envoyé par M. Tholozan. On lui réserva les lits 15 et 16. Notrel était couché au n° 14.

Le 19 avril, alors que Bossard était en pleine convalescence de son typhus, Notrel fut pris de fièvre assez vive.

20 avril. Fièvre continue, un peu de céphalalgie, légères épistaxis, révasseries nocturnes. Langue légèrement enduite, molle, pas de bourdonnements d'oreille ni de douleurs dans les reins. Rien dans l'abdomen, rien dans la poitrine.

21, 22. La fièvre n'a pas cédé, on ne sait à quoi la rapporter. Visage un peu stupéfié, insomnie mêlée de quelques rêves, parole un peu brève, dit ne pas souffrir, pouls à 115.

23. La tête est plus lourde, le regard vague. *Éruption morbilliforme exanthémo-pétéchiale caractéristique* sur la poitrine, le tronc, la nuque, plus discrète sur les membres ; soif vive, langue un peu sèche, peau chaude, pouls à 116, assez large.

---

bonne heure fait remarquer par ses connaissances en botanique, en médecine et même en *bonne poésie*.

Il nous reste à mentionner les premiers médecins de Louis XV ; *Louis Poirier*, qui fut doyen de la Faculté ; *Claude-Jean-Baptiste Dodart*, docteur de Paris, fils de *Denis Dodart*, de l'Académie des sciences ; *Pierre Chirac*, docteur de Montpellier ; *François Chicoyneau*, docteur et chancelier de l'Université de Montpellier, et Jean Senac.

On ne connaît pas l'époque de l'institution des autres médecins des rois, des *médecins ordinaires ou de quartiers* qui couchaient dans l'appartement du roi ; *Chomel* et *Guyot* disent dans la chambre du roi, *medici regis cubicularii*. L'histoire n'a pas conservé leurs noms. Vers la fin du dix-septième siècle et au commencement du dix-huitième, ces médecins perdirent presque tous leurs privilèges. Chomel, qui était lui-même médecin ordinaire de Louis XV, dit que sous Louis XIV, alors que Séguin était premier médecin, ils avaient par de petites intrigues particulières indisposé la cour contre eux. La cour habitant alors très-peu la capitale, ils obtinrent la faculté de s'en absenter et leur service en défaut fut presque annulé.

Il ne faut pas confondre ces charges avec celle de *médecin ordinaire perpétuel* dont *du Laurens* fut le premier revêtu sous Henri IV. Après du Laurens cette place fut successivement occupée par les deux *Delorme*, *Guillemeau*, *Seguin*, *de la Chambre* père et fils, *d'Aquin*, frère du premier médecin, *Pierre-Bonnet Bourdelot*, neveu de l'abbé Bourdelot, médecin de la reine Christine de Suède, *Boudin*, *Helvétius*, *Marcot*, *Quesnay*, *le Monnier*.

Au dire de Guyot (1), il y avait de son temps, outre le premier médecin ordinaire, huit médecins ordinaires servant par quartier, un médecin du roi n'ayant point de quartier, huit médecins conseillers dont un qualifié de premier consultant, un médecin oculiste du roi, un médecin ordinaire de la maison du roi et du grand commun.

L'histoire a conservé les noms de quelques médecins des reines de France : *Robert de Douay*, de l'université de Paris, chanoine de Senlis, médecin de Marguerite de Provence ; *Guy de Vigevano*, italien, médecin de Jeanne de Bourgogne ; *Pierre Bichebien*, chanoine, prévot et enfin évêque de Chartres, médecin de la reine en 1350 ; *François Miron* de Perpignan que nous avons cité parmi les médecins de Charles VIII, fut premier médecin et chancelier de la reine Anne de Bretagne, et de la reine Claude, femme de François Ier. *Jean Mazille*, docteur de Montpellier, d'abord établi à Beauvais, puis médecin du cardinal de Chatillon, fut appelé à la cour comme médecin des enfants d'Henri II et de la reine mère. *Pierre Séguin*, qui mourut en 1648 doyen de la Faculté, fut médecin du roi, professeur royal, conseiller d'état, et médecin d'*Anne d'Autriche*. Cette reine eut aussi pour premier médecin *Claude Séguin*. *Pierre Yvelin*, *Claude-Adrien Helvetius*, *Claude de la Vigne de la Frecheville* furent ensuite tous conseillers d'Etat et successivement premiers médecins des reines de France. En 1762, on trouve le célèbre Lassone, médecin de la reine et conseiller d'État.

(1) Traité des droits, fonctions, etc.; Paris, 1786.

24. Assoupissement habituel, dit ne pas rêver, pas de céphalalgie, langue humide, inappétence, prostration. Ventre toujours souple et indolent, une selle molle. Vertiges, pas de bourdonnement. Pouls 112, moiteur dans la nuit.

25. Nuit bonne, l'éruption a beaucoup pâli et passe à la couleur jaunâtre, ne s'efface pas sous la pression. Pouls plus fréquent 120. Tintements d'oreille, pas de vertiges.

26. Assoupissement plus marqué dont le malade se plaint, lèvres sèches, un peu de météorisme, prostration plus grande, un peu de toux.

27. Langue sèche au centre. Pouls 95, petit, faible. Même état.

28. Langue humide, un peu de crépitation iliaque, ventre indolent, selle après lavement. Pouls à 90, petit, faible. Eblouissement à la lumière, vertiges quand il se met sur son séant.

29. Mieux évident, visage plus expressif, langue nette, appétence, dit avoir dormi. Les taches pâlissent de plus en plus, beaucoup sont à peine visibles. Pouls petit, faible, à 68.

30. Insomnie sans souffrance, ni rêves. Pouls à 60, un peu irrégulier. Peau bonne, mange un potage.

2 mai. Va de mieux en mieux. Pouls faible, lent, 64.

4 mai. Convalescence confirmée, mange un potage et le quart de pain et des œufs. Mais il a éprouvé jusqu'à la fin du mois des tintements d'oreille, des vertiges, une grande débilité des jambes, parfois de la lourdeur de tête, et le pouls est resté petit, faible et lent jusqu'au 18 mai.

(La suite au prochain numéro.)

MÉDECINE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR L'AMYGDALITE AIGUE DITE SIMPLE, SUR LE TRAITEMENT ET SUR LA NATURE DE CETTE PHLEGMASIE; par le docteur E. BARTHEZ, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie.

(Suite et fin. — Voir les numéros 29 et 30.)

TROISIÈME OBJECTION. — « Les différences signalées entre les deux amygdalites dépendent du siége différent de l'inflammation. Dans l'une, c'est la surface, la membrane muqueuse, dans l'autre, c'est la glande elle-même, le parenchyme, qui sont enflammés. Cette différence de siége entraîne toutes les autres. »

Ce n'est pas sans intention que j'ai intitulé ce travail *amygdalite* et non pas *angine* ou *pharyngite*. Au point de vue du siége, la *pharyngite* simple présente trois variétés :

1° Phlegmasie superficielle occupant la membrane muqueuse seule dans une étendue plus ou moins grande;

2° Phlegmasie profonde occupant les divers tissus ou organes sous-jacents à la membrane muqueuse;

3° Phlegmasie siégeant tout à la fois sur la surface et dans la profondeur du pharynx.

Je crois qu'il est difficile d'isoler complétement ces trois phlegmasies, et qu'en somme la dernière espèce est la plus commune; mais comme il est des cas nombreux dans lesquels la première ou la seconde prédominent, on décrit seulement deux variétés : l'une superficielle, muqueuse; et l'autre profonde, parenchymenteuse ou celluleuse.

C'est ce qu'ont fait MM. Hardy et Béhier, en traitant séparément de l'angine gutturale et de l'amygdalite. La même distinction se trouve dans les ouvrages des professeurs Grisolle et Requin. Valleix, qui a effleuré la question du catarrhe et de l'inflammation, qui a nié la valeur de cette distinction, s'arrête aussi de préférence à celle qui résulte du siége, et il décrit la pharyngite superficielle et la pharyngite tonsillaire (1).

Je reconnais que l'angine catarrhale est surtout superficielle et que l'angine inflammatoire est surtout profonde. Cette distinction du siége entraîne certainement quelques différences dans les symptômes locaux et peut-être même généraux. Mais conclure de là qu'il n'y en a pas d'autres, et à cause de cela refuser de reconnaître les différences fondamentales dues à la nature de la phlegmasie; c'est, je crois, exagérer. Aussi, voulant m'élever contre la confusion qu'a déterminée la préoccupation exclusive du siége, j'ai limité mon sujet : 1° à une partie restreinte du pharynx, comprenant tout à la fois la membrane muqueuse et un parenchyme; 2° à la phlegmasie qui envahit à la fois les deux tissus. J'ai donc voulu parler de l'amygdalite, qui est à la fois profonde et superficielle : décrivant alors deux phlegmasies très-différentes du même organe et des mêmes tissus, j'en conclus à la différence de nature de la phlegmasie.

Ce point de vue, quoique très-restreint, me paraît assez important pour que j'y insiste; et je comparerai ces deux phlegmasies (catarrhale et inflammatoire), d'abord dans la glande elle-même, ensuite sur la muqueuse qui la recouvre.

En décrivant l'amygdalite, les auteurs se sont peu occupés de considérer séparément l'inflammation de la muqueuse qui recouvre la glande et celle de la glande elle-même. Les uns, tels que le professeur Requin, s'attachant plutôt à la surface, ont renvoyé pour la plupart des détails propres à l'amygdalite, à la description de la pharyngite. Les autres ont eu en vue la glande elle-même et ont peu insisté sur la membrane qui la recouvre. Cependant cette distinction a été faite par le professeur Velpeau, dans son TRAITÉ D'ANATOMIE DES RÉGIONS, et depuis lors le docteur Gérardin dans un excellent article, et les auteurs du COMPENDIUM, s'appuyant sur l'autorité du savant professeur de la Charite, se sont efforcés d'établir une distinction assez importante entre l'amygdalite superficielle et l'amygdalite profonde.

Mais aucun des auteurs que je viens de citer ne s'est placé au même point de vue que moi. Je dis en effet que, dans les deux amygdalites que j'ai décrites (catarrhale et inflammatoire), la glande et la muqueuse sont toutes deux malades.

S'il s'agit de la glande, l'examen direct suffit pour établir la vérité de cette assertion. Le gonflement est visible à l'œil; la dureté, la douleur, le gonflement sont manifestes lorsque le doigt est porté dans la

(1) GUIDE DU MÉDECIN PRATICIEN, t. II, p. 335 et 345. Valleix met au nombre des pharyngites tonsillaires « les variétés décrites sous les noms d'angine » gastrique, bilieuse, sanguine, franche, ou bien d'angine compliquante » comme celle qui se produit dans le cours de certaines affections, la scarla» tine et la rougeole, par exemple, ou encore d'angine suppuratoire ou suffo» cante, ou même enfin un assez grand nombre de cas d'angine catarrhale. » N'est-ce pas se préoccuper trop du siége que de ranger toutes ces angines sous un même chef et d'en faire une description unique?

Il me reste à indiquer parmi les médecins des premiers rois quelques noms dont la réputation et les ouvrages sont peu connus : *Evrard de Conty*, au dire de Chomel, était l'auteur d'un commentaire manuscrit fort étendu sur Aristote; il se trouvait dans la collection du comte d'Urfé et était intitulé : *Les problèmes d'Aristote, traitant matière de toute science et par special, de science naturelle, de médecine, de mathématique et de morale, avec des glosses faisant questions et mettant les solutions.* — Qu'est devenu ce manuscrit?

Jacques des Parts avait fait un commentaire sur Avicenne; pour se préparer à ce travail, il avait passé six années à l'étude des médecins grecs et arabes dont il avait examiné, corrigé et fait copier différents exemplaires sur parchemin et en grosses lettres, *de littera grossa in Pergamoni*. Il est cité par *Jacques Mentel* dans ses ANVERSARIA DE MEDICIS PARISIENSIBUS, manuscrit que Chomel avait pu consulter à la bibliothèque d'Aguesseau. *François Miron* a fait un livre sur l'hygiène des enfants : DE REGIMINE INFANTIUM TRACTATUS TRES, TURONIBUS. Paris, 1544, et Tours, 1553.

(La suite prochainement.)

— L'Académie des sciences et lettres de Montpellier met au concours les questions suivantes, proposées par la section de médecine :

Concours de 1857 : « Études médico-chirurgicales des déviations utérines. »

Le prix pour cette question sera de 400 fr.

Concours de 1858 : « Des rapports de l'alimentation avec la respiration.

» Existe-t-il des aliments qui méritent le nom de respiratoire?

» En cas d'affirmative, déterminer leur nature et poursuivre leur transformation depuis le moment de leur introduction dans les voies digestives jusqu'aux dernières combinaisons qui ont lieu dans l'acte respiratoire. »

Le prix pour cette question sera de 500 fr.

Les mémoires, écrits lisiblement en français ou en latin, devront être adressés dans les formes académiques avant le 1er août de chacune des années pour lesquelles le concours est institué, à M. le docteur Rousset, secrétaire-général de l'Académie, rue du Courrier, 13.

L'Académie croit devoir rappeler qu'elle a prorogé jusqu'au 1er novembre prochain le terme fixé pour la remise des mémoires sur « l'Étude chimique des vins et des divers produits formés pendant la vinification, » mise au concours pour 1856, afin de permettre aux candidats de profiter, pour leurs recherches, de la prochaine récolte de vin.

L'Académie rappelle en outre qu'elle a mis au concours, pour le prix de 500 fr. qui doit être décerné en 1857, la question suivante proposée par la section des lettres :

« Tracer le tableau des sciences, des lettres et des arts dans le Languedoc depuis la Renaissance. »

gorge ou derrière les mâchoires. Rien de pareil n'existe lorsque l'amygdale elle-même ne participe pas à l'inflammation, c'est-à-dire lorsqu'il existe une pharyngite exclusivement superficielle.

Donc, dans les descriptions que j'ai données, la glande elle-même est enflammée. Cette inflammation est-elle la même dans les deux cas? Je l'ignore, parce que l'étude cadavérique de cette phlegmasie n'est pas faite, car la maladie se termine par la guérison, et dans le petit nombre d'autopsies que l'on connait, la distinction des deux natures n'a pas été cherchée. Donc, jusqu'à présent, si nous devons admettre dans les deux cas l'inflammation de la glande elle-même, nous ne pouvons nier ou affirmer qu'il y ait là une autre différence que celle de l'intensité; le doigt et l'œil n'en montrent pas d'autre pendant la vie. Il est possible qu'il y ait davantage. Peut-être, dans l'une, les follicules mucipares; dans l'autre, le tissu cellulo-fibreux sont-ils plus particulièrement atteints. C'est au moins ce qui pourrait résulter des recherches de MM. Andral, Chomel et Blache (1), si dans les cas cités par ces savants pathologistes il eût été question de distinguer l'inflammation et le catarrhe. Mais si cela était démontré, j'en conclurais d'autant plus que ce sont deux phlegmasies distinctes qu'il ne faut pas confondre; car lorsque l'inflammation, envahissant un organe, choisit de préférence tantôt un des tissus qui entre dans sa composition, tantôt un autre, il faut bien qu'il y ait une cause à ce choix.

D'ailleurs il est probable que si l'on parvenait à démontrer cette différence dans le tissu atteint, on démontrerait en même temps une différence dans le mode inflammatoire. Voyez, en effet, ce qui a lieu là où l'œil peut suivre toutes les phases de la phlegmasie. Dans les deux cas, en effet, la surface elle-même de la muqueuse est visiblement enflammée. Ai-je besoin de dire encore une fois les différences qui séparent ces deux inflammations de la même partie, du même organe?

Ce sont justement ces différences *anatomiques*, portant soit sur le tissu de l'organe, soit sur *le mode inflammatoire du même tissu*, qui, s'unissant aux différences étiologiques et thérapeutiques, forment le faisceau de preuves que j'invoque pour séparer les deux amygdalites et en faire deux maladies aussi distinctes que le sont les amygdalites couenneuse et simple.

Quatrième objection. — « Les différences que présente le tableau comparé des deux amygdalites sont loin d'être toujours parfaitement tranchées, et tous les cas de phlegmasie simple des tonsilles ne sauraient être rattachés à l'une ou à l'autre description. »

Oui, cela est vrai. Les différences que j'ai tracées d'une manière si nette, si abrupte, ne le sont pas toujours autant; ce que j'ai dit est le résultat synthétique de faits simples au sujet desquels aucun doute ne m'a paru possible.

Le tableau présenté de cette façon, exagéré, faux même, si on voulait l'appliquer à tous les cas indistinctement, aurait cependant sa valeur. Ce serait une synthèse trop exclusive; mais au moins serait-elle la reproduction vraie d'un certain nombre de faits vrais aussi.

Cependant, vouloir en conclure à la fausseté du point de vue auquel je me suis placé, serait, je crois, commettre une erreur aussi palpable que celle qui consisterait à nier l'existence séparée des types humains à cheveux blonds ou noirs, en présence des métis nombreux et de tout degré qui résultent de leur alliance.

Il en est d'ailleurs absolument de même lorsque l'on veut s'en tenir à la distinction exclusive et absolue du siége. Car, comme je le disais tout à l'heure, la phlegmasie de la muqueuse et celle du parenchyme sont bien loin d'être toujours isolées l'une de l'autre.

Il est donc raisonnable de maintenir la séparation absolue pour les faits bien tranchés, et quant à ceux qui le sont moins de rechercher les causes de cette particularité.

Je ne les connais pas toutes: des travaux faits dans le sens que j'indique pourront éclaircir plus tard ce sujet. Voici pour le moment les causes de confusion dont je soupçonne l'existence.

J'ai dit plus haut qu'il faudrait peut-être admettre une angine rhumatismale distincte des précédentes, bien qu'aujourd'hui elle soit confondue avec elles. C'est un fait à rechercher qui, s'il était reconnu vrai, servirait à éliminer un certain nombre de cas douteux et peu tranchés.

Mais je crois que c'est surtout dans l'union fréquente chez le même malade des affections catarrhale et inflammatoire qu'il faut chercher le moyen de comprendre les faits que je discute. Il existe des angines métis (qu'on me pardonne ce terme), qui portent le cachet de leur double origine, cachet plus ou moins accusé, suivant la prédominance de l'une ou de l'autre affection.

De cette complication des affections résulte une maladie, *une* dans son apparence, *complexe* en réalité, et dans laquelle on peut reconnaître plus ou moins facilement les caractères locaux et généraux de ses éléments constitutifs.

C'est là une application d'une idée médicale que n'a pas négligée l'école de Montpellier, et qui est entrée pour sa part dans les célèbres méthodes thérapeutiques de P. J. Barthez.

Un fait me fera comprendre.

Vers la fin de l'hiver, et au printemps de 1852, nous étions à Paris en pleine constitution catarrhale. De tous côtés je voyais des grippes, des coryzas, des bronchites, des pharyngites catarrhales. J'étudiais ces maladies de même nature bien que de siége différent; j'admirais l'ensemble harmonieux qu'elles présentaient lorsque je fus appelé pour voir un homme de 40 ans environ, robuste et d'un tempérament sanguin, atteint d'une amygdalite qui était à son début. La glande n'était pas très-volumineuse, mais plus douloureuse que dans le catarrhe; sa rougeur était d'un vif assez intense, et quelque peu de sécrétion muqueuse existait à sa surface. La fièvre était vive, le pouls assez plein, la peau sudorale; je me demandais si j'avais affaire à une amygdalite inflammatoire ou catarrhale; la constitution de l'individu me dirigeait du premier côté, la constitution épidémique me faisait incliner de l'autre; les caractères locaux et généraux ne m'éclairaient qu'imparfaitement. Entraîné cependant par l'idée du nombre considérable de catarrhes que je voyais, je me décidai à appliquer l'alun en topique. L'opération fut excessivement douloureuse, comme dans l'angine inflammatoire; déjà même je me repentais d'avoir choisi ce traitement, et je m'attendais à une exacerbation du mal; mais, comme dans l'amygdalite catarrhale, l'effet curatif fut prompt: dès le lendemain il y avait amélioration, deux jours après le malade était guéri. Je crois bien qu'il en eût été de même si j'eusse appliqué des sangsues sous la mâchoire. La maladie eût sans doute été plus longue si je me fusse borné à la médecine expectante.

Quelle était donc la nature de cette amygdalite qui, dans ses causes, dans ses symptômes locaux, et dans son obéissance à la thérapeutique, offrait un mélange à peu près parfait des caractères du catarrhe et de l'inflammation?

A mes yeux, il n'y a guère de doute: il existait là un mélange ou, si l'on veut, une complication des deux états morbides ayant produit de concert une manifestation locale unique portant la trace modifiée et par là incomplète de sa double origine (1).

Et s'il se fût agi d'une maladie plus sérieuse que d'une amygdalite, j'aurais été réellement coupable de n'avoir pas pris pour guide les préceptes formulés par P. J. Barthez dans l'énoncé de ses méthodes analytiques de traitement.

« Les méthodes analytiques de traitement d'une maladie, dit-il (2), sont celles où, après l'avoir décomposée dans les affections essentielles dont elle est le produit, ou dans les maladies plus simples qui s'y compliquent, on attaque directement ces éléments de la maladie par des moyens proportionnés à leurs rapports de force et d'influence.

» Ces méthodes sont d'autant plus indiquées qu'il existe une plus grande complication des éléments d'une maladie.

» Dans la méthode analytique, qui est propre à chaque complication, il faut faire dominer le traitement qui convient à chacune des affections ou maladies composantes, à proportion de ce qu'elle a plus d'importance respective. Cette importance doit être estimée suivant qu'elle

(1) Dict. de méd., 2e édit., t. II, p. 494.

(1) Les faits de cette nature sont bien loin d'être isolés en médecine. Il suffit d'y regarder avec la connaissance du sujet pour en voir de fréquents exemples au lit du malade. Il y a, je le sais, des affections ou des diathèses qui répugnent à marcher ensemble. Et lorsque l'économie est fortement modifiée par l'un de ces états généraux, il peut arriver qu'elle soit incapable de satisfaire aux exigences d'un autre de ces états généraux graves. C'est là le fait de l'antagonisme médical.

Mais cela n'existe pas pour le catarrhe et l'inflammation. Nous avons déjà, M. Rilliet et moi, démontré la réalité de cette union dans les phlegmasies broncho-pulmonaires. (Voyez Traité des maladies des enfants, 2e édit., t. Ier, p. 474.) J'en donne un nouvel exemple pour l'amygdalite; nul doute qu'on ne puisse en trouver d'autres.

J'insiste ici sur la complication du catarrhe et de l'inflammation; mais je pourrais tout aussi bien trouver des amygdalites qui résultent de l'union de l'un de ces états morbides avec plusieurs autres. Ainsi j'ai vu l'amygdalite catarrhale se compliquer de la diphthérite qui, par sa marche rentoutable et envahissante, primait et faisait bientôt disparaître les caractères du catarrhe.

(2) Préface du Traité des maladies goutteuses, 1802, p. xj.

est plus urgente ou d'un danger plus pressant, et suivant son influence sur les autres affections ou maladies combinées.

» Après avoir ainsi déterminé la méthode mixte qui convient au au traitement de chaque cas compliqué, il faut encore distribuer les diverses parties de cette méthode, dans l'ordre du temps qu'il est nécessaire ou plus avantageux d'observer pour assurer le succès de son éxécution.

» Ainsi, dans la formation de chacune de ces méthodes analytiques, il est essentiel de bien distinguer (ce qu'on n'a point fait convenablement jusqu'ici) l'ordre d'importance relative des éléments de la maladie compliquée, et l'ordre du temps de l'exécution des parties de cette méthode. »

Voici l'application que j'aurais pu faire de ces principes au traitement de l'amygdalite dont cet homme était atteint.

La maladie était le résultat composé :

1° D'une affection catarrhale épidémique,

2° D'une prédisposition inflammatoire constitutionnelle,

3° D'une phlegmasie des deux amygdales, conséquence des états morbides précédents,

4° D'un ensemble de phénomènes généraux, conséquence soit de l'état catarrhal, soit de l'état inflammatoire, soit de la phlegmasie locale, soit enfin de ces trois influences réunies.

Il fallait déterminer lequel des deux premiers éléments prédominait, ce à quoi l'on devait arriver par l'étude des symptômes locaux et généraux.

Il fallait aussi déterminer la valeur de la lésion locale, suivant l'importance de l'organe atteint et suivant l'étendue et l'intensité de la phlegmasie.

Il fallait ne pas oublier que cette lésion locale, quelle que fût sa nature catarrho-inflammatoire, était une phlegmasie; ce qui devait peser dans la balance, en cas de doute sur le choix des moyens à employer.

Ce travail intellectuel devait me conduire, soit à traiter exclusivement par la méthode anti-catarrhale, ou par la méthode anti-phlogistique.

Soit à traiter simultanément par les deux méthodes, modifiées d'après la prédominance de l'un ou de l'autre élément.

Soit à traiter successivement par l'une ou par l'autre méthode, en commençant par celle dont l'urgence était manifeste.

Enfin à employer, dans l'une ou l'autre de ces méthodes, les moyens généraux et les moyens locaux exclusivement ou simultanément.

Mais, il faut bien l'avouer, l'amygdalite simple exige rarement un pareil travail intellectuel. Les seules questions réellement importantes à résoudre sont : 1° de savoir si la maladie doit être rattachée au catarrhe où à l'inflammation ; 2° si la lésion locale est assez intense pour exiger un traitement actif.

Si la maladie est catarrhale, vous pouvez employer, suivant les symptômes observés, soit la médecine expectante aidée de gargarismes légèrement astringents; soit la médication doucement sudorifique qui convient à la grippe; soit les vomitifs, soit les applications locales d'alun, soit la cautérisation avec le nitrate d'argent, comme le veut le docteur Herpin.

Si la phlegmasie est inflammatoire, pratiquez les ponctions ou scarifications de l'amygdale, ou bien appliquez les sangsues, ou même faites une saignée générale; déployez, en un mot, l'appareil du traitement antiphlogistique.

Dans tous les cas, l'intensité des symptômes généraux, la violence et l'étendue de la phlegmasie locale, la concomitance d'un embarras gastrique, etc., doivent engager à varier la nature ou l'activité de la médication.

CONCLUSIONS.

Les détails précédents seraient certainement trop étendus si j'avais eu pour but unique de parler du traitement d'une maladie aussi simple que l'amygdalite.

Dire dans quels cas la médecine expectante peut être employée ; déterminer, par l'énumération de quelques symptômes locaux et généraux, les cas dans lesquels on doit préférer mettre en usage les applications topiques et ceux dans lesquels la médication antiphlogistique locale ou générale doit être préférée, aurait amplement suffi pour atteindre ce but.

Mais en réalité, à coté de cette idée toute pratique, j'en ai cherché d'autres plus générales, plus élevées, plus scientifiques.

J'ai voulu insister une fois de plus sur la nécessité de maintenir une séparation entre le catarrhe et l'inflamation, en tant qu'états morbides capables de produire des phlegmasies.

J'ai voulu suivre sur un organe accessible à l'œil, facile à étudier, les différences locales que nous avons cherché à établir, M. Rilliet et moi, entre les phlegmasies catarrhales et les phlegmasies inflammatoires des viscères.

J'ai voulu faire voir que les différences anatomiques concordent parfaitement avec celles que l'on constate dans les causes, dans les symptomes généraux de ces deux sortes de phlegmasies, et dans le traitement qui leur est applicable.

J'ai voulu faire voir comment les deux états morbides s'unissaient sur le même individu pour produire une maladie compliquée. Enfin j'ai voulu donner un exemple appliqué de ce principe si utile que, par l'étude de la lésion locale, on peut souvent arriver à la détermination de l'état morbide général qui lui a donné naissance.

Revenant alors à une idée toute pratique, j'ai voulu démontrer que l'indication thérapeutique fondamentale fournie en apparence par l'inspection de l'organe malade, était en réalité tirée non pas de l'espèce de la lésion (phlegmasie ou autres) mais bien de sa nature (catarrhale, inflammatoire ou autres).

Je ne voudrais pas que l'on inférât de cette phrase que je ne tiens que peu de compte de la lésion locale, de son siége et de son espèce. Le mot fondamental veut dire qui tient au fond des choses, et il peut être opposé au mot formel, c'est-à-dire qui tient à la forme des choses. Lorsqu'il s'agit, comme ici, d'états morbides transitoires qui s'épuisent pour ainsi dire dans la formation d'une lésion locale, il se peut parfaitement que l'indication thérapeutique fournie par le siége et par l'espèce de la lésion soit la plus urgente, la seule même à laquelle on doive obéir, sans qu'elle devienne pour cela fondamentale. Dans ce cas la forme emporte le fond, que l'on me passe cette phrase vulgaire.

En définitive, il est rare (si même cela arrive) que l'homme meure par le fait seul de l'existence d'une diathèse ou d'une affection. L'homme meurt parce que, sous l'influence de ces états morbides ou d'une autre cause, il s'est produit une altération de tel solide ou de tel liquide indispensable à la vie; et parce que cette altération (palpable ou encore inconnue) est de telle ou telle espèce, etc.

Si donc j'ai insisté ici de préférence sur les états morbides (desquels je dois dire que je ne sais pas en quoi ils consistent) et sur l'indication thérapeutique fondamentale qu'ils fournissent, c'est parce qu'il me semble qu'on s'est trop habitué à négliger toutes ces choses.

En somme de même que l'homme, être complexe, (âme, force vitale, organes divers), constitue cependant une unité, de même une maladie constitue aussi une véritable unité, bien qu'on puisse la décomposer en plusieurs éléments. C'est-à-dire que ces divers éléments se tiennent, s'enchaînent, marchent ensemble de manière à former une unité.

De ce fait (l'unité malgré la complexité) résulte un fait thérapeutique singulier, et cependant parfaitement vrai : c'est que si deux médecins sont mis en présence d'un même malade, et si l'un d'eux se laisse guider exclusivement par l'indication fondamentale et l'autre exclusivement par l'indication formelle, il se pourra que tous deux concluent à une prescription à peu près pareille et arrivent à un résultat identique.

Mais si ce fait est vrai dans un bon nombre de cas, il est loin de l'être toujours. Aussi le bon praticien est-il celui qui sait tenir compte de toutes les indications fournies par la nature de la maladie, par l'espèce et par le siége de la lésion, etc., et qui sait connaître l'urgence comparée des unes et des autres dans tel cas donné. C'est un véritable problème qu'il s'agit de résoudre et dont la solution doit varier suivant chaque cas particulier en raison de la complication des éléments du problème.

C'est pour cela que j'ai voulu terminer ce travail en donnant un exemple incomplet sans doute, mais facile à comprendre de la manière dont il faut s'y prendre pour décomposer une maladie, et apprécier la valeur respective des divers éléments locaux et généraux qui la composent et qui fournissent les indications du traitement.

Pour cela faire je n'ai eu qu'à suivre l'une des méthodes thérapeutiques professées à l'école de Montpellier par mon illustre parent P. J. Barthez, méthodes qui sont encore aujourd'hui si heureusement appliquées par les médecins qui sortent de cette école.

C'était d'ailleurs une manière de traduire en langage moderne et compréhensible à notre époque des préceptes trop souvent incompris parmi nous, autant en raison de l'obscurité du langage que du temps dans lequel ils ont été écrits; c'était une manière de faire voir que ces méthodes de traitement, résumé fait par un homme de génie, de la thérapeutique des grands praticiens qui l'avaient précédé, sont applicables et utiles aujourd'hui comme alors, et quels que soient les progrès accomplis depuis par la médecine. C'est là sans doute une preuve palpable de la vérité des principes sur lesquels elles sont fondées.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION DE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE, lue à la Société de biologie par M. DUMONT-PALLIER, interne des hôpitaux.

A la Charité, salle Sainte-Catherine, n° 11, service de M. Velpeau, est entrée la nommée Avis (Julie), âgée de 34 ans, couturière.

Le 7 septembre 1855, jour de son entrée, cette femme se plaint de douleurs vives dans le ventre et d'impossibilité d'uriner. Les organes compris dans le petit bassin paraissent être le siége des symptômes inflammatoires que présente la malade.

Le toucher vaginal était fort douloureux; il permettait cependant de constater qu'il existait dans le petit bassin deux tumeurs, l'une antérieure à l'utérus, molle, fluctuante, mal limitée à cause de sa grande étendue, et qui paraissait formée par la vessie distendue. La seconde tumeur était postérieure à l'utérus, d'un volume considérable, de forme arrondie; c'était là surtout que la malade accusait de grandes douleurs.

La matrice semblait donc comprimée par ces deux tumeurs qui s'étendaient de chaque côté; aussi était-elle immobilisée, et le doigt introduit dans le vagin ne pouvait porter l'utérus ni en avant ni en arrière; une pression un peu forte sur le col utérin était très-douloureuse.

Le toucher rectal ne peut être convenablement pratiqué, tant l'introduction du doigt faisait pousser de gémissements à la malade.

La malade n'avait point uriné depuis la veille; on la sonda, et la vessie étant vide, si l'on cherchait de nouveau à faire mouvoir la matrice, on ne pouvait y réussir, on sentait qu'elle était immobilisée et cela surtout par sa paroi postérieure. Depuis quelques jours, Avis avait un écoulement vaginal fétide et sanguinolent; de plus, elle se plaignait de diarrhée depuis une quinzaine de jours. Sa figure était pâle, grippée et altérée de profondes souffrances.

L'écoulement sanguin et fétide par le vagin ne pouvait être que symptomatique d'une affection de l'utérus ou de ses annexes.

1° Avis pouvait-elle être enceinte? Elle nous apprend que depuis cinq mois (avril 1855), elle n'a point eu ses règles, et que, dans les premiers jours de mai, elle a eu des envies de vomir, des digestions difficiles; mais le col utérin n'est point ramolli; l'utérus n'est point augmenté de volume; ces deux signes négatifs sont faciles à établir par le toucher vaginal et le palper abdominal.

Le col utérin peut être parfaitement circonscrit par le toucher; on ne peut introduire le doigt dans le museau de tanche, dont les lèvres sont dures.

2° Serait-ce une tumeur fibreuse qui serait la cause de l'écoulement sanguinolent et fétide? Mais une tumeur fibreuse ou plusieurs tumeurs fibreuses, tout en augmentant le volume de l'utérus, permettent encore une certaine mobilité du col utérin et de toute la masse utérine, et quand ils existent, ils ne s'accompagnent point ordinairement de symptômes inflammatoires subaigus. Ces tumeurs, en effet, se développent ordinairement lentement; les organes environnants s'habituent à leur présence, et le temps leur donnant presque le droit de domicile, un seul symptôme, l'hémorrhagie, appelle l'attention du malade et du médecin. De plus, les corps fibreux ne s'accompagnent point de suppression des règles. Au contraire, ils en augmentent souvent la quantité et la durée.

3° On ne doit point s'arrêter à l'idée d'un cancer de l'utérus, car le corps utérin ne devient cancéreux que consécutivement au col, et le col, avons-nous dit, *est intact*.

4° Il y a des symptômes inflammatoires. Est-ce un phlegmon péri-utérin ou une hématocèle rétro-utérine enflammée?

Les phlegmons péri-utérins ne s'observent guère que chez les femmes récemment accouchées; la dernière couche de cette femme remonte à cinq ans, et il n'y a que quelques mois que la malade se plaint de douleurs dans le petit bassin. Nous savons que, dans ces derniers temps, on s'est beaucoup occupé des phlegmons péri-utérins en dehors de l'état puerpéral; mais quand ils existent, le plus souvent les règles sont augmentées, et chez notre malade depuis cinq mois elles sont complétement supprimées.

5° Est-ce une hématocèle rétro-utérine? Peut-être, car le mal a débuté tout à coup et s'est accompagné alors de douleurs dans le petit bassin, douleurs qui se sont répandues dans tout l'abdomen; puis peu à peu le mal s'est limité, ainsi que la douleur; une tumeur rétro-utérine a été reconnue, et cette tumeur paraît être le siége de secousses inflammatoires qui s'irradient plus ou moins dans l'abdomen pour se limiter de nouveau au siége de la tumeur rétro-utérine. Comme dans le cas d'hématocèle rétro-utérine, l'écoulement vaginal et la diarrhée fétides de notre malade peuvent être rapportés à des ouvertures spontanées de l'hématocèle dans le vagin et le rectum. Mais dans le cas d'hématocèle, les règles ne sont point supprimées; dans la majorité des cas, elles sont au contraire souvent plus abondantes et plus douloureuses, et c'est surtout aux époques des règles qu'ont lieu les secousses inflammatoires que l'on observe dans l'abdomen et qui ont pour point de départ la tumeur rétro utérine. Chez notre malade, pendant les quatre mois qu'elle a passés dans la salle Sainte-Catherine, il ne nous a pas été possible de rattacher les secousses inflammatoires aux époques des règles, qui étaient complétement supprimées.

6° Est-ce enfin à une grossesse extra-utérine siégeant dans le cul-de-sac recto utérin et dont le kyste se serait enflammé après la mort du fœtus, inflammation qui aurait eu pour résultat l'élimination des débris fœtaux et de ses annexes que l'on doit rattacher les symptômes observés chez Avis? La diarrhée et les pertes sanguinolentes fétides seraient alors le résultat d'ouvertures de communication entre le kyste fœtal et le rectum d'une part, et le vagin d'autre part.

Le toucher rectal, avons-nous dit, est très-douloureux, et le doigt introduit dans l'ampoule rectale reconnait des altérations organiques d'inflammation chronique. Nous devons noter que, dans les alèses, on a observé deux fois des fragments des membranes altérées par les matières fécales. Ces détritus membraneux étaient noirâtres et d'une fétidité de putréfaction. On pensa alors que ces débris pouvaient appartenir à un fœtus mort depuis un temps plus ou moins long. Nous devons faire remarquer que telle était l'opinion de M. Velpeau.

La femme ne fut jamais soumise à l'examen du spéculum, et le toucher vaginal, pratiqué à plusieurs reprises, ne fit jamais reconnaître de fistule vaginale ni aucune altération spéciale du vagin, bien que, dans le dernier mois, novembre à décembre, il servit de passage à l'écoulement d'un liquide sanieux et fétide.

Nous avons déjà dit que deux fois, pendant son séjour à l'hôpital dans les mois de septembre et d'octobre, la femme Avis avait eu des accidents inflammatoires se propageant à toute la cavité abdominale. Pouls fréquent, petit; ballonnement du ventre, envies de vomir, ventre très-douloureux; deux fois ces accidents, dus à de la péritonite, furent calmés par des applications de sangsues, des frictions mercurielles et des vésicatoires sur l'hypogastre.

Le 5 décembre 1855, notre malade fut de nouveau prise de violentes douleurs dans le ventre, d'envies de vomir, puis de vomissements bilieux. Le pouls était fréquent, petit. Un large vésicatoire calma ce nouvel orage, mais, épuisée par les douleurs, la diarrhée et l'écoulement vaginal, Avis s'affaiblit rapidement, la poitrine s'embarrasse, la respiration devient difficile, et notre malade meurt le 10 décembre 1855.

AUTOPSIE. — Le ventre fut ouvert avec soin au moyen d'une incision cruciale dont les deux incisions se coupaient au niveau de l'ombilic. Dans toute son étendue, le péritoine présentait les traces d'inflammation chronique et aiguë : adhérences et vascularisation anormales, sérosité citrine et dépôts pseudo-membraneux.

Le grand épiploon relevé et rejeté sur la paroi antérieure de l'estomac, il était facile de constater que la masse de l'intestin grêle, insérée sur le mésentère, avait conservé ses rapports normaux. Rejeté à droite, le petit intestin laissait apercevoir les rapports des organes contenus dans l'excavation pelvienne.

Sur la ligne médiane, symphyse pubienne, vessie, fond de la matrice, cul-de-sac utéro-vésical. En arrière de la matrice, le cul-de-sac et les replis utéro-rectaux n'existent plus; ils sont remplacés par une tumeur dont les limites et les rapports seront décrits ultérieurement.

En arrière de cette tumeur se voient la terminaison de l'S iliaque du colon et l'intestin rectum avec son méto-rectum. De chaque côté de la ligne médiane, rapports normaux des organes compris dans les fosses iliaques. A droite, cœcum et fin de l'iléon : ovaire, dont on ne voit qu'une faible portion. A gauche, S iliaque du colon et ovaire droit qui plonge dans l'excavation pelvienne en s'adossant à la partie latérale gauche de la tumeur recto-utérine. Disposition normale du ligament large du côté droit, tandis que, à gauche, le ligament large paraissait adhérent à la tumeur.

Sur la ligne médiane, au niveau de l'angle de réunion de la paroi postérieure de la matrice et de la paroi antérieure du rectum, existait une déchirure, résultat d'une traction maladroite sur l'S iliaque. Cette déchirure conduisait dans une cavité qui avait les limites suivantes :

En avant, la paroi postérieure de la matrice;

En arrière, la paroi antérieure du rectum.

Sur les parties latérales, les replis recto-utérins, les trompes, les ovaires et les adhérences d'ancienne formation, complètent latéralement et supérieurement une cavité qui est limitée en bas par la portion du vagin qui répond au cul-de-sac utéro-rectal.

Cette cavité ou kyste, qui présente à sa périphérie les traces d'inflammation chronique, est de forme assez régulièrement ovalaire et de capacité à contenir un très-gros œuf de poule. Cette cavité, dont on agrandit la déchirure supérieure, était remplie de matières fécales et de détritus organiques parmi lesquels on reconnaissait des tissus membraneux en voie de décomposition, et, de plus, des os appartenant à un squelette de fœtus.

Pour compléter la description du kyste et ses rapports, nous fîmes une coupe médiane comprenant la symphyse pubienne, l'ouverture de la vessie, du canal de l'urètre et de la paroi antérieure du vagin.

La paroi antérieure de la matrice fut aussi divisée sur la ligne médiane; la paroi postérieure du rectum fut de même divisée. Voici ce que nous pûmes alors constater :

1° Vessie et urètre dans un état normal.

2° Vagin, vascularisation considérable de la muqueuse; point d'ulcération. Mais, sur la ligne médiane de la paroi postérieure du vagin et à 1 centimètre et demi du cul-de-sac vaginal, il existe une ouverture fistuleuse, circulaire, comme taillée à l'emporte-pièce, fistule communiquant avec le kyste fœtal. Ce qui rend parfaitement compte de l'écoulement fétide que l'on avait observé par le vagin.

3° Col utérin normal, de petit volume, nullement ramolli, parois du col et du corps de la matrice non épaissies. Orifices libres. La cavité de la matrice, réunie à celle du col, mesure une étendue de 7 centimètres. Muqueuse utérine parfaitement normale. Ouvertures des trompes perméables avec un stylet d'Anel.

4° Trompe du côté droit perméable dans toute son étendue, pavillon de la trompe adhérent à l'ovaire, qui lui-même offre le volume normal et se rattache à l'utérus par son ligament et se trouve accolé à la paroi latérale droite du kyste fœtal.

La trompe du côté gauche, aussitôt après avoir quitté l'utérus, passe au-dessous d'une adhérence anormale et vient tomber en se dilatant sur la paroi latérale gauche du kyste. En disséquant la trompe gauche, nous avons constaté qu'elle était perméable dans toute son étendue et était dilatée dans tout son tiers externe, de façon à pouvoir loger en cet endroit une plume d'oie. Les parois de la trompe, au niveau de la dilatation, étaient épaissies, et la muqueuse présentait des traces d'inflammation chronique: vascularisation augmentée et coloration grisâtre de la muqueuse.

De plus, la partie dilatée de la trompe gauche s'ouvrait directement dans le kyste fœtal, et venait s'y aboucher par un orifice béant.

L'ovaire gauche n'était point hypertrophié et était adhérent à la paroi gauche du kyste.

5° *Rectum.* — Ouvert par la face postérieure. On constate que la muqueuse était le siége d'une inflammation chronique, et l'on trouve, à 18 centimètres à peu près de l'ouverture anale, une ouverture de la grandeur d'une pièce de 2 fr., de forme ovalaire, à grand diamètre vertical, à bords lisses, recouverts de la muqueuse intestinale, de teinte grisâtre. Cette ouverture faisait communiquer directement et largement le rectum avec le kyste fœtal, ce qui explique la présence des matières fécales dans le kyste d'une part, et l'écoulement fétide et les détritus membraneux qui avaient été rendus par l'anus d'autre part.

6° *Cavité fœtale.* — Cette cavité, de forme sphéroïde, avait de 12 à 15 centimètres dans son plus grand diamètre vertical et 7 à 8 centimètres dans son diamètre transversal. Toute la cavité était tapissée d'une membrane analogue aux muqueuses affectées d'inflammation chronique. Elle présentait à la partie supérieure de sa paroi postérieure l'ouverture de communication avec le rectum, et à sa partie inférieure, son ouverture fistuleuse avec le vagin. De plus, deux os du squelette fœtal, un péroné et un tibia étaient restés accolés à la paroi antérieure de cette cavité. Les parois correspondantes du rectum et de la matrice faisaient parties intégrantes des parois du kyste fœtal.

7° *Os du squelette.*

1° Os de la tête : 2 frontaux avec leur arcade sourcilière et la portion orbitaire.
Les frontaux ont 2 centimètres de hauteur, à partir de l'arcade sourcilière.
2 pariétaux, dont le plus grand diamètre a 3 centimètres.
1 temporal : 2 centimètres de diamètre vertical.

2° Membres : Supérieur : aucune pièce.
Inférieur : 2 fémurs, 2 tibias, 2 péronés } 2 centimètres de longueur.
2 rotules.

3° Thorax : 1 clavicule qui a 2 centimètres de longueur et dont la double courbure est parfaitement marquée.
Plusieurs côtes.

Nous n'avons point trouvé les os du bras et de l'avant-bras, non plus que ceux du bassin.

Point de vertèbres.

4° Aucun vestige de placenta dans la cavité fœtale.

Ces faits établis, reste à déterminer :

1° Quelle variété de grossesse extra-utérine nous avons eu à observer.

2° Quel âge pouvait avoir le fœtus dont nous avons examiné différentes parties du squelette.

1° Nous croyons devoir éliminer d'abord toutes les variétés qui se rapportent à l'utérus et à l'ovaire. Ces parties ne présentaient rien d'anormal dans leur structure.

Restent donc deux variétés principales : la grossesse tubaire et la grossesse péritonéale.

Il n'est point probable que la grossesse ait été tubaire, car la trompe gauche ne présente point de développement suffisant pour admettre cette variété, tout au plus pourrait-on penser que l'ovule fécondé se serait d'abord greffé sur le pavillon de la trompe, puis serait consécutivement tombé en entraînant la trompe dans le cul-de-sac recto-utérin. Mais ce serait là une variété mixte que l'on pourrait appeler grossesse tubo-abdominale ou tubo-péritonéale, parce que primitivement la trompe aurait servi de point de départ à la grossesse, et que consécutivement l'œuf se serait développé dans la cavité péritonéale en se greffant en partie sur une portion du péritoine.

N'est-il pas plus naturel de penser, bien que les observations d'un semblable fait soient rares, que, dans le cas qui nous occupe, l'ovule fécondé est primitivement tombé dans le cul-de-sac recto-utérin et s'y est développé jusqu'au jour où a lieu la mort du fœtus (entre 4 et 5 mois). Alors le fœtus mort est devenu un corps étranger; l'inflammation déterminée par ce corps étranger dans la cavité péritonéale a donné lieu à des adhérences des organes avoisinant et un kyste s'est formé. Les organes voisins, le vagin et le rectum se sont enflammés à leur tour dans leur portion correspondante au kyste, et des fistules se sont établies, fistules par lesquelles seraient sorties toutes les parties du fœtus mort, si la femme n'avait été épuisée par la diarrhée et la souffrance.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

(Suite.)

VI. GAZZETTA MEDICA ITALIANA (TOSCANA).

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1855, janvier, février et mars 1856, renferment les travaux originaux suivants: 1° *Sur l'usage du calomel dans le choléra*; par M. Bargellini. 2° *Observations sur la marche et le traitement du choléra qui a régné à Vignola*; par M. Tosi. 3° *Sur le choléra de Modigliana dans l'été de* 1855; par M. Fabroni 4° *D'un étranglement intestinal interne*; par M. Puccianti. 5° *Lettre aux rédacteurs de la Gazette médicale toscane*; par M. Peyrani. 6° *Histoire d'une fièvre miliaire, précédée, accompagnée et suivie de plusieurs érysipèles*; par M. Bartoloni. 7° *Sur le choléra-morbus; observations de physique médiale*; par M. Cozzi. (De l'ensemble des faits et des théories rapportées par l'auteur dans cet intéressant mémoire, il résulte que l'électricité et le magnétisme terrestre ont par leur augmentation ou leur diminution une grande part dans le développement, l'intensité et la décroissance du choléra et encore de beaucoup d'autres maladies qui travaillent le genre humain, et dans lesquelles l'application du galvanisme a été avantageuse.) 8° *Du vitalisme et de l'école organicienne expérimentale ou de l'intelligence qui se cache dans les puissances hypothétiques et de celle qu'on découvre par l'étude dans les choses*; par M. Ranzi. 9° *Le choléra asiatique dans la commune de Castel S. Nicolo en* 1855; par M. Bargi. 10° *Sur le choléra épidémique de la commune de Poggibonsi en* 1855; par M. Burresi. 11° *Des maladies qui régnèrent à S. Miniato et ses environs en* 1854-55 *et particulièrement du choléra*. 12° *Note ajoutée aux observations de physique médicale sur le choléra-morbus*; par M. Cozzi. 13° *Des indications et contre-indications du bon emploi de la noix vomique et de la strychnine dans les paralysies*; par M. Bufalini. 14° *Importance de la médication analeptique reconstituante*; *indications spéciales pour celle de l'huile de foie de morue et des autres expédients thérapeutiques*; par M. Ghinozzi. 15° *Sur la constitution médicale de la commune de Cantagallo*; par M. Alessandri. 16° *Sur les usages de l'ortie commune*; par M. Bargellini 17° *Réponse aux questions publiées par les rédacteurs de la Gazette médicale toscane dans son* n° 29 *de* 1855, *relativement aux observations faites dans l'épidémie cholérique qui a régné dans la circonscription médicale de Murci et Poggioferro de juillet à octobre* 1855; par M. Ceccherini. 18° *Observations sur le choléra qui a régné dans l'été de* 1855 *à Pescia, et remarque sur les maladies qui l'ont précédé depuis trois années*; par M. Bartolozzi. 19° *Courtes réflexions sur l'usage du sulfate de quinine dans les fièvres typhoïdes et sur sa prétendue vertu antipériodique*; par M. Fallani. 20° *Considérations étiologiques et thérapeutiques sur le choléra épidémique de Faenza*; par M. Galamini. 21° *Sur le caractère des maladies qui ont régné à Marti de Palaja en* 1854-55; par M. Comandoli. 22° *Lettre à MM. les Rédacteurs*; par M. Nannotti. 23° *Résumé d'un mémoire de MM. Lorain et Robin relatif à une altération spéciale de la glande mammaire, etc.*; par M. Palamidessi. 24° *De l'application de l'électricité dynamique au traitement des tumeurs érectiles*; par M. Marcacci. 25° *Le choléra à Certaldo pendant l'été de* 1855; par M. Masini. 26° *Rapport sur le choléra qui a régné épidémiquement pendant le dernier été à Viareggio*; par M. Pieri. 27° *D'une des plus rares luxations du fémur (variété ischiatique)*; par M. Marcacci. 28° *Du régime diététique des malades et des soins de la convalescence*; par M. Poggiali.

LUXATION ISCHIATIQUE DU FÉMUR; par M. MARCACCI.

Les anciens caractérisaient la luxation par la direction du déplacement; depuis la réforme conçue par Roux, les chirurgiens distinguent les variétés d'une luxation par les rapports que l'os déplacé va prendre avec celui sur lequel il est luxé. C'est en s'appuyant sur ces caractères fondamentaux que M. Marcacci vient démontrer non-seulement l'existence de la luxation ischiatique du fémur niée par certains auteurs, mais encore sa fréquence plus grande qu'on ne l'admet généralement.

Obs. I. — Le 8 juillet 1850 un jeune homme de 20 ans entre à l'hôpital dans le service de M. Marcacci, pour une luxation du fémur droit datant de sept jours et qu'il s'était faite en tombant d'un troisième étage.

Déformation du membre; fesse saillante; la partie supérieure de la cuisse est volumineuse et comme élargie; l'aine est déprimée; mais la déformation

tombait sur la partie la plus basse de la fesse, là où la main rencontrait manifestement la tête de l'os luxé.

Par des recherches répétées et actives, le chirurgien s'est assuré que la tête de l'os n'était pas placée plus haut que l'épine sciatique, mais sur elle-même et la partie la plus proche de la tubérosité. Le membre était un peu plus court que l'autre, en demi-flexion, tourné en dedans, dans l'adduction ; le genou posait sur la partie la plus inférieure de la cuisse opposée. Les mouvements possibles étaient seulement ceux qui exagéraient l'attitude du membre, c'est-à-dire les mouvements de flexion, d'adduction, de rotation en dedans; les mouvements opposés étaient impossibles, surtout ceux d'abduction et de rotation en dehors. La tête fémorale était au niveau et en arrière de la cavité cotyloïde. On diagnostiqua une luxation du fémur en arrière et un peu en bas, c'est-à-dire la variété ischiatique.

La matinée suivante, c'est-à-dire huit jours après l'accident, on procéda à la réduction; des lacs extensifs furent placés au cou-de-pied, et ils furent confiés, ainsi que les lacs contre-extensifs, à des aides intelligents, tandis que le chirurgien dirigeait la coaptation. Après quelques efforts soutenus, la luxation fut réduite, sans le secours des machines, sans l'intervention des agents anesthésiques. La luxation à peine réduite, on nota un phénomène singulier, un priapisme qui dura quelques secondes.

Voilà un cas indubitable de luxation ischiatique du fémur; mais des faits de ce genre veulent des preuves irréfragables, et celles-ci ne se tirent que de l'observation nécroscopique. Voici un cas qui a été communiqué à l'auteur, et où la preuve de cette variété de la luxation est portée jusqu'à l'évidence anatomique.

Obs. II. — Un homme de moyen âge et fortement constitué se fit en tombant une luxation du fémur droit. La tête fémorale était placée au niveau et en arrière de la cavité cotyloïde. Le sujet mourut fatalement de l'emploi du chloroforme, peu d'instants après que la luxation avait été réduite avec plein succès et trente-six heures après l'accident.

A l'autopsie, peau intacte, muscle grand fesssier intact, excepté une légère ecchymose à son bord inférieur. Grand nerf sciatique fortement ecchymosé, depuis son point de sortie du bassin jusqu'au milieu de la cuisse ; il est couvert de sang imparfaitement coagulé; il en est pénétré jusque dans ses faisceaux les plus profonds. Les muscles moyen et petit fessier, le pyramidal, étaient intacts; sur le corps du demi-tendineux et du demi-membraneux s'étendaient de larges ecchymoses. Le corps du muscle obturateur interne était sain, son tendon était ecchymotique et livide. Le carré de la cuisse était rompu dans son bord supérieur, près l'insertion fémorale, et une partie arrachée pendait sur le grand fessier. Le muscle obturateur externe était fendu par le milieu et fortement déchiré, de sorte que le tendon restait adhérent à la partie inférieure du muscle, la supérieure se perdant au milieu des parties plus lacérées et contuses de l'articulation. Le muscle jumeau supérieur était ecchymosé; l'inférieur ecchymosé et en même temps rompu totalement par le milieu. Les chefs rompus de ce dernier muscle s'étaient retirés sur leur insertion respective, et dans le point de leur rupture ils étaient réduits en lambeaux irréguliers. Là on apercevait une loge arrondie, toute colorée d'un rouge brun intense, correspondant au conduit qui demeure entre le sourcil cotyloïdien et la tubérosité sciatique, ou mieux à l'espace limité au-dessous de l'épine sciatique, la tubérosité de même nom et la digression postérieure du rebord cotyloïdien.

Il était manifeste que la tête du fémur s'était fixée là, le jumeau supérieur étant intact, tandis que le jumeau inférieur était rompu ; il en résultait que la tête du fémur n'avait pu passer le niveau du jumeau supérieur, et qu'il s'agissait de la luxation fémorale *ischiatique*. La capsule fibreuse étant largement et irrégulièrement déchirée dans son segment inférieur interne, le ligament interarticulaire étant aussi rompu à son insertion au cotyle, on pouvait faire sortir la tête du fémur de la cavité cotyloïde, par un mouvement d'adduction et de rotation en dedans de la cuisse. La tête se portait alors en arrière, et son segment antérieur se jetait dans la loge susmentionnée, tandis que le grand trochanter se portait plus en avant et plus près de l'épine antérieure et supérieure de l'os des iles.

L'auteur de ces intéressantes observations termine par une réflexion : c'est que la luxation ischiatique est sans doute plus fréquente que ne le pense A. Cooper qui, en trente années, déclare n'en avoir pas vu une seule. Les observations du chirurgien italien s'accordent avec l'opinion de M. Malgaigne qui dit que la variété ischiatique « considérée par quelques-uns comme imaginaire serait pour le moins l'une des plus fréquentes. » Si dans les collections anatomiques on ne rencontre que des luxations iliaques, cela tient sans doute à ce qu'elles sont anciennes, et que la luxation ischiatique peut se transformer avec le temps en luxation iliaque.

VII. GAZETTA MEDICA ITALIANA (STATI SARDI).

Les numéros d'octobre, novembre, décembre 1855, janvier, février et mars 1856, renferment les travaux originaux suivants : 1° *Choléra-morbus pandémique en Piémont;* par M. Serafino. 2° *Observations pratiques sur l'usage externe du carbone dans le traitement des plaies suppurantes;* par M. Operti. 3° *Cas de tubercules pulmonaires traités et guéris par l'hélicine;* par M. Salvolini. 4° *Moyen très-simple de distinguer la mort réelle de la mort apparente;* par M. Fossati. (Il est question du moyen proposé il y a quatorze ans, par Weber, professeur d'anatomie à Leipzik, et qui consiste à frictionner la peau de quelque partie du corps habituellement découverte avec un morceau de laine ou une brosse imprégnée de liquide spiritueux ou de sel ammoniac, et à continuer pendant l'espace d'une minute, au point d'emporter les couches externes de l'épiderme. On distingue alors en peu d'heures si l'individu est mort réellement ou seulement en apparence. Dans le premier cas, entre six et douze heures, la partie de peau frictionnée se dessèche, brunit, est dure et transparente comme la corne; dans le second, elle devient rouge et humide.) 5° *Sur la constitution médicale régnante aujourd'hui et donnant lieu au développement d'affections spéciales, surtout de poitrine, marquées simplement du caractère rhumatique;* par M. Rotta. 6° *Observations sur les semences de ciguë;* par M. Bottini. 7° *Empoisonnement par l'usage imprudent de champignons; traitement par le tartre stibié, l'éther et l'ammoniaque; guérison;* par M. Bottini. 8° *Sur la section intrà-utérine du fœtus;* par M. Salvolini. 9° *Solution de quelques problèmes sur l'hématose;* par M. Maschi. 10° *Quatre cas d'obstétrique;* par M. Salvolini. 11° *Instruction clinique sur l'emploi du quinquina;* par M. Capello. 12° *Sur la rupture du tendon d'Achille;* par M. Berruti. 13° *De la belladone dans la hernie étranglée;* par M. Rizzo. 14° *Du laudanum liquide dans le traitement de la pleurésie et de la pleuropneumonie;* par M. Rizzo. 15° *Observations sur le charbon transmis de l'homme à l'homme;* par M. Stecchini. 16° *Remarques sur l'empoisonnement d'une famille;* par M. Zamboni. 17° *Observation anatomo-pathologique sur un volumineux et singulier abcès du bas-ventre;* par M. Salvolini. 18° *Remarques sur un nouvel appareil pour les fractures des extrémités;* par M. Berruti. 19° *Note sur le traitement des fièvres intermittentes régnantes;* par M. Rotta. 20° *Observation de péricardite grave;* par M. Rossi. 21° *Des traitements conseillés et mis en pratique pour obtenir la cure radicale des hernies inguinales;* par M. Salvolini. 22° *Choléra en* 1855 *à Silvanopietra;* par M. Colderini. 23° *Narration de quelques cas récents d'épilepsie guéris dans la Vallesesia;* par M. Rotta. 24° *De l'usage de l'eau de goudron dans la fièvre typhoïde.* 25° *Réflexions pathologiques sur un cas d'hépatophlébite;* par M. Berruti. 26° *De la nécrose des os maxillaires;* par M. Argentier.

SOLUTION DE QUELQUES PROBLÈMES SUR L'HÉMATOSE; par M. MASCHI.

Le chimiste distingué de Parme se pose d'abord le problème suivant :

Par quel procédé se forment et de quelles substances du sang dérivent la glycocolle et la taurine qui se trouvent dans la biline de la bile considérée comme une excrétion du sang?

Depuis les derniers travaux de Strecker, perfectionnés par Mulder, on sait que la biline est un savon composé de cholate de soude et de choléate de soude.

Les deux acides cholique et choléique, traités convenablement, donnent, le premier de l'acide cholalique combiné à la glycocolle, le second de l'acide cholalique combiné à la taurine. Les éléments de la biline, acide cholalique, glycocolle, taurine et eau sont donc une excrétion élaborée dans le foie.

M. Maschi, s'appuyant sur des réactions chimiques et sur des formules de composition, démontre que la glycocolle, dont la composition est $C^4H^5NO^4$, correspond au lactate d'urée.

L'auteur conclut que la métamorphose excrétive de la gélatine, comme des albuminoïdes, a l'urée pour un de ses produits finals.

Les recherches sur la nature chimique de la glycocolle conduisent à celle de la taurine; celle-ci n'est, en effet qu'un bisulfure de glycocolle hydratée.

M. Maschi pose ensuite un second problème :

De quelles substances du sang provient l'acide chololique de la biline, et quels rapports la formation de cet acide a-t-elle avec le sucre qui se fabrique dans le foie?

Les matières grasses comprises dans le sang ont une telle composition que, en s'hydratant, elles se convertissent en un acide et en glycérine, laquelle a beaucoup de traits de ressemblance avec les sucres. On comprend dès lors que le foie, en décomposant les substances grasses du sang, les divise en leurs composants naturels, c'est-à-dire en acide, d'où dérive l'acide chololique de la biline, et en glycérine ou sucre qui poursuit son cours par les veines jusqu'au poumon, où il est décomposé.

M. Maschi remarque que la gélatine devant s'éliminer par les voies

biliaires, sous forme de glycocolle, et par sa transformation en produits épidermiques, épidermes, ongles, cheveux, etc., ces excrétions étant beaucoup plus rares chez les personnes âgées, on s'explique qu'elles soient plus sujettes aux maladies dont la nature est un tissu fibreux ou squirrheux dans lequel la gélatine entre pour une large part.

DE LA BELLADONE DANS LA HERNIE ÉTRANGLÉE; par M. BIZZO.

Un moyen qui peut, dans certains cas, prévenir une opération grave, est toujours une ressource précieuse qu'il convient d'essayer.

Obs. I. — Homme affecté, pour la seconde fois, de hernie inguinale droite étranglée, suite de désordre dans le régime et de fatigue de la marche. Il est hernieux depuis trois ou quatre ans. Il n'avait jamais porté de bandage.

18 août 1833. Depuis douze heures il souffre, il est extrêmement agité; pouls fébrile, serré, fréquent; soif, langue rouge, sèche, céphalalgie, vomissements d'aliments non digérés, ensuite de matière muco-bilieuse; ventre tendu, douloureux, tumeur herniaire douloureuse aussi. Le taxis n'ayant pas réussi, on ordonne une saignée copieuse, à répéter une heure après; à l'intérieur la potion suivante : Eau de feuilles d'oranger, 80 grammes; extrait alcoolique de belladone, 25 centigrammes; sirop diacode, 20 grammes; une cuillerée à bouche toutes les demi-heures.

Trois heures après, les phénomènes morbides sont sensiblement mitigés; néanmoins le taxis ne réussit pas; on continue la belladone; trois heures heures après le malade est notablement plus tranquille; en peu de temps la réduction est obtenue.

Obs. II. — Homme de cinquante ans, affecté depuis longtemps de hernie inguinale gauche, réductible.

Le 30 septembre 1833, douleurs violentes dans la hernie, qui est étranglée. Il souffre depuis vingt-quatre heures. Pouls dur, serré, ventre tendre, sac herniaire résistant et douloureux; vomituritions muco-bilieuses à de courts intervalles. Des tentatives infructueuses de réduction ont été faites.

Le taxis, pratiqué avec prudence, amena la conviction que cette méthode était insuffisante, tant l'étranglement à l'anneau interne était énergique.

On recourut alors à la potion belladonée; on usa encore de la belladone à l'extérieur; les douleurs se calmèrent, le vomissement cessa, le calme revint, et huit heures après on pratiqua la réduction avec un plein succès.

VIII. CORRISPONDENZA SCIENTIFICA IN ROMA.

Les numéros d'octobre, novembre, décembre 1855, janvier, février et mars 1856, renferment les travaux originaux suivants : 1° *Sur la surprenante efficacité des bains généraux tièdes de chlorure de chaux contre le choléra asiatique*; par M. Sabbatini. 2° *Sur les expériences du courant électro-magnétique pour guérir les cholériques*; par M. Desiderio. 3° *Sur une nouvelle liqueur vésicante*; par M. Peretti. (C'est un liquide blanc contenant de la cantharidine. Il suffit d'étendre le liquide avec un lambeau de linge sur le point où l'on veut établir la bulle. L'application en est facile, on peut lui donner l'étendue qu'on veut; l'action est prompte.) 4° *Utilité des topographies médicales*; par M. Derossi. 5° *Sur un cas d'épilepsie guéri par l'atropine, et sur l'action de celle-ci*; par M. Bastiamini. 6° *Remarques sur le camphre*; par M. Desiderio. 7° *Sur un principe délétère rencontré dans l'air expiré par les cholériques, et sur le sang de ceux qui sont morts dans la période algide*; par M. Peretti. 8° *Sur un monstre humain double d'espèce nouvelle*. 9° *Cas d'éléphantiasis du scrotum heureusement opéré*. 10° *Cyanogène hydrosulfuré rencontré dans l'air expiré par les cholériques, dans le sang et dans les os de ceux qui sont morts pendant la période algide*; par M. Peretti. 11° *Sur l'opportunité dans l'administration des médicaments*; par M. Derossi. 12° *Considérations anatomiques sur la corde du tympan*; par M. Malaguti. 13° *Insuffisance des lésions primitives des tissus pour une classification parfaite des maladies cutanées*; par M. Galandi. 14° *Compte rendu clinique des cas de choléra reçus dans le lazaret de l'hôpital du Saint Sauveur dans le mois de septembre et une partie d'octobre* 1855; par M. Garini. 15° *Sur la péripneumonie non franche ou nerveuse; observations pratiques*; par M. Scalzaferri.

ÉPILEPSIE GUÉRIE PAR L'ATROPINE; par M. BASTIAMINI.

Obs. — Femme de 35 ans, mariée, tempérament sanguin-bilieux, attaques d'épilepsie de trois en trois mois. La maladie durait depuis quelques années; dans l'intervalle des accès, céphalalgie, insomnie, inappétence, malaise, etc. On donne l'atropine à la dose de 1/24 de grain par jour, qui est bien tolérée; ensuite, acidité de la langue, trouble de la vision, etc.; on diminua la dose. Elle en prit en tout 4 grains. L'épilepsie, depuis un grand nombre de mois, ne s'est pas remontrée.

MONSTRE HUMAIN DOUBLE D'ESPÈCE NOUVELLE; par M. CALORI.

La monstruosité consistait dans l'association de l'ectopagie et de l'opodymie de M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire. M. Calori lui a imposé le nom d'opo-ectopagé ou d'opo-ectodyme, genre qui a en lui les caractères des opodymes et des ectopages, avec quelques modifications remarquables dans les systèmes osseux et nerveux particulièrement. En effet, à l'encontre des autres opodymes connus, celui-ci présentait un cerveau unique, mais deux cervelets, deux moelles allongées, deux os occipitaux distincts, et deux grands trous occipitaux.

IX. GIORNALE VENETO DI SCIENZE MEDICHE.

Les livraisons de février, mars, avril, mai, juin et juillet 1855 renferment les travaux originaux suivants : 1° *Résumé des procès-verbaux des séances médico-chirurgicales des deux premiers mois de* 1855 *à l'hôpital civil de Venise*. 2° *Lettre sur le choléra*; par M. Zecchini. 3° *Sur les expériences avec le courant électro-magnétique dans le traitement du choléra faites à l'hôpital civil de Venise*; par M. Beroaldi. 4° *Communication verbale sur le traitement du choléra*; par MM. Zamias et Ziliatto. 5° *Résumé des procès-verbaux des séances médico-chirurgicales de mars et avril* 1855 *à l'hôpital civil de Venise*. 6° *Courtes remarques sur le choléra de Montagrano, en septembre et octobre* 1849; par M. Berti. 7° *Résumé des procès-verbaux de mai, juin et juillet* 1855. 8° *Des maladies des os et des articulations guéries avec le nitrate d'argent*; par M. Larghi.

DES MALADIES DES OS ET DES ARTICULATIONS GUÉRIES AVEC LE NITRATE D'ARGENT; par M. LARGHI.

M. Larghi a une grande confiance dans le nitrate d'argent, et l'emploie fréquemment non-seulement dans les maladies des parties molles, trajets fistuleux, abcès, phlegmons gangréneux, bubons, pourriture d'hôpital; mais encore dans les maladies des os et des articulations.

Il reconnaît au nitrate d'argent une action isolante qui circonscrit la maladie.

Il introduit des cylindres de nitrate d'argent jusque dans les trajets fistuleux, osseux et articulaires.

Il n'a pas encore eu occasion d'en introduire dans l'articulation huméro-cubitale, ni dans celle du genou; mais si le cas se présentait, il n'hésiterait pas à le faire, quoique avec prudence.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 21 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE.

NOUVEAU PROCÉDÉ DE RHINOPLASTIE; par M. CH. SÉDILLOT.

Malgré les remarquables progrès imprimés par Lisfranc, Blandin, Dieffenbach, Philips, aux procédés de la rhinoplastie, on n'en obtenait pas encore, dans les cas les plus graves, de résultats assez satisfaisants. Lorsque le cartilage de la cloison nasale avait été totalement détruit, l'extrémité du nez, de nouvelle formation, n'ayant pas de soutien, tendait à se réunir en arrière aux parties voisines et contiguës du lambeau et particulièrement à la face supérieure de la sous-cloison, et l'affaissement et l'aplatissement de la saillie du nez en étaient la conséquence inévitable.

Le problème à résoudre était de donner à la sous-cloison assez d'épaisseur et de longueur, et de l'isoler assez sûrement, pour qu'elle ne se réunît pas à la face postérieure du lambeau et qu'elle servît à maintenir la saillie de ce dernier sans difformité. Il fallait trouver le moyen de constituer par un double tégument superposé les faces supérieure et inférieure de la sous-cloison, en les continuant régulièrement avec le nez et avec la lèvre. Tels sont les avantages du nouveau procédé que nous avons l'honneur de soumettre à l'Académie.

Dans un premier temps, on taille comme d'habitude le lambeau frontal, mais on donne plus de longueur et de largeur à la languette tégumentaire destinée à la sous-cloison.

Dans un deuxième temps, on détache de la partie moyenne et de toute la hauteur de la lèvre supérieure un lambeau d'un centimètre environ de largeur, dont la base est en haut, l'extrémité libre en bas, et qui s'étend en arrière jusqu'auprès de la muqueuse sans l'intéresser.

Le lambeau relevé à angle droit présente une face supérieure épidermique et une face inférieure traumatique ou sanglante. En plaçant au-dessous de cette dernière et en contact avec elle, le prolongement du lambeau frontal, on forme une cloison sous-nasale, épaisse, résistante, revêtue de peau supérieurement et inférieurement, isolée, sans possibilité d'adhérences avec

les parties voisines, continue au nez et à la lèvre dont elle provient, et peu susceptible de rétraction, puisque les deux lambeaux qui la composent tendent chacun à se rapprocher de leur base, et que leur retrait en sens inverse doit en partie se neutraliser.

Les deux lambeaux superposés sont fixés par quelques points de suture, et l'extrémité libre du lambeau frontal est engagée dans l'angle supérieur de la plaie de la lèvre et y est assujettie par l'une des épingles qui réunissent la solution de continuité labiale, comme dans l'opération du bec-de-lièvre. Si l'extrémité de ce lambeau a été prise dans le cuir chevelu, les cheveux qui s'y développent se confondent avec la moustache et en font partie. L'extrémité libre du lambeau labial répond à la face postérieure du lambeau frontal, s'y unit, et concourt à former et à soutenir la saillie du nez.

Après avoir rappelé l'observation d'un malade opéré par un nouveau procédé, l'auteur termine par les conclusions suivantes :

» 1° Il y a danger et inutilité à tenter la réunion immédiate de la plaie frontale, dont la cicatrisation s'accomplit avec une innocuité et une régularité remarquable sous l'influence de simples pansements à plat.

» 2° La conservation du pédicule du lambeau est indispensable dans la méthode indienne, la seule dont nous nous occupions. C'est le meilleur moyen d'assurer le relief de la racine du nez et d'éviter toute crainte de mortification du lambeau.

» 3° Les téguments anaplastiques empruntés au front n'éprouvent pas immédiatement de retrait très-appréciable et doivent offrir de prime abord la forme la plus régulière et la plus exacte. La période de perfectionnement que nous avions pu admettre pour d'autres anaplasties n'existe pas pour les rhinoplasties bien faites. Il faut seulement que le lambeau ait des dimensions plus fortes que nature et qu'il présente des saillies latérales correspondant aux anfractuosités à combler.

» 4° On réussit à donner à l'arête du nez une saillie mince et triangulaire par l'emploi d'une épingle passée transversalement d'un côté à l'autre du lambeau, un peu au-dessous du point correspondant à l'extrémité inférieure des os du nez, qu'il existent ou non, et à 6 à 8 millimètres environ en arrière du bord libre formé par la plicature longitudinale du lambeau. La pression est pratiquée par de petits disques de carton et d'agaric, soutenus d'un côté par la tête et de l'autre par la pointe de l'épingle, courbée et renversée sur elle-même.

» 5° On donne aux portions du lambeau destinées à reconstituer les ailes du nez la forme triangulaire, afin d'en reployer l'extrémité et d'obtenir un bord libre, mousse et permanent par l'adossement de la peau.

» 6° Le procédé que nous avons décrit sera exécuté conformément aux préceptes ci-dessus formulés.

» 7° Les plaies devront être disposées en lignes droites, aux points de réunion, en évitant tout pli et toute tension, afin d'avoir des surfaces planes et des cicatrices moins apparentes.

» 8° Les ailes du nez et la cloison seront moulés et soutenus sur des tubes d'ivoire ou d'argent d'une grandeur convenable et conservés pendant la cure pour éviter l'affaissement et la déformation des parties. Des tuyaux de plume ou des morceaux de sonde en gomme élastique, entourés de charpie ou d'une étoffe quelconque molle et douce, offriraient les mêmes avantages. »

DU SEL MARIN ET DE LA SAUMURE; par M. ARM. GODBAUX.

(Commissaires, MM. Pelouze, Cl. Bernard.)

Dans les recherches dont j'ai l'honneur de communiquer les résultats sommaires à l'Académie, je me suis proposé de résoudre expérimentalement les questions suivantes :

1° Le sel marin peut-il exercer sur les animaux une action toxique? 2° Dans l'affirmative, à quelles doses précises acquiert-il cette propriété? 3° Quelle est sa manière d'agir sur l'économie animale, et principalement sur les organes digestifs? 4° La saumure a-t-elle une action différente de celle du sel marin qu'elle tient en dissolution?

Ces recherches expérimentales, mises en regard des faits observés par divers praticiens sur la plupart de nos espèces domestiques, peuvent se résumer dans les propositions qui suivent :

Le sel marin, administré par les voies digestives au delà d'une certaine dose, devient manifestement toxique. Cette dose varie un peu suivant les animaux, et l'état de vacuité ou de plénitude de l'appareil gastro-intestinal. Néanmoins elle se détermine exactement, soit d'une manière absolue, soit relativement au poids du corps. En ce qui concerne les carnivores, le chien en particulier, il suffit d'une quantité de sel égale au 400e du poids du corps pour tuer en douze heures, et au 113e ou au 140e pour déterminer la mort en moins de deux heures. En d'autres termes, ce résultat est produit par 60 à 80 grammes de sel marin chez des chiens de taille moyenne. Pour le cheval, un 200e du poids du corps est toxique en un espace de douze heures.

La première action du sel marin ingéré dans les voies digestives est semblable à celle des émétiques. Elle se traduit par des nausées, des efforts violents de vomissements. Aussi, pour constater la série des effets de cette substance, il est indispensable de lier l'œsophage sur les animaux qui sont susceptibles de vomir.

Les effets qui se manifestent en second lieu montrent que le sel agit comme purgatif drastique avec une énergie proportionnelle à sa dose. Ceux-ci consistent en déjections fréquentes opérées avec violence au début, sans efforts et presque involontairement sur la fin. Ces déjections, d'abord normales, deviennent bientôt molles, puis très-fluides ; elles prennent successivement la teinte blanchâtre du mucus, celle de la bile; enfin elles acquièrent une teinte rosée et rougeâtre de plus en plus foncée à mesure qu'elles contiennent une plus grande proportion de sang.

Des phénomènes généraux très-remarquables se développent parallèlement et consécutivement aux troubles des fonctions digestives. L'animal éprouve habituellement une vive excitation, des convulsions ou des tremblements épileptiformes, et au bout d'un certain temps il tombe dans un état de stupeur, de prostration, où il reste plongé jusqu'au moment de la mort.

A l'autopsie des sujets qui succombent à la suite de l'ingestion du sel marin, on trouve l'estomac débarrassé d'une quantité plus ou moins grande de la solution saline et l'intestin plein de mucosités, souvent sanguinolentes.

La muqueuse gastro-intestinale est vivement, mais inégalement enflammée dans toute son étendue; elle est épaissie; son tissu cellulaire sous-jacent montre quelquefois une légère infiltration.

La plupart des autres organes sont restés sains; néanmoins il y a fréquemment un peu d'irritation à la muqueuse de la vessie et à celle du bassinet, et du côté du système nerveux de l'injection à la pie-mère, des ecchymoses diffuses à la surface du cervelet et des hémisphères cérébraux.

En comparant le sel marin à la saumure sous le triple rapport de l'action que ces substances exercent sur l'appareil digestif, de leurs effets généraux et des lésions matérielles qui se développent à la suite de leur administration, on s'assure que la saumure agit à la manière du sel et par le sel qu'elle tient en dissolution. Ainsi les animaux auxquels on donne une quantité déterminée de saumure en éprouvent sensiblement les mêmes effets que les animaux auxquels on a fait prendre une quantité de sel égale à celle tenue en dissolution dans la saumure administrée aux autres. A la suite de l'ingestion de la saumure, comme après celle du sel marin, il survient, toutes choses étant égales d'ailleurs, des nausées, des vomissements, des phénomènes généraux de vive excitation, des convulsions et des déjections abondantes, d'abord normales, puis bilieuses, rosées, et enfin sanguinolentes.

Tous ces effets se manifestent, à quelques différences individuelles près, dans le même temps, suivant le même ordre et avec une égale intensité.

Enfin, le sel et la saumure, donnés à dose toxique, laissent après la mort des lésions matérielles identiques.

S'il peut y avoir quelque différence entre le mode d'action de l'une et celui de l'autre de ces deux substances, cela tient à ce que la saumure contient souvent, outre le sel marin, de l'azotate de potasse, du poivre et d'autres matières excitantes.

Les propriétés toxiques spéciales attribuées à la saumure sont donc purement fictives; ses propriétés sont celles du sel marin lui-même. Ainsi il n'y a pas de raison de proscrire l'usage de la saumure, soit à titre de condiment, soit à celui de médicament stimulant : une telle exclusion serait aussi absurde que celle du chlorure de sodium.

Toutes les précautions à prendre pour prévenir les mauvais effets de ces deux composés consistent à en régler les doses d'après les données de l'expérimentation et en se guidant sur l'instinct de chaque espèce. Aussi peut-on dire que, au point de vue de l'hygiène et de l'économie domestique, le résultat des recherches résumées dans les propositions précédentes est de montrer la nécessité de régler l'emploi du sel ou des solutions salines.

OBSERVATIONS SUR L'OZONE, PRÉSENTÉES A L'OCCASION D'UNE COMMUNICATION RECENTE DE M. CLOEZ. (Extrait d'une note de M. BINEAU.)

(Commissaires nommés pour le mémoire de M. Cloëz : MM. Thenard, Dumas, Boussingault, Becquerel.)

....Tous les chimistes savent depuis longtemps que, sous des influences très-diverses, l'iodure de potassium, accompagné d'amidon, donne lieu à une coloration bleue, et personne n'a pu penser que le papier dit *ozonométrique* de M. Schoenbein ne fut impressionnable que par l'oxygène ozoné. Mais M. Schoenbein, et la plupart des observateurs qui comme moi se sont servis de son papier pour des études sur l'atmosphère, ont adopté comme la plus vraisemblable l'opinion qui attribue à l'ozone la coloration bleuâtre développée au sein de l'atmosphère naturelle. La vraisemblance de cette opinion ne me paraît point infirmée par les résultats de M. Cloëz.

En effet : 1° Loin des laboratoires ou des ateliers d'où se dégage de l'acide hypoazotique, l'existence des vapeurs rutilantes dans l'atmosphère me paraît fort improbable. Ensuite, je ne crois pas que l'acide azotique enfanté par les orages reste longtemps sans être neutralisé, soit par de l'ammoniaque, soit par la chaux des poussières calcaires flottant au sein de l'air dans la plupart des pays. Je ne crois pas surtout que cet acide se trouve en dehors des gouttes de pluie, dont M. Schoenbein a eu soin de recommander d'éviter l'influence. Au surplus l'hypothèse de la coloration de l'amidon ioduré par de l'acide azotique existant dans l'air a été déjà discutée par M. Schoenbein, à la suite d'observations qu'avait faites à Vienne M. Heller. Celui-ci ayant vu la potasse se nitrifier à l'air, attribua cet effet, et en même temps la coloration spontanée du papier ioduro-amidonné, à de l'acide azotique aérien. Mais M. Schoenbein reconnut que cet acide, répandu dans l'air en quantité capable de rougir rapidement le papier de tournesol, n'agissait que lentement sur le papier iodure amidonné ; il en conclut que si, dans l'air naturel, se trouvent de faibles doses de cet acide, insensibles au tournesol, elles devront rester inertes à l'égard du papier ioduré.

2° M. Cloëz a observé un bleuissement dans le papier ioduro-amidonné exposé à des émanations de plantes aromatiques; mais n'en est-il pas de même à l'égard du phosphore? Ne voit-on pas l'oxygénation de ce corps s'accompagner d'une apparition d'ozone, quand l'excès trop actif des vapeurs

phosphorées ne détruit pas l'effet produit d'abord? et attribue-t-on alors la coloration du papier à d'autres corps qu'à l'ozone?

3° Si la lumière peut donner à l'air humide la propriété d'agir sur le papier ozonométrique, seulement dans un espace clos, ce fait, quelque intérêt qu'il puisse avoir, est sans portée sur les observations météorologiques habituelles relatives à l'ozone. J'ajouterai que l'exposition du papier ioduroamidonné au soleil a un inconvénient incontestable, celui d'accroître, par la trop prompte volatilisation de l'iode, la fugacité des colorations développées. Aussi a-t-il toujours été recommandé aux observateurs qui m'ont prêté leur concours d'éviter en général l'influence des rayons solaires directs.

CAS DE TYPHUS OBSERVÉS CHEZ DES MILITAIRES ENTRÉS DU 16 AU 24 MAI A L'HÔPITAL MILITAIRE DE CHALON-SUR-SAÔNE. (Extrait d'une note de M. CANAT.)

(Commisssaires nommés pour une note de M. Garcin : MM. Cloquet, Velpeau.)

Les quatorze militaires qui font le sujet de ces observations appartenaient pour la plupart au même régiment qui laissa quelques jours plus tard des malades à l'hôpital de Neufchâteau. Outre ces militaires, l'hôpital de Chalon a eu quatre personnes, un malade civil, un infirmier et deux sœurs hospitalières atteintes du typhus. Des dix-huit malades, deux seulement sont morts de cette maladie; un troisième, qui avait été guéri du typhus, a succombé après deux mois à une diarrhée colliquative. La durée moyenne de la maladie a été de vingt jours; les convalescences ont été généralement franches et rapides.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 29 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

1° Deux rapports de MM. Dufresne de Chassaigne et Roussel, médecins-inspecteurs des eaux minérales de Bagnols et de la Chaldette, sur le service médical de ces établissements pendant l'année 1854. (Commission des eaux minérales.)

2° Les états des vaccinations pour les départements de l'Aisne, de l'Aude, de la Nièvre, de Seine-et-Oise, de la Côte-d'Or et de Maine-et-Loire, pendant l'année 1855. (Commission de vaccine.)

M. le ministre de l'instruction publique transmet un mémoire de M. le docteur Liegey (de Rambervilliers), intitulé : QUELQUES CAS DE FIÈVRE INTERMITTENTE A FORME NÉPHRÉTIQUE, GUÉRIE PAR LE SULFATE DE QUININE. (Commiss. : M. Ségalas.)

— MM. Cap et Camille Bernard (d'Apt) demandent à être portés sur la liste des candidats au titre de membre associé.

—M. Decbaux (de Montluçon) informe l'Académie que cette ville est depuis un mois sous l'influence de fièvres graves dont il indique les principaux caractères.

— M. le docteur LEBON (de Besançon) communique une observation d'imperforation de l'anus. (Commission nommée.)

— M. le docteur Heurteloup adresse une note intitulée : DE LA SONDE A DOUBLE EFFET, OU MOYEN DE CONNAITRE L'ÉPAISSEUR DES PAROIS DES CAVITÉS QUI CONTIENNENT DES MATIÈRES ANORMALES NON LIQUIDES ET LA NATURE DE CES MATIÈRES.

— M. Jules Guillet, élève des hôpitaux de Paris, soumet à l'examen de l'Académie un spiromètre, confectionné par M. Charrière fils et destiné à rendre les expériences plus faciles, tout en leur laissant l'exactitude désirable.

— M. Stakiewicz (de Krasnystaw) adresse un mémoire écrit en polonais sur le traitement du choléra. (Commission du choléra.)

— M. Robert dépose sur le bureau un ouvrage de M. Alexandre Monnier, intitulé : HISTOIRE DE L'ASSISTANCE DANS LES TEMPS ANCIENS ET MODERNES.

— M. LARREY, à l'occasion du procès-verbal, prend la parole pour donner de nouveaux détails relativement au fait de l'anus contre-nature établi par M. Maisonneuve chez un enfant nouveau-né. Il met sous les yeux de l'Académie le dessin du double diverticulum de l'intestin qui s'est formé chez le jeune sujet depuis l'opération. On aperçoit à la région lombaire deux prolongements intestinaux; le supérieur présente à son extrémité une perforation par laquelle les matières s'échappent de temps en temps et non d'une manière continue; l'appendice inférieur, moins volumineux, ne livre passage qu'à des mucosités. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que lorsque l'orifice supérieur est dilaté pour livrer passage aux matières stercorales, l'orifice inférieur se ferme; l'orifice supérieur se resserre, au contraire, lorsque l'orifice inférieur est dilaté, ce qui arrive lorsque l'enfant fait des efforts et pousse des cris, et l'on voit alors des mucosités s'échapper en abondance de ce diverticulum. J'ai déjà dit que la réduction de cette procidence de l'intestin, obtenue d'abord par M. Maisonneuve, ne s'était pas maintenue et que toutes les tentatives faites par plusieurs autres chirurgiens et par moi-même n'ont pas eu un résultat plus heureux : l'état d'émaciation de l'enfant s'oppose, ce me semble, pour le moment, à toute tentative nouvelle de réduction.

Quant au second fait d'anus contre-nature dont j'ai parlé dans la dernière séance, celui de l'enfant opéré par Amussat, des renseignements trouvés dans les notes d'Amussat, et d'autres que M. Lucien Boyer a bien voulu me communiquer, m'autorisent à confirmer ce que j'ai avancé dans la dernière séance; cet enfant n'existe plus aujourd'hui, mais il a vécu jusqu'à cinq ans et demi.

NOTE SUR L'OSSIFICATION PRÉMATURÉE DES OS DU CRANE CHEZ LES IDIOTS MICROCÉPHALES.

M. BAILLARGER lit la note suivante sur ce sujet :

Messieurs, on sait que l'ossification des os du crâne est plus ou moins retardée chez les enfants hydrocéphales quand la tête, ce qui arrive le plus souvent, prend un développement exagéré. Les fontanelles persistent plus longtemps, les sutures restent écartées, les os sont minces, transparents, et quelquefois flexibles comme des cartilages. Dans quelques cas rares, l'ossification semble s'arrêter presque complétement, et Gall a figuré dans son grand ouvrage un crâne qui, dit-il, avait conservé la flexibilité du parchemin; ce crâne était celui d'un enfant de 4 mois, atteint d'hydrocéphalie chronique.

Le retard de l'ostéose du crâne n'est pas propre à l'hydrocéphalie. Il s'observe en général toutes les fois que la tête acquiert des dimensions plus grandes que dans l'état normal. C'est ainsi qu'il a lieu dans l'hypertrophie du cerveau, qu'on confond quelquefois avec l'hydrocéphalie chronique.

J'ai recueilli l'observation d'un enfant de 4 ans, dont le cerveau et le cervelet pesaient ensemble 1,305 grammes; les os étaient minces, transparents, et, dans certains points, ils cédaient sous la pression du doigt. Dans beaucoup de cas, on constate la persistance des fontanelles, et j'ai trouvé la fontanelle fronto-pariétale chez un jeune homme de 27 ans, d'une petite taille, mais ayant une tête très-volumineuse. Ce jeune homme n'avait jamais eu que trois dents, et son père offrait la même particularité.

Mais si l'ostéose est retardée lorsque le cerveau s'accroît dans une progression trop rapide, le contraire a-t-il lieu quand le développement est plus lent et moindre que dans l'état normal; en d'autres termes l'ossification prématurée est-elle une condition de microcéphalie? Voici sur quels faits je crois pouvoir m'appuyer pour résoudre cette question.

En 1852, j'ai eu occasion d'observer, au village de Saint-Léonard, dans le Valais, deux idiots microcéphales dont la mère m'apprit une particularité curieuse.

Cette femme avait eu cinq enfants, les deux premiers bien conformés, les trois autres, au contraire, atteints de microcéphalie. Or, elle affirmait que les trois microcéphales étaient nés avec le crâne dur et qu'ils n'offraient pas, comme les deux premiers, l'espace mou qu'on observe sur la tête de tous les enfants nouveau-nés.

J'attachai à ce fait, d'une constatation si facile, d'autant plus d'importance, que je n'avais adressé à cet égard aucune question, mon attention n'ayant jamais été appelée sur ce point.

Depuis lors, j'ai vu avec notre collègue, M. Joly, un autre idiot microcéphale. âgé de deux ans, dont la mère, qui avait eu quatre autres enfants bien conformés et qu'elle avait nourris, prétendit aussi que l'idiot seul était né avec le crâne complétement dur.

Cependant, l'affirmation de ces deux femmes ne pouvait être acceptée comme une preuve suffisante. Je me bornerai donc, dans mes leçons sur l'idiotie, à signaler, comme un point qui mérite d'être étudié, l'ossification prématurée du crâne chez les enfants microcéphales.

C'est dans ce sens que M. Gratiolet a parlé, dans son ouvrage sur les circonvolutions du cerveau, du fait observé par moi dans le Valais. Depuis lors, je n'avais trouvé aucune occasion de vérifier directement l'exactitude de ce fait, lorsque j'ai appris ces jours derniers que l'autopsie d'un idiot microcéphale avait eu lieu dans le service de M. Giraldès, et que le crâne avait été conservé. Ce crâne, que je me suis empressé d'examiner, et que M. Giraldès a bien voulu me remettre pour le présenter à l'Académie, tend à confirmer la remarque de la paysanne de St-Léonard.

Le crâne est celui d'un enfant de 4 ans, qui était complétement idiot; les dimensions en sont très-petites, et la grande circonférence est à peine de 35 centimètres.

Examiné au point de vue de l'ossification, il offre cela de très-remarquable que la suture sagittale est déjà complétement soudée en dedans et remplacée même dans une partie de son étendue par une crête saillante. Vers le quart postérieur, une barre osseuse transversale très-épaisse réunit encore les deux os en un seul. En dehors, la suture est visible, excepté dans le point occupé par la saillie dont je viens de parler.

La suture frontale est soudée dans ses parties extrêmes et inférieures, et on perd complétement sa trace en dedans. Elle n'est plus du tout visible. Au point de section de l'os, le coronal et les pariétaux ne semblent, dans ce point, former qu'un seul os. Quant à sa suture médio-frontale, qui disparaît la première; mais, à un âge plus avancé, elle semble déjà effacée depuis longtemps. On n'en voit plus aucune trace, ni en dedans ni en dehors, elle est remplacée par une crête éburnée assez saillante à la partie inférieure.

La suture lambdoïde est la seule qui persiste intacte; mais elle est comme

la suture frontale; presque linéaire, sans apparence d'os wormiens et il est probable que la soudure n'aurait pas non plus tardé à avoir lieu.

On sait que les sutures ne commencent à se confondre entre elles que dans l'âge adulte et que les dernières traces ne disparaissent que chez les vieillards. La soudure complète des deux pariétaux dans le crâne d'un enfant de 4 ans est donc un exemple très-curieux d'ossification prématurée et tend à confirmer la remarque faite par la mère des idiots microcéphales que j'ai observés dans le Valais.

J'ajouterai que M. Vrolik, d'Amsterdam, a vu un fait semblable d'ossification prématurée chez un idiot microcéphale âgé de 7 ans, et dans le crâne duquel les sondures étaient déjà soudées.

Enfin, M. le professeur Cruveilhier a observé deux cas, dont l'un est des plus remarquables.

Il s'agit, en effet, d'un enfant de 18 mois, dont tous les os du crâne, surtout ceux de la voûte, étaient déjà *soudés* et *sans sutures*.

L'occiput offrait au niveau de sa protubérance externe et de la ligne demi-circulaire supérieure une crête transversale très-proéminente analogue de la crête occipitale des animaux. Le diamètre vertical du crâne n'était que d'un pouce. Cet enfant n'avait d'ailleurs donné aucun signe d'intelligence.

Je dois faire remarquer que l'ossification prématurée doit surtout se rencontrer dans la microcéphalie congéniale accompagnée d'autres anomalies, et alors que le développement intellectuel reste presque complètement nul. C'était le cas des idiots observés dans le Valais et de l'enfant dont M. Giraldès vient de recueillir l'observation.

Ce dernier, en effet, avait en outre, un arrêt de développement des organes génitaux restés rudimentaires.

On comprend que l'ossification prématurée pourrait ne pas se rencontrer au même degré chez des microcéphales dont la tête, quoique très-petite, est bien conformée, et dont l'intelligence acquiert un certain développement.

C'est à cette classe qu'appartient la jeune fille que j'ai présentée mardi dernier à l'Académie.

Quoi qu'il en soit, même dans le cas d'idiotie complète, l'ossification prématurée ne paraît pas être constante. Dans l'un des faits recueillis par Gall, d'une microcéphale de 7 ans, le crâne, que j'ai examiné, n'offre aucun signe d'ossification prématurée.

Je dois à cet égard rappeler qu'il y a, pour l'ossification en général, des variétés extrêmes, et tout ce qu'on peut espérer, c'est de constater les faits dans le plus grand nombre des cas.

L'ossification prématurée des os du crâne chez les idiots microcéphales, si elle était plus tard confirmée par des observations plus nombreuses, offrirait d'ailleurs une certaine importance par suite des considérations suivantes :

Le cerveau de l'homme ne diffère pas seulement de celui des animaux par son volume proportionnellement beaucoup plus grand, il s'en distingue plus encore peut-être par le grand accroissement qu'il prend après sa naissance. D'après Meckel, le cerveau de l'enfant nouveau-né pèse à peine 300 grammes, et après les cinq premiers mois, son poids est de plus de 600 grammes; il a, par conséquent, plus que doublé. C'est là, assurément, un accroissement très-rapide. Or, rien de semblable n'a lieu chez les animaux. Leur cerveau s'accroît dans une progression beaucoup moindre et beaucoup plus lente. A ces conditions différentes d'accroissement répondent des différences aussi remarquables dans l'ossification, l'homme seul naît avec des fontanelles très-larges et qui persistent pendant plusieurs années; les crânes des animaux n'offrent rien de semblable. Chez les singes, qui se rapprochent le plus de l'homme pour l'organisation cérébrale, les fontanelles sont très-petites et peu persistantes; l'ossification des os du crâne a lieu très-rapidement; la largeur et la persistance exceptionnelle des fontanelles dans le crâne humain a donc évidemment pour but d'aider à un accroissement ultérieur considérable et qui n'a lieu que dans l'homme.

Les idiots microcéphales se trouvent, sous ce rapport, dans le même cas que les animaux, et l'ossification prématurée de leur crâne ne ferait que confirmer la loi générale.

Un fait qu'on peut encore invoquer à l'appui de ces considérations, c'est l'absence des fontanelles à la naissance chez les monstres notencéphales. On peut voir sur le crâne que je présente à l'Académie que la fontanelle antérieure manque complétement.

Enfin, au fait de l'ossification prématurée du crâne chez les idiots microcéphales viendraient encore se rattacher des observations d'une très-grande importance, faite par M Gratiolet, sur l'ossification des sutures dans les différentes races.

Ce savant anthropologiste a remarqué que les sutures blanches dans la race blanche se soudent beaucoup plus tard que dans la race nègre; que dans la race blanche ce sont les sutures frontales qui s'ossifient les dernières, et que le contraire a lieu dans la race nègre. D'où M. Gratiolet conclut que la persistance de la suture frontale se lie à un plus grand développement de l'intelligence. Je crois devoir rappeler à l'appui des opinions de M. Gratiolet la particularité suivante de l'autopsie de Pascal, autopsie dont les détails nous ont été transmis par un de ses biographes.

« Pascal avait eu autrefois, dit l'auteur, la suture qu'on appelle *frontale;* mais comme elle était demeurée ouverte fort longtemps pendant son enfance, ainsi qu'il arrive souvent à cet âge, et qu'elle n'avait pu se *refermer*, il s'était formé un calus qui l'avait entièrement couverte, et qui était si considérable, qu'on le sentait aisément au doigt. Les médecins observèrent, ajoute-t-il, qu'il y avait une prodigieuse quantité de cervelle dont la substance était fort solide et fort condensée. C'était la raison pour laquelle la suture frontale n'ayant pu se *refermer*, la nature y avait pourvu par un calus. »

En résumé, on voit que le fait de l'ossification prématurée du crâne dans les idiots microcéphales mérite d'être étudié, et que la remarque faite par la paysanne de Saint-Léonard n'est peut-être pas dépourvue d'intérêt.

LIGATURE DE L'ŒSOPHAGE.

M. Henri Bouley donne lecture du mémoire suivant :

La note dont je viens donner lecture à l'Académie, au nom de mon collègue M. Reynal et au mien, a pour but d'appeler de nouveau l'attention sur une opération très-usuelle dans les expériences de physiologie et toxicologie, opération dont l'influence n'a pas été, ce nous semble, suffisamment appréciée, et de laquelle il n'a pas été tenu assez compte dans les conclusions que l'on s'est cru autorisé à formuler d'après les résultats *apparents* donnés par un grand nombre de ces expériences.

Nous voulons parler de la ligature de l'œsophage sur le chien.

Un homme, dont le nom fait justement autorité en toxicologie, Orfila, a prétendu que la ligature de l'œsophage devrait être considérée comme un fait d'une importance tout à fait minime et qui pouvait être facilement négligée dans les expériences où on la faisait intervenir (Traité de toxicologie, t. I). Cette opinion n'a pas passé, il est vrai, sans contradiction. MM. Giacomini, Devergie et Rognetta soutinrent contre Orfila que la ligature de l'œsophage était une opération grave, qui pouvait avoir des conséquences dangereuses, et que, pour cela même, elle pouvait influer sur les résultats des expériences.

Orfila répondit d'une manière très-verte à ses contradicteurs; suivant lui, les assertions de Giacomini sont *inqualifiables;* celles de Devergie sont *étranges, extraordinaires*, de la part d'un homme qui écrit sur la matière médicale et la thérapeutique et qui ne devrait pas *ignorer*...., etc. Quant à M. Rognetta, il aurait dit des choses *fabuleuses et poussé jusqu'aux dernières limites l'ignorance des faits*, en disant que si les chiens empoisonnés par l'acétate de plomb avaient des selles, cela dépendait de ce qu'on leur avait pratiqué la ligature de l'œsophage.

Mais Orfila ne s'est pas contenté de ces arguments, un peu trop *ab irato*, pour soutenir l'innocuité de la ligature de l'œsophage. Il a invoqué ses expériences nombreuses et répétées, faites publiquement devant un nombreux auditoire, en présence de plusieurs membres de l'Académie de médecine, expériences desquelles il résulterait que « si, après avoir isolé l'œsophage en » le séparant de la trachée-artère et des nerfs qui l'accompagnent, on le lie, » et si on maintient la ligature pendant vingt-quatre ou trente-six heures, » les animaux n'éprouvent qu'un léger abattement et un peu de fièvre; que, » dès que la ligature est enlevée, les chiens boivent, ne tardent pas à man- » ger et sont parfaitement rétablis; que la plaie est complétement cicatrisée » au bout de dix, douze ou quinze jours, sans qu'il soit nécessaire de la soi- » gner; qu'enfin, si on tue les animaux pendant les deux premiers jours de » l'application de cette ligature, *on ne découvre aucune lésion cadavérique.* »

« Toutes les objections faites par MM. Giacomini et Devergie tombent donc devant ces faits, » ajoute Orfila.

On comprend l'animation qu'a mise Orfila à soutenir sa manière de voir; un grand nombre de ses expériences ayant été faites par le moyen de la ligature de l'œsophage qu'il déclare *indispensable pour étudier un poison, sous tous les rapports*, il est clair que les conclusions qu'il en a tirées auraient été nécessairement entachées de suspicion, si ses contradicteurs avaient eu raison contre lui : de là cette ardeur avec laquelle il a cherché à les combattre.

De quel côté est la vérité dans cette contestation? Cette question a une importance considérable, puisque de sa solution dépend le bien ou mal fondé des conclusions tirées des expériences, aujourd'hui si nombreuses, dans lesquelles la ligature de l'œsophage est intervenue sans que l'on ait cru avoir à tenir compte de son influence.

Eh bien, messieurs, nous croyons qu'Orfila s'est trompé; et si nous osons venir formuler à cette tribune une opinion dont ne nous nous dissimulons pas la gravité, puisqu'elle est complétement subversive de celle qu'il a fait généralement adopter, c'est que nous avons par derrière nous un assez grand nombre de faits pour nous autoriser à parler ainsi.

C'est une erreur grave de croire qu'une ligature puisse être appliquée, *sans conséquence*, sur l'œsophage du chien.

La ligature de l'œsophage est très-souvent mortelle pour cet animal; elle le tue d'autant plus vite que les substances ingérées dans le canal digestif sollicitent le vomissement d'une manière plus puissante, ou que l'animal est plus impressionnable et plus susceptible de faire des efforts pour vomir, après la constriction; elle peut le tuer par elle-même, sans aucun intermédiaire, quand bien même on n'administre rien à l'animal auquel on l'a pratiquée, et cela dans un temps très-court, car nous avons vu mourir en moins de deux heures un de nos sujets d'expérience, et un autre en trois heures.

Enfin, la ligature de l'œsophage est très-souvent suivie, et presque immédiatement après son application, des désordres les plus graves, qui témoignent de l'influence directe qu'elle exerce sur le système nerveux de la vie organique, et qui, par leur mode d'expression, ont dû mettre souvent en défaut la loyauté des expérimenteurs, parce que méconnaissant l'influence que pouvait avoir sur l'organisme la constriction du tube œsophagien, ils ont dû être conduits à conclure, en apparence avec beaucoup de logique, que les

symptômes qui se manifestent, après la ligature de l'œsophage et consécutivement à l'ingestion, dans l'estomac, de substances dont il se proposaient d'étudier les effets, procédaient exclusivement de ces substances elles-mêmes et non pas de ce fait, si peu important, croyaient-ils : *la ligature de l'œsophage!*

Nous sommes convaincus, messieurs, que ces conclusions ont dû être souvent entachées d'erreurs, faute d'avoir donné sa véritable signification à ce fait négligé.

Prouvons ce que nous avançons.

Les chiens sur lesquels nous avons expérimenté doivent être divisés, d'après les résultats même que l'expérimentation nous a donnés, en deux catégories, comprenant: la première, les animaux chez lesquels la ligature de l'œsophage n'a produit que les symptômes de stupeur et d'abattement profond, sans aucun désordre appréciable du côté de l'appareil digestif; et la seconde, les sujets plus impressionnables, qui, une fois la ligature appliquée sur l'œsophage sont en proie à une si grande agitation et manifestent de tels symptômes, qu'on les croirait sous le coup des substances toxiques les plus actives.

Qu'on en juge par l'exposé suivant:

Lorsque l'on a pratiqué la ligature de l'œsophage à un chien *impressionnable* complétement à jeun, et sans rien introduire actuellement dans les voies digestives, afin de simplifier le problème; en ayant la précaution, enfin, d'isoler parfaitement le tube œsophagien des cordons nerveux qui l'accompagnent (pneumo-gastrique et tri-splanchnique), voici ce que l'on observe immédiatement: l'animal est dans un état d'inquiétude extrême qui le force à changer continuellement de place; incessamment, il se couche sur le sternum, se relève, tourne sur lui-même, se couche de nouveau sans pouvoir trouver une position convenable. Son œil a une expression profonde d'angoisse et de souffrance qui contraste avec la vivacité qu'il animait avant l'expérience; puis bientôt les lèvres, les mâchoires, la langue, sont agitées de mouvements continuels; l'animal fléchit de temps à autre la tête sur le cou et se livre à des efforts énergiques, mais nécessairement impuissants de vomissement qui aboutissent cependant à la réjection par la gueule, en quantité considérable, de mucosités blanches, spumeuses, très-gluantes, lesquelles ne sont autre chose que le produit de la sécrétion des glandes salivaires et des follicules pharyngiens, surexcités sympathiquement par la constriction de l'œsophage. Ces mucosités s'échappent à chaque effort en gros flocons blanchâtres qui restent adhérents aux commissures des lèvres et tombent jusqu'à terre.

Ces efforts expulsifs se renouvellent incessamment pendant la première et même la deuxième heure, avec une énergie extrême, et se multiplient d'autant plus qu'ils sont plus inefficaces.

Pendant ce temps, l'animal est en proie à un malaise profond, dont nous pouvons nous faire une idée par les sensations si pénibles et si accablantes que nous éprouvons nous-même lorsque, par une cause ou par une autre, nous sommes excités à vomir. Le chien auquel l'œsophage a été lié perçoit évidemment cette sensation d'une manière incessante et sans pouvoir éprouver de soulagement, puisqu'il existe un obstacle insurmontable à toute réjection par l'estomac. Aussi est-il dans un état qui fait peine à voir; son œil, si prompt à exprimer ce qu'il ressent, semble implorer du secours lorsqu'il se fixe sur vous. De temps à autre, le malheureux animal fait entendre un hurlement plaintif et prolongé, et il fait, avec ses deux pattes antérieures, les mêmes gestes qu'un chien dans le gosier duquel un os s'est arrêté. On devine qu'il tâche à se débarrasser de l'obstacle qu'il sent être la cause de ses souffrances.

Lorsque les efforts de vomissement sont un moment suspendus, la respiration s'embarrasse un peu et devient stertoreuse, par suite de l'accumulation dans le pharynx des mucosités qui y sont sécrétées; alors une nouvelle cause d'angoisse s'ajoute à celle qui procède déjà de la constriction œsophagienne; l'animal, sentant que sa respiration n'est plus aussi libre, s'agite de nouveau, fait entendre une toux grasse et répétée, et rejette par la gueule des flocons abondants de mucosités gluantes qui obstruaient les voies aériennes. Les efforts de la toux s'ajoutant on s'alternant avec ceux du vomissement, donnent lieu à un tumulte de symptômes, si l'on peut ainsi dire, dont on ne peut bien se faire une idée que lorsqu'on les a observés par soi-même.

Chez certains sujets très-irritables, ce trouble fonctionnel n'a de cesse qu'avec la vie. Mais le plus souvent il se calme au bout d'une heure ou deux. Alors apparaissent les signes d'une très-grande prostration : l'animal à peine à se tenir sur ses pattes; il affecte de préférence la position assise sur son train de derrière, les membres antérieurs tendus et agités de tremblements nerveux, la tête relevée et fléchie de temps à autre par un mouvement comme spasmodique, le regard fixe et sans expression, le corps complétement immobile. — Ou bien l'animal s'affaisse sur le sternum, les membres antérieurs étendus, la tête allongée et toujours agitée, de temps à autre, par ces mouvements subits de flexion que nous venons d'indiquer et qui procèdent évidemment de la sensation causée par la constriction de l'œsophage; — ou bien, enfin, il se laisse tomber tout d'une seule pièce, sur un côté ou sur l'autre, comme s'il était frappé de paralysie.

Puis à ces symptômes succède l'état d'affaissement le plus complet; les animaux s'accroupissent dans un coin et demeurent dans une sorte de léthargie; respiration extrêmement lente; battements du cœur à peine perceptibles; chaleur abaissée; insensibilité presque complète aux excitations extérieures : tels sont les signes qu'ils présentent, puis ta vie s'éteint.

Telle est, dessinée avec ses traits les plus saillants, l'esquisse des désordres qui se manifestent chez les sujets très-impressionnables, à la suite de la ligature de l'œsophage.

Chez les sujets qui le sont moins, la constriction du tube œsophagien ne donne pas lieu à des efforts de vomissement. Immédiatement après l'application du lien, les animaux sont comme frappés de stupeur : les plus agiles, les plus gais, les plus hargneux, les plus criards, deviennent immobiles, abattus, muets et sans défense; assis sur leur derrière, la tête fixe, l'œil sans expression, ils demeurent inattentifs à tout ce qui passe autour d'eux, et ne font d'autre geste que de lever et de maintenir en l'air, alternativement, l'une ou l'autre des pattes antérieures. Puis ils s'accroupissent, se couchent en cercle, dans l'attitude du chien qui se repose et reste ainsi, indéfiniment, tant qu'on ne les force pas à se mouvoir. Toutefois, si l'on vient à frapper violemment ces animaux pour les faire sortir de l'état de stupeur dans lequel ils sont plongés, il est possible de faire apparaître, d'emblée, les symptômes, qui se manifestent spontanément sur les sujets irritables et une fois que les efforts de vomissement ont commencé, ils continuent avec une énergie croissante, comme chez les animaux dont nous venons d'indiquer les symptômes. Nous avons vu mourir, en moins de trois heures, un de nos sujets d'expérience, sur lequel la ligature de l'œsophage n'avait produit d'abord qu'un abattement profond et qui ne cessa plus de se livrer à des efforts énergiques de vomissement, jusqu'à sa mort, après avoir été excité par quelques violents coups de baguette.

Quelques animaux cherchent à boire; ce sont ceux auxquels l'œsophage a été ouvert au-dessus de la ligature. Ceux-là boivent longtemps, sans pouvoir se rassasier, le liquide qu'ils déglutissent s'échappant par l'ouverture œsophagienne à mesure qu'il est introduit.

Quels que soient les symptômes qui se manifestent après la ligature, symptômes de vomissement ou symptômes de stupeur, généralement les matières excrémentitielles ne sont pas rejetées en plus grande quantité et avec des caractères différents de l'état normal. Cependant, dans quelques cas, il y a, chose importante à noter, des déjections bilieuses ou même sanguinolentes.

Mais si, au lieu de se contenter d'appliquer simplement une ligature sur l'œsophage, on administre simultanément une substance non toxique, soit par sa dose, soit par sa nature, mais susceptible d'exciter des efforts de vomissement, et le chien, notons-le bien, est peut-être celui de tous les animaux qui est le plus impressionnable à l'action de ces substances et qui se débarrasse avec le plus de facilité des matières ingérées dans son estomac; alors, aux efforts de vomissement qui se manifestent, dans ce cas, d'une manière presque constante, peuvent s'ajouter d'autres symptômes qui dénoncent un trouble plus considérable de la fonction digestive : les matières excrémentitielles sont rejetées, d'abord solides, ensuite moins consistantes, puis tout à fait liquides, avec une teinte jaune qui dénote leur nature bilieuse et quelquefois en telle abondance que la place où l'animal est attaché est souillée dans une vaste étendue. Enfin, suivant la nature et la quantité des substances ingérées, les matières excrémentitielles deviennent sanguinolentes.

A l'autopsie des animaux auxquels on a pratiqué *seulement* la ligature de l'œsophage, on trouve presque toujours l'appareil digestif dans les conditions suivantes, même sur ceux qui ont succombé dans les premières heures qui suivent l'opération; foie turgescent, d'une couleur brune foncée, laissant écouler le sang en large nappe sur sa coupe; vésicule biliaire pleine, sa muqueuse fortement arborisée; — muqueuse de l'estomac fortement injectée; — muqueuse de l'intestin grêle congestionnée dans une vaste étendue, marbrée de sugillations confluentes, mucosités jaunâtres, sanguinolentes, et en telle quantité qu'elles remplissent le canal; — muqueuse des intestins colon et rectum fortement congestionnée; mais avec moins de mucosités à leur surface; — pharynx rempli de mucosités spumeuses; tons les autres organes sont parfaitement sains, il n'y a pas de mucosités dans la trachée; on en rencontre seulement à l'orifice du larynx; les poumons ont leur teinte et leur densité normales.

Ces lésions cadavériques sont plus accusées sur les sujets auxquels on a administré une substance irritante comme de l'émétique ou du chlorure de sodium à forte dose; mais elles ne diffèrent des premières que par un degré dans leurs nuances. Le fait important sur lequel nous appelons l'attention de l'Académie est : que ces lésions existent très-marquées, quand même on n'aurait administré aux animaux aucune substance susceptible d'exercer une action directe sur la muqueuse intestinale. On comprend toute l'importance de cette observation.

Orfila a avancé, dans son TRAITÉ DE TOXICOLOGIE, que la ligature de l'œsophage, maintenue pendant vingt-quatre ou trente-six heures, ne produisait qu'un léger abattement et un peu de fièvre; que, dès que la ligature était enlevée, les chiens buvaient et ne tardaient pas à manger; qu'enfin la plaie était complétement cicatrisée au bout de dix, douze ou quinze jours, sans qu'il fût nécessaire de la soigner.

Nos expériences, messieurs, ne sont sur aucun de ces points concordantes avec les siennes. On va en juger d'après le résumé suivant des résultats que nous avons obtenus.

Nos animaux d'expérience sont actuellement au nombre de quinze.

Sur huit, l'opération a consisté *exclusivement* dans la ligature de l'œsophage.

On a administré aux sept autres, soit de l'émétique, soit du sel marin, immédiatement avant la ligature.

M. Bouley analyse ici deux séries d'expériences sur la ligature de l'œsophage; dans la première, l'œsophage a été lié seul; dans la seconde, l'œsophage a été lié après l'administration de l'émétique ou du sel marin à doses non toxiques.

Ainsi, sur huit chiens auxquels l'œsophage a été lié, sans qu'aucune substance ait été introduite dans l'estomac, cinq sont morts dans un laps de temps qui a varié entre deux heures et soixante-douze heures; et sur ces cinq animaux, quatre ont présenté des symptômes extrêmement accusés. Un seul,

celui qui a survécu le plus longtemps (soixante-douze heures), est resté dans un état profond d'abattement, depuis le moment de l'application du lien jusqu'à sa mort.

Des trois autres chiens auxquels l'œsophage a été lié pendant deux heures seulement, un seul a voulu et pu manger le lendemain de l'opération. Les deux autres sont restés dans un état profond d'abattement, refusant absolument toute nourriture : l'un pendant huit jours consécutifs, l'autre pendant quatre jours.

Sur les sept animaux auxquels l'œsophage a été lié, après l'ingestion de substances non toxiques dans l'estomac, six sont morts dans un laps de temps qui a varié entre cinq heures et trente heures. Quatre sur six ont présenté des symptômes très-accusés; deux n'ont eu que de l'abattement. La chienne qui a survécu avait pris 40 grammes de sel marin, tandis que deux des sujets qui sont morts n'en avaient reçu, l'un que 4 grammes et l'autre que 10.

Maintenant, apprécions ces résultats.

Pour ce qui est des sujets de la première catégorie, auxquels on n'a fait que lier l'œsophage, la conclusion à tirer se présente de soi, sans aucune difficulté possible. Vous pratiquez la ligature de l'œsophage sur des chiens en parfaites conditions de santé, et vous ne faites que cela absolument ; ces chiens meurent en présentant une certaine série de symptômes; donc ces symptômes et la mort qui les suit sont la conséquence de la ligature de l'œsophage.

Mais, dans les expériences de la deuxième catégorie, les choses sont plus compliquées. Il a deux faits presque simultanés qui précèdent les phénomènes : l'ingestion d'une substance dans l'estomac, d'une part, et la ligature de l'œsophage, de l'autre. De ces deux faits, quel est le plus important, celui qui remplit, par rapport aux phénomènes qui se manifestent, le rôle principal; celui qui est la *cause*, enfin, dont ces phénomènes ne sont que l'*effet?*

En présence des résultats que nous venons d'exposer, la réponse à cette question doit être faite, ce nous semble, sans aucune hésitation. Le fait principal, c'est la ligature de l'œsophage; c'est de lui que dérive la série des phénomènes qui se manifestent; le fait secondaire, accessoire, qui peut être négligé, c'est l'ingestion dans l'estomac de la substance administrée. Et voici sur quoi nous nous étayons pour soutenir cette thèse qui nous paraît irréfutable.

D'abord, dans les deux séries d'expériences que nous venons d'exposer, les phénomènes qui se sont produits sont à peu près identiques dans leur mode de manifestation. Que la ligature de l'œsophage ait été faite *seule* ou que simultanément on ait administré *quelque chose* aux sujets d'expérience, on a vu se produire les mêmes désordres du côté de l'appareil digestif et du système nerveux. Il y a mieux, c'est que ces désordres ont été bien plus accusés, dans deux cas, sur des sujets auxquels on avait pratiqué *seulement* la ligature de l'œsophage, et ils se sont précipités avec une telle rapidité que la mort est survenue en deux et trois heures. A quelles conclusions erronées n'aurait-on pas été conduit, si l'on avait administré, *simultanément*, à ces deux sujets, une substance à expérimenter, et si raisonnant d'après les principes admis, on avait conclu des effets *apparents* à l'influence énergique de la *cause supposée déterminante*.

Ajoutons maintenant, pour compléter cette démonstration, que les substances ingérées dans l'estomac des sujets de la deuxième expérience ne sont jamais toxiques à la dose à laquelle ils ont été administrés, lorsqu'on les fait prendre d'après le mode physiologique. Les faits de la pathologie démontrent journellement que l'émétique est parfaitement supporté par le chien à la dose de 10 ou 15 centigrammes, et qu'il ne détermine jamais la mort, même lorsque, à cette dose, il n'est pas rejeté par les vomissements; mais on peut objecter qu'il est difficile de savoir au juste à quelle dose l'émétique est toxique pour le chien, attendu qu'il détermine des vomissements, dans les cas les plus ordinaires, immédiatement après son ingestion, lorsque l'animal est en santé et que la tolérance morbide n'implique pas forcément l'innocuité de la substance dans les conditions physiologiques. Soit; admettons le bien-fondé de cette objection qui est également valable, du reste, à propos de toutes les substances susceptibles de produire un effet vomitif, et qui n'ont été essayées sur le chien qu'en lui liant l'œsophage. Prenons le sel.

Le sel n'est pas toxique pour le chien à la dose de 50, 60 et 100 grammes. L'expérience le prouve d'une manière certaine, incontestable. On peut faire prendre à un chien, de taille ordinaire, 100 grammes de sel dans sa pâtée, non-seulement sans qu'il en meure, mais même sans qu'il paraisse incommodé sensiblement. Les seuls effets de cette forte ingestion saline sont la soif plus excitée et la diurèse, et pour peu que l'animal soit glouton, la même épreuve peut être répétée deux jours de suite sans accidents.

Eh bien, messieurs, voilà que cette substance, si peu susceptible de nuire, même à des doses élevées, lorsqu'elle est introduite dans les voies digestives suivant le mode physiologique, comme en témoigne, du reste, l'usage journalier que nons en faisons tous, et les faits répétés de la pratique vétérinaire, voilà que cette substance vient de revêtir tout à coup les caractères d'un poison des plus actifs, dont les effets se feraient sentir à une dose bien inférieure, une, deux, trois ou dix minutes au plus après l'ingestion, et se traduiraient par des désordres effrayants du côté de l'appareil digestif.

Il suffirait, en effet, d'après les expériences que M. Gonbaux vient de publier dans les ARCHIVES DE MÉDECINE, et dont il vous a envoyé le résumé dans votre dernière séance, il suffirait de 40 grammes de sel pour tuer le chien, et si nous voulions conclure aussi, *de la même manière*, d'après nos propres essais, le sel devrait être déclaré toxique à la dose de 4 *grammes* seulement, car un de mes sujets d'expérience a succombé, trente heures après l'ingestion dans son estomac de cette substance, en si faible quantité.

Ce sont les résultats si opposés d'expériences faites avec la même substance et sur les mêmes animaux, mais en suivant des procédés différents, qui nous ont éclairés et nous ont conduits à entreprendre la série des essais dont nous venons de vous rendre compte. Le voyant la parfaite innocuité du sel administré, même à forte dose, suivant *le mode physiologique*, et les conséquences terribles dont son ingestion paraissait être suivie, lorsqu'on *liait l'œsophage*, après son administration, nous nous sommes demandé si, après tout, cette ligature, considérée jusqu'à présent comme un fait si peu important, n'avait pas une large part dans la détermination des phénomènes qui surviennent après son application; c'est alors que nous nous sommes rappelé cet état d'angoisse extrême dans lequel se trouvent les vaches dont l'œsophage est momentanément obstrué par la présence d'une racine trop volumineuse pour en franchir le détroit; et les douleurs excessives que semblent éprouver les chevaux lorsqu'on cherche à extraire l'œsophage de sa position, pour lui pratiquer une ouverture artificielle, dans l'opération dite de l'œsophagotomie; nous nous sommes aussi souvenu des sensations si pénibles que nous éprouvons nous-mêmes, lorsqu'un bol alimentaire incomplétement trituré, ou une liqueur trop chaude ou trop irritante franchit le canal œsophagien; et, partant de là, nous nous sommes dit que ce pouvait bien ne pas être une chose parfaitement *innocente* que d'appliquer un lien constricteur sur le tube œsophagien, qui est enlacé par des anses nerveuses en grand nombre, provenant des pneumo-gastriques et des ganglions thoraciques, et qui se trouve par cela même en relations synergiques très-étroites avec l'appareil digestif abdominal.

De là les expériences que nous avons entreprises et dont nous venons de vous donner les résultats.

M. le président de l'Académie, à qui j'ai fait part des résultats que je viens d'exposer, m'a fait une objection que j'avais prévue; il m'a demandé si, en liant l'œsophage, nous n'avions pas blessé les nerfs pneumo-gastriques et si les accidents observés ne pourraient pas tenir à cette lésion. Le nombre de nos expériences me paraissait trop considérable pour qu'on pût croire à la reproduction presque constante d'un hasard d'opération. Mais, pour plus de sûreté, nous avons de nouveau lié avec M. Reynal, l'œsophage de trois chiens, en prenant les précautions les plus minutieuses pour ne toucher que l'œsophage. L'un de ces animaux s'est livré aussitôt à des efforts de vomissement et a rejeté une grande quantité de mucosités; les deux autres sont tombés dans une stupeur profonde, dont on n'a pu les faire sortir qu'en les excitant à coups de baguettes; puis, ils sont retombés dans le même état de prostration.

M. BÉGIN : Dès l'année 1818, j'ai pratiqué un grand nombre de fois la ligature de l'œsophage chez des chiens. Ces animaux succombaient le plus souvent aux effets des substances toxiques ingérées. Mais, d'autres fois, la ligature ayant été enlevée au bout de quelque temps, les animaux se débarrassaient du poison par le vomissement et revenaient à la santé. Je me rappelle surtout une petite chienne, chez laquelle la ligature, pratiquée quatre ou cinq fois, avait amené une oblitération de l'œsophage, et qui venait d'elle-même tendre le cou pour se faire injecter du lait ou du bouillon par une plaie de ce conduit placée au-dessous du point oblitéré. J'ai eu, de plus, l'occasion de pratiquer deux fois l'œsophagotomie chez l'homme pour extraire des corps étrangers. Jamais je n'ai observé d'accidents pareils à ceux que M. Bouley vient de décrire.

M. BOULEY : Je n'ai pas dit que tous les chiens à qui on pratique la ligature de l'œsophage succombent à cette opération. Quelques-uns ont survécu, parmi les dix-huit que j'ai cités dans ma note. J'ai voulu seulement signaler la possibilité de ces accidents et la ressemblance très-grande qu'ils peuvent offrir avec ceux que détermine l'ingestion des substances irritantes; ressemblance qui se poursuit jusque dans les lésions cadavériques : injection de la membrane muqueuse, exhalation d'une bile sanguinolente, etc.

M. JOBERT : Lorsque j'étais prosecteur de la Faculté, j'ai eu l'occasion de lier plusieurs fois l'œsophage, moins souvent assurément que M. Bouley; jamais je n'ai vu d'accidents survenir chez les chiens opérés. Il est bien entendu que si les nerfs pneumo-gastriques sont compris dans la ligature, les animaux succombent rapidement par asphyxie. Quand on ne lie que l'œsophage, le fil finit par tomber dans la cavité de ce conduit pour être rejeté par la bouche ou par le rectum, et la perméabilité du canal se rétablit; les choses se passent comme dans l'intestin, avec cette différence que le tissu dartoïque qui entoure l'œsophage est moins apte à l'exhalation d'une lymphe plastique abondante que la membrane séreuse dont l'intestin est revêtu; néanmoins, ce tissu dartoïque plissé, froncé par le fil qui opère la ligature, s'adosse à lui-même et la cicatrisation a lieu. Elle se fait quelquefois partiellement, et, dans un cas, au lieu d'une réunion avec rétablissement du calibre de l'œsophage, j'ai vu l'animal conserver à la suite de l'opération une dilatation de ce conduit en forme de jabot. La ligature de l'œsophage n'est pas toujours exempte d'inconvénient; ainsi l'on voit quelquefois des abcès se former autour du point lié, et comme accident immédiat, on note assez souvent d'énergiques efforts de vomissement. Mais je n'ai jamais vu les accidents décrits par M. Bouley, et, sans vouloir mettre en doute le moins du monde l'habileté bien connue de notre honorable collègue, je ne puis m'empêcher de penser que, peut-être, quelque branche nerveuse a pu se trouver comprise dans la ligature.

M. RENAULT : J'ai été témoin de quelques-unes des expériences de MM. Bouley et Reynal, et je dois déclarer qu'elles ont été faites avec le plus grand soin. J'avais pensé d'abord, comme M. Jobert, qu'une branche nerveuse avait pu être liée; mais l'habileté des opérateurs rend inadmissible

cette supposition, surtout quand il s'agit d'une expérience répétée tant de fois. D'ailleurs, si les pneumogastriques avaient été tiraillés ou liés, on aurait observé les symptômes de l'asphyxie, et ce n'est pas avec ces symptômes que les chiens ont succombé.

M. Robert : Je viens ajouter mon témoignage à ceux de MM. Bégin et Jobert. Pendant mon prosectorat à la Faculté, j'ai plus d'une fois aidé Orfila dans ses expériences toxicologiques sur les chiens, et je lui ai vu faire souvent la ligature de l'œsophage, qu'il exécutait avec une dextérité et une promptitude toutes particulières. Les chiens étaient ensuite placés dans une cage : placé près du pavillon où je travaillais ; j'étais, par conséquent, bien à même de les observer. Je n'ai jamais vu chez ces animaux, à la suite de l'opération, autre chose que de l'abattement, de la tristesse, des efforts pour vomir, mais aucun des symptômes si graves signalés par M. Bouley.

En raison de la gravité de la question controversée en ce moment, je pense que l'Académie ferait une chose utile en nommant une commission chargée d'instituer une nouvelle série d'expériences sur ce sujet.

M. Bouley : J'accepte bien volontiers la proposition de M. Robert; mais, à quelque conclusion que la commission arrive, mes recherches auront toujours démontré un point important que voici : Puisque, après vingt ans de pratique chirurgicale, j'ai pu me tromper (j'ai besoin de cette hypothèse) et déterminer des accidents graves, souvent mortels, en pratiquant la ligature de l'œsophage, il se pourrait faire, à plus forte raison, qu'un expérimentateur moins habitué à manier le chien comme sujet d'opération, fasse naître de la même manière les mêmes accidents, et se trouve conduit à en accuser un empoisonnement qui n'aurait pas eu lieu. Une dernière remarque. Peut-être les résultats que nous avons obtenus avec M. Reynal diffèrent-ils de ceux de MM. Bégin, Jobert et Robert, à cause de la grosseur du lien que nous avons employé ; nous nous sommes servis, en effet, non d'un simple fil, mais d'une ligature plate, d'un ruban étroit.

M. le président désigne MM. Bégin, Jobert, Trousseau, Renault et Bouley, pour faire partie de la commission que M. Robert a proposé de nommer.

La séance est levée à 4 heures et demie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS D'AVRIL 1856; par M. le docteur A. Vulpian, secrétaire.

Présidence de M. Rayer.

III. — Anatomie pathologique.

NOTE SUR UNE FORME NOUVELLE DE L'HYDROCÈLE DU SCROTUM; par M. B. Béraud.

Depuis les travaux de Sabatier, de Boyer et de M. le professeur Velpeau, la science paraissait fixée sur ce point. Il n'est pas nécessaire de rappeler ici les divisions de l'hydrocèle. Pas n'est besoin non plus de dire que je ne parle point de ces formes d'hydrocèle qui ont été découvertes par M. Gosselin et qui ont si vivement attiré l'attention des praticiens. Les cas que j'ai l'intention de décrire se rapportent à quelque chose qui est bien différent.

La pièce que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société montre une hydrocèle de la tunique vaginale communiquant avec une autre tumeur aqueuse située dans les parois du scrotum. Ainsi donc nous avons deux poches : l'une superficielle, l'autre plus profonde. La première est la plus volumineuse : elle est grosse comme un œuf de poule ; son volume est trois fois plus considérable que celui de la tumeur profonde. Elle est située dans l'épaisseur du dartos qu'elle a aminci dans certains points ; elle est séparée de la profonde par toute l'épaisseur de sa paroi en même temps que par la tunique fibreuse et la tunique vaginale. Son extrémité supérieure ne dépasse pas la tête de l'épididyme; son extrémité inférieure un peu plus grosse descend jusqu'à la partie inférieure du scrotum. En l'ouvrant il s'en écoule un liquide citrin, transparent comme celui de l'hydrocèle ordinaire.

La dissection fait reconnaître que par la face externe de ses parois, elle est peu adhérente au tissu cellulaire périphérique. On comprend facilement en voyant cette disposition que si l'on pratiquait la ponction avec un trocart peu acéré, ou si l'on ne faisait pas un mouvement brusque de ponction, on risquerait beaucoup de décoller la paroi de la poche sans pénétrer dans son intérieur. Sa face interne est lisse, d'un aspect séreux, ne présente pas de cloisons; son épaisseur est celle de toute membrane séreuse, elle a une grande transparence. On voit facilement qu'elle offre une ouverture qui la fait communiquer avec la poche plus profonde.

La poche profonde est formée par la tunique vaginale, elle-même à peine distendue. Son intérieur ne présente aucune cloison; le liquide qu'elle contient encore est de même nature que celui qui s'est écoulé après l'ouverture de la première poche. Sa face interne est lisse, polie, luisante, sans traces d'inflammation aiguë ou chronique.

Nous avons fixé surtout notre attention sur l'ouverture qui établit une communication entre ces deux poches. Cette ouverture siége à la partie antérieure de la tunique vaginale à la réunion du tiers supérieur avec le tiers moyen de cette même poche; elle est large comme une pièce de 1 fr.; son bord, est parfaitement net, n'offrant pas de dentelures; il résiste au doigt qui fait effort sur lui. Il est doublé par la tunique vaginale qui se réfléchit sur lui d'une poche dans l'autre, de sorte que la continuité entre les deux tumeurs existe sans ligne de démarcation.

Le rapport des deux poches est tel que la superficielle est en avant de la profonde et l'enveloppe dans les deux tiers de son diamètre transversal.

Nous devons noter que le testicule, l'épididyme et le cordon étaient parfaitement sains.

Rien avant la dissection ne pouvait faire prévoir une semblable disposition qui rappelle jusqu'à un certain point l'anévrysme mixte, interne si cet anévrisme existait.

En présence d'un pareil fait, il fallait donner une explication. Quatre théories étaient possibles. S'agissait-il d'une hydrocèle ordinaire qui aurait été ponctionnée et dont l'ouverture ne se serait point fermée et aurait permis au liquide de s'épancher dans le scrotum où il serait enkysté? Je ne le pense pas; voici la principale raison, c'est que la tunique vaginale était très-peu distendue, et que dans ces conditions on n'est pas appelé à pratiquer de ponction; et puis on ne fait pas une ponction sans injecter de l'iode ou autre liquide et sans qu'il s'ensuive une inflammation plus ou moins intense. Or ici rien dans les parois, rien dans les liquides indiquant une phlegmasie même légère. Voyons alors une autre explication.

Peut-on penser qu'il y a eu hernie de la tunique vaginale par le mécanisme invoqué dans le prétendu anévrysme mixte interne? Je ne le pense pas non plus, parce que cette hernie ne se serait produite qu'après une distension considérable de la tunique vaginale. Or n'avons-nous pas vu que la tunique vaginale n'était point distendue?

J'éloigne l'idée qu'il y a eu d'abord un kyste dans les parois scrotales, lequel kyste serait ouvert dans la tunique vaginale. Je n'ignore point que ce phénomène pourrait se présenter; mais la poche scrotale était loin d'avoir un volume suffisant pour avoir amené un semblable résultat.

Nous étions donc obligé d'avoir recours à une autre explication, et nous avons pensé que nous la trouverions dans l'anatomie. Nous avons fait des recherches et nos espérances n'ont pas été déçues. Parmi les faits que nous avons constatés, nous signalerons d'abord ceux qui se rapportent directement à l'explication que nous cherchons.

Après avoir injecté du suif ou de la cire dans la tunique vaginale, je ne tardai pas à reconnaître qu'il existe dans cette séreuse des petits culs-de-sac; je vis là tout de suite la source d'une bonne explication du fait pathologique que nous avons sous les yeux.

Ces petits culs-de-sac consistent en des espèces de diverticulums; on peut s'en faire une idée par les follicules mucipares des synoviales décrits dans ces dernières années par notre savant maître M. Gosselin. On les trouve irrégulièrement placés tantôt en haut, tantôt en bas; ils sont plus ou moins larges; ils offrent ordinairement la longueur de 2 ou 3 millimètres; leur intérieur est tapissé par la synoviale; aussi je crois qu'il est convenable de leur donner le nom de *diverticulums de la tunique vaginale*.

De même que les follicules mucipares de M. Gosselin peuvent donner naissance à des kystes autour des articulations, de même je pense que les diverticulum vaginaux peuvent devenir le siége d'un travail qui leur fasse prendre un développement exagéré, et alors nous avons par degrés insensibles la disposition pathologique qui est sous les yeux de la Société, disposition que j'ai eu l'occasion de trouver déjà deux fois dans mes recherches à l'amphithéâtre des hôpitaux.

Pour terminer cette note, je vais rapporter succinctement divers points d'anatomie de la tunique vaginale que je me propose de traiter dans un mémoire spécial.

Les vaisseaux qui sont situés entre la tunique fibreuse et la tunique vaginale offrent une disposition curieuse et qui peut bien nous expliquer certaines formes d'hydrocèles.

Du cordon testiculaire partent des vaisseaux disposés en une gerbe conique qui s'étale sur la face externe de la tunique vaginale. Ces vaisseaux, soit veineux, soit artériels, forment une espèce de tunique à l'extrémité supérieure de la tunique vaginale; à mesure qu'ils descendent, ils diminuent de volume, et s'écartent les uns des autres en s'étalant sur une surface qui est plus large. Bientôt on les voit cesser vers la réunion des deux tiers supérieurs et le tiers inférieur de la tunique vaginale. Dans ce point il existe un étranglement circulaire ; nous dirons tout à l'heure quelle est la cause qui le produit.

D'où viennent donc les vaisseaux du tiers inférieur de la tunique vaginale? Ils viennent de la queue de l'épididyme, et, chose importante à noter, ils se dirigent transversalement par rapport à la tunique séreuse; ils forment un faisceau très-serré autour de l'extrémité inférieure de cette poche.

Cette disposition ne nous dévoile-t-elle pas le mode de formation de certaines hydrocèles de la tunique vaginale. Ne sait-on pas que, contrairement aux lois de la pesanteur, il arrive assez fréquemment que l'hydrocèle a son extrémité supérieure plus volumineuse que l'inférieure? Or rien n'est plus facile à comprendre. Les vaisseaux des deux tiers supérieurs de la tunique vaginale se laissent écarter sans peine, ils s'ouvrent et la tunique s'y développe; dans la partie inférieure au contraire, les vaisseaux sont transversaux, ils forment un anneau qui souvent résistera assez pour que l'hydrocèle ne puisse se développer par en bas.

J'ai dit plus haut qu'au point où cessaient les vaisseaux supérieurs existait un étranglement. Cet étranglement, qui est rendu très-apparent après l'injection solidifiable, est dû à une bandelette qui est assez variable; voici les deux cas principaux : tantôt c'est un ruban jaunâtre assez large, épais

d'un millimètre, partant de la partie antérieure de l'épididyme et allant s'insérer à sa partie postérieure. Cette bandelette offre diverses couches, de sorte qu'on pourrait la comparer à la tunique moyenne des artères; je ne l'ai pas examinée au microscope pour connaître sa nature; mais je serais porté à croire qu'elle est musculaire, puisque dans une autre dissection j'ai pu suivre des fibres du crémaster qui, passant sous la tunique fibreuse, venaient directement se mettre en contact avec la tunique séreuse et s'enroulaient autour d'elle et produisaient ainsi l'étranglement.

Je noterai enfin que si la tunique vaginale se développe plus facilement en haut dans certains cas, cela tient à ce que la tunique fibreuse est très-peu épaisse, très-peu résistante à la partie supérieure, tandis qu'inférieurement son épaisseur et sa résistance sont au moins trois fois plus considérables.

Telles sont, en quelques mots, les considérations anatomiques qui nous semblent expliquer les hydrocèles en bissac, les hydrocèles avec bosselures et la forme spéciale d'hydrocèle que nous avons décrite.

2° UNION DES REINS PAR UN LIEN FIBREUX AU DEVANT DE LA COLONNE LOMBAIRE; par M. GOUX.

M. Goux présente des reins ayant appartenu à une femme âgée de 58 ans, morte d'une pneumonie dans le service de M. Rayer.

Ces reins avaient abandonné leur position normale pour se rapprocher de la colonne lombaire par leurs extrémités inférieures, séparées seulement l'une de l'autre par un espace de 2 centimètres. Le gauche surtout avait subi un déplacement considérable; il était placé en partie sur la colonne lombaire et l'aorte avait marqué son empreinte sur sa face postérieure. Les hiles regardaient en haut et en dedans; en sorte que les deux reins formaient un fer à cheval à concavité supérieure.

Chaque rein possède un bassinet et un uretère naissant du hile en avant des artères et des veines qui y pénètrent et renversés en avant.

La face antérieure présente leur empreinte.

Un peu allongés dans le sens de leur longueur, ils sont unis inférieurement par un ligament de 2 centim. de long, aplati, large de 5 centim. La capsule propre du rein s'étend sur lui, passant ainsi de l'un à l'autre sans ligne de démarcation. La structure de ce lien, examinée au microscope, n'a présenté que des fibres de tissu cellulaire: il n'y avait aucune trace de canalicules du rein.

M. Blot émet l'opinion que ce lien pourrait bien être formé par l'atrophie de la substance rénale à ce niveau. Les reins auraient été alors réunis, dans le principe, en un seul, comme cela s'est vu assez souvent.

Les capsules surrénales reposent sur l'extrémité supérieure des reins qu'elles ont suivis dans leur migration. Elles ont la moitié de leur volume ordinaire.

Enfin, outre les deux artères rénales qui naissent de chaque côté de l'aorte comme à l'état normal, on voit naître, à 1 centim. au-dessous de leur origine, de la partie antérieure de l'aorte, une troisième artère qui se porte directement en bas et se divise en deux branches.

Ces branches s'écartent un peu l'une de l'autre pour se porter à l'extrémité inférieure de chaque rein, d'où elles remontent le long du bord concave pour s'anastomoser à plein canal avec les artères qui pénètrent par le hile.

A la coupe, ces reins ne présentent rien d'anormal.

IV. — PHYSIOLOGIE.

1° FAITS NOUVEAUX RELATIFS A LA COÏNCIDENCE DE L'INSPIRATION AVEC UNE DIMINUTION DANS LA FORCE ET LA VITESSE DES BATTEMENTS DU CŒUR; par M. E. BROWN-SÉQUARD.

C'est un fait aujourd'hui bien connu que pendant un effort inspiratoire énergique et prolongé, chez l'homme aussi bien que chez les animaux, les mouvements du cœur deviennent moins forts et moins rapides. Ce fait a été très-bien étudié par Donders (in *Henle's und Pfeuffer's Zeitschrift*, N. F. — 1853, vol. IV, p. 241, et par S. W. Mitchell (in AMER. JOURN. OF MED. SCIENCES, April 1854, p. 387). Ces physiologistes ont attribué la diminution des battements du cœur, qui accompagne une respiration forte à des causes purement mécaniques. Sans nier que des causes de cette nature agissent alors directement ou indirectement sur le cœur, M. Brown-Séquard essaye de montrer qu'il y a dans ces expériences une cause d'arrêt des battements du cœur qui n'a rien de mécanique et qui n'avait pas été soupçonnée jusqu'ici. Voici les faits qui l'ont conduit à s'assurer de l'existence de cette cause spéciale. Après avoir ouvert largement le thorax de plusieurs chiens et chats nouveau-nés, et avoir attendu pendant 20, 30 ou 40 minutes que les mouvements respiratoires fussent devenus extrêmement peu fréquents (1 ou 2 par minute ou encore moins), le cœur ayant encore de 25 à 40 battements par minute; il a cherché si les efforts d'inspiration avaient de l'influence sur cet organe. Il est évident que si dans de telles conditions les mouvements du cœur diminuent de force et de fréquence pendant l'effort inspiratoire, on ne pourra pas attribuer aux causes mécaniques, signalées par Donders, cette diminution. Eh bien! il y a alors, dans la plupart des cas, une diminution manifeste. Quelquefois le cœur n'a plus qu'une ou deux contractions après le début de l'inspiration et il reste ensuite absolument immobile pendant 2, 3 ou 4 secondes (durée de 2 ou 3 battements), puis il se remet à battre avec lenteur. Le plus souvent il n'y a pas d'arrêt absolu, il n'y a qu'une diminution de vitesse et de force: Ainsi, par exemple, dans un cas, sur un chat de 2 jours, le cœur battant de 12 à 13 fois dans les 10 secondes qui précédaient un mouvement inspiratoire (l'animal n'ayant pas fait d'effort inspiratoire depuis près d'une minute) il n'y avait que de 7 à 8 battements dans les 10 secondes succédant à une inspiration. Dans un autre cas les mouvements inspiratoires n'ayant lieu qu'une fois en trois minutes et le cœur battant environ 60 fois par minute, il y eut seulement 6 battements après un effort inspiratoire en 15 secondes, tandis que 2 minutes après il y en eut 16, dans une même période de 15 secondes.

M. Brown-Séquard, dans quelques cas, a vu manquer cette influence de l'effort inspiratoire sur le cœur et même, dans deux cas, il a vu que le cœur battait plus vite à chaque mouvement inspiratoire; mais il s'est assuré que cet organe était alors extrêmement irritable et que la secousse qu'il recevait lors de chaque mouvement d'inspiration l'excitait à se contracter, de telle sorte que la cause de suspension de ses mouvements était annulée par cette cause de contraction. Il a constaté, en outre, que lorsque l'inspiration n'est pas énergique, son influence sur le cœur paraît être nulle.

M. Brown-Séquard croit que la cause de l'arrêt ou de la diminution des battements du cœur dans les expériences que nous venons de rapporter est la même que dans le cas où l'on excite soit par le galvanisme, soit autrement la moelle allongée ou les nerfs vagues. Il s'appuie pour prouver cette manière de voir sur l'expérience suivante, qui semble décisive. Après s'être assuré, comme dans les expériences précédentes, sur un chien ou un chat nouveau-né, que les mouvements du cœur diminuent de force et de fréquence à chaque inspiration; il coupe les deux nerfs vagues, et il constate alors que les inspirations ont lieu sans s'accompagner de diminution des mouvements du cœur. Il y a donc, à chaque effort inspiratoire, une excitation des filets cardiaques des nerfs vagues. Quand l'action nerveuse inspiratrice part des centres nerveux pour se répandre dans les fibres des nerfs qui animent les muscles inspirateurs, elle se jette aussi dans les fibres cardiaques du nerf vague pour aller dans le cœur produire la suspension ou la diminution de ses battements. C'est là un phénomène comparable aux contractions de l'iris associées aux mouvements de certains muscles de l'œil. De même que par la volonté, en portant les yeux en dedans, on produit un resserrement de la pupille, de même en faisant un effort inspiratoire on arrête ou diminue les battements du cœur. Le nerf vague est donc, comme on l'a dit, un nerf modérateur du cœur. La volonté est donc capable, d'une manière indirecte, il est vrai, d'agir sur le cœur par l'intermédiaire de ce nerf modérateur. Si maintenant on admet, ainsi que M. Brown-Séquard a essayé de le montrer ailleurs (Voy. son livre: EXPERIMENTAL RESEARCHES APPLIED TO PHYSIOL. AND PATHOL. 1853, p. 77 et 114) que le nerf vague se distribue aux petits vaisseaux du cœur et que c'est en faisant contracter ces vaisseaux que ce nerf fait diminuer les battements de cet organe; on est conduit à conclure que la volonté est capable, mais d'une manière indirecte, de faire contracter les petits vaisseaux du cœur.

M. Brown-Séquard s'est assuré que la section du nerf grand-sympathique au cou et des deux côtés n'empêche pas l'effort inspiratoire de s'accompagner d'une diminution des battements du cœur. Il en est de même de la section d'un seul nerf vague.

On sait qu'après la section des nerfs vagues, chez des animaux dont la poitrine n'a pas été ouverte, le cœur bat plus vite qu'avant. M. Brown-Séquard a trouvé, que même après l'ouverture du thorax, la section des nerfs vagues est suivie du même phénomène.

Des expériences, qui seront publiées plus tard, ont montré à M. Brown-Séquard que l'excitation qui agit sur les nerfs vagues, pendant l'inspiration, pour diminuer les battements du cœur, part, en grande partie, primitivement des poumons; de telle sorte que c'est, en partie, par une action réflexe des poumons sur le cœur, que les battements de cet organe sont diminués. Les branches pulmonaires du nerf vague transmettent l'excitation à l'encéphale qui la renvoie au cœur par les branches cardiaques du même nerf. (Séance du 19 avril.)

2° RÉSURRECTION DES GRENOUILLES EMPOISONNÉES PAR LE CURARE; ACTION DU CURARE ET DE DIVERSES AUTRES SUBSTANCES SUR LES COEURS LYMPHATIQUES DES GRENOUILLES; par M. VULPIAN.

I. Le 19 avril 1856, j'introduisis sous la peau d'une grenouille, à la région scapulaire, du *curare* délayé dans l'eau. Quelques minutes après, l'animal présenta les phénomènes de l'intoxication la plus complète: immobilité absolue, résolution générale, absence de mouvements respiratoires. Le cœur seul continuait à battre, et l'on pouvait compter 40 à 48 pulsations par minute. J'étendis et je fixai la langue de cette grenouille sur un liége percé d'un trou, afin d'examiner, par le procédé de M. Aug. Waller, la marche du sang dans les vaisseaux; au bout de quelque temps, la circulation s'était arrêtée dans la plupart des vaisseaux capillaires et même dans ceux de moyen calibre. L'animal fut alors délivré, et après avoir humecté d'eau toute la surface de son corps, on l'abandonna dans un bocal. Le lendemain 20, les battements du cœur persistaient, et dans la langue examinée de nouveau, on reconnut que la circulation avait repris son cours dans les vaisseaux où elle avait été interrompue la veille. L'irritabilité musculaire put être excitée dans tous les membres et dans les muscles du tronc et de la région hyoïdienne. Le 21, le 22, le 23, le 24, les mouvements du cœur se font encore. Le 24, on compte 32 battements cardiaques assez énergiques.

Le 25, à deux heures de l'après-midi, ce n'est pas sans étonnement que nous voyons la grenouille dans un état complétement différent de celui qu'elle présentait les jours précédents. Ses yeux qui jusque-là avaient été fermés par la paupière inférieure relevée sont ouverts, les mouvements respiratoires de l'appareil hyoïdien se font assez régulièrement. Si on la met

sur le dos, elle fait un effort impuissant pour se relever. Quand on pince les membres postérieurs, l'animal les retire avec force. L'effet est moindre quand on pince les membres antérieurs, surtout le membre gauche (c'est le côté où l'on a introduit le *curare*). Peu à peu les caractères de la vie deviennent de plus en plus évidents et les phénomènes de plus en plus énergiques. Quelques heures après ce premier examen, le même jour, la grenouille fait des sauts assez considérables. Le cœur battait, à deux heures, 32 à 34 fois par minute.

Telle est, en résumé, l'observation du premier cas de résurrection que j'ai observé chez la grenouille après un empoisonnement complet par le *curare*. On voit que pendant six jours entiers la vie a été suspendue. C'était un vrai cadavre que l'on avait sous les yeux, en négligeant pour un moment les battements du cœur qui ont persisté; c'est ce cadavre qui s'est réveillé au bout de six jours. J'ai répété cette expérience, et j'ai obtenu des résultats plus singuliers encore par la durée de la mort apparente.

II. Une grenouille d'assez forte taille a été empoisonnée le 20 avril par du curare délayé dans de l'eau et introduit sous la peau, à la région dorsale. Résolution complète au bout de quatre minutes environ.

Les 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, l'état de cette grenouille ne change pas; le cœur bat régulièrement; la pince galvanique fait contracter les muscles avec lesquels on la met en contact. Le 28, on aperçoit quelques légers efforts de respiration qui se manifestent surtout par les mouvements des orifices des narines. Ces mouvements cessent pendant de longs intervalles, et se remontrent lorsqu'on remue la grenouille. Il y a aussi de faibles mouvements irréguliers et même fibrillaires dans les muscles des membres. Le 29, la grenouille est tout à fait revenue à la vie, et est même très-vive. Les yeux, qui la veille encore étaient recouverts par les paupières inférieures relevées, sont dévoilés, et les pupilles qui jusque-là avaient été contractées sont assez dilatées. Les membres qui étaient flasques et dont l'animal n'était pas maître sont rentrés sous sa dépendance et sont dans leur attitude nomale; cependant il faut dire que leurs mouvements ne sont pas encore assurés et que ces mouvements sont accompagnés d'une sorte de tremblement musculaire. En pressant sur l'abdomen, on fait sortir par l'anus une grande quantité de liquide aqueux, hyalin, qui vient de la vessie, comme me l'ont appris des expériences faites pour en chercher la source.

III. Le 20 avril, la même expérience est instituée sur une très-forte grenouille. Tout se passe de la même façon. Le 28, cette grenouille est encore complétement privée de mouvement et de sensibilité. Le 29, quand on excite l'animal, on remarque quelques légers mouvements des narines. Si l'on pince les membres postérieurs, les mouvements nasaux se montrent aussitôt; il y a même de temps en temps une faible agitation des membres antérieurs, les membres postérieurs eux-mêmes, au contraire, restent immobiles. Le 30, cette grenouille n'est pas entièrement revenue à la vie; elle ne respire pas encore spontanément d'une façon continue; mais la motilité et surtout la sensibilité sont bien plus évidentes que la veille. La sensibilité semble plus vive sur le tronc et aux premiers segments des membres qu'aux suivants, et surtout qu'aux dernières phalanges où elle est encore assez obtuse. En pressant l'abdomen, on fait sortir de la vessie une grande quantité de liquide aqueux. Vers le soir du 30, les yeux commencent à s'ouvrir spontanément. Le 1er mai, la grenouille est entièrement rendue à la vie. La couleur de l'animal avait été très-sombre pendant tout le temps qu'a duré la mort apparente; elle a commencé à tourner au vert tendre le 30 avril. Il y a encore le 1er mai beaucoup de liquide aqueux dans la vessie. L'animal est très-vif; on pourrait à peine croire qu'il vient d'être soumis à une pareille expérience.

Ces deux derniers faits sont donc tout à fait analogues au premier. Dans l'un (II), il s'est écoulé huit jours entre le moment de l'introduction du poison et celui où la vie a reparu. Dans l'autre, la mort apparente a duré neuf jours et encore ce n'est qu'au bout de onze jours en tout que les dernières traces de l'empoisonnement se sont dissipées. Il ne faut pas croire que j'aie employé de très-faibles doses de *curare*; ce sont d'assez fortes doses que j'ai insinuées sous la peau. Je dois dire toutefois que dans les cas où j'ai introduit sous la peau des doses très-considérables de *curare*, en égard à la taille de l'animal, j'ai vu les animaux succomber au bout de 36, 48 heures, et quelquefois en moins de 24 heures.

J'ai déjà signalé dans les Comptes rendus de la Société le retour à la vie des tritons après leur empoisonnement par le curare, et même l'effet du poison chez ces batraciens ne dure pas plus de 24 à 48 heures. Mais j'étais loin de m'attendre à voir un résultat semblable et bien plus surprenant encore chez des grenouilles.

Chez les grenouilles empoisonnées par le curare, une partie des fonctions du système nerveux se suspend. Il n'y a plus aucune trace de motricité nerveuse; aussi l'animal est-il dans une résolution complète; ses yeux sont recouverts par la paupière inférieure; les mouvements respiratoires sont abolis. C'est la mort en apparence complète et définitive. Cependant le cœur bat encore, le sang subit une hématose imparfaite dans le réseau vasculaire cutané, et entretient dans tout le système musculaire une irritabilité presque normale. Attendez quelques jours et vous assisterez à la résurrection de l'animal.

Pendant tout le temps que dure cette léthargie, les nerfs n'ont plus, je viens de le dire, leur motricité. D'après des expériences de M. Bernard, à qui d'ailleurs on doit aussi la connaissance de ce premier fait, la sensibilité est conservée; mais cette sensibilité est muette; elle a perdu tous ses moyens d'expression.

Pour que l'expérience réussisse, plusieurs conditions paraissent nécessaires. Je ne reviendrai pas sur la question des doses, je l'ai traitée tout à l'heure. Une autre condition est un degré convenable de température. Une température chaude m'a paru nuire au succès de l'expérience. De plus, il faut avoir soin d'humecter au moins une ou deux fois par jour la grenouille avec de l'eau fraîche, et peut-être aussi les essais que je tentais presque chaque jour avec la pince galvanique pour constater l'état de l'irritabilité musculaire ont-ils aussi une heureuse influence.

Pendant tout le temps que dure la mort apparente, les fonctions de sécrétion, d'excrétion, les fonctions de la peau sont bien certainement modifiées. Comme je l'ai dit dans une publication précédente, un des premiers phénomènes qui se manifestent est la dessiccation de la peau, probablement par interruption de l'exhalation cutanée. Le passage par endosmose des liquides en contact avec la peau se fait au contraire très-facilement, comme le démontrent l'absorption rapide de l'eau, l'infiltration des membres et des parois abdominales, les accumulations aqueuses dans la vessie, lorsqu'on met la grenouille empoisonnée dans l'eau. C'est ici le lieu d'indiquer la présence d'une grande quantité d'eau dans le vase où l'on dépose la grenouille, comme une condition très-défavorable.

La respiration cesse de se faire par les poumons et s'effectue entièrement par la peau. Dans deux cas, j'ai vu les vaisseaux de la peau très-injectés former un réseau assez riche; en est-il toujours ainsi? Je ne puis pas le certifier; d'ailleurs on conçoit que dans l'état de torpeur où se trouvent toutes les autres fonctions, la respiration peut n'être pas très-active. Les vaisseaux sanguins de la peau sont remplis d'un sang noirâtre, tandis qu'il est à demi vermeil chez les animaux non empoisonnés.

Par quelle raison l'action du *curare* cesse-t-elle au bout d'un certain nombre de jours?

Le poison introduit sous la peau est absorbé avec une grande rapidité et transporté par la circulation dans toutes les parties du corps. C'est surtout et presque exclusivement sur le système nerveux que porte son action. Chez les grenouilles, non-seulement le système cérébro-spinal est frappé, mais encore tous les nerfs, probablement jusqu'à leurs dernières extrémités, sont atteints. On sait bien, depuis les expériences de M. Cl. Bernard, que la motricité nerveuse s'éteint complétement sous l'influence du *curare*; mais il ne faudrait pas exagérer l'importance de ce fait expérimental et croire que la mort chez les animaux soumis à l'empoisonnement par cette substance est déterminée uniquement par l'interruption de la motricité dans tous les nerfs de la vie de relation. M. Cl. Bernard a fait voir aussi que la nicotine abolissait l'irritabilité musculaire et a donné ainsi par ces deux substances, la nicotine et le curare, un très-bon moyen d'analyse expérimentale permettant de séparer ces deux forces, l'irritabilité musculaire et la motricité nerveuse, et de montrer leur indépendance. On pourrait penser aussi, en s'appuyant sur les expériences de M. Bernard, que la nicotine tue les animaux en détruisant leur irritabilité musculaire. Or ces conclusions, soit pour le *curare*, soit pour la nicotine, sont erronées. Le *curare* peut tuer les chiens, sans abolir leur motricité nerveuse, ainsi que je l'ai constaté un bon nombre de fois; et la nicotine, à des doses modérées (M. Cl. Bernard pour son expérience employe de très-fortes doses), tue les grenouilles sans que l'irritabilité musculaire en paraisse diminuée notablement. Ce qui domine l'empoisonnement par ces deux substances comme pour bien d'autres poisons, c'est l'action sur le système nerveux central.

Mais pour nous en tenir aux grenouilles et au *curare*, il est certain que l'action de cette substance porte aussi bien sur le système nerveux périphérique que sur le système nerveux central. Or, est-ce par élimination du poison, ou bien est-ce parce que l'économie finit par s'habituer à sa présence, à son contact, que l'action toxique cesse? Je n'ai pas besoin de dire longuement ici que je ne crois pas à une altération anatomique grave des tubes nerveux. L'examen microscopique ne montre aucun dérangement matériel, et d'ailleurs, s'il y avait quelque lésion, on concevrait difficilement le retour complet à la vie. Il me paraît impossible d'admettre que le système nerveux, soit central soit périphérique, s'habitue au contact de la substance toxique. Ce qui le prouve, c'est que du *curare* introduit de nouveau sous la peau d'un triton chez lequel la léthargie vient de se dissiper, engendre les mêmes accidents que la première fois, perte complète du mouvement spontané ou réflexe, etc. C'est donc ou par élimination du poison, ou parce que celui-ci finit par se détruire, par s'altérer au moins, que l'action toxique s'évanouit; et j'avoue que, en réfléchissant au peu d'activité des fonctions d'excrétion chez tes animaux empoisonnés par le curare, je suis forcé de rester dans le doute.

Un fait qui frappe dans tes expériences faites à l'aide du *curare* sur les grenouilles, c'est que la sensibilité paraît encore assez grande du moment où la motilité est très-affaiblie; la moindre excitation est ressentie par l'animal qui n'y répond que par des mouvements très-incomplets. Ce fait s'explique sans difficulté par ce que j'ai dit plus haut de la conservation de la sensibilité chez les grenouilles empoisonnées par le *curare*. La sensibilité, lorsque la motilité se réveille, paraît déjà très-vive, au moment où les mouvements sont encore très-incomplets.

J'ai cru, lors de mes premières expériences sur le *curare* (COMPTES RENDUS DE LA SOC. DE BIOL., 1854, p. 75), que les mouvements de l'appareil hyoïdien survivaient aux autres mouvements seulement dans les cas où le poison avait été absorbé par les voies digestives. C'était là une erreur. La survie des mouvements de cet appareil est peut-être moins prolongée lorsque le *curare* est introduit sous la peau, mais elle est aussi manifeste. Les muscles de cet appareil tiennent beaucoup moins de la vie de relation que les autres: ils sont moins sous la dépendance absolue de la volonté et les mouvements

rhythmiques dont ils sont animés les rappruchent jusqu'à un certain point du cœur. C'est dans cette analogie avec le cœur qu'il faut chercher la raison de la survie des mouvements de l'appareil hyoïdien. D'ailleurs ces mouvements ne continnent pas longtemps et la durée de leur persistance dépend beaucoup de la dose du poison, de la rapidité d'absorption, etc. Ils sont aussi les premiers à se rétablir au moment de la résurrection.

Les pupilles sont généralement très-contractées pendant la léthargie, et se dilatent assez promptement quand l'animal sort de sa torpeur.

Quelques essais incomplets ne me permettent pas encore d'affirmer ce qui se passe pour les fonctions digestives pendant la léthargie; ce que j'ai vu m'autorise à dire que ces fonctions, si elles ne sont pas complétement suspendues, sont au moins très-languissantes.

Le sang ne subit aucune altération soit dans sa couleur, soit dans sa fluidité, soit dans la forme des globules. Les hématozoaires filiformes (1) qui peuvent se rencontrer dans le sang continuent à vivre.

Une autre circonstance a attiré mon attention. Dès les premières expériences que j'avais faites à l'aide du *curare*, j'avais remarqué que les cœurs lymphatiques des grenouilles cessent de battre (2). Ce fait m'a paru intéressant à vérifier.

Les cœurs lymphatiques postérieurs, chez les grenouilles sous la peau desquelles on introduit du *curare*, commencent bientôt à ne plus battre régulièrement ; leurs mouvements s'arrêtent de temps en temps, puis bientôt il y a de longs intervalles entre deux mouvements qui devraient se suivre, et enfin ces cœurs s'arrêtent. Leur arrêt se fait souvent avant que l'appareil hyoïdien ait tout à fait cessé de se mouvoir. Lorsque l'empoisonnement a été fait par les voies digestives, les battements des cœurs lymphatiques ne cessent pas aussi rapidement ni aussi constamment. Sur plusieurs grenouilles empoisonnées, ne voyant plus au travers de la peau les battements des cœurs lymphatiques, je les ai mis à découvert, et, la plupart du temps, ils étaient complétement immobiles ; quelquefois il y avait encore quelques battements très-légers et irréguliers. Les cœurs lymphatiques antérieurs sont arrêtés lorsque les postérieurs le sont aussi. Que les cœurs lymphatiques ne battent plus du tout, ou bien qu'ils soient encore agités de très-faibles pulsations, cette action du curare n'est-elle pas singulière, surtout si on la rapproche du peu d'influence qu'a cette substance sur les mouvements du cœur sanguin?

Sur les grenouilles dont j'ai rapporté les observations au commencement de cette note, les cœurs lymphatiques ont entièrement cessé de battre pendant tout le temps qu'a duré la léthargie, et le mouvement rhythmique de ces cœurs a reparu dès que le réveil s'est manifesté.

Voici une expérience que j'ai faite et qui montre que l'action directe du curare absorbé, sur les cœurs lymphatiques ou sur la partie du système nerveux qui les anime, est nécessaire pour que ces cœurs cessent de battre. A trois heures moins un quart j'éthérise une grenouille, puis je lie l'aorte abdominale au-dessus des reins. Les cœurs lymphatiques ne subissent, par cette opération, aucune modification dans leurs battements qui sont aussi énergiques et aussi vifs qu'avant l'expérience. A quatre heures moins un quart, j'introduis sous la peau du bras droit une petite quantité de *curare* délayé dans de l'eau. A quatre heures et demie, l'animal est depuis longtemps sous l'influence du *curare*. On constate que l'excitation galvanique des nerfs sciatiques produit des mouvements dans les membres postérieurs, et qu'une excitation semblable des nerfs brachiaux ne détermine aucun mouvement dans les bras. Les cœurs lymphatiques battent encore a cinq heures moins cinq minutes. A ce moment on détache la ligature de l'aorte; la circulation se rétablit aussitôt dans ce vaisseau. A cinq heures le cœur sanguin bat toujours, mais, après avoir mis à nu les cœurs lymphatiques postérieurs, on n'y peut découvrir la moindre pulsation.

Non-seulement le *curare* n'a pas la même action sur les cœurs lymphatiques et le cœur sanguin, mais encore il paraît avoir une action inverse dans les premiers moments; car, dans plusieurs cas, à l'instant où les premiers phénomènes d'intoxication se manifestaient, j'ai constaté que les mouvements du cœur sanguin devenaient plus énergiques et plus rapides. Ainsi j'ai pu compter sur des grenouilles jusqu'à 84 et 88 pulsations du cœur sanguin par minute. (Paralysie des nerfs vagues.)

Ce n'est pas certainement par l'intermédiaire de la moelle épinière que le curare agit sur les cœurs lymphatiques. On peut, en effet, enlever la moelle dans toute son étendue, puis brûler ce qui peut en rester et les racines des nerfs avec un fil de métal rougi à la flamme d'une lampe, et l'énergie, la rapidité, le rhythme des cœurs lymphatiques ne paraissent ordinairement que très-légèrement influencés, s'ils le sont (1).

J'ai essayé l'effet de plusieurs autres substances toxiques sur les cœurs lymphatiques.

En première ligne se présentaient la digitaline et le venin de crapaud, à cause de leur action jusqu'à un certain point élective sur le cœur. Ces deux substances m'ont donné un résultat à peu près semblable. Quand le cœur sanguin cesse de battre, les mouvements des cœurs lymphatiques sont encore très-réguliers et assez énergiques.

Le bichlorure de mercure, comme l'a indiqué M. Arm. Moreau (Mém. de la Soc. de biol., 1855, p. 171 et suiv.), a aussi chez la grenouille une action très-prononcée sur le cœur sanguin. Les mouvements des cœurs lymphatiques persistent encore longtemps après que le cœur sanguin est devenu immobile. Dans une expérience, le cœur sanguin ne battait plus à deux heures, et cependant à trois heures les pulsations des cœurs lymphatiques postérieurs pouvaient encore être perçues au travers des téguments. Les expériences que j'ai faites avec le bichlorure de mercure m'ont démontré que l'arrêt du cœur sanguin était dû à l'abolition complète de l'irritabilité musculaire dans cet organe. L'irritabilité musculaire persiste encore dans les autres parties pendant quelque temps, s'affaiblit et disparaît assez rapidement, mais c'est toujours dans les fibres musculaires du cœur qu'elle commence à disparaître.

Lorsque le cœur devient immobile, l'application des extrémités de la pince galvanique sur cet organe ne provoque plus aucun mouvement. On doit, dans ces expériences, éviter de mettre le bichlorure en contact avec des parties voisines du cœur, car ainsi que l'a fait remarquer M. Moreau, cette substance pourrait l'atteindre par imbibition de proche en proche, et produirait ainsi l'abolition de l'irritabilité dans cet organe, sans y avoir été amené par les voies circulatoires.

C'est ce qui m'est arrivé dans un cas où j'avais déposé du sublimé corrosif délayé avec de l'alcool dans la cavité buccale : les muscles hyoïdiens et le cœur avaient perdu toute irritabilité sous l'influence de leur imbibition par cette substance.

Dans une expérience faite avec le bichlorure de mercure, sur une grenouille dont le sang contenait des anguillules très-vives, le bichlorure avait été introduit sous la peau de la région jambière d'un des membres postérieurs à deux heures vingt minutes; à trois heures un quart, le cœur sanguin était complétement arrêté et avait perdu son irritabilité, tandis que les cœurs lymphatiques battaient encore. A six heures, les hématozoaires n'étaient pas entièrement morts, mais ils ne remuaient plus qu'une de leurs extrémités, le reste de leur corps était complétement immobile ; le lendemain ils étaient morts.

Comme on l'a vu dans une des expériences précédemment rapportées, l'éthérisation n'abolit pas les mouvements des cœurs lymphatiques; si cependant elle était poussée trop loin, le cœur sanguin et les cœurs lymphatiques cessent de battre : l'animal est mort.

La nicotine paraîtrait avoir quelque influence sur les cœurs lymphatiques. Dans la seule expérience où j'ai essayé cette substance, les mouvements des cœurs lymphatiques étaient devenus très-faibles, quoique les mouvements du cœur sanguin fussent très-réguliers et eussent leur étendue normale.

La strychnine et l'opium n'ont aucune action particulière sur les cœurs lymphatiques.

2° Moyen d'observer pendant la vie les images qui se forment au fond de l'œil; par M. Aug. Waller.

M. Waller communique des observations sur les images des objets extérieurs qui se forment sur le fond de l'œil, et qu'il est parvenu à montrer sur l'animal vivant.

Le procédé qu'il emploie consiste à produire l'exophthalmie ou la luxation du globe de l'œil sur la face antérieure des paupières.

Sur l'organe ainsi mis à nu, on aperçoit les images renversées des objets extérieurs comme dans l'opération ordinaire sur l'œil séparé du corps.

Sur les animaux albinos, ces images sont beaucoup plus visibles à cause de la grande transparence de la sclérotique et des muscles de l'œil à travers lesquels on aperçoit les images.

Suivant la dilatation de la pupille et l'éloignement de l'objet, ces images sont plus ou moins éclairées. La différence dans leur éclairage est aussi rendue manifeste en prenant deux objets semblables et en les plaçant à des distances différentes de l'œil.

Les animaux qu'il emploie pour cette démonstration sont les lapins et les cochons d'Inde.

Il fait remarquer également que la pupille garde sa contractilité pendant ce déplacement de l'œil.

---

(1) J'ai eu un grand nombre de fois l'occasion de vérifier ce que j'ai dit en 1854 (Comptes rendus de la Soc. de biol., p. 123 et suiv.). Dans tous les cas où j'ai trouvé des hématozoaires filiformes, j'ai découvert une ou plusieurs filaires, soit dans les muscles de la région sushyoïdienne, soit au milieu des nerfs et des vaisseaux axillaires, après avoir enlevé le sternum. De ces filaires, une au moins était une femelle pleine d'œufs et d'embryons vivants : ces derniers ont la plus grande ressemblance avec les anguillules du sang. Chez les grenouilles exemptes d'hématozoaires, je ne trouve pas de filaires dans les régions que je viens d'indiquer. Je puis prévoir l'existence des hématozoaires, lorsque j'ai constaté la présence de filaires femelles pleines d'embryons vivants et réciproquement. Comment ne verrait-on là qu'une simple coïncidence ?

(2) M. Cl. Bernard m'a dit qu'il avait fait la même observation et qu'il l'avait signalée dans son cours.

(1) Je ne traite pas évidemment ici la question déjà mise en discussion en Allemagne, de savoir si la moelle épinière a une influence quelconque sur les cœurs lymphatiques ou n'en a aucune; pour mon sujet, il me suffit de démontrer que le *curare* influence presque immédiatement les mouvements des cœurs lymphatiques, tandis que la destruction de la moelle ne fait rien de semblable. J'ajouterai toutefois que, sur des grenouilles opérées comme il vient d'être dit, il n'est pas rare de voir les cœurs lymphatiques battre encore pendant vingt-quatre heures et plus.

BIBLIOGRAPHIE.

JOURNAL OF PUBLIC HEALTH AND SANITARY REVIEW INCLUDING THE TRANSACTIONS OF THE EPIDEMIOLOGICAL SOCIETY OF LONDON (JOURNAL D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET REVUE SANITAIRE), éditée à Londres par BENJAMIN W. RICHARDSON.—Numéros de 1 à 6, de mars 1855 à juillet 1856.

La Revue trimestrielle d'hygiène publique que rédige, à Londres, notre savant confrère W. Richardson, a comblé une lacune importante de la littérature médicale périodique en Angleterre. Il manquait à la presse de ce pays, qui fournit à Londres, à Édimbourg, à Dublin, beaucoup plus de publications médicales hebdomadaires, mensuelles, trimestrielles, qu'on n'en compte en France, un organe spécialement chargé de la publication des nombreux matériaux qui s'élaborent aujourd'hui en France, en Allemagne, aux États-Unis et principalement en Angleterre, sur toutes les questions du ressort de l'hygiène publique. En remplissant seulement ce but, le nouveau journal trimestriel serait déjà parfaitement goûté en Angleterre et attirerait en Europe l'attention des personnes qui s'intéressent aux questions sanitaires. L'éditeur a voulu faire plus, il a joint à sa publication une revue sanitaire et y a annexé officiellement les *Transactions de la société épidémiologique de Londres*. A ces deux titres, surtout, la nouvelle publication mérite de figurer dans les comptes-rendus des journaux étrangers. Nous lui consacrons aujourd'hui exceptionnellement une notice spéciale.

Le *Journal de la santé publique* comprend : 1° une partie éditoriale ou exposé sommaire des questions d'hygiène publique qui ont un intérêt d'actualité et qui sont à l'ordre du jour; 2° des mémoires originaux; 3° des revues d'ouvrages récents ou anciens sur les épidémies et l'hygiène publique; 4° la marche et la statistique des épidémies, des épizooties et des épiphyties sur différents points du globe; 5° l'exposé des progrès opérés ou des tentatives faites en matière d'alimentation, d'habillement, de ventilation, et 6° sous le titre de jurisprudence hygiénique, le sixième cadre comprend la revue des actes du parlement, des lois et règlements qui sont du domaine de l'hygiène publique, les faits relatifs aux arts insalubres, à l'état sanitaire des manufactures, des prisons, des maisons de travail, des hospices; aux falsifications des aliments et des boissons.

Ce cadre est plus complet et plus varié que celui des revues on annales d'hygiène publique qui paraissent en France et en Allemagne. Le talent apporté à la rédaction, le soin avec lequel les matériaux sont colligés et la méthode qui préside à leur exposition font honneur à cette publication, qui compte au nombre de ses collaborateurs des praticiens et des hygiénistes d'un grand mérite. Pour la faire connaître complétement à nos lecteurs, nous donnons aujourd'hui le sommaire des matières traitées dans les numéros que nous avons sous les yeux.

A. — MÉMOIRES ORIGINAUX. 1° Conditions sanitaires des classes pauvres en Angleterre. 2° Notes sur plusieurs points de police sanitaire; par R. Druitt. 3° Règles hygiéniques pour l'Afrique occidentale et les autres climats tropicaux; par W. J. Daniell. 4° Méthode à suivre dans l'investigation des questions sanitaires. 5° Note sur la construction et la disposition hygiénique des casernes et des hôpitaux adressée au ministre de la guerre. 6° De l'influence de la diète instinctive sur la prophylaxie et la guérison des maladies; par C. Hunt. 7° De l'enseignement de l'hygiène publique dans les écoles nationales; par W. H. Littelton. 8° D'une épidémie de petite vérole à Québec; par G. D. Gibb. 9° État sanitaire de l'armée anglaise; par J. Davy. 10° Statistique des cimetières comme moyen général de connaître la salubrité de certains districts; par J. Webster. 11° Note sur les enterrements extra-muraux en Irlande, extension de cette mesure à Cork et à d'autres villes; par W. Pickells. 12° Dictionnaire des aliments et des boissons. 13° Statistique des cimetières en Ecosse; par J. Webster. 14° De l'influence des phénomènes atmosphériques sur la production des maladies; par J. A. Hingeston. 15° Mortalité comparée d'un district manufacturier et d'un district agricole. 16° La saison, ses maladies et leur prophylaxie; par B. W. Richardson. 17° Des effets principaux d'un feu de coke dans une église; par J. Davy. 18° Maladies des ouvriers des mines de charbon du comté de Lancastre, de leurs causes et de leur prophylaxie; par W. J. Cox. 19° De la réforme sanitaire; par B. Daniel. 20° Des salles d'asile pour l'enfance et de leur influence défavorable sur la santé; par T. Herbert Davies. 21° Première alimentation des enfants; par J. Brown. 22° De la décomposition des matières fécales considérée comme cause de maladies; par C. H. F. Routh. 23° Des épidémies qui se sont montrées en Europe et dans l'Asie occidentale avant l'ère d'Hippocrate. 24° Police sanitaire des Romains; par A. Haviland. 25° De l'eau au point de vue hygiénique; par W. Richardson.

B. TRANSACTIONS DE LA SOCIÉTÉ ÉPIDÉMIOLOGIQUE. — 1° De la mortalité comparée des grandes villes et des districts ruraux, et des causes qui l'influencent; par J. Snow. 2° Le choléra à Tynemouth, en 1831-32, 1848-49 et 1853; par E. Headlam Greenhow. 3° Des affections intestinales qui se sont développées en Crimée pendant l'hiver de 1854-55. 4° Le choléra à Francfort-sur-le-Mein; par le docteur Varrentrapp. 5° De la diarrhée prémonitoire du choléra; par G. Todd. 6° Des effluves animales et de leurs effets morbides; par R. D. Grainger. 7° Projet pour l'organisation des soins à donner aux classes pauvres pendant les épidémies; par E. H. Sieveking. 8° Influence prophylactique des acides minéraux et végétaux dans le choléra: par J. H. Tucker. 9° De la distribution géographique des maladies et de ses rapports avec les phénomènes naturels; par A. Keith Johnson.

C. COMPTE RENDU DES ÉPIDÉMIES RÉGNANTES. — 1° Maladies régnantes à Londres en décembre 1854, janvier et février 1855. 2° Maladies et phénomènes météorologiques observés à Berlin en novembre et décembre 1854, en janvier et février 1855. 3° Maladies régnantes observées d'après une méthode uniforme, depuis décembre 1854 jusqu'en mai 1856, dans douze villes d'Angleterre. 4° Maladies observées à Londres dans le premier trimestre 1855. 5° Statistique des maladies épidémiques qui régnaient en Irlande dans la nuit du 30 mars 1851. (Le recensement de l'Irlande a tenu compte de l'état de santé des habitants et de la nature des maladies.) 6° Histoire de l'épidémie de choléra à Berlin, en 1853; par M. Müller.

D. TOPOGRAPHIES MÉDICALES. — Indépendamment des nombreux travaux que nous venons de citer, le JOURNAL OF PUBLIC HEALTH contient, sous le titre général de *Sanitary and social science*, des documents statistiques importants sur les villes de Clascow, par Strang; de Swansea, par Michael; de Bedford, par Barker; des districts avoisinant Lambeth Square, par Fraser; sur Bombay, sur Romsey, sur Paris, sur le district d'Hastings, sur les eaux de Londres, sur l'état sanitaire de Dudley, par J. H. Houghton; sur Paddington, sur la mortalité dans la paroisse de Croydon.

On ne finirait point si on voulait citer maintenant les nombreux sujets passés en revue sous les titres *Editorial, Notes, Hygienic Jurisprudence* et *Miscellanea*, dans lesquels les rédacteurs font preuve d'un esprit élevé et d'une connaissance approfondie des sujets relatifs à la science des épidémies et à l'hygiène publique.

THOLOZAN.

VARIÉTÉS.

— Par suite de deux concours ouverts devant la Faculté de médecine de Strasbourg, ont été nommés internes à l'hôpital civil: MM. Ehrmann, Rapp et Sengel; et externes au le même hôpital: MM. Felz, Rapin, Schaumont, Ritzieger et Eichinger.

— M. le docteur Deroubaix, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Bruxelles, a été nommé chevalier de l'ordre de Léopold.

— Son Excellence Méhemmed-Bey, ambassadeur de Turquie à Paris, a bien voulu charger son ambassade d'expédier à Constantinople tous les documents qui lui seraient remis pour la Société impériale de médecine de Constantinople. En remettant ces documents à l'ambassade, on doit en prévenir en même temps M. le docteur Beyran, à l'hôtel de l'ambassade impériale de Turquie, rue de Grenelle, à Paris.

— M. le docteur Valat (d'Autun), membre correspondant de l'Académie de médecine, nous adresse la rectification suivante :

« Je lis à la page 464 de la GAZETTE MÉDICALE (numéro du 26 juillet 1856) que M. le ministre de l'agriculture transmet à l'Académie impériale de médecine un mémoire de M. le docteur Valat, correspondant de l'Académie, à Montpellier, sur le goître épidémique du hameau de Couard (Saône-et-Loire).

» Il y a là deux *errata* que je crois devoir rectifier.

» Enfant de Montpellier, disciple et plusieurs fois lauréat de son illustre Faculté de médecine, j'ai le regret de ne pas être membre correspondant de l'Académie impériale à Montpellier; pourtant j'ai l'honneur de l'être à Autun.

» Cette petite rectification a bien moins d'importance que la seconde, par laquelle je dois rétablir le véritable titre de mon mémoire qui a pour objet non pas le goître épidémique, mais bien le goître endémique du hameau de Couard, de la commune d'Autun.

» Ce second *erratum*, répété dans d'autres journaux, pourrait faire croire à une maladie qui n'a pas existé, au lieu de faire connaître une endémie de goître qui n'existe que trop. »

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

QUELS SONT LES PRINCIPES QUI PEUVENT DIRIGER LES MÉDECINS ET LES MAGISTRATS DANS LA SOLUTION DES QUESTIONS DE VIABILITÉ EN FAIT DE DONATION ET DE TESTAMENT?

A l'occasion d'une opération d'anus artificiel pratiquée chez un enfant nouveau-né qui avait une imperforation de l'anus, dont l'observation a été adressée à l'Académie de médecine par M. Leprestre (de Caen), notre honorable confrère M. Robert a fait un rapport dans lequel il a abordé les deux côtés de la discussion que ce fait pouvait soulever, la question chirurgicale et la question médico-légale, au point de vue de la viabilité. M. Robert s'est demandé s'il fallait sanctionner des doctrines que j'avais exprimées à l'Académie comme interprétation générale de toutes les difformités de ce genre, et qui tendent, sous ce rapport, à prendre pour point de départ, dans la solution de la question, non pas les chances possibles de guérison que la science peut offrir à l'enfant pour prolonger sa vie, mais bien la monstruosité en elle-même, point fixe, stable, et capable d'asseoir une justice uniforme.

Il s'est aussi demandé s'il n'était pas plus rationnel d'envisager la lésion qui s'oppose à la viabilité, en raison de son degré et de ses chances possibles de diminution ou de destruction par des moyens chirurgicaux.

M. Robert a adopté cette dernière manière de voir, et, il faut bien le dire, la discussion qui a suivi ce rapport, d'ailleurs si net et si lucide, n'a pas résolu la question. Nous croyons, dans l'intérêt de la science et surtout dans celui de la justice, devoir la porter sur un autre terrain, celui de la publicité, sans manquer aux égards que nous devons à l'Académie et à son honorable rapporteur.

La question est d'ailleurs tellement grave, qu'elle ne saurait trop appeler l'attention des médecins et des magistrats. Elle ne tend à rien moins qu'à houleverser l'origine du patrimoine et à faire passer sur une autre lignée tout à fait étrangère, des biens qui, dans certains cas, peuvent être d'origine séculaire.

Qu'une grande famille laisse un seul héritier après la mort du dernier de ses rejetons; que cet enfant ait une monstruosité de ce genre, qu'il soit déclaré viable: tous les biens peuvent, dans certaines conditions données, revenir à la mère, qui n'est qu'une alliée de la famille; il suffit pour cela d'une donation ou d'un testament faits dans certaines conditions, et s'il n'y a eu ni donation ni testament la mère héritera toujours de la moitié des biens. On comprend, dès lors, toute la gravité du sujet.

Et d'abord il se présente une question préalable, celle de savoir s'il appartient aux médecins de poser des principes en pareille matière. En d'autres termes, si le médecin consulté par un tribunal ou par une des parties intéressées doit se permettre de résoudre la question de viabilité, ou s'il doit seulement se borner à constater les faits matériels, sauf à laisser aux magistrats le soin d'en tirer les conséquences et d'émettre leur opinion en dehors de toutes les données de la science. Suivant nous, la question de viabilité doit être résolue par le médecin; car le fait matériel est connu, c'est l'interprétation et les conséquences du fait que le magistrat demande.

Certes, on ne nous accusera pas d'avoir cherché dans nos ouvrages à empiéter sur les attributions des jurisconsultes ou des magistrats. Avant nous les Traités de médecine légale étaient peu invoqués par la magistrature à l'appui de leur manière de voir. C'est que les médecins légistes interprétaient la loi non dans l'esprit du législateur qui l'avait créée, non dans sa lettre, mais ils se laissaient diriger *exclusivement dans leur interprétation* par les données de la science, de sorte qu'au lieu de faire une médecine légale pour les besoins *de la loi écrite*, ils faisaient une médecine légale pour la loi à refaire.

Au lieu de répondre à une question posée, ils se livraient à une série de suppositions toutes plus ou moins en dehors de la loi. Guidé par les sages conseils d'un des premiers jurisconsultes en matière criminelle, je me suis entièrement dévié de cette fausse route, et c'est encore aujourd'hui sous l'influence des mêmes idées que j'ai cherché à donner les bases d'une saine interprétation de la loi en matière de viabilité.

Si la cour de cassation ne s'est pas encore prononcée à cet égard, c'est qu'elle n'en a pas eu l'occasion, mais déjà j'ai en faveur de mon opinion le tribunal de Vire qui, adoptant pleinement les opinions émises dans la consultation que j'avais faite dans un cas de ce genre, et contrairement à l'avis de M. Amussat, qui soutenait l'opinion que M. Robert cherche à faire prévaloir, a jugé d'après les principes que j'ai posés. Il paraîtrait que devant la cour de Rennes les parties ont reculé devant un procès en présence d'opinions controversées.

Toutefois, M. Robert a fait sentir toute l'injustice qu'il y aurait à déclarer non viable l'enfant qui aurait une imperforation de l'anus, de l'urètre ou du prépuce, auxquelles il suffirait de la moindre ponction pour le replacer dans les meilleures conditions de viabilité. Il a surtout insisté sur ce fait qu'il ne pouvait y avoir deux justices, l'une pour l'enfant né dans la condition que ne prévient pas toujours l'emploi de secours efficaces, et l'autre dont l'aisance de la famille appelle à son aide les soins les plus éclairés.

Certes ce sont là des circonstances qui au premier abord impressionnent vivement les sentiments de morale et de justice; mais dans une question de ce genre, ce n'est pas un détail qu'il faut voir, c'est un ensemble. Toutefois, afin de chercher à démontrer la justice de nos principes, nous ferons ici ce que nous n'avons pas voulu faire devant l'Académie, nous aborderons la question non-seulement comme principe général, mais encore nous la traiterons comme application aux faits de détails, et nous espérons démontrer que les sentiments de M. Robert sont aussi ceux qui nous animent; mais que la justice est quelquefois forcée d'être injuste pour être juste dans la généralité des cas, ou plutôt qu'elle s'entoure parfois des apparences de l'injustice pour consacrer plus complétement les principes de la justice.

Les articles 725 et 906 du Code civil sont ainsi conçus: 725. « Pour succéder il faut nécessairement exister à l'instant de l'ouverture de la succession; ainsi sont incapables de succéder: 1° celui qui n'est pas encore conçu; 2° l'enfant qui n'est *pas né viable*; 3° etc. »

906. « Pour être capable de recevoir entre vifs, il suffit d'être conçu au moment de la donation; pour être capable de recevoir par testament, il suffit d'être conçu à l'époque du décès du testateur. Néan-

FEUILLETON.

ÉTAT DE LA QUESTION DU SUICIDE (1).

On a beaucoup écrit sur le suicide. On a très-longtemps et très-longuement disserté sur la question de savoir s'il est permis à l'homme de mettre fin à sa vie, ou si cet acte doit être considéré comme un crime. Personne n'ignore que cette question a été très-diversement résolue par les différents écrivains qui s'en sont occupés, mais jamais d'une manière complétement satisfaisante. J. J. Rousseau lui-même, qui a résumé avec tant d'éloquence les raisons alléguées à l'appui des deux opinions contraires, n'a pas été plus heureux que ses devanciers, et la lecture de ses deux admirables lettres ne sert évidemment qu'à démontrer l'impossibilité d'arriver jamais à une solution définitive de ce difficile problème. Est-ce donc à dire que toutes les recherches sur le suicide soient aussi inutiles, et doivent être abandonnées comme tout à fait stériles? Nous sans doute. On s'est peu inquiété jusque dans ces derniers temps de la recherche du principe même de cet acte et des causes si nombreuses et si variées qui peuvent y conduire. On ne s'est pas inquiété davantage de connaître son degré de fréquence, selon les lieux et selon les époques, les mœurs, les formes de gouvernement, etc. Il y avait là cependant une mine féconde à exploiter, et bien autrement digne d'attirer l'attention et les méditations des philosophes. Montesquieu paraît être le seul écrivain, tant du siècle dernier que des époques antérieures, qui en ait entrevu l'importance. Ce grand homme ne craint pas, en effet, d'attribuer une grande influence sur la production du suicide aux circonstances extérieures climatériques et sociales. La fréquence de cet acte chez les Anglais s'explique, selon lui, par une maladie du climat, *qui affecte tellement l'âme, qu'elle peut porter le dégoût de toutes choses jusqu'à celui de la vie*. Puis il ajoute: « Cette action tient à l'état physique de la machine, et est indépendante de toute autre cause. Il y a apparence que c'est un défaut de filtration du suc nerveux; la machine, dont les forces motrices se trouvent à tout moment sans action, est lasse d'elle-même; l'âme ne se sent point de douleur, mais une certaine difficulté de l'existence. La douleur est un mal local qui nous porte à désirer de voir cesser cette douleur: le poids de la vie est un mal qui n'a point de lieu particulier, et qui nous porte au désir de voir finir cette vie (1). »

(1) Ces considérations sont empruntées à un ouvrage que sur le suicide, M. le docteur Lisle se propose de publier très-prochainement. Ce sujet, tant de fois et si diversement traité, avait besoin d'être ramené à des données précises qui pussent servir de point de départ à des études nouvelles. C'est ce que l'auteur nous paraît avoir fait avec succès dans le chapitre qu'on va lire, et qui sert d'introduction à son ouvrage.

(1) ESPRIT DES LOIS, liv. XIV, chap. XII.

moins la donation ou le testament n'auront leur effet qu'autant que l'enfant *sera né viable.* »

Maintenant on a beaucoup disserté sur ce qu'il fallait entendre par viabilité. Chacun a donné sa définition. Or le simple bon sens à la lecture de ces articles indique que le législateur a voulu faire bénéficier d'une donation ou d'un testament l'enfant né avec un degré de perfection d'organisation telle, qu'aux yeux de tout le monde il soit appelé à pouvoir parcourir les phases ordinaires de la vie commune.

S'il naît avec un vice de conformation qui puisse en quoi que ce soit diminuer les chances ordinaires de la vie commune à tous les enfants bien conformés à la naissance, il ne saurait être dans la condition *exigée* par le législateur.

Mais le législateur, en étant aussi absolu, en représentant par un mot qui a *une toute-puissance* la condition de la validité de la donation ou du testament, a justement voulu éviter les interprétations de la science que M. Robert cherche à faire prévaloir. Il savait très-bien en faisant cette loi et en posant cette condition que les vices de conformation étaient relatifs : que les uns ne portaient jamais atteinte à la vie; que si les autres portaient une certaine atteinte à la vie, on pouvait y remédier; que dans certains cas le remède était toujours suivi de succès, et que dans d'autres il était soumis à une foule d'éventualités. Ce sont toutes ces nuances de viabilité relative, qu'il a voulu éviter en disant d'une manière absolue : il faut que l'enfant *soit né viable*, sans quoi le législateur eût ouvert la porte à une foule de procès interminables dont la solution eût été soumise à des interprétations par trop divergentes.

Aussi dans le rapport fait antérieurement par Chabot (de l'Allier), à l'occasion de l'art. 725, trouve-t-on cette phrase : « Lorsqu'un enfant n'est pas né viable, il est aussi réputé n'avoir jamais vécu au moins pour la successibilité; en ce cas c'est la même chose que l'enfant soit mort ou *qu'il naisse pour mourir*, la loi 3e au code *De posthumis* exige que l'enfant naisse *parfait*, c'est-à-dire qu'il ait atteint le terme auquel il est possible qu'il vive. *Non nasci idem est ac non posse vivere; non nasci et natum mori, paria sunt.* (Paul Zacchias.)

Aussi, pour le dire en passant, lorsque dans la discussion à l'Académie M. Moreau a rappelé ce fait, qu'ayant assisté dans ses couches la fille d'un magistrat, dont l'enfant était né vivant à six mois, enfant voué d'ailleurs à la mort après quelques heures, il avait consulté cet illustre magistrat sur le fait de savoir si cet enfant était apte à succéder, qu'il en avait obtenu une réponse affirmative, nous pouvons affirmer que M. Moreau se trompe ou que ce magistrat s'est trompé.

De tout temps la pensée du législateur a été tellement comprise par les cours et tribunaux, que le fait de la vie est à leurs yeux une présomption de viabilité, et que les procès en matière de viabilité ne peuvent s'ouvrir qu'au décès de l'enfant. Ce qui se peut traduire de la manière suivante : Les magistrats ne veulent pas permettre que l'on intente un procès en justice sur une question de viabilité, parce qu'ils ne veulent pas ouvrir la porte à toutes les interprétations diverses que la cause existante de non-viabilité pourrait faire naître; tant que l'enfant vit il est à leurs yeux censé pouvoir vivre.

Maintenant, si au rapport de Chabot et d'après la loi 3e *De posthumis*, l'enfant doit naître *parfait*, toute imperfection qui peut mettre un *obstacle absolu* à la vie doit faire déclarer l'enfant non viable. Ce mot parfait ne saurait pas devoir s'entendre seulement du degré d'organisation acquis pour que la vie s'entretienne, mais bien encore de la perfection de chacun des organes, eu égard à leur conformation. Ensuite, par cela même qu'aucun procès en matière de viabilité ne peut être ouvert qu'après la mort de l'enfant, il est évident que si, dans des circonstances données, vous détruisez cette cause, vous arrêtez toute ouverture à un procès, Mais si vous ne la détruisez pas, l'enfant reste tel qu'il est né, c'est-à-dire avec son imperfection qui le rend impropre à parcourir les phases ordinaires de la vie; il ne saurait donc être déclaré viable. Mais, direz-vous, il est souverainement injuste, il me répugne de déclarer non viable un enfant qui naît avec une petite membrane occlusive de l'anus, et au travers de laquelle il suffit d'introduire le plus mince instrument tranchant pour opérer la sortie des matières et faire rentrer l'enfant dans les conditions ordinairement propres aux autres enfants nouveau-nés. Cela est possible.

Mais remarquez que la loi est votre drapeau avant tout. Bonne ou mauvaise, c'est elle que vous devez suivre; elle domine votre science et votre art. L'une et l'autre doivent plier devant elle. Vous pouvez demander une révision de la loi en invoquant les données de votre science, les progrès de votre art; mais tant que la loi est là, existante, vous devez fournir des lumières propres à éclairer son application, et rien de plus. Or le législateur n'a pas dit que la viabilité *serait relative*; il l'a demandée *entière, absolue*; il a voulu un *enfant parfait*, au point de vue de l'accomplissement des fonctions qui président à l'entretien de la vie. Bornez-vous donc à examiner si l'enfant est né parfait ou imparfait, et lorsqu'à cet égard vous aurez interrogé votre conscience, quand elle vous dira que l'enfant est né avec une imperfection qui, *de sa nature*, a mis obstacle à l'entretien de la vie, ne vous occupez pas de savoir si on aurait pu ou si on n'aurait pas pu détruire cet obstacle. Pénétrez-vous de l'esprit qui a dirigé le législateur dans la confection de la loi, et dites : puisque l'enfant est né imparfait, puisqu'il a succombé à cette imperfection, aux yeux de la loi il ne peut pas être réputé viable.

Faites-le, d'ailleurs, sans préoccupation, sans regrets, car ce n'est pas vous, Monsieur Robert, auquel le magistrat pose la question, c'est à votre science, dont vous êtes le représentant; et il s'adresse à vous, qui la possédez, parce que, lui magistrat, il ne la possède pas; parce qu'il n'est pas apte à juger les conséquences d'une altération d'organisation *innée*; mais il invoque vos lumières, à la condition que vous vous mettrez en son lieu et place, que vous vous pénétrerez de sa pensée, de l'interprétation qu'il donne à la loi, et que le législateur lui a donnée. Il repousse votre science, alors qu'elle prétend bouleverser l'esprit de la loi; il vous repousse vous-même, alors que vous n'êtes plus que l'oracle de votre science.

Mais je veux aller plus loin, et puisque M. Robert est descendu dans l'examen des faits particuliers, je veux y pénétrer avec lui, et j'espère prouver, par la versatilité des résultats, combien il est important d'asseoir des principes qui puissent servir de base aux jugements à rendre en pareille matière.

Prenons d'abord les vices de conformation les plus simples : occlusion de l'anus, du prépuce, de l'urètre, par une membrane, là où il suffit d'une simple ponction ou incision pour rétablir le cours des matières fécales et de l'urine. Si l'opération n'est pas faite, la mort est généra-

---

Il y a, dans cette explication de Montesquieu, quelque chose d'ingénieux et de séduisant qui a pu satisfaire ses contemporains. Mais il n'est plus permis de nos jours de rechercher la vérité dans des théories pures, dans de vaines abstractions ou des hypothèses gratuites. L'observation rigoureuse des faits est devenue, à juste titre, le point de départ et la base de toutes nos connaissances. De ce *positivisme* éclairé, qui forme le principal caractère de notre époque, est née l'application de la statistique à la médecine et à l'étude des questions morales et politiques. Ces sciences si diverses en ont retiré déjà de très-grands avantages. C'est ainsi, sans parler de la médecine, qu'on a pu se rendre compte du mouvement de la population d'un pays et de l'importance de ses richesses industrielles, commerciales ou agricoles. On a même été plus loin; on a demandé à la statistique la solution des plus hautes questions de législation criminelle, d'instruction et de moralité publiques. Celle du suicide devait nécessairement trouver place au milieu de ces recherches si nouvelles. Aussi des faits nombreux ont-ils été recueillis par des travailleurs isolés d'abord, et, un peu plus tard, par les administrations publiques de quelques-uns des principaux pays de l'Europe. Il en est résulté la publication d'un grand nombre de tableaux statistiques plus ou moins exacts et complets dans leurs éléments constitutifs. Laissant désormais de côté la question de savoir s'il est ou non permis à l'homme de se donner la mort, on a cherché à déterminer, à l'aide de ces faits, quelle influence exercent sur le plus ou moins de fréquence des suicides, les climats, les saisons, les sexes, les âges, les formes de gouvernement, les progrès de la civilisation, les bouleversements politiques, les opinions religieuses ou philosophiques, etc.

On est allé plus loin; on a voulu connaître les causes intimes, immédiates de cet acte. On a interrogé avec soin les dernières paroles et les dernières actions des malheureux que le désespoir ou le dégoût de la vie entraînaient à se donner la mort. On est descendu, pour ainsi dire, dans le secret de leur conscience, et l'on s'est demandé si ce désespoir et si ce dégoût, souvent inexplicable, de la vie, n'étaient pas des signes d'une véritable maladie morale. Dès lors la question rentrait, en partie du moins, dans le domaine de la médecine. Mais après avoir constaté que, dans un grand nombre de cas, le suicide est un signe d'aliénation mentale, on a fait, comme il n'arrive que trop souvent, on s'est hâté de conclure du particulier au général, et l'on est arrivé à cette conséquence dont nous démontrerons plus loin l'erreur et le danger, que *le suicide est toujours le résultat d'une affection mentale* qui, après avoir troublé profondément l'intelligence, destitue le malheureux qui en est atteint de toute liberté morale, et le porte fatalement, irrésistiblement, au meurtre de lui-même. C'est ainsi que de conséquence en conséquence on en est arrivé à assimiler au suicide provoqué par des hallucinations ou par le délire de la manie, la mort volontaire de Caton, de Brutus, de Cassius, de Démosthène, etc., et de tant d'autres grands hommes de l'antiquité. On a dû encore ranger sur la même ligne le malheureux qui se tue pour échapper à la terreur de la damnation éternelle ou aux persécutions incessantes d'ennemis invisibles, et l'homme, plus malheureux encore, qui n'a pas la force d'affronter, après avoir vécu dans le luxe et l'abondance, toutes les horreurs de la misère et de la faim. Et comme il est rare qu'on s'arrête lorsqu'une fois on est entré dans la voie de l'exagération et de l'erreur, il s'est trouvé des

lement certaine; si elle est faite, l'enfant est sauvé. La main la moins expérimentée réussira presque toujours.

Ici, deux cas possibles : ou l'enfant va périr par incurie, par négligence, ou parce que sa position sociale est entourée de peu de soins; ou l'enfant appartient à la classe aisée de la société, un médecin sera appelé et il sera sauvé.

Certes, le premier de ces enfants est malheureusement né; il était dans des conditions de viabilité tout à fait semblables au second, et cependant, selon les principes que je pose et que je crois être ceux de la magistrature, il faudrait, en cas de procès, le déclarer non viable, parce qu'il n'était pas *parfait* et parce que la mort a été une conséquence de l'altération qu'il avait apportée en naissant. L'injustice, si injustice il y a, est une conséquence du hasard et de la position sociale de l'enfant. Mais est-ce que, dans tous les événements de la vie, ces circonstances ne viennent pas peser de toute leur influence?

Au surplus, voyons si, dans le système de M. Robert et des médecins qui partagent sa manière de voir, il y aura plus de justice dans les jugements portés.

Au lieu de perforer la membrane anale dans le sens de l'anus, qu'un médecin maladroit la perfore dans la direction de la vessie, qu'il traverse et la membrane d'occlusion et la paroi de l'intestin, qu'il se fasse une infiltration de méconium dans le tissu cellulaire du bassin, et par suite l'inflammation suivie de mort; faudra-t-il encore regarder l'enfant comme étant né viable? Oui, direz-vous, car il a eu pour opérateur un médecin maladroit. Nous voilà donc déjà, pour le cas le plus simple, entré dans la voie d'un bon ou d'un mauvais opérateur.

Mais l'occlusion, au lieu d'être à l'ouverture de l'anus, est à 3 ou 4 centimètres plus haut. Ici ce sont des soins particuliers et de l'adresse qu'il faut déjà exiger du médecin. Mais voici venir un rétrécissement au lieu d'une membrane; comme moi et plus que moi vous en savez les suites; puis arrivent les intersections du rectum de plusieurs centimètres de longueur; puis les duplicatures de l'intestin; puis l'absence de l'anus, etc., tous cas qui, en général, réclament l'établissement d'un anus artificiel. A cet égard, on va poser la question de savoir si cet anus va être pratiqué par la méthode de Littre, ou par celle de Callisen, c'est-à-dire par l'abdomen ou par les lombes. Ici les opinions chirurgicales sont partagées, et vous-même, monsieur Robert, vous n'êtes pas entièrement fixé sur la préférence à donner à telle ou telle manière d'établir l'anus artificiel, car vous avez tout récemment fait faire un progrès à la méthode de Callisen, progrès qui a pour but d'en rendre la pratique moins difficile. Vous avouez d'ailleurs que cette opération est très-délicate; il faut une main exercée et des connaissances anatomiques très-précises pour la pratiquer; il faut, en un mot, la grande habitude des opérations. Enfin, vous paraissez cependant lui donner la préférence. Mais voici bien un autre cas : si l'on opère par la méthode de Callisen et que l'intersection de l'intestin soit placée plus haut que le colon descendant, on a fait un anus artificiel dans la région lombaire, qui ne sert à rien. On a ouvert inutilement l'intestin; il faut aller chercher l'intestin grêle par le ventre; deuxième opération chez le même enfant.

Si maintenant, dans toutes ces opérations, nous invoquons les chances de succès et d'insuccès, en cas d'insuccès direz-vous que l'enfant a reçu, il est vrai, des secours, mais que l'opération aurait réussi si elle avait été mieux faite, ou si elle avait été faite plus tôt, ou s'il ne s'était pas développé telle ou telle inflammation ou tel accident? Ne pourrez-vous pas même arguer du choix du procédé qui a été suivi, et dire qu'on aurait réussi si on s'était adressé à un autre? Peut-être serez-vous obligé d'invoquer des motifs de main plus ou moins maladroite, etc., etc.

Et puis vous conclurez donc quand même que l'enfant doit être réputé viable, car s'il avait été mieux opéré, il aurait pu vivre?

Ne voyez-vous pas se dérouler devant un tribunal une série d'assertions plus ou moins fâcheuses pour la science des médecins et pour le médecin en lui-même? Et après toutes ces discussions plus ou moins savantes, cela est possible, qu'en ressortira-t-il pour la justice? Qu'elle sera un peu moins éclairée qu'auparavant, car son esprit, son jugement, flotteront dans le doute que vous y aurez fait naître, et avec ce doute naîtra le regret d'avoir consulté les hommes de l'art.

Mais il y a plus, M. Velpeau a soulevé un autre ordre de considérations devant l'Académie qui a sa valeur dans la question qui nous occupe : Il est peu de chirurgiens, a-t-il dit, et je parle des chirurgiens qui opèrent, qui n'aient eu assez souvent l'occasion de chercher à remédier à de pareilles imperfections; pour ma part, j'ai pratiqué une dizaine d'opérations de ce genre. S'est-on bien rendu compte du temps que ces enfants ont vécu? Pour moi, je n'en sais rien. Il a, je crois, cité un enfant qui avait vécu un ou deux ans. Or parmi les membres de l'Académie un seul, M. Larrey, a cité un fait dont le succès s'est étendu à cinq ans.

M. Velpeau ajoute : Ces ouvertures naturelles oblitérées que nous ouvrons et que nous rétablissons artificiellement sont-elles bien après l'opération dans les conditions où la nature les produit habituellement? je ne le pense pas. Il serait donc très-curieux de savoir ce que tous ces enfants deviennent.

Ainsi en résumé le plus beau succès dont on ait souvenir, c'est une longévité de cinq ans.

Eh bien! je crois que la généralité des médecins en conviendra, plus on paraît être dans la question, plus on se rapproche des doctrines professées par M. Robert et par les personnes qui partagent sa manière de voir en médecine, je dois même ajouter qu'elles sont nombreuses, plus on entrevoit les injustices nombreuses que commettrait la magistrature si elle se laissait entraîner dans cette voie, en dehors d'ailleurs des procès interminables auxquels elle donnerait occasion. Aujourd'hui elle jugerait dans un sens, demain dans un autre, suivant le talent, l'habileté de l'opérateur, et l'influence de son opinion dans les débats, en raison de sa position sociale. Ce serait bien alors la position sociale de l'enfant qui viendrait peser dans la balance de la justice, par celle du médecin ou de l'avocat plaidant.

Au contraire, d'après les principes que je pose, il y a là une base fixe, c'est l'organisation avec laquelle l'enfant est né. On y a remédié heureusement, tant mieux pour l'enfant et par contre pour la mère; on n'y a pas remédié, ou on y a remédié malheureusement, tant pis pour l'un et pour l'autre. Lorsque j'ai, dans ma lecture à l'Académie, comparé ces principes à ceux qui dirigent les magistrats dans l'application de la loi relative aux blessures, j'ai été dans le vrai.

Vous portez un coup d'une arme quelconque à un individu, même par accident, vous lui ouvrez une artère. Il se trouve là, par hasard,

---

médecins qui ont disserté très-longuement et très-sérieusement dans le but de démontrer que le suicide est *une maladie du cerveau, sui generis*, dont l'anatomie pathologique et l'étiologie physiologique, s'il est permis de s'exprimer ainsi, révèlent incontestablement l'existence. Enfin, quelques-uns, plus habiles ou plus hardis, ont prétendu que toutes les fois qu'un homme se tue, il existe dans son cerveau une modification matérielle, palpable, toujours la même, ou du moins de nature analogue, qui rend parfaitement compte de son action. Seulement ils se sont contentés de proclamer l'existence de cette altération pathologique, et ils ont remis à un autre temps d'en faire connaître les caractères essentiels. Mais jusqu'à ce que cette grande découverte ait été mise au jour, nous ne craindrons pas d'avouer notre complète ignorance, et aussi notre incrédulité, qui est partagée d'ailleurs par un certain nombre de médecins d'aliénés. Ceux-ci ont résisté avec courage à l'entraînement général, et ont protesté de toutes leurs forces contre l'admission d'une doctrine aussi désastreuse. Pour eux, dans un grand nombre de cas, le suicide est une faute ou une faiblesse, mais toujours un acte parfaitement raisonné, et accompli avec une pleine liberté de pensée et de volonté.

La question du suicide est donc encore loin d'être jugée. Bien des points restent à éclaircir, bien des problèmes à résoudre, même au point de vue purement médical. C'est probablement cette considération qui a décidé l'Académie royale de médecine à la mettre au concours pour le prix fondé par madame Bernard de Civrieux. C'est aussi cette conviction qui nous a engagé à entreprendre ces recherches. Nous n'ignorons pas que nous nous chargeons d'une tâche ingrate, et que bien des écueils nous attendent. Peut-être même aurons-nous le malheur de froisser quelques amours-propres en combattant des opinions qui nous paraissent erronées. Mais nous croirions manquer à tous nos devoirs si nous hésitions à faire taire nos convenances et nos prédilections personnelles en présence d'un intérêt aussi sacré que celui de la vérité. Et puis, d'ailleurs, que nous avons à exposer nos propres idées ou à discuter celles des autres, nous aurons toujours soin de ne nous écarter en rien de la dignité et de l'impartialité qui doivent toujours présider aux discussions scientifiques.

Avant d'aller plus loin, il importe de bien s'entendre sur la signification du mot *suicide*. La plupart des auteurs qui ont étudié cette question au point de vue de la médecine ont indifféremment désigné sous ce nom l'acte par lequel un homme se tue, et la maladie qui, d'après eux, est la cause prochaine de cet acte. Il en résulte une confusion dans les termes, qui n'est pas sans quelques inconvénients, surtout pour les lecteurs étrangers à la médecine. Aussi aurons-nous soin, dans tout le cours de ce travail, de ne prendre le mot *suicide* que dans l'acception la plus généralement adoptée, c'est-à-dire pour désigner *l'acte par lequel un homme se donne la mort, quelle que soit d'ailleurs la cause déterminante de cet acte, et le moyen employé pour l'accomplir.*

Ce que nous avons déjà dit du suicide suffit pour faire voir que celui-ci n'est pas seulement un malheur partiel ou une maladie individuelle, dont il importe de rechercher les causes et d'étudier la marche pour en empêcher le retour; mais qu'on doit le regarder en même temps comme un fait général, d'une importance capitale, dont l'étude approfondie devrait appeler sérieusement l'attention des gouvernants et des assemblées délibérantes. Car,

un chirurgien fort à propos pour arrêter l'hémorrhagie et qui sauve le malade d'une mort certaine. Vous êtes traduit en justice pour cause de blessure grave, qui pouvait entraîner la mort. Des secours n'ont pas été donnés, la mort est survenue, c'est une inculpation d'homicide involontaire qui vous conduit sur les bancs du tribunal. Dans l'un et l'autre cas, c'est la même blessure, elle devait avoir la même conséquence; mais la pénalité est différente, suivant le hasard heureux ou malheureux qui en a enrayé les suites ou qui a laissé subsister les conséquences.

Il y a plus, un individu porte un coup de canne sur la tête d'une personne; il en résulte une contusion qui guérit avant vingt jours; il est passible de blessures ayant occasionné une blessure qui a entraîné une incapacité de moins de vingt jours. Dans pareille circonstance, même coup est porté avec la même intensité, n'entraînant pas plus de désordres matériels; mais, par une fatalité inexplicable, survient un érysipèle du cuir chevelu qui entraîne la mort. Vous êtes traduit au tribunal pour blessures ayant entraîné la mort ou pour homicide volontaire ou involontaire, suivant les circonstances du fait. Ainsi, dans ces exemples, que je pourrais multiplier à l'infini et qui ont force d'usage aux tribunaux, si je puis m'exprimer ainsi, on est passible de toutes les conséquences de la lésion première, conséquences heureuses ou malheureuses, parce que les magistrats, prenant pour point de départ la lésion originelle, disent: si la lésion n'avait pas existé, les accidents secondaires ne se seraient pas développés, la mort ne serait pas survenue; donc, la mort a été une conséquence de la blessure; donc on est passible d'avoir causé la mort; sauf l'admission des circonstances atténuantes que l'on peut faire valoir.

Pourquoi donc vouloir lorsque, pour bénéficier d'une donation ou d'un testament, la loi vous demande un enfant viable, parfait d'organisation, que cet enfant ne puisse pas être soumis à toutes les éventualités de ces blessés?

Il n'y a de saine justice que lorsqu'elle est assise sur des principes fixes. Ceux que je pose rentrent entièrement dans l'esprit du législateur qui veut un enfant qui apporte en naissant toutes les conditions ordinaires des enfants qui peuvent vivre; il ne saurait donc être considéré comme viable dans les cas où il naît avec une imperfection d'organisation qui peut mettre obstacle à la vie. C'est là l'esprit de la loi. S'il meurt des suites ou de l'imperfection innée, ou des opérations faites pour la corriger, il ne naît pas viable, car il ne serait pas mort si l'imperfection originelle n'avait pas existé.

Alph. Devergie.

PHYSIOLOGIE.

MÉMOIRE SUR L'APPLICATION DU COMPTEUR A GAZ A LA MENSURATION DE L'AIR RESPIRÉ; par M. Bonnet, professeur à l'École de médecine de Lyon, correspondant de l'Institut.

(Suite et fin. — Voir le nº 28.)

III. — RÉSULTATS OBTENUS DANS DIVERSES MALADIES DU POUMON.

Nous venons de voir que les résultats les plus positifs seraient ceux qu'on aurait obtenus sur des malades dont la capacité respiratoire aurait été mesurée préalablement à l'époque où ils jouissaient de toute leur santé. Les faits de ce genre sont encore peu nombreux; ils méritent d'être cités ici.

M. Hutchinson a examiné un Américain colossal venu à Londres disputer le prix d'une lutte; il était d'une taille de près de 7 pieds et dans toute la puissance de la santé; sa capacité respiratoire était de 434 pouces cubes, soit 7 litres 111 millilitres. Après avoir remporté le prix, il mena une vie oisive et dissolue, et deux ans plus tard (novembre 1844), sa capacité vitale n'était plus que de 390 pouces cubes, soit 6 litres 390 millilitres; on ne constatait d'ailleurs aucun signe de lésion thoracique. A la fin de décembre 1844, elle était descendue à 320, soit 5 litres 243 millilitres. Cet homme succomba en 1854 aux suites d'une tuberculisation pulmonaire subaiguë.

Quant aux malades dont l'état normal n'a pas été préalablement étudié, les observations spirométriques sont extrêmement nombreuses. M. Hutchinson en a fait une série dans la phthisie pulmonaire, dont il s'est exclusivement occupé; Schneevoght et Hecht les ont étendues à l'emphysème pulmonaire, à la bronchite chronique et aux déviations de la taille. De concert avec M. le professeur Tessier (de Lyon), et avec M. Delore, chef de clinique, j'ai appliqué le compteur non-seulement aux lésions dont les auteurs avaient fait l'examen spirométrique, mais à la bronchite capillaire, à la pneumonie et à l'ankylose des côtes et de la colonne vertébrale.

Je vais résumer les faits recueillis dans ces diverses maladies.

A. Phthisie. — M. Hutchinson a soumis à l'examen spirométrique 31 phthisiques, et il a comparé les chiffres observés sur eux avec ceux de leur capacité vitale, calculée d'après leur âge, leur taille et leur poids.

Voici le tableau dans lequel il a résumé ses observations.

PREMIÈRE PÉRIODE DE LA PHTHISIE.

Capacité vitale dans l'état morbide.	Capacité vitale dans l'état sain.
113 pouces cubes.	220 pouces cubes.
115 —	173 —
105 —	173 —
130 —	204 —
128 —	220 —
120 —	229 —
100 —	193 —
140 —	246 —
100 —	204 —
110 —	220 —
136 —	229 —
135 —	204 —
192 —	230 —
225 —	300 —
145 —	220 —
200 —	240 —
185 —	230 —
218 —	240 —
129 —	220 —
344 —	434 —
220 —	260 —
196 —	254 —

ainsi que nous le prouverons plus tard, les suicides augmentent depuis quelques années dans une proportion effrayante. Il semblerait qu'à mesure que le bien-être général et la fortune publique font des progrès, il s'accomplit dans les entrailles de la société un travail de décomposition lente, mais tous les jours plus active, d'où naissent ce facile désespoir, ce dégoût profond de la vie, qui font un si grand nombre de victimes. Serait-ce donc qu'on aurait le droit d'accuser la civilisation de corrompre tout ce qu'elle touche, et de s'écrier, avec Rousseau, que l'homme n'est pas né pour la société, et que la vie sauvage est seule compatible avec sa nature? Cette question, si importante et si délicate, dominera une grande partie de nos recherches; et comme des déclamations vagues, de vaines théories, ne prouvent rien en définitive, nous aurons soin d'appuyer toutes nos déductions sur des chiffres positifs et officiels.

Nous avons déjà dit que, depuis quelques années, des documents statistiques plus ou moins détaillés, tant sur le nombre des suicides que sur les circonstances très-variées qui ont présidé a leur accomplissement, ont été recueillis par les soins de plusieurs gouvernements de l'Europe. Malheureusement il nous a été impossible de nous procurer aucune des recherches de cette nature qui ont été faites à l'étranger, et qui, nous avons quelques raisons de le croire, sont bien moins complètes que celles que nous devons à notre gouvernement. Nous serons donc obligé de nous en tenir à celles qui ont été publiées, depuis 1827, dans les comptes rendus de la justice criminelle. Mais, quoique le chiffre en soit assez élevé pour être concluant, nous ne saurions trop regretter de ne pouvoir le comparer aux premières, et contrôler ainsi les unes par les autres.

Les premiers documents publiés en France par le ministère de la justice remontent, avons nous dit, à 1827. Pendant les premières années, on se contenta de faire connaître le nombre des suicides survenus dans l'année dans chaque département. Ces renseignements, quoique très-incomplets, ne laissaient pas que d'avoir déjà une grande importance, et M. Guerry a su en tirer un grand parti, comme nous le verrons plus tard, dans son bel ouvrage sur la statistique morale de la France. Une innovation radicale fut introduite dans le compte rendu de 1835, par les soins de M. Barthe, alors ministre de la justice. « J'ai dû, dit-il, m'occuper du suicide, cette maladie qui travaille » nos sociétés modernes. Deux nouveaux tableaux présentent, sur les individus qui se sont donné la mort, non-seulement l'indication du lieu de leur » décès, mais de leur sexe, de leur âge, de leur profession, du moins où ils » ont accompli leur triste résolution, et de l'instrument ou des moyens dont » ils ont fait usage (1). »

Un peu plus bas, le ministre ajoute : « Des recherches ont été faites sur les » causes qui ont déterminé les suicides. Mais les résultats ne reposaient pas » sur des bases assez sûres, pour que j'aie cru devoir les publier. Rien, dans » ce compte, ne doit être conjectural : tout doit s'appuyer sur des données » certaines. J'espère pouvoir, l'année prochaine, publier ce document important (2). »

(1) Comptes de la justice criminelle, année 1835, p. 27.
(2) *Idem*, p. 28.

PHTHISIE AVANCÉE.

Capacite vitale dans l'état morbide.	Capacité vitale dans l'état sain.
59 pouces cubes.	135 pouces cubes.
89 —	224 —
108 —	254 —
72 —	135 —
80 —	229 —
75 —	254 —
34 —	246 —
171 —	270 —
60 —	237 —

Afin de faire mieux comprendre ce tableau et de donner nn terme de comparaison entre les observations d'Hntchinson et celles qne nous avons recueillies, nous tradnirons son tableau en mesures françaises.

PREMIÈRE PÉRIODE DE LA PHTHISIE.

Capacité vitale dans l'état morbide.	Capacité vitale dans l'état sain.
1850 centim. cubes.	3605 centim. cubes.
1883 —	2835 —
1719 —	2834 —
2429 —	3342 —
2096 —	3605 —
1965 —	3752 —
1638 —	3162 —
2293 —	4031 —
1638 —	3342 —
1801 —	3606 —
2677 —	3752 —
2584 —	3342 —
3144 —	3769 —
3685 —	4916 —
2385 —	3605 —
2275 —	3932 —
3030 —	3769 —
3570 —	3932 —
2113 —	3605 —
5634 —	7111 —
3603 —	4260 —
3210 —	4162 —

PHTHISIE AVANCÉE.

Capacité vitale dans l'etat morbide.	Capacité vitale dans l'état sain.
966 centim. cubes.	2212 centim. cubes.
1457 —	3670 —
1769 —	4162 —
1179 —	2222 —
1310 —	3752 —
1228 —	4162 —
556 —	4031 —
2800 —	4424 —
982 —	3893 —

Ces tableaux, comme on le voit, s'appliquent à la phthisie peu avancée et à la phthisie approchant dn terme fatal. Dans le premier cas, la moyenne des nombres est de 2 litres 404; or comme la moyenne de l'état normal est, snivant M. Hntchinson, 3 litres 584, on voit que la capacité pulmonaire des phthisiqnes peu avancés est à celle des hommes sains comme 2 litres 404 est à 3 litres 584, en d'autres termes comme 67 est à 100, ce qui se réduit à dire qu'elle n'est que les deux tiers de l'état normal.

Cette moyenne d'une diminntion senlement d'un tiers de la capacité vitale dans la phthisie est loin d'être celle des périodes avancées de cette maladie. Ainsi l'on vnit qne trois des malades observés par Hutchinson inspiraient moins d'un litre d'air, et que, chez l'un d'eux, l'inspiration n'était que de 556 millilitres, chiffre qui n'est guère qne le 1/7 du chiffre normal.

Dans les observations nombreuses que nous avons faites depuis six mois à l'Hôtel-Dieu de Lyon, MM. Teissier, Delore et moi, nous avons souvent constaté dans la phthisie avancée une diminution semblable à celle qui a été observée par Hutchinson. La capacité pulmonaire était bornée à un litre on à trois quarts de litre.

Il importe de ne pas s'exagérer les conséquences de ces observations. A première vue, l'on pourrait croire que chez un phthisique dont la respiration exagérée n'est que d'un litre, la fonction respiratoire est dimiuuée au moins des deux tiers. Il n'en est rien cependant, Il est très-vrai que la limite extrême d'une respiration exagérée offre une diminution aussi considérable; mais il n'en est pas ainsi pour la respiration habituelle. Autant qu'on en peut juger dans des expériences où il est est très-difficile de respirer avec calme et uniformité, les expirations ordinaires sont de 30 a 50 centilitres, dans la phthisie comme dans l'état normal.

B. Catarrhe et emphysème pulmonaires. — Dans les catarrhes pulmonaires, l'on constate également une diminution de la capacité vitale; mais cette diminution est bien moindre que dans la phthisie avancée; ainsi chez les vieillards dont la respiration est déjà diminuée par l'influence seule de l'âge, nous avons trouvé 2 litres, 2 litres 1/4, 2 litres 1/2. La diminution est beaucoup plus prononcée lorsqu'au catarrhe pulmonaire vient se joindre l'emphysème; toujours dans ces cas nous avons trouvé un chiffre inférieur a 2 litres, tel que 1 litre 1/2, 1 litre 1/4; M. le docteur Milliet a même constaté dans un cas que l'expiration exagérée se bornait a un demi-litre. Ces résultats ne doivent pas étonner; après l'expiration la plus grande, il reste dans les poumons une certaine quantité d'air que Hutchinson a appelé air de réserve. Cet air, qui ne se déplace pas, augmente de proportion dans l'emphysème, tandis que l'air qui se meut diminue graduellement.

C. Pneumonie, pleurésie, bronchite capillaire. — Les inductions qu'on peut tirer de l'anatomie pathologique et des sensations des malades font aisément présumer que les pneumonies, les pleurésies, les bronchites capillaires entrainent une diminution de la capacité respiratoire. L'observation confirme ces présomptions. Dans une pneumonie en voie de résolution, nous avons trouvé un litre 1/4, et dans une bronchite capillaire, 3/4 de litre seulement.

D. Roideur de la colonne vertébrale et des côtes. — Des affections rhumatismales peuvent être suivies d'une roideur des articulations des côtes et de celles de la colonne vertébrale. Il est évident que cette diminution de la mobilité du thorax doit entrainer une diminution cor-

L'année d'après, M. Barthe a, en effet, tenu parole : « Des soins particuliers, » dit-il, ont été pris pour que les motifs des suicides fussent recherchés et » constatés avec le plus d'exactitude possible. Votre majesté comprend que » la certitude de ce document ne peut être complète. Tel qu'il est, cependant, » il renferme des éléments assez sûrs pour être d'un grand intérêt (1). »

Nous n'avons cité aussi longuement les paroles dn ministre, que parce qu'elles nous ont parn la meilleure réponse à faire aux attaques dirigées contre l'utilité et l'exactitude de ces comptes rendus, par des médecins estimables, et entre autres par Esquirol. « Ces relevés, dit ce dernier, sont peu propres à éclairer l'histoire du suicide, parce qu'ils manquent ordinairement des documents nécessaires pour en constater la vraie cause et le motif qui a déterminé le snicide; parce qu'on est rarement informé de l'état physique et moral des individus qui se sont tués; parce qu'on ignore si un homme qu'on trouve mort était aliéné, s'il s'est tué par une détermination soudaine de désespoir ou par une résolution réfléchie; parce que, enfin, on ne sait pas s'il est victime d'un assassinat (2). » Il est parfaitement vrai de dire, en effet, que les motifs du snicide, l'état physique et moral des individns qui se sont tués, ne sont pas toujours indiqués d'une manière très-exacte dans les procès-verbaux des juges de paix ou des commissaires de police, sur lesquels ont été faits les relevés du ministère de la justice. Car, comme le dit si bien M. Barthe, on doit comprendre que la certitnde de ce document ne pent être complète. Qui pourra jamais se flatter de voir clairement dans les actions humaines, même les plns simples? Mais est-ce là une raison suffisante pour condamner tous les autres renseignements consignés dans les tableaux statistiques de ce ministère, et s'ensuit-il qu'on ne doive ajouter aucune foi aux indications données par ces procès-verbaux sur l'âge, le sexe, la profession, etc., des suicidés?

Cependant quelque importance que nous reconnaissions aux tableaux publiés par l'administration, nous ne devons pas oublier de signaler une grande lacune qui, toute grave qu'elle est, ne change rien en réalité à la valeur des résultats. Il est constant, en effet, que bien des suicides doivent échapper à la surveillance de l'antorité. Les procureurs généraux ne peuvent faire entrer dans les relevés partiels qu'ils envoient chaque année au ministère de la justice, que ceux qui sont suivis de mort et ont donné lieu à un commencement d'instruction judiciaire. Mais ils doivent nécessairement omettre toutes les tentatives qui, n'étant pas suivies de mort, ne sont pas constatées officiellement, et sont, au contraire, cachées avec beaucoup de soin par les familles. Il est donc certain que les chiffres consignés dans les comptes rendus de la justice criminelle ne représentent pas le chiffre exact des suicides qui se commettent annuellement dans les divers départements de la France. Cependant, tels qu'ils sont, ces chiffres n'en sont pas moins probants; les suicides qui restent inconnus s'accomplissant, selon toutes les probabilités, dans des circonstances analogues, et sous l'inspiration des mêmes causes que ceux qui sont constatés. Ceux-ci, d'ailleurs, représentent une masse assez

(1) Comptes de la justice criminelle, année 1836, p. 27.
(2) Esquirol, Maladies mentales, t. I, p. 576.

respondante de la capacité pulmonaire. Il doit en être de même des déformations de la poitrine dans les déviations de la taille. Ici encore l'observation confirme des présomptions aussi légitimes. Je n'ai trouvé qu'un litre et demi comme maximum de la respiration dans deux cas d'ankylose incomplète de la colonne vertébrale et des côtes, et des auteurs cités par M. Lasègue (ARCH. GÉN. DE MÉD., avril 1856) ont constaté également la diminution de la capacité vitale dans les déviations de la taille ; cet affaiblissement peut atteindre des degrés très-divers, suivant l'étendue et l'ancienneté de la lésion.

En résumé, la diminution de capacité vitale est constante dans toute maladie du poumon ; elle est plus ou moins complète, suivant que la lésion occupe une étendue plus ou moins considérable et qu'elle obstrue davantage les vésicules pulmonaires, mais elle ne fait jamais défaut, circonstance remarquable et qui permet de diagnostiquer immédiatement entre une série d'individus qui viennent successivement souffler dans le compteur, quels sont ceux dont les maladies sont indépendantes de toute lésion des voies respiratoires. On en voit qui portent sur leur facies et dans toute leur habitude les caractères d'une phthisie avancée, et chez lesquels la conservation du type normal de la capacité respiratoire fait immédiatement reconnaître que la source de la consomption est ailleurs que dans les organes thoraciques.

IV. — APPLICATION DE LA SPIROMÉTRIE A LA MÉDECINE PRATIQUE ET A LA PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

On peut appliquer la mesure de la respiration au diagnostic anatomique, à la physiologie pathologique et à l'appréciation des méthodes de traitement.

En ce qui regarde le diagnostic, on présume sans peine que la mesure de l'air respiré doit avoir une utilité assez bornée. Cette mesure montre une diminution constante de la capacité pulmonaire dans toute maladie du poumon ; mais cette diminution est sans rapport avec la nature des lésions ; elle peut aider à juger de leur gravité ; mais elle ne permet pas de les discerner les unes des autres ; toutefois quelques applications utiles peuvent en être faites au diagnostic différentiel.

Lorsque la phthisie est confirmée et qu'elle peut être reconnue par les méthodes ordinaires d'investigation, la spirométrie aide seulement à préciser jusqu'à quel point la fonction respiratoire est profondément troublée. Hutchinson, Schneevoght et Hecht ont pensé qu'elle pourrait suppléer à l'insuffisance des méthodes ordinaires d'investigation, lorsque la phthisie est commençante. Cette espérance est sûrement fondée, lorsqu'il s'agit de malades dont on a mesuré préalablement dans l'état de santé la capacité respiratoire. Une diminution de 16 à 20 pour 100 suffit alors pour éveiller des soupçons légitimes, témoin ce géant dont nous avons cité plus haut l'observation et chez lequel Hutchinson soupçonna une phthisie commençante (diagnostic confirmé plus tard par l'événement), parce que sa capacité vitale de 7 litres s'était réduite à 6 litres.

Mais lorsque l'état normal n'a pas été reconnu expérimentalement et qu'on ne peut l'apprécier que d'après la loi d'Hutchinson sur le rapport du maximum de respiration avec la taille, on comprend sans peine qu'on doive rester incertain sur la signification d'une diminution d'un cinquième. On se demande alors si cette diminution est bien réelle, et si en l'admettant on ne suppose pas une trop grande exactitude au terme de comparaison que la science a donné.

Dans un article publié dans les ARCHIVES DE MÉDECINE (avril 1856), M. Lasègue dit avec beaucoup de raison :

« Où le spiromètre trouve sa véritable application, c'est quand il » s'agit de redresser un diagnostic menaçant, mais qui repose sur une » crainte erronée. Là il constitue peut-être le plus sûr contrôle, et les » cas dans lesquels on peut s'estimer heureux d'y recourir ne sont » rien moins que rares. Là aussi les observations rapportées par les » auteurs ont une précision qui leur fait trop souvent défaut. On y » voit des individus affectés de catarrhes chroniques et supposés tu» berculeux, guérissant sous l'influence d'une médication active, après » qu'on s'est assuré que la capacité vitale du thorax des malades attei» gnait au moins son chiffre normal. Des hémoptoïques sont rassurés » par la même constatation, et la guérison répond aux assurances du » médecin. Schneevoght, Wintrich, le docteur Hecht ont relaté des » cas de ce genre qui échappent à toute objection et qui complètent » les principes posés par Hutchinson. C'est là jusqu'à présent le titre » le mieux établi que le spiromètre puisse invoquer pour prendre » rang parmi les moyens physiques d'exploration médicale. »

L'emploi du compteur m'a souvent montré combien les résultats qu'il donne étaient propres à rassurer des jeunes gens alarmés sans motif : une expiration de 3 à 4 litres ne tardait pas à faire évanouir de leur esprit toute crainte de tuberculisation commençante. Mais, il faut le dire, un effet inverse est produit sur eux, lorsque, par une cause quelconque, ils ne peuvent s'élever au nombre normal. Ceux qui savent le point auquel ils devraient atteindre et qui n'y parviennent pas trouvent dans l'application du compteur des sujets d'inquiétude.

J'ai lieu de penser que lorsqu'il s'agira de distinguer un catarrhe chronique simple d'un catarrhe chronique avec emphysème, la mesure de la respiration pourra fournir des éléments utiles au diagnostic. Dans le catarrhe simple, la capacité vitale ne diminue que d'un tiers à peu près ; dans l'emphysème, cette diminution peut aller au moins jusqu'aux deux tiers.

Des observations analogues permettront aussi de distinguer la bronchite des gros tuyaux de la bronchite capillaire, cette dernière abaissant beaucoup plus que la première le chiffre de la capacité pulmonaire.

La spirométrie utile, quoique dans des limites assez étroites en ce qui regarde le diagnostic, peut être d'une grande importance sous le rapport de la physiologie pathologique. Avec son aide on constate les entraves qu'éprouve la circulation de l'air, et on peut recueillir des éléments précieux pour juger des phénomènes internes de la respiration.

La proportion de l'acide carbonique dans l'air expiré diminue dans toutes les altérations pulmonaires, ainsi que l'ont constaté MM. Hervier et Saint-Lager ; cette diminution peut aller jusqu'à un tiers.

Que l'on ait constaté une semblable diminution chez un phthisique et que l'on reconnaisse que chez lui l'air mis en mouvement n'est que la moitié de celui qui devrait pénétrer dans la poitrine, on en conclura pour l'exhalation de l'acide carbonique n'est que le tiers de celle qui devrait se produire dans l'état de santé.

---

imposante de faits pour donner aux considérations qui vont suivre toute l'autorité d'une observation rigoureuse.

C'est donc dans les comptes rendus de la justice criminelle que nous puiserons la majeure partie des éléments de nos recherches. Aussi tenions-nous beaucoup à les justifier des reproches qui leur ont été adressés. Nos calculs embrasseront la période de dix-sept années, comprise entre 1836 et 1852. Car, ainsi que nous l'avons dit déjà, c'est seulement à dater de 1836 que les comptes rendus ont subi les améliorations demandées par M. Barthe (1). Quant à l'ordre que nous suivrons dans l'exposition de nos idées, il nous est tout naturellement tracé par les considérations qui précèdent. Il ne s'agit pas, en effet, de faire l'histoire d'une maladie, et d'en étudier classiquement les causes, les symptômes, la marche, etc. Nous avons dit en commençant que, pour nous, le *suicide ne constitue pas par lui-même une maladie*, mais qu'on doit le considérer plutôt comme un simple fait, dont les causes productrices sont extrêmement variables. Ce sont donc beaucoup plus ces causes et leur mode d'action que le suicide en lui-même que nous devons étudier. Or celles-ci peuvent se distinguer en deux classes bien définies : les unes, plus générales, indirectes et éloignées, n'agissent qu'avec une extrême lenteur, et tendent, comme à notre insu, à affaiblir en nous l'instinct si puissant qui nous rattache à la vie ; les autres, plus individuelles et plus directes, exercent en même temps une influence plus intime et plus énergique, et peuvent être considérées comme le complément nécessaire des premières. Nous diviserons donc toutes nos recherches sur ce sujet en deux chapitres, dans lesquels nous traiterons successivement de chacun de ces deux ordres de causes et de leur mode d'action dans la production du suicide. Enfin, nous consacrerons un troisième et dernier chapitre à l'étude des moyens les plus propres à prévenir ce funeste penchant, ou à en atténuer les effets.

Dr LISLE.

(1) Page 11.

— On lit dans la GAZETTE MÉDICALE DE LYON : « Notre école de médecine vient d'être l'objet d'un acte de munificence que nous serions coupable de laisser ignorer au public. La famille de M. de Polinière, s'inspirant des sentiments et des intentions de son digne chef, a fait présent à l'École de la bibliothèque de notre regrettable confrère. Ce serait bien mal apprécier une pareille libéralité que de parler de la valeur intrinsèque, pourtant considérable, des trois mille volumes qui composent cette bibliothèque ; car ce qui lui donne le plus de prix, c'est qu'elle est et restera comme un témoignage durable des sentiments paternels et de la bienveillante sollicitude que M. de Polinière montra pendant toute sa vie envers la jeunesse médicale. »

— M. Sardon, médecin aide-major au 3e régiment des grenadiers de la garde, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur par décret du 18 juillet 1856.

Des remarques analogues pourront être faites sur l'oxygène absorbé, qui est toujours proportionnel à l'acide carbonique exhalé; enfin de la quantité d'air expiré, on pourra conclure à celle de la vapeur d'eau qu'il tient en dissolution, puisque l'air de l'expiration est toujours saturé de cette vapeur.

En ce qui regarde l'appréciation thérapeutique, on conçoit sans peine combien la spirométrie peut éviter d'illusions. Comme je l'ai dit en commençant, c'est dans le but de me préserver de ces erreurs que j'ai pensé d'abord à la mesure de l'air respiré. Et sans doute si l'on s'en était servi pour apprécier la valeur de tant de méthodes de traitements préconisées chaque jour contre la phthisie pulmonaire, on n'aurait pas si souvent bercé le public d'espérances que le temps ne devait pas tarder à démentir. Quoi qu'il en soit, la spirométrie et en particulier l'emploi si commode du compteur à gaz ouvre de nouvelles voies au diagnostic, à la physiologie et à l'appréciation des méthodes thérapeutiques, et sans doute si ces voies sont parcourues par un certain nombre de médecins complétant les observations les uns des autres, de nouveaux progrès seront réalisés dans l'étude des maladies de poitrine déjà très-avancée et cependant encore incomplète.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE LA GUTTA-PERCHA, COMME EXCIPIENT DE CERTAINS CAUSTIQUES; DE L'APPLICATION CLINIQUE ET DES EFFETS THÉRAPEUTIQUES DE CES PRÉPARATIONS; par M. MAUNOURY, chirurgien de l'hôpital de Chartres.

La gutta-percha est une gomme qui s'extrait d'un arbre indigène de l'île de Singapour et de plusieurs îles de l'archipel indien.

Pour la recueillir, on pratique sur l'écorce des incisions longitudinales; un suc laiteux en découle et se concrète à l'air; c'est ce suc concrété et mélangé à plusieurs substances étrangères qui est livré au commerce sous le nom de *gutta-percha*.

Alors l'industrie l'épure par des préparations multipliées et la transforme en plaques épaisses ou en feuilles très-minces.

Cette substance précieuse, qui était encore inconnue en France en 1840, fut soumise par la science à de nombreuses expérimentations; l'industrie surtout comprit bientôt ses nombreux avantages et sut en tirer un excellent parti.

La chirurgie a cherché à utiliser la gutta-percha pour certains instruments; des sondes, des pessaires, des canules, des bandes, des attelles pour fractures, etc., etc., furent confectionnés. Ces essais ingénieux n'ont pas reçu dans la pratique le cachet de perfectionnement réel qu'on avait d'abord espéré.

En 1849, nous avons essayé, mon confrère M. Salmon et moi, à l'hôpital de Chartres, les sondes et les bougies, mais elles n'avaient pas la souplesse et le poli des sondes ordinaires et leur usage fut abandonné.

Dans les fractures, nous avons reconnu l'utilité de la gutta-percha comme appareils contentifs et pouvant s'adapter à toutes les saillies et à toutes les anfractuosités du corps; ces appareils ne deviennent en effet rigides qu'après avoir pris les formes voulues, de sorte qu'on ne craint pas une inégalité de pression sur le membre fracturé; aussi leur emploi n'est peut-être pas assez généralisé.

Vers cette même époque, il nous est arrivé de recouvrir des ulcères avec des plaques épaisses de gutta et de laisser ces plaques à demeure pendant quelques jours; mais son application n'a produit qu'un résultat douteux; nous l'avons bientôt délaissée, et aujourd'hui, sauf les attelles pour fractures, on peut dire que tous les instruments en gutta-percha sont abandonnés par les chirurgiens.

En réfléchissant de nouveau sur les propriétés physiques et chimiques de la gutta-percha, j'ai pensé qu'elle avait droit à plus d'honneur, qu'elle ne devait pas rester dans l'arrière-boutique des fabricants d'instruments de chirurgie, mais bien prendre domicile dans l'officine du pharmacien.

En effet, cette substance, dont l'élément principal est un hydrogène carboné, est souple à la température de 30°, malléable et ductile à 60°, fusible à 120°; elle est inconductrice du fluide électrique, insensible aux influences de l'air et de l'eau, inaltérable dans les acides et les alcalis les plus puissants, inaltérable au contact des sels métalliques; elle peut se mouler à volonté sous les doigts du chirurgien : elle peut se mélanger et même se combiner intimement avec un grand nombre de substances médicamenteuses; enfin elle peut retenir intacts, dans ses mailles spongieuses, les caustiques les plus déliquescents, tels que la potasse et le chlorure de zinc, tout en permettant leur exsudation lente et leur action spéciale sur les tissus de l'économie.

Guidé par ces idées générales, je priai M. Robiquet, professeur agrégé à l'École de pharmacie, de me confectionner diverses préparations caustiques, savoir :

1° Les préparations formées de gutta-percha et de potasse, comprenant le type du caustique liquéfiant.

2° Les préparations formées de gutta-percha et de chlorure de zinc, comprenant le type du caustique coagulant.

I. — PRÉPARATIONS DU CAUSTIQUE LIQUÉFIANT COMPOSÉ DE GUTTA-PERCHA ET DE POTASSE.

La gutta-percha, par sa combinaison intime avec la potasse, forme un savonule caustique qui me paraît être un progrès réel en thérapeutique chirurgicale; car par son activité et sa régularité de cautérisation, par sa facilité à être taillé sous différentes formes, je crois que ce savonule est destiné à remplacer, dans plusieurs cas, la pâte de Vienne et le caustique de Filhos.

Il sert à former des cylindres de dimensions variables, des plaques dans lesquelles on taille des pastilles et des languettes plus ou moins larges.

Pour employer ces diverses préparations, il suffit de les tremper pendant une minute dans l'alcool et de les appliquer sur la peau en les maintenant au moyen d'un agglutinatif; la douleur se fait sentir aussitôt, elle se continue d'une demi-heure à quatre heures, suivant l'épaisseur de la pastille; alors une escarre est produite; cette escarre est molle et ne dépasse pas la limite qu'on désire.

Quand on enlève la pastille ou la languette caustique, elle paraît intacte, mais elle a perdu de sa couleur et de son poids.

Les cylindres peuvent remplacer avantageusement le crayon de nitrate d'argent dans un grand nombre de cas; aussi la trousse du chirurgien devrait-elle être pourvue d'un porte-caustique liquéfiant, c'est-à-dire d'un cylindre de gutta-percha, pour agir sur les ganglions ulcérés, sur les chancres indurés et sur les érosions du col de la matrice.

J'ai eu l'occasion de me servir fréquemment de ce savonule caustique, soit pour établir des cautères, soit pour pratiquer l'ouverture des abcès froids ou des abcès par congestion, soit pour gélatinifier la peau, dans l'ablation des tumeurs, soit pour cautériser des tissus indurés; il m'a toujours bien réussi.

Au moyen des cylindres de caustique liquéfiant, on peut atteindre directement les caries osseuses à travers des fistules plus ou moins sinueuses et à des profondeurs plus ou moins considérables; ces cylindres, par leur souplesse et leur ténacité, peuvent s'insinuer dans le trajet flexueux des fistules, pénétrer jusqu'au tissu altéré et modifier ou détruire ces altérations.

On peut laisser un cylindre dans une fistule plus ou moins longtemps, suivant la région du corps, la proximité des gros vaisseaux et le but qu'on veut remplir; l'escarre qui en résulte est d'abord molle, comme de la gelée, d'un brun noirâtre; bientôt elle se durcit et se détache après quatre jours environ.

Si on applique le caustique liquéfiant sur un os carié, il détruit le point osseux malade et hâte le travail d'élimination, sans accident inflammatoire sérieux.

Ce serait un grand bienfait que de pouvoir agir ainsi chimiquement sur ces caries osseuses plus ou moins profondes; car par leurs accidents consécutifs, ce sont elles qui nécessitent le plus fréquemment les amputations ou les resections des membres; ainsi, sur 36 amputations faites à l'Hôtel-Dieu par M. Roux en 1840 et 1841, 25 ont été pratiquées pour des lésions osseuses articulaires ou diaphysaires.

Comme on peut donner à ces cylindres de potasse la longueur, la ténacité et la flexibilité voulues, il est facile d'entourer un membre d'un de ces cylindres caustiques, pour gélatinifier et détruire la peau en quelques heures; je ne doute pas que dans les érysipèles phlegmoneux ou gangréneux des membres consécutifs à des lésions traumatiques, on n'arrête leur marche envahissante par un cercle de cautérisation, et on n'arrive par l'amputation à sauver le malade d'une mort certaine.

Dans deux cas dont l'un nous paraissait désespéré, le premier pour un érysipèle phlegmoneux traumatique du bras, le second à la suite d'une gangrène traumatique de l'avant-bras, alors qu'il n'était plus possible d'amputer au moyen du couteau, mon collègue M. Salmon et moi nous avons eu recours à l'ablation des membres par les caustiques (poudre de Vienne et chlorure de zinc), et nos malades sont guéris.

Pourquoi, dans certains cas, rares il est vrai, ne revient-on pas à cette ancienne méthode, l'amputation par les caustiques, lorsque l'opération par le couteau doit être nécessairement mortelle? Il est vrai l'opération par les caustiques est plus longue pour le chirurgien, plus douloureuse pour le malade; mais elle offre de grandes chances de réussite. *Non cito, non jucunde, sed tuto.*

En général, deux heures suffisent pour détruire la peau dans toute son épaisseur; mais on peut laisser agir les pastilles et les lanières pendant un temps plus long, pendant six heures et plus, je n'ai jamais vu d'accidents: il semble que l'action caustique se règle par l'épaisseur de l'escarre produite.

II. — PRÉPARATIONS DU CAUSTIQUE COAGULANT OU HÉMOSTATIQUE COMPOSÉ DE GUTTA-PERCHA ET DE CHLORURE DE ZINC.

Si les préparations de potasse ont pour effet de détruire les tissus de l'économie, à la condition de les liquéfier, elles ne peuvent être employées que dans une certaine mesure, sur certains tissus et pour un but spécial; la chirurgie doit avoir recours à un autre caustique qui coagule l'albumine et devienne ainsi l'auxiliaire indispensable de la potasse. Le chlorure de zinc possède à un haut degré cette propriété coagulante, de sorte que ces deux substances, douées chacune d'une action spéciale, peuvent, en se prêtant un mutuel appui, concourir à un but thérapeutique commun.

Les préparations de gutta-percha et de chlorure de zinc sont destinées à remplacer, dans certains cas, la pâte de Canquoin et à former un des caustiques les plus précieux en chirurgie.

Le chlorure de zinc est en effet le *caustique par excellence;* Hanke (de Breslaw), qui l'a expérimenté dans les cas de *nævi-materni*, de *fongus hematodes*, de *pustules malignes* et d'*ulcères syphilitiques*, le préférait au sublimé corrosif et au nitrate d'argent, et l'appliquait en poudre sur les parties qu'il voulait cautériser. C'est au docteur Canquoin qu'est dû l'honneur de l'avoir incorporé, à dose variable, dans la farine de froment, et d'avoir composé une pâte souple, facile à manier et à tailler, et douée d'une grande énergie caustique.

La souplesse de cette pâte et sa facilité à être pétrie la rendent très-propre à certaines applications chirurgicales, dans les cas d'ulcérations du col de l'utérus et dans les ulcérations d'épithélioma et de tumeur cancéreuse; mais après un séjour de quelques heures dans les tissus, elle a l'inconvénient de s'humecter des liquides de l'économie, et sa couche superficielle se ramollit en bouillie, de sorte qu'il est impossible de l'extraire en totalité des fistules avec une pince; c'est par parties qu'on parvient à retirer cette bouillie, au moyen d'une curette ou du manche d'une spatule.

Il fallait remédier à cet inconvénient et chercher le moyen de porter le chlorure de zinc dans les profondeurs des tissus et de le retirer à volonté; la gutta-percha peut servir encore ici de porte-caustique; en effet, le chlorure de zinc se mêle intimement à la gutta-percha réduite en fusion sous l'influence d'une température élevée, et forme une pâte dont la consistance varie suivant la proportion du chlorure et la manipulation du pharmacien.

Lorsque le mélange est encore à l'état de mollesse, on peut le transformer en plaques plus ou moins épaisses ou en cylindres plus ou moins volumineux; on peut tailler, dans les plaques, des chevilles ou des lanières, suivant les indications chirurgicales; ces lanières ou ces chevilles peuvent avoir, soit la souplesse et la flexibilité de la pâte Canquoin, soit la dureté de la pierre, ressource précieuse pour le chirurgien, dans les cas d'ablation de tumeurs. En effet, ces chevilles, par leur consistance, peuvent, en quelque sorte, tarauder les tissus morbides, s'insinuer sous les tumeurs, pour en détruire la trame organique ou pénétrer dans les fistules. Ces chevilles ou ces lanières sont retirées intactes, avec des pinces, quelques heures après leur action; seulement elles ont perdu de leur consistance et de leur ténacité, par suite de l'exsudation du chlorure de zinc à travers les pores de la gutta-percha.

Les cylindres peuvent être introduits dans un porte-caustique et servir à l'instar du nitrate d'argent, qu'ils remplaceront avantageusement dans un grand nombre de cas; il faut seulement prendre le soin de ne pas les mettre en contact avec des instruments en fer qui se trouvent oxydés rapidement par le chlorure de zinc.

L'escarre qui résulte de l'action du chlorure de zinc sur les membranes muqueuses ou sur les plaies est d'abord d'un gris piqueté de points rouges, puis blanchâtre; elle est dure et se détache après huit ou dix jours; les tissus se contractent avec une grande énergie sous l'influence de cette cautérisation avec le chlorure de zinc, et les fistules ou les plaies se rétrécissent rapidement.

Le chlorure de zinc n'a pas d'action cautérisante sur la peau recouverte de son épiderme qu'il durcit; il est donc nécessaire de la liquéfier, au moyen de la potasse, avant d'appliquer la préparation de chlorure de zinc.

Si, par sa ténacité et par sa dureté, cette préparation de gutta-percha et de chlorure de zinc doit être préférée, dans plusieurs circonstances, à la pâte Canquoin; comme le chlorure de zinc est seulement à l'état de mélange avec le tissu spongieux de la gutta, il en résulte une exsudation lente à la surface de la plaque ou du cylindre; c'est un léger inconvénient qu'il est facile d'éviter en les saupoudrant d'un peu de farine; cet inconvénient est la réponse à l'objection des chirurgiens qui mettaient en doute l'exsudation et par conséquent l'action énergique de cette préparation.

CONCLUSIONS.

1° Deux caustiques sont en quelque sorte indispensables au chirurgien: *a* un caustique qui liquéfie les tissus en fluidifiant l'albumine, *b* un caustique qui les durcit en coagulant cette albumine.

2° Le type du caustique liquéfiant est la potasse; le type du caustique coagulant est le chlorure de zinc.

3° Ces deux caustiques étant très-déliquescents perdent rapidement, à l'air, leur propriété active, et se conservent difficilement.

4° Leur emploi nécessite leur incorporation à d'autres substances; ainsi la potasse a été unie à la chaux dans le caustique Filhos et le caustique de Vienne; le chlorure de zinc à la farine, dans le caustique Canquoin.

5° Il s'agissait, pour certaines indications thérapeutiques, de rendre ces deux caustiques souples, portatifs, taillables et maniables à volonté, ductiles sous les doigts du chirurgien, et réguliers dans leur action.

6° La gutta-percha, d'après ses propriétés physiques et chimiques, réunit toutes les conditions propres au rôle utile d'excipient de ces deux caustiques.

7° La combinaison de la gutta-percha avec la potasse et celle avec le chlorure de zinc forme deux préparations avec lesquelles on peut confectionner des pastilles, des cylindres et des plaques.

8° Avec ces diverses préparations, il est *facile* de pratiquer des cautères, d'ouvrir des abcès, de cautériser l'intérieur de fistules sinueuses et profondes; il est *possible* de détruire chimiquement les caries osseuses dans presque toutes les régions du corps, d'enlever des tumeurs considérables, et même, dans certaines circonstances, de faire l'amputation d'un membre, jusqu'à l'os.

Il nous reste maintenant à indiquer, par l'analyse de plusieurs faits, l'application clinique et les effets thérapeutiques de ces diverses préparations.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

I. ARCHIVES BELGES DE MÉDECINE MILITAIRE.

Les cahiers des mois de septembre 1855 au mois de février 1856 renferment les travaux originaux suivants: 1° *Histoire du choléra épidémique qui a régné en 1854 dans la garnison de Mons;* par M. Van den Broeck. 2° *De l'action de l'iodure de potassium sur quelques sulfates, et en particulier sur le sulfate de magnésie;* par L. Bihot, pharmacien à Malines. 3° *Extraits des rapports semestriels des hôpitaux et infirmeries militaires.* (Année 1854.) 4° *Pleuro-pneumonie* (doctrine de M. Lebeau, médecin principal); par M. Herpain, adjoint. 5° *Note sur l'alimentation de la troupe;* par M. Legros. 6° *De la conjonctivite diphtérique et de l'emploi du caustique dans les ophthalmies aiguës;* par M. Van Grœfe. (Traduit par M. Binard.) 7° *Moyen facile de constater instantanément la présence de l'iode dans les urines;* par M. Eymael, pharmacien. (Ce moyen consiste à verser goutte à goutte du chlorure de chaux liquide dans l'urine mélangée à un peu d'amidon. Si ce liquide, au lieu d'être acide, était neutre ou alcalin, on commencerait par un peu d'acide chlorhydrique. Ce moyen n'est point nouveau; il y a longtemps qu'on l'emploie dans les hôpitaux de France.)

PLEURO-PNEUMONIE; par M. HERPAIN (doctrine de M. LEBEAU, médecin principal.)

Dans ce mémoire, M. Herpain cherche à déterminer la cause du souffle

tubaire que présente très-souvent, mais non pas constamment, la pneumonie qui a dépassé le premier degré. Après avoir essayé de montrer que l'hépatisation rouge (que M. Andral a nommée ramollissement rouge) était loin d'offrir les conditions de dureté propre à transmettre les vibrations de l'air des bronches, et que parfois d'ailleurs ce souffle avait manqué, dans la pneumonie au second degré, l'auteur en trouve la source dans l'épanchement pleurétique ou la fausse membrane, qui complique, dans les trois quarts des cas, la pneumonie. Le souffle bronchique ne doit donc apparaître que dans la *pleuro-pneumonie*.

Cette opinion expliquerait, d'une manière simple, l'absence assez souvent remarquée de ce souffle chez les vieillards, car ici la pneumonie est assez fréquemment exempte de pleurite.

Un autre signe différentiel entre la pneumonie et la pleuro-pneumonie se trouve dans le sang : dans la première, le sang n'est pas couenneux ; dans la seconde, au contraire, ce liquide se recouvre toujours d'une couenne inflammatoire. Ce cas particulier rentre, du reste, dans la proposition générale suivante, formulée par M. Lebeau :

« Les inflammations simples des muqueuses et des parenchymes ne » donnent point lieu à la formation de la *crusta phlogistica*, laquelle » ne se montre, en général, que dans les inflammations des séreuses. »

Ces lignes résument toute la doctrine de M. Lebeau sur le diagnostic différentiel du siége des inflammations ; c'est aux praticiens qu'il appartient de la soumettre au creuset de l'expérience, afin d'en bien déterminer toute la valeur.

Toutefois nous ajouterons que, pour nous, nous avons vu le sang couenneux dans la simple pneumonie.

II. JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACOLOGIE.

Les numéros du mois d'octobre 1855 au mois de mars 1856 contiennent les mémoires originaux suivants : 1° *De la chlorose et des maladies chlorotiques*, par M. Putégnat. (Suite.) 2° *De quelques états pathologiques des organes de la génération et des moyens de les combattre*, par M. Van den Corput. 3° *Emphysème presque général, fractures des côtes et lésion pulmonaire*, par M. Debourge. 4° *Rétrécissements du rectum par des productions anormales développées dans son voisinage*. 5° *De la douleur, des moyens qu'on peut lui opposer, et spécialement des moyens dits anesthésiques ; quels sont les avantages et les dangers qui peuvent résulter de leur emploi ; comment pourrait-on prévenir ces dangers*, par M. Gimelle. (Suite.) 6° *De l'identité du choléra asiatique et des fièvres paludéennes pernicieuses*, par M. Bourgogne. 7° *Revue de la clinique ophthalmologique de M. Uytterhoeven à l'hôpital Saint-Jean*, par M. Van Holsbeek, élève interne. 8° *Essai sur une méthode infaillible pour faire sûrement les injections dans la tunique vaginale pour la cure radicale de l'hydrocèle, et pour éviter toujours les accidents traumatiques dus aux anciens procédés*, par M. Delbaye. (Ce nouveau procédé consiste, après avoir enfoncé le trocart à la jonction du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs de la tumeur et dégagé le poinçon, à faire pénétrer la canule jusqu'à son évasement en longeant la paroi antérieure du scrotum. En suivant cette manœuvre on évite sûrement de blesser le testicule ou l'épididyme, et l'injection ne risque plus de passer dans les parois scrotales.) 9° *Des diastréphies (perversions), de la volonté et des instincts au point de vue médical et juridique*, par M. Parigot. 10° *Des bons effets obtenus par la cautérisation du larynx avec une solution de nitrate d'argent dans la laryngite chronique intense*, par M. Ancianx. 11° *Histoire de la syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle*, par M. Mandon. 12° *Note à propos du traitement de la colique de plomb par l'iodure de potassium et les sulfureux*, par M. Beaupoil. 13° *De l'emploi du froid après l'opération césarienne*, par M. Metz. 14° *Fracture complète et comminutive de la jambe, rétraction du tendon d'Achille, ténotomie, guérison* (service de M. Uytterboeven), par M. Van Volxen, interne. 15° *Coup de feu à l'épaule chez un enfant ; particularités dignes de remarque*, par M. Liegey. 16° *De l'étranglement herniaire et moyen de le faire cesser sans recourir à l'opération sanglante*, par M. le baron Sentin. 17° *De l'hystéroptose, de son diagnostic différentiel d'avec quelques affections qui peuvent induire en erreur*, par M. Delhaye. 18° *De la pneumonie chronique*, par M. Raimbert. (Mémoire couronné par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.) 19° *Considérations sur le traitement des rétrécissements de l'urètre en général et sur l'urétrotomie périnéale en particulier*, par M. Van Holsbeek.

RÉTRÉCISSEMENT DU RECTUM PAR DES PRODUCTIONS ANORMALES DÉVELOPPÉES DANS SON VOISINAGE, AUTOPSIE, RÉFLEXIONS, OU EXEMPLE REMARQUABLE DE L'ACTION CONSÉCUTIVE DES PESSAIRES SUR LES ORGANES DU PETIT BASSIN ; par M. BOENS.

OBS. — Une femme, âgée de 43 ans et d'une bonne constitution, se présente à l'hôpital le 14 octobre 1854, avec tous les signes d'une occlusion intestinale. Douleurs vives dans tout l'abdomen, qui est très-distendu par des gaz, selles supprimées depuis trois jours, vomissements muqueux et bilieux, face grippée, pouls petit, serré et irrégulier.

Utérus prolabé entre les grandes lèvres, se réduisant très-facilement, mais revenant facilement aussi à sa première position ; ce prolapsus existe depuis l'âge de 15 ans, et afin de maintenir l'organe en place, la malade porte un pessaire depuis cette époque.

En introduisant le doigt dans le vagin, on rencontre une tumeur large et résistante qui semble appartenir au rectum. En explorant ce dernier organe avec l'indicateur, on parvient, après avoir franchi le sphincter, à une ouverture étroite qui occupe à peu près le centre d'une tumeur assez considérable, dure, et qui semble indépendante de l'utérus et de ses annexes. M. Lombard diagnostique un épaississement avec induration des parois du rectum.

Une sonde œsophagienne, conduite sur le doigt au delà des rétrécissements, donna issue à une grande quantité de gaz fétides, ce qui soulagea à l'instant la malade : de l'eau tiède, poussée dans l'intestin à travers la sonde, amena des selles copieuses, et le lendemain cette femme avait presque recouvré sa santé habituelle.

Après quelques alternatives de rechute et d'amélioration, cette malade fut emportée par le choléra, qui sévissait alors dans la localité.

L'autopsie révéla les lésions suivantes :

Le fond de l'utérus a contracté des adhérences fibreuses très-intimes avec les tissus placés en arrière, et surtout avec le rectum et la moitié inférieure du sacrum. Lorsqu'on veut chercher à réduire cet organe, il pivote sur son fond comme sur un axe, et le col seul remonte et va se placer transversalement au niveau du fond même.

Les parois du rectum sont saines, mais à droite et à gauche elles sont comprimées par deux tumeurs fibro-plastiques de la grosseur d'un œuf de pintade. Réunies en arrière par un cordon fibreux libre, de la grosseur du doigt, situé entre le rectum et la face antérieure du sacrum ; elles sont fixées en avant par les adhérences mêmes contractées par le fond de l'utérus avec la paroi antérieure du rectum.

Ainsi, dans cette circonstance, malgré l'habileté reconnue du médecin (c'était M. Lombard), le diagnostic fut en défaut : le rectum était sain, mais il était resserré circulairement, d'une part par le fond de la matrice, d'autre part par des masses fibreuses réunies par un fort cordon de même nature. Les auteurs classiques avaient jusqu'à ce jour donné comme signe différentiel d'un rétrécissement produit par la compression, l'aplatissement de l'intestin ; ce signe, comme on le voit, peut manquer, et à sa place on pourra parfois constater une coarctation circulaire, comme s'il s'agissait des parois elles-mêmes.

Quelle a été la cause première de ces altérations ?

Le rédacteur de l'observation, M. Boens, pense qu'il faut attribuer le développement de cette grave maladie à l'usage prolongé et habituel d'un pessaire, dont la présence aurait amené une inflammation lente, chronique des parties environnantes, et il appelle sur ce point l'attention des chirurgiens. Mais ne pourrait-on pas en trouver aussi bien l'origine dans une habitude honteuse (coït par le rectum) que cette malade avouait avoir contractée ? Quoi qu'il en soit, cette observation nous a paru assez intéressante, sous le rapport de l'anatomie pathologique et du diagnostic, pour lui consacrer ici quelques développements.

DE L'EMPLOI DU FROID APRÈS L'OPÉRATION CÉSARIENNE ; par M. le docteur METZ, conseiller sanitaire du roi de Prusse.

L'une des opérations les plus graves que l'on pratique sur les femmes enceintes est, sans contredit, l'opération césarienne. Il résulte, en effet, des chiffres consignés dans l'ouvrage de Baudelocque, dans ceux plus récents de MM. Velpeau, Mérimann, Figueira, etc., que dans la moitié des cas les femmes ont succombé, malgré les soins dont on les avait entourées. Cette mortalité peut-elle être diminuée par un traitement mieux approprié, et cette grave opération être placée parmi celles qui sont plus simples dans leurs suites ?

M. le docteur Metz pense qu'il en peut être ainsi, lorsqu'on a recours à l'emploi méthodique du froid.

Voici comment il en formule l'application dans son intéressant mémoire.

Dès que l'opérée est placée dans son lit préalablement chauffé, il faut appliquer sur le ventre des compresses imbibées d'eau froide, et que l'on remplace au bout de quelques heures par des vessies pleines de glace.

On administre en même temps des lavements d'eau froide, et l'on fait avaler des pilules de glace.

Ces moyens sont continués tant que la malade s'en trouve bien; on les suspend dès qu'elle témoigne qu'elle en éprouve du malaise, et on ne les reprend que si elle en manifeste de nouveau le désir, et que les phénomènes d'une réaction trop vive tendent à se montrer. En un mot, on se règle, en général, pour continuer ou suspendre le froid, d'après les sensations agréables ou contraires qu'en éprouve l'opérée.

Telle est la méthode générale de traitement adoptée par M. Metz toutes les fois qu'il est appelé à pratiquer l'opération césarienne. Il reste bien entendu que, si une forte diarrhée ou des selles sanguinolentes viennent à se déclarer, si les traits du visage se décomposent avec prolapsus profond, etc., il faudra cesser l'usage des applications à la glace, et les remplacer par l'opium à hautes doses, des frictions mercurielles autour de la plaie et des cataplasmes chauds. Au reste, le froid ainsi employé n'a jamais empêché les lochies et la sueur de couler, ou la sécrétion laiteuse d'avoir lieu.

Les succès obtenus par M. Metz et d'autres médecins allemands semblent parler hautement en faveur de cette méthode réfrigérante; car sur huit cas insérés dans ce mémoire, sept fois l'issue fut heureuse; la mort, dans la huitième observation, n'arriva même que le onzième jour. Or si cette proportion, réellement extraordinaire, de succès, doit se maintenir par la suite, M. Metz aura bien mérité de la science et de l'humanité en introduisant une méthode de traitement qui rendrait aussi bénigne une opération jusqu'ici si redoutable.

CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE EN GÉNÉRAL, ET SUR L'URETROTOMIE PÉRINÉALE EN PARTICULIER; par M. VAN HOLSBEEK.

L'étude des retrécissements de l'urètre intéresse au plus haut degré les praticiens à cause de leur fréquence et des dangers auxquels sont exposés les malades. Aussi ces dernières années ont-elles vu paraître un grand nombre de publications sur le traitement de ces affections. Mais les chirurgiens sont loin d'être d'accord sur la meilleure méthode thérapeutique à leur opposer. M. Van Holsbeek, après avoir successivement passé en revue la plupart de ces procédés, arrive à préconiser comme le moyen le plus sûrement curatif, l'urétrotomie périnéale ou boutonnière. Il préfère cette opération à tout autre mode de traitement, lorsque le rétrécissement « est très-étroit ou infranchissable, » et que la dilatation est difficile à obtenir ou a conserver. » Telle est, du reste, la méthode adoptée avec succès en Belgique par M. Uytterhoeven, professeur de clinique chirurgicale. Cinq observation viennent appuyer cette pratique, que nous retrouvons déjà préconisée en France, en 1851, par M. Vidal (de Cassis) (TRAITÉ DE PATHOLOGIE EXTERNE). « Selon moi, disait-il, on dédaigne trop la houtonnière; on lui attribue » des difficultés, des dangers exagérés, et je crois que cette opération » se popularisera à mesure que l'anatomie du périnée sera plus vulgarisée. » Le mémoire de M. Van Holsbeek et la pratique de son maître, M. Uytterhoeven, semblent, en effet, donner une sanction complète à ces paroles de l'auteur français, qui les avait précédés comme on le voit dans l'idée de cette application de l'opération de la houtonnière aux rétrécissements urétraux.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 28 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE.

MÉMOIRE SUR L'EMPLOI DE L'ÉTHER COMME ANTIDOTE DU CHLOROFORME; par M. A. FABRE.

(Commissaires : MM. Flourens, J. Cloquet et Jobert de Lamballe.)

L'éther détermine dans l'économie animale des effets opposés, suivant les doses qu'on emploie, suivant la fréquence et la durée des inhalations. Il est d'abord excitant; ce n'est que par des inhalations prolongées, à des doses élevées, qu'il devient anesthésique. Sa principale propriété est d'être excitant; aussi tous les auteurs de thérapeutique le placent-ils à la tête des stimulants diffusibles : il est d'un usage vulgaire et quotidien contre les défaillances, les syncopes et les léthargies. Il était donc rationnel de l'employer comme stimulant pour neutraliser les effets hyposthénisants, pour remédier aux défaillances et aux syncopes que détermine le chloroforme : les prévisions de la théorie ont été réalisées par l'expérience, ainsi que je crois le démontrer dans ce travail, qui est basé sur 117 expériences.

Avant d'exposer les résultats que j'ai obtenus, je dois indiquer mon mode d'administration et déterminer mes points de repère.

J'ai administré l'éther en inhalations intermittentes, à la dose d'une demi-cuillerée à café, versée sur une éponge et placée devant la bouche entr'ouverte du sujet à jeun (lapin ou cochon d'Inde). Mes deux points de repère sont le sommeil ou suspension de la vie animale, et le réveil ou retour du sujet à la station sur ses quatre membres.

J'ai examiné les effets de l'éther sur la durée du sommeil anesthésique produit par le chloroforme, sur les fonctions de l'économie modifiées ou suspendues par cet agent. Pour constater l'influence de l'éther sur la durée du sommeil, j'ai mesuré, d'une part, la durée moyenne du sommeil anesthésique non troublé, d'autre part la durée moyenne de celui contre lequel a été employé l'éther. Quinze fois, après avoir endormi des lapins par le chloroforme, je les ai abandonnés à eux-mêmes : la durée moyenne du sommeil a été de vingt et une minutes. Cinquante fois j'ai administré l'éther à des lapins endormis par le chloroforme : l'un d'eux était dans un état complet de mort apparente; trois râlaient; chez trois autres les battements du cœur étaient imperceptibles. La durée moyenne du sommeil a été réduite a quatre minutes; huit fois le réveil a été immédiat. J'ai fait de plus des expériences comparatives sur des sujets également conditionnés et sur les mêmes sujets. Je suis allé plus loin : deux fois, trois fois et même quatre fois de suite, j'ai endormi par le chloroforme et réveillé par l'éther le même animal, sans laisser le moindre intervalle entre les inhalations du chloroforme et celles d'éther, et réciproquement.

L'éther activait d'abord les mouvements de la respiration et les battements du cœur. En même temps ou peu après, les fonctions de la vie animale reprenaient leur cours, les paupières se mouvaient, puis les mâchoires se contractaient, le sujet relevait la tête et remuait les membres; par un nouveau progrès, il se maintenait sur ses membres antérieurs, essayant en même temps de se redresser sur ses membres postérieurs, et consumant parfois plusieurs minutes pour arriver à ce dernier résultat. Mais si les inhalations intermittentes d'éther à dose modérée neutralisent si bien l'action adynamique et anesthésique du chloroforme, les fortes doses, au contraire, et surtout les inhalations continues, reproduisent le sommeil s'il a cessé, le rendent plus profond et même mortel s'il existe déjà. Administré pendant la période d'excitation déterminée par le chloroforme, l'éther maintient l'excitation : ce sont deux actions semblables qui se succèdent, mais ne se neutralisent pas. Si dans cette circonstance on en continue l'emploi, l'éther produit le sommeil après un temps dont la longueur est en raison inverse des doses inhalées. Quand j'ai versé sur la même éponge la dose ordinaire de chloroforme (une forte cuillerée à café) et une quantité d'éther égale ou un peu plus considérable, le mélange a agi comme l'aurait fait le chloroforme seul. Mais quand à la même dose de chloroforme, je n'ai mêlé qu'une quantité d'éther de moitié moindre, la période d'excitation a été évidemment prolongée. Dans le premier cas, ces deux substances possédant des propriétés semblables ne sont pas neutralisées; dans le second, l'action stimulante de l'éther a entravé l'influence adynamique et anesthésique du chloroforme. Ainsi l'éther, convenablement employé, est un antidote *physiologique* du chloroforme. Est-il le seul? est-il le meilleur? C'est ce qu'il convenait d'examiner.

Les propriétés excitantes de l'ammoniaque, les avantages que les chirurgiens en ont quelquefois obtenus pour faire cesser le sommeil anesthésique, m'engageaient à l'employer dans le même but. Je l'ai comparée à l'éther; elle m'a paru moins efficace que ce dernier. D'un autre côté, guidé par une loi générale, j'ai essayé les inhalations continues d'ammoniaque à forte dose pour produire l'anesthésie. Huit fois j'ai par ce moyen déterminé chez des lapins un sommeil semblable à celui du chloroforme, où la résolution musculaire était complète et la sensibilité, soit perdue, soit fortement émoussée. Ce sommeil abandonné à lui-même a duré en moyenne un quart d'heure; l'éther le dissipait dans une minute.

Toujours guidé par cette loi qui veut qu'un même agent, suivant certaines conditions, détermine dans l'économie animale des effets opposés, j'ai employé aussi l'aldéhyde pour faire cesser le sommeil anesthésique. C'est encore un antidote du chloroforme, mais moins efficace que l'éther. J'ai aussi administré l'ammoniaque, l'aldéhyde et le chloroforme, en qualité de stimulants, comme antidotes de l'éther agent anesthésique. Le chloroforme ne m'a réussi qu'en inhalations très-courtes et à faible dose.

La médecine peut retirer de ces expériences un triple avantage :

I. L'emploi du chloroforme deviendra moins dangereux, plus fréquent et plus utile : moins dangereux, parce qu'en activant les fonctions de l'économie ralenties ou suspendues par le chloroforme, l'éther doit remédier aux accidents que détermine cet agent; plus fréquent et plus utile, parce qu'on pourra désormais employer le chloroforme chez les sujets débiles, sans avoir à redouter l'adynamie qui en accompagne et quelquefois en suit l'administration; parce qu'on y recourra sans crainte et à plusieurs reprises dans les opérations multiples, dans les opérations longues, à plusieurs temps douloureux, dans les accouchements; enfin parce qu'on ne doit plus redouter l'anesthésie complète, et quepar conséquent on ne s'arrêtera plus à cette période de demi-sommeil où la sensibilité est seulement émoussée, quelquefois même encore exaltée.

II. La science sera mieux éclairée sur le mode d'action de cette classe d'antidotes que j'appelle physiologiques, et sur les moyens de les reconnaître. Je dirai au sujet de ces antidotes, en m'appuyant sur l'exemple de l'éther, du chloroforme, de l'aldehyde et de l'ammoniaque, qu'ils peuvent déterminer dans l'économie des effets opposés, suivant certaines conditions dont les

doses sont les principales; que l'une de ces catégories d'effets est semblable aux effets toxiques (1) de la substance qu'ils peuvent antidoter; que l'autre est opposée à l'influence toxique. Il est évident pour moi que c'est en vertu de cette seconde action opposée à l'influence toxique, et non pas en vertu d'un principe de similitude qu'agissent ces antidotes. Il n'en est pas moins vrai que par la connaissance seule des propriétés anesthésiques de l'aldéhyde je suis arrivé à présumer et à employer les propriétés anti-anesthésiques de cet agent. Mais on peut aussi, et à plus forte raison, en ne connaissant d'une substance que les propriétés qui sont opposées à une action toxique, l'utiliser comme antidote; c'est ainsi que j'ai administré l'ammoniaque. On peut enfin connaître chez un même agent ces deux catégories de propriétés opposées, et employer l'une pour détruire des effets semblables à ceux que détermine l'antre; c'est ce que j'ai fait avec l'éther. Il résulte encore de ces expériences que deux substances qui s'antidotent si on les emploie à des doses différentes, agissent au contraire dans le même sens si on les administre en proportion relativement égales; c'est ainsi qu'un mélange d'éther et de chloroforme peut déterminer l'anesthésie. Bien plus, c'est parmi les succédanés qu'il faut chercher les antidotes, et réciproquement. Ces conclusions intéressent à la fois la thérapeutique des empoisonnements, qu'elles enrichissent de règles sûres et de moyens puissants, et l'expérimentation clinique, qu'elles délivrent de ses dangers.

III. Enfin un résultat de cette découverte, c'est qu'elle confirme d'une manière évidente ce principe important qu'un même agent peut, suivant des conditions connues, déterminer dans l'économie animale des effets opposés.

DESCRIPTION D'UN SPIROMÈTRE; par M. J. GUILLET.

(Commissaires : MM. Combes, Cl. Bernard.)

Je me suis proposé de faire exécuter un instrument portatif et d'un emploi commode, qui pût servir à rendre plus faciles les expériences spirométriques, tout en permettant d'obtenir le degré d'exactitude qu'on a intérêt à rechercher.

J'ai pris un tube en laiton formé d'une partie cylindrique, se raccordant avec une partie légèrement courbée. L'axe de la portion cylindrique vient rencontrer la paroi de la partie recourbée après un trajet de 40 millimètres environ dans l'intérieur du tube. Une hélice à ailes très-légères a été placée dans la partie cylindrique et montée sur un axe dont l'une des extrémités sort du tube à travers la paroi, et porte une vis sans fin qui donne le mouvement à un compteur.

Dans les premiers essais que j'ai faits, je me suis servi d'un moteur en aluminium dont les ailes avaient la forme des surfaces hélicoïdales de la vis à filet carré; j'ai pu, après avoir étudié les limites des variations des grandeurs que je me proposais de mesurer, substituer à ce moteur, qui a l'inconvénient d'être d'une exécution très-difficile, un petit moulinet analogue à celui des anémomètres de M. Combes.

Le compteur enregistre le nombre des tours du moulinet, de 0 à 1200, au moyen d'une seule aiguille, qui marque sur un cadran fixe les unités, et sur un cadran mobile les cinquantaines du nombre des tours.

La vis sans fin et le compteur sont enfermés dans une boîte fenestrée.

La mesure du volume de l'air que l'on peut expirer, après une inspiration aussi forte que possible (ce que M. Hutchinson appelle la *capacité vitale*), donnant des nombres sensiblement constants pour une même personne, je me suis préoccupé de savoir si mon instrument pourrait servir à obtenir cette mesure avec une exactitude suffisante. Le volume à mesurer varie à peu près de 2 à 6 litres, et la vitesse du courant, dans un tube de 15 millimètres de diamètre, est d'environ 3 mètres par seconde au minimum. Dans ces limites, on peut obtenir l'approximation d'un décilitre, en considérant la quantité d'air qui passe comme proportionnelle au nombre des tours du moulinet. Je ne crois pas qu'il y ait intérêt à rechercher une plus grande précision dans la mesure d'une quantité qui est elle-même un peu variable. Les expérimentateurs qui se sont occupés de cette question ne m'ont pas paru s'être inquiétés d'obtenir une exactitude plus grande; le peu d'élévation des moyennes de M. Hutchinson permet de croire qu'il a négligé de tenir compte de la diminution de volume qu'éprouve l'air saturé à 40 degrés qui sort de la poitrine, quand il traverse l'eau de son gazomètre, variation considérable qui peut amener une erreur de près d'un litre sur de fortes expirations. La même correction est nécessaire pour rectifier les chiffres que donne le compteur à gaz, dont les indications ne peuvent pas être considérées comme exactes dans les grandes vitesses.

L'instrument peut servir encore à étudier la respiration chez l'homme et les animaux dans diverses circonstances. On peut faire respirer à travers le tube; l'effort nécessaire est assez faible pour que les malades eux-mêmes n'en éprouvent pas de gêne. Les oscillations de l'aiguille, variables de durée et d'amplitude, fournissent des données dont on pourra peut-être faire ressortir l'importance quand on aura expérimenté sur le sujet. En mettant un encliquetage à l'une des zones dentées du compteur, et faisant ainsi que le mouvement ne soit possible que dans un sens, on peut mesurer approximativement la somme d'un certain nombre d'inspirations ou d'expirations faites à travers le tube. Quoique je n'aie pas encore un nombre de mesures assez considérable pour en publier les résultats, j'ai pu constater que la loi empirique de M. Hutchinson (que l'accroissement de la capacité vitale est proportionnel à l'accroissement de la taille) se vérifie à peu près dans la majorité des cas. Les chiffres qu'il donne peuvent être pris pour des minima, et je pense avec lui qu'une capacité vitale inférieure à celle qu'il indique peut être considérée comme un indice d'un état de maladie. Je ne mets pas en doute cependant que le premier degré d'approximation que donne cette formule, qui se recommande à la pratique par son extrême simplicité, ne puisse être dépassée si l'on veut expérimenter avec soin.

(1) J'entends ici par action toxique celle qui détruit, pervertit ou suspend une ou plusieurs fonctions de l'économie.

RECHERCHES SUR L'OZONE; remarques de M. SCOUTETTEN à l'occasion d'une communication récente de M. CLOEZ.

(Commissaires précédemment nommés : MM. Becquerel, Regnault, J. Cloquet.)

..... M. Cloëz me prête une opinion contraire à ma pensée lorsqu'il dit : « On ne peut pas admettre, comme M. Schœnbein l'a avancé, et comme l'a répété dernièrement M. Scoutetten, que la lumière ozonise l'air. »

J'ai dit, au contraire, dans mon mémoire présenté à l'Académie, après avoir rapporté plusieurs expériences qui me sont propres : « Ainsi se trouve » démontré que ce n'est pas par la décomposition de l'eau que l'ozone se » forme, mais bien par le dégagement de l'oxygène dissous dans ce liquide, » et que le gaz s'électrise par la réaction chimique opérée quand l'eau se vaporise et abandonne les sels qu'elle tient en dissolution; si l'eau est pure, » elle ne fournit ni oxygène, ni électricité libre. Cette expérience démontre » encore que les rayons solaires n'exaltent pas directement les propriétés » oxydantes de l'oxygène, qu'il faut pour cela une réaction chimique concomitante, sans laquelle ils sont impuissants. »

Ce passage prouve que l'assertion de M. Cloëz est complétement opposée à ma pensée, et que l'opinion qu'il me prête est précisément l'inverse de celle à laquelle m'ont conduit mes expériences et mes recherches.

Les conclusions du mémoire de M. Cloëz renferment encore cette phrase : « Il résulte, en outre, de mes expériences, que l'oxygène dégagé par les » parties vertes des plantes est sans influence sur la coloration du pus. »

J'affirme, au contraire, en m'appuyant sur les expériences de chaque jour, que les parties vertes des plantes fournissent constamment de l'ozone, et que celui-ci colore le papier préparé avec l'iodure de potassium et l'amidon. L'expérience peut être faite partout, sur une prairie, dans un jardin, et même à la croisée d'un appartement. Il suffit, pour s'en convaincre, de prendre des feuilles d'arbre, d'une plante herbacée, d'un végétal quelconque, de les recouvrir d'un globe en verre portant à son sommet, et intérieurement, une bandelette de papier ozonoscopique, d'exposer l'appareil à la lumière directe, que le soleil brille ou qu'il soit éclipsé par les nuages, et, en moins d'une heure, on verra la réaction commencer et le phénomène s'accomplir.

DES CONDITIONS QUI FONT VARIER CHEZ LES GRENOUILLES LA DURÉE DE LA CONTRACTION MUSCULAIRE APRÈS LA MORT. — EXPÉRIENCES RELATIVES A LA CAUSE DE LA CONTRACTION INDUITE; lettre de M. MATTEUCCI à M. CL. BERNARD.

Je vous ai parlé, dans mes dernières communications, de la différence que les muscles de grenouilles présentent dans leur degré de contractibilité après la mort, suivant le volume de l'air dans lequel ces muscles sont placés. J'insiste sur une condition essentielle pour bien réussir dans ces expériences, qui est celle d'employer, pour faire passer le courant dans les grenouilles, des électrodes de fer et une pile de deux éléments au plus (zinc et cuivre, et l'eau légèrement acidulée).

Avant de commencer les expériences, je remplis le flacon d'eau de puits, à travers laquelle je fais passer le courant pendant un temps beaucoup plus long que celui de la durée des expériences faites avec les grenouilles, et je m'assure ainsi que la très-petite quantité d'oxygène qui se dégage sur l'électrode positif va tout entière oxyder légèrement le fil de fer. Si alors on compare la durée de l'irritabilité mise en jeu par le passage renouvelé du courant entre des muscles de grenouilles laissées à l'air et d'autres renfermées dans un petit flacon, on s'assure facilement que dans ce second cas l'irritabilité cesse beaucoup plus tôt que dans le premier. Cette vérification peut se faire, soit en excitant avec le courant les nerfs lombaires, soit en agissant sur les muscles mêmes. On arrive aussi à la même conclusion en tenant compte du temps pendant lequel il faut prolonger le repos des muscles qui ont été fatigués par l'action prolongée du courant, pour obtenir de nouveau la contraction. Un effet analogue à celui de l'air libre peut s'obtenir en ayant une solution de potasse dans le flacon où sont les grenouilles. C'est probablement à la même cause qu'on doit la plus longue durée de l'irritabilité des muscles de grenouilles qui ont été plongées pendant quelques secondes dans une solution alcaline excessivement diluée, comparée à celle d'autres qui n'ont pas subi cette opération. Je dois enfin vous signaler à ce propos une différence constante qui se manifeste sur des muscles fatigués, lorsqu'on les laisse en repos pendant un certain temps. Je suppose qu'on agisse comparativement sur des muscles laissés dans l'air libre et sur d'autres muscles semblables renfermés dans un flacon : c'est un fait constant et hors de doute que le même temps de repos produit un effet plus grand sur les muscles laissés à l'air que sur ceux renfermés dans le flacon, ou bien que pour rétablir la contractibilité il faut un temps beaucoup plus court pour les premiers que pour les seconds. Ce fait, qui est bien d'accord avec tout ce que nous savons maintenant sur la respiration musculaire et sur sa liaison avec la contraction, nous met sur la voie de concevoir de quelle manière le repos agit pour rétablir l'irritabilité musculaire. Je passe maintenant à la *contraction induite*.

Pendant plusieurs années, j'ai fait un grand nombre d'efforts inutiles pour découvrir la nature de ce phénomène, et c'est M. du Bois-Reymond qui, à l'aide d'un instrument très-délicat, a mis hors de doute qu'en ayant dans le circuit du galvanomètre un muscle, de manière que l'aiguille soit déviée par le courant musculaire, on voit constamment, en faisant contracter ce muscle, l'aiguille descendre rapidement, et pendant les contractions osciller du côté opposé du cadran. L'auteur de cette découverte explique ces faits par « une variation négative du courant musculaire », ce qui oblige, comme M. Pouillet l'a montré dans son remarquable rapport, et comme M. du Bois-Reymond lui-même le dit, d'avoir toujours dans le circuit une force électromotrice de sens opposé à celle qui maintient la déviation de l'aiguille. Alors, en admettant que, pendant la contraction d'un membre, son courant musculaire diminue, la force électromotrice opposée devient prévalente. En employant un muscle simple, tel qu'un gastrocnémien, la force électromotrice opposée est la polarisation des lames de platine. En employant deux membres de grenouilles dont les courants circulent en sens contraire, si l'un fait contracter un des membres seulement, c'est le courant de l'autre membre qui, laissé en repos, selon l'idée de M. du Bois-Reymond, devient prévalent.

Tel était l'état de nos connaissances à l'époque du rapport de M. Pouillet. Depuis ce temps, j'ai publié dans les PHIL. TRANS. DE LA S. R. de 1850 un mémoire qui forme la neuvième série de mes recherches électrophysiologiques, dans lequel j'ai décrit les expériences tentées relativement à la cause de la *contraction induite*, n'ayant recours qu'à la grenouille galvanoscopique. J'ai déjà annoncé que j'ai repris dernièrement ces mêmes expériences, en étudiant comparativement les effets de la contraction musculaire et ceux de la fonction électrique de la torpille sur la grenouille galvanoscopique. Je considère à la suite de ces expériences comme hors de doute que la cause de la contraction induite et du phénomène découvert par M. du Bois-Reymond avec le galvanomètre consiste dans un courant, dans une décharge électrique qui a eu lieu dans les muscles au moment de la contraction, et qui est dirigée, pour les membres de la grenouille, dans tout arc externe, des extrémités aux parties supérieures de l'animal. C'est dans mon mémoire que je décris ces expériences et les déductions qu'on peut en tirer. Je ne veux pour le moment que vous faire connaître un procédé très-simple, à l'aide duquel j'ai réussi avec le galvanomètre à mettre hors de doute la nature de la contraction induite, en arrivant à la même conclusion que celle que j'ai tirée de l'usage de la grenouille galvanoscopique.

Ce procédé, à l'aide duquel on fait disparaître entièrement les polarités secondaires et que j'avais employé dans le temps pour étudier l'action chimique des courants induits, appartient à un jeune savant français, M. Jules Regnauld. Au lieu de former les extrémités du galvanomètre avec des lames de platine, on emploie deux lames de zinc distillé ou bien deux lames de zinc laminé et complétement amalgamé. Ces lames plongent dans une solution de sulfate de zinc neutre et saturée. Cette solution est contenue dans deux petits verres préparés, comme le fait M. du Bois-Reymond, avec des appendices de papier ou de tissu de laine qui sont constamment imbibés et sur lesquels on pose les extrémités du muscle. Il n'y a rien de plus facile que de s'assurer qu'avec ce procédé on n'a pas de trace de polarité secondaire. Pour cela on place contre une des extrémités de l'aiguille du galvanomètre un arrêt quelconque qui laisse l'aiguille libre de se mouvoir seulement d'un côté. Alors on fait passer dans le galvanomètre le courant d'une pile de plusieurs gastrocnémiens, c'est-à-dire un courant beaucoup plus fort que celui qu'on doit employer ensuite, et la pile est disposée de manière que la déviation de l'aiguille ne peut avoir lieu. Après quelques instants, on ôte la pile des gastrocnémiens et on ferme rapidement le circuit entre les deux appendices. On verra l'aiguille rester parfaitement à zéro, c'est-à-dire qu'on sera sûr qu'il n'y a pas aussi de traces de polarité secondaire. Cela étant posé, il n'y a qu'à répéter l'expérience de M. du Bois-Reymond, c'est-à-dire qu'à placer un gastrocnémien, ou une cuisse entière fournie de son nerf, entre les deux appendices, attendre que l'aiguille s'arrête, et puis faire contracter le muscle; alors l'aiguille descendra rapidement et ira se fixer pour un certain temps du côté opposé. L'expérience réussit également en employant la seule cuisse, dans lequel cas on a au commencement un courant musculaire très-faible ou nul. On peut aussi employer une cuisse dont la partie intérieure du muscle a été un peu découverte supérieurement, de manière à avoir dans le circuit un courant opposé à celui des muscles entiers de la grenouille; dans ce cas, lors de la contraction on voit la déviation augmenter, et on ne pourrait pas imaginer que le même courant change différemment par la même cause. Ainsi donc le phénomène électrique de la contraction induite est indépendant de l'existence d'un courant et de la direction de ce courant dans le circuit avant la contraction; ce phénomène est indépendant d'une force électromotrice opposée qui serait en quelque sorte cachée dans le circuit; ce phénomène consiste dans un courant instantané ou plutôt dans une décharge qui a lieu dans le muscle pendant sa contraction. La nature de ce phénomène est ainsi incontestablement établie, et je prouverai dans mon mémoire qu'elle est d'accord avec nos connaissances actuelles d'électricité animale.

NOTE SUR L'ENDOSMOSE DES GAZ; par M. J. JAMIN.

Dœbereiner remplit un jour de gaz hydrogène une cloche de verre qui reposait dans l'eau d'une cuve hydropneumatique. Cette cloche était fêlée, et, bien que les parois de la fissure fussent très-serrées l'une contre l'autre, l'hydrogène filtra lentement par cette fente, s'échappa de la cloche, et se répandit dans l'atmosphère.

Ce qu'il y eut de remarquable dans cette expérience, c'est qu'il se fit un vide partiel dans la cloche pendant que l'hydrogène en sortait, et que l'eau s'y éleva de quelques pouces au-dessus du niveau extérieur.

Cette intéressante observation ne fut pas alors poussée plus loin, mais M. Magnus la reprit ensuite; il prépara à dessein des verres fendus, et démontra que si, d'une part, l'hydrogène s'échappe vers l'extérieur, l'air, d'un autre côté, chemine en sens opposé et pénètre dans le verre. En superposant à l'appareil une cloche non fendue, de manière à circonscrire l'atmosphère extérieure, M. Magnus reconnut en outre que la pression augmentait dans l'air, pendant qu'elle diminuait dans l'hydrogène. Il y avait donc ici deux gaz en contact à travers un conduit capillaire, tous les deux traversaient en sens inverse cette communication pour se réunir, et l'hydrogène filtrant plus rapidement que l'air, on constatait bientôt une différence de pression; c'était, pour les gaz, le phénomène d'endosmose que Dutrochet avait reconnu dans les liquides.

Depuis cette époque, d'autres faits du même ordre se sont ajoutés à ceux que nous venons de rappeler.

Marianini avait placé dans l'acide carbonique une bulle de savon gonflée d'air, la vit grossir d'abord, puis éclater ensuite.

D'autres expérimentateurs ont produit l'endosmose des gaz au travers de vases poreux ou de cloisons minces, et le fait général a été mis hors de toute contestation, bien que l'on n'ait pas trouvé un procédé commode pour le manifester, et que rien n'ait fait soupçonner la remarquable énergie avec laquelle il se produit.

Je vais soumettre à l'Académie un moyen sûr pour constater cette endosmose et l'étudier dans tous ses détails.

Je choisis un vase poreux de porcelaine dégourdie destiné aux piles de Bunsen; je le lave à l'alcool, et, après l'avoir laissé sécher pendant plusieurs jours, je dépose à sa surface extérieure une couche de collodion dissous dans l'éther, ou de gutta percha dans le sulfure de carbone. La couche doit être très-mince et envelopper d'un vernis bien continu et bien égal la surface tout entière du vase. Je bouche avec un obturateur mastiqué livrant passage à deux tubes, l'un qui porte un robinet, l'autre ouvert à ses deux bouts et dont la longueur est environ de 3 mètres. Je fixe verticalement le tout sur un support; l'appareil présente alors à sa partie supérieure le vase poreux, et les deux tubes en descendent verticalement: le plus long de ces tubes plonge à sa base dans une cuvette pleine d'eau, l'autre, qui porte le robinet, sert à introduire les gaz que l'on veut étudier. Je fais passer maintenant un courant d'hydrogène; il circule dans le vase poreux, revient par le long tube et s'échappe à travers l'eau qui enveloppe sa base. Ce courant de gaz doit être très-abondant et soutenu pendant quelques minutes: on ferme alors le robinet d'introduction.

A l'instant même, la pression diminue dans le vase poreux, le niveau de l'eau s'élève avec une rapidité remarquable, et, au bout de vingt secondes, il atteint une hauteur maximum qui varie de 2 mètres à 2 mètres 50 centim. Bientôt le liquide s'abaisse peu à peu, et, après quelques minutes, la pression intérieure est redevenue égale à celle de l'atmosphère.

A l'intensité et à la rapidité près, cette expérience est la même que celle des verres fendus; elle montre qu'il s'établit deux courants gazeux inégaux, et que la différence de pression qui en est la conséquence peut dépasser un cinquième et atteindre presque un quart d'atmosphère: et comme au moment où le maximum se remarque, les gaz sont déjà mélangés, l'effet que l'on observe est inférieur à celui qui se produirait si ces gaz étaient restés purs.

On comprendra aisément que l'expérience inverse puisse se faire avec autant de succès. On peut envelopper d'hydrogène le vase poreux en l'emplissant d'air, alors la pression intérieure augmente au lieu de diminuer.

Presque tous les gaz que j'ai étudiés donnent, avec une énergie moindre les mêmes manifestations, et il m'a paru que la pression diminuait toujours pour le gaz qui filtre le mieux, et augmentait pour celui qui filtre le plus mal.

Ces expériences, comme toutes celles de l'endosmose des liquides, me semblent devoir s'expliquer par la théorie qu'a proposée M. Magnus, et qui fait dépendre l'endosmose, premièrement d'un pouvoir inégal de filtration des fluides en présence, secondement d'une force spéciale qui les met en mouvement, force qui peut être ou l'affinité, ou une action électrique, ou même une simple action moléculaire. Je montrerai bientôt que cette hypothèse reproduit numériquement les phénomènes de l'endosmose.

— M. CASTORANI présente un mémoire sur le strabisme.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 5 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1855 dans le département de Seine-et-Marne.

2° Le rapport final de M. Debée, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Arras, sur une épidémie de variole qui a régné dans la commune de Boiry (Pas-de-Calais). (Commission des épidémies.)

3° Un mémoire du consul de France à Livourne contenant une statistique de toutes les eaux minérales et thermales de la Toscane.

4° Un rapport de M. le docteur Kuhn, médecin inspecteur des eaux minérales de Niederbronn (Bas-Rhin) sur le service médical de cet établissement en 1854.

5° Un rapport de M. le docteur Bach sur le service médical de Soultzmatt (Haut-Rhin) en 1854. (Commission des eaux minérales.)

6° Les tableaux de vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements du Rhône et de la Sarthe. (Commission de vaccine.)

— La correspondance non officielle comprend :

Une lettre de M. A. Richet, qui prie l'Académie de le comprendre sur la liste des candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

M. Fonssagrives, médecin en chef de la marine, et M. Eugène Marchand, pharmacien à Fécamp, demandent à l'Académie de les inscrire, le premier sur la liste des candidats au titre de membre correspondant, et le second au nombre des candidats au titre de membre associé.

M. le docteur Letellier (de Saint-Leu-Taverny) rappelle à l'Académie qu'il a émis, il y a neuf ans, sur l'albuminurie, les idées qui viennent de recevoir une nouvelle consécration par le travail de MM. Vernois et Becquerel.

Une note de M. Massola, médecin militaire, sur l'emploi de l'ergotine dans la diarrhée épidémique des troupes sardes en Orient pendant l'été de 1855. (Commissaires : MM. Guibourt, Michel Lévy et Trousseau.)

— M. Lustreman, médecin principal au Val-de-Grâce, adresse à l'Académie une lettre conçue en ces termes :

« J'apprends à l'instant même que M. le docteur Poggioli s'est appuyé devant l'Académie sur une observation prise dans mon service au Val-de-Grâce pour établir l'efficacité de la pommade dont il est l'inventeur. Je me rappelle, en effet, qu'il y a quelques années M. Poggioli, qui avait tout naturellement ses entrées dans mes salles, en sa qualité d'ex-chirurgien sous-aide, me demanda l'autorisation d'employer cette pommade sur un malade affecté d'une névralgie rebelle, et je dois ajouter qu'une certaine amélioration s'en-suivit; mais le militaire sujet de l'observation fut bientôt perdu de vue, et rien n'autorise à donner à ce fait une valeur qu'il ne mérite à aucun égard. Prévoyant, d'ailleurs, la possibilité d'une publicité inopportune donnée à ce fait si simple de l'essai d'un médicament, qui n'a rien de nouveau que le mode particulier d'association des éléments qui le composent, j'avais prié M. Poggioli de ne se servir en aucune circonstance ni de ce fait lui-même, ni surtout de mon nom. »

— M. Monnier, médecin principal au Val-de-Grâce, adresse une lettre sur le même sujet; elle est ainsi conçue :

« M. le président, aucun médicament nouveau n'est employé dans les hôpitaux militaires sans avoir été préalablement approuvé par le conseil de santé des armées et autorisé par le ministre de la guerre. Après l'accomplissement de ces deux formalités, les médecins traitants peuvent prescrire ce médicament, en étudier les effets et rendre compte en temps opportun de leur expérimentation. M. Poggioli, n'ayant rempli ni l'une ni l'autre des deux conditions, aussi prudentes que sages, imposées par l'administration, ne saurait se prévaloir des succès qu'il prétend avoir obtenus au Val-de-Grâce et qui n'ont aucun caractère authentique ni officiel. Le seul malade, à ma connaissance, qui ait été soumis dans mon service, sous mes yeux, à l'usage de la pommade de M. Poggioli, n'a pas obtenu un résultat assez concluant pour que je me porte garant de l'efficacité de ce remède. »

— M. le docteur E. Leudet, professeur à l'École de médecine de Rouen, adresse deux manuscrits ayant pour titre : 1° Compte rendu du service de médecine affecté à l'Hôtel-Dieu de Rouen à l'enseignement de la clinique médicale pendant l'année 1855; 2° Nouvelles recherches sur l'ulcération et la perforation du gros intestin consécutive à la fièvre typhoïde. (Commissaires : MM. Londe, Grisolle et Barth.)

— M. le Président annonce à l'Académie que M. le docteur Rufz (de la Martinique), membre correspondant, assiste à la séance.

AMPUTATIONS PARTIELLES DU PIED ET DE LA PARTIE INFÉRIEURE DE LA JAMBE.

M. Legouest, professeur agrégé à l'École de médecine militaire, donne lecture d'une étude sur les amputations partielles du pied et de la partie inférieure de la jambe.

L'auteur résume lui-même son mémoire dans les conclusions suivantes :

1° L'amputation sous-astragalienne, théoriquement, ne présente pas les conditions d'une bonne opération et ne semble pas appelée à rester dans la pratique.

2° La resection tibio-calcanéenne (opération de M. Pirogoff) ne compte pas encore de résultats assez nombreux pour pouvoir être appréciée définitivement.

3° Les inconvénients de ces deux opérations ne sont contre-balancés que par la conservation d'un peu plus de longueur du membre; cet avantage est insignifiant toutes les fois que la flexion de la jambe sur la cuisse est conservée et que l'extrémité du moignon peut appuyer impunément sur le sol.

4° L'amputation tibio-tarsienne, avec resection des malléoles, est préférable aux deux opérations précédentes et mérite d'être conservée.

5° L'amputation intra-malléolaire peut remplacer avantageusement l'amputation tibio-tarsienne et pourra quelquefois être mise en usage au lieu de l'amputation sus-malléolaire.

6° L'amputation double de la jambe au-dessus des malléoles doit être rejetée.

7° L'amputation sus-malléolaire simple est une opération qui ne peut être généralisée.

(Commissaires : MM. Bégin, Jobert et Velpeau.)

— M. Mialhe, agrégé à la Faculté de médecine, lit un mémoire sur le rôle chimique de l'acide carbonique dans l'économie animale. (Renvoyé à l'examen de la section de pharmacie.)

— M. Bouley met sous les yeux de l'Académie l'œsophage et différents viscères d'un chien, qui a succombé, après trente heures de souffrance, à la suite de la ligature de l'œsophage. 10 centigr. d'émétique, dose non toxique, avaient été donnés à ce chien, et l'on peut s'assurer qu'il n'a pas été compris de rameaux nerveux dans la ligature.

Un autre chien, auquel on avait simplement fait avaler de l'eau chaude, le plus innocent de tous les émétiques, a succombé au bout de trente et quelques heures avec les symptômes décrits dans le mémoire de M. Bouley et plus marqués que chez le premier chien qui avait pris du tartre stibié.

Un troisième chien, auquel on a pratiqué simplement la ligature de l'œsophage, paraît sur le point de succomber.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS D'AVRIL 1856; par M. le docteur A. Vulpian, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

V. — Physiologie pathologique.

PRÉSENCE DU SUCRE DANS LE LIQUIDE D'UN KYSTE HYDATIQUE DU FOIE.

M. Charles Bernard, au nom de M. Axenfeld et au sien, présente un liquide provenant d'un kyste et dans lequel on a trouvé une grande quantité de sucre. Ce liquide a été extrait d'une tumeur siégeant à l'épigastre chez une femme de 30 ans entrée récemment à la Charité.

La tumeur, par sa consistance, par son siége et par ses rapports, paraissait formée par un kyste hydatique développé dans le foie. Une ponction exploratrice a fait sortir un liquide limpide, présentant une faible teinte laiteuse, ayant un goût un peu salé et dans lequel, à l'aide d'une analyse exacte, on a constaté l'existence d'une grande quantité de sucre et d'une petite dose de chlorure. Le microscope n'y a révélé la présence ni d'échinocoque ni de crochets.

La présence du sucre dans le liquide d'un kyste hydatique est, chez l'homme, un fait nouveau, et si, comme tout porte à le faire admettre, le kyste siége dans le foie, il viendrait confirmer le rôle que les belles recherches de M. Cl. Bernard ont fait jouer à l'organe hépatique. Déjà, il est vrai, notre savant collègue, avait constaté l'existence du sucre dans le liquide d'hydatides du foie, chez le mouton.

Nous ajouterons qu'une nouvelle ponction ayant été pratiquée un mois après la première, mois pendant lequel des applications de potasse ont été faites et des accidents assez sérieux ont eu lieu, il est sorti de la tumeur un liquide dans lequel, cette fois, le microscope a montré un grand nombre d'échinocoques, mais où on n'a plus trouvé trace de sucre.

VI. — Pathologie.

1° PERFORATION DU RECTUM ET DE L'INTESTIN GRÊLE DANS LE COURS D'UNE FIÈVRE TYPHOÏDE; par M. Leconche, interne des hôpitaux.

Il n'est point très-rare de rencontrer des perforations de l'intestin grêle survenues dans le cours d'une fièvre typhoïde. Les faits consignés dans la science sont assez nombreux. On en doit huit à M. Louis, deux à MM. Chomel et Genest, un à M. Andral, cinq à M. Dubois, cinq à M. Caseneuve, qui fit à cette occasion paraître un mémoire dans la Gazette Médicale (année 1837, n° 38). Depuis lors le nombre s'est encore accru; on en trouve çà et là dans les recueils périodiques.

Il est beaucoup moins fréquent de rencontrer des perforations du gros intestin. Nous en avons vu dernièrement une dans le service de M. Rayer; les circonstances qui l'accompagnèrent nous ont engagé à la rapporter. Elle est, je crois, intéressante à plus d'un titre.

Cette perforation est située à 4 centimètres de l'anus, comme on le verra plus loin.

1° Elle présente, ainsi que deux ulcérations de l'intestin grêle, des dimensions considérables.

2° L'épanchement qui se fit à la suite de ces ulcérations ne détermina qu'une inflammation limitée au petit bassin, bien qu'il n'y eût pas d'adhérences entre les anses intestinales, et cette inflammation, dont le début eut lieu longtemps avant la mort, ne se manifesta pas par de vives douleurs.

3° Enfin, on ne signala pas, dans le cours de la fièvre typhoïde, cette cystite, cette tumeur à l'hypocondre dont parlent tous les auteurs.

Obs. — Plique, âgé de 44 ans, né dans le département de Seine-et-Marne, d'une constitution robuste, entre à la Charité, service de M. Rayer, au n° 39 de la salle Saint-Michel, le 27 février 1856.

28 février. Ce malade nous raconte qu'il est arrêté depuis trois semaines. Il paraît profondément affaibli, sa maigreur est extrême.

La langue est sèche, noirâtre, l'altération est vive; la diarrhée continue, le malade laisse aller sous lui.

L'intelligence du malade est bien conservée; il se plaint d'insomnie, de douleurs abdominales mal limitées, qu'on exaspère en prenant les fosses iliaques, où l'on rencontre du gargouillement.

A la surface de l'abdomen, on peut aisément constater la présence de nombreuses taches typhoïdes.

Le pouls bat 116.

29. Le malade a déliré cette nuit; ce délire a disparu au matin. Le malade cause avec nous et demande trois pots de tisane. Taches plus nombreuses; toux légère; à peine quelques râles.

1er mars. Langue plus rugueuse, plus sèche; délire permanent; 120 pulsations.

On ne détermine point, par la pression abdominale, de douleur bien vive; on ne rencontre point à l'hypogastre la saillie que presque tous les auteurs ont signalée dans les perforations intestinales.

3. La teinte jaunâtre que présentait la peau est plus prononcée et devient complétement jaune; le foie est augmenté de volume, dépasse les côtes et semble douloureux.

Les symptômes sont du reste les mêmes.

4. L'ictère se prononce de plus en plus; le foie dépasse les côtes de trois travers de doigt. Les taches persistent, la diarrhée continue.

5. A la suite des ventouses appliquées à l'hypocondre droit, le délire a cessé; mais l'affaissement est plus grand, la somnolence est constante. Le malade répond, mais avec peine, aux questions qu'on lui adresse.

Le soir, le pouls bat 150; la respiration est de 44 par minute; soubresauts de tendons très-marqués; pas de râles dans la poitrine.

Le malade meurt dans la nuit.

Ce malade, comme on le voit, est entré à la Charité à une époque assez avancée de la fièvre typhoïde; pendant les sept jours qu'il resta dans nos mains, le traitement consista à combattre la diarrhée qui était abondante, et la complication survenue du côté du foie.

Autopsie. — A l'ouverture du crâne, on trouve peu de sérosité dans l'arachnoïde, quelques adhérences à la partie supérieure et externe des hémisphères.

L'injection est assez vive dans la pie-mère, mais pas de pus, pas de fausses membranes.

Le cerveau est à l'état normal.

Les poumons sont sains et n'offrent que de la congestion.

Le cœur, mou et flasque, ne contient que des caillots imparfaits et diffluents.

Pas de phlébite dans les veines thoraciques ou abdominales.

Le foie est volumineux, dépasse le bord inférieur des côtes; on ne trouve point d'adhérence à sa surface; le péritoine est intact; la teinte du foie est jaune, il paraît infiltré de bile.

La vésicule est distendue par une bile épaissie et d'un jaune foncé; l'orifice de ce réservoir n'est point obstrué, et une faible pression détermine facilement l'arrivée de la bile dans le duodénum.

Les conduits hépatiques ne contiennent en aucun point de calculs biliaires.

La rate, volumineuse, est ramollie, se déchire facilement.

Les reins sont simplement congestionnés.

En examinant le tube gastro-intestinal, on trouve la membrane muqueuse sans altération dans l'estomac, dans le jéjunum et dans une partie de l'iléon.

Vers la fin de l'iléon, 50 centimètres avant la valvule iléo-cœcale, les altérations de l'intestin sont nombreuses et ne se bornent point à la muqueuse.

La membrane muqueuse est très-injectée, et çà et là on aperçoit à sa surface des plaques et des follicules malades.

Ce sont des plaques présentant cet aspect de barbe nouvellement faite, signalé par Roderer et Wagler, entremêlées à des follicules et à d'autres plaques ulcérées.

Ces ulcérations, limitées la plupart à la membrane musculeuse, sont circonscrites par des bords saillants et fongueux, surtout vers la fin de l'intestin grêle. En cet endroit, les ulcérations sont si nombreuses qu'elles se touchent l'une l'autre.

La valvule iléo-cœcale est presque entièrement détruite par une ulcération.

Outre ces ulcérations nombreuses, on trouve dans l'intestin grêle deux perforations.

L'une de ces perforations la plus éloignée de la valvule située à 20 centimètres de cette valvule se trouve vers la partie d'intestin occupée par le mésentère, elle paraît occuper toute l'étendue d'une plaque de Peyer et mesure 0,015 de long sur 0,01 de large.

Le pourtour de cette perforation est limité par des bords épaissis.

La seconde ulcération est plus rapprochée de la valvule iléo-cœcale. Elle est moins grande que la précédente et paraît avoir en pour point de départ un follicule isolé.

Dans le gros intestin, il n'y a pas trace d'ulcération; c'est à peine si l'on aperçoit çà et là quelques légères traces d'injection.

Vers la fin du gros intestin, dans le rectum, à 4 centimètres du pourtour de l'anus est une perforation. Cette perforation, de 0,006 de large, placée à la partie antérieure du rectum, est entourée de bords fongueux et communique avec un abcès gangréneux situé entre la vessie et le rectum.

Cette poche est limitée sur les parties latérales par les parois du bassin, en arrière par la face antérieure du rectum qui communique avec elle; en avant par la face postérieure de la vessie, qui présente sur cette paroi un commencement d'ulcération qui déjà a entamé le péritoine, et dont le fond repose sur la couche musculeuse de la vessie.

Le liquide contenu dans cette poche est noirâtre, excessivement fétide. Toute la partie du péritoine en contact avec ce liquide est épaissie, blanchâtre; partout ailleurs le péritoine est sain.

Dans ce liquide baigne, d'une part, le bord inférieur du grand épiploon, qui est noirâtre, et qu'on dirait gangréné; d'une autre part, deux ou trois anses terminales de l'iléon, et, parmi ces anses, précisément celles qui présentent les perforations décrites plus haut.

VARIÉTÉS.

— On nous communique la lettre suivante adressée par M. Michel Lévy, directeur de l'École impériale de médecine militaire à M. le doyen de la Faculté de médecine :

Monsieur le doyen,

J'ai reçu successivement une lettre d'invitation au banquet qui se prépare sous les auspices d'une commission dont vous êtes le président, et une circulaire qui m'engage à y souscrire.

Permettez-moi de vous soumettre quelques observations qui vous feront comprendre mon embarras.

Quand M. Maheux m'a fait l'honneur de venir m'entretenir de son projet de manifestation en faveur des médecins de l'armée d'Orient, il m'a clairement expliqué que le banquet serait offert par les médecins civils. Cependant l'appel de la commission s'adresse simultanément aux médecins militaires qui n'ont point participé à la campagne d'Orient; il s'adresse même aux stagiaires du Val-de-Grâce. Vous sentez, monsieur le doyen, vous le chef de la grande école médicale de Paris, ce que cet appel aux élèves du Val-de-Grâce a de délicat pour le directeur et les professeurs de cette école qui sont allés en Orient.

Il ne vous échappera pas non plus que l'unité morale d'une corporation telle que la médecine militaire, est jusqu'à un certain point compromise par la distinction de ses membres en deux catégories, suivant qu'ils ont ou non participé aux épreuves de la campagne d'Orient; ceux qui ont porté leur dévouement en Orient ont obéi, comme ceux qui ont continué de bien servir en France et en Algérie. Une fête de famille offerte par ceux-ci à leurs camarades de l'armée d'Orient, ne pourrait être qu'une manifestation spontanée; je ne m'attendais pas à la voir provoquer accessoirement et comme renfort de souscriptions par une initiative civile.

Enfin, monsieur le doyen, tout en remerciant M. Maheux du bon sentiment qui l'a guidé, je l'avais engagé, en cas que la souscription pour le banquet prît quelque développement, à proposer d'en affecter le produit au soulagement des veuves et des orphelins des médecins militaires qui ont succombé glorieusement en Orient sur le champ de bataille de notre profession. L'honorable M. Maheux m'a paru goûter cette pensée; je comptais qu'il imprimerait lui-même cette direction aux efforts qui sont venus s'associer à son zèle; je conserve encore cet espoir, et je vous demande la permission de renouveler ici le vœu dont l'accomplissement concilierait tous les suffrages.

Agréez, etc. Michel Lévy.

— MM. le baron Paul Dubois et le docteur Maheux, au nom de la commission du banquet, ont adressé à l'ambassadeur de la Grande-Bretagne à Paris une lettre dans laquelle ils ont exprimé le désir qu'un ou plusieurs médecins de l'armée anglaise vinssent, au nom de leurs confrères nationaux, prendre part au banquet que les médecins de France se proposent d'offrir à leurs confrères de l'armée d'Orient. Son excellence a répondu à M. Dubois que son gouvernement serait très-heureux de s'associer à ce témoignage de gratitude envers nos confrères, et qu'il s'empresserait de désigner deux médecins pour venir représenter au banquet le corps de santé militaire anglais.

Lettre semblable a été adressée aux ambassadeurs de Sardaigne et de Turquie. L'ambassadeur de Turquie s'est montré également très-flatté de cette attention; mais il a répondu que l'époque fixée pour le banquet étant très-rapprochée, il ne sera pas possible de faire parvenir cette invitation à temps pour que des représentants de la médecine militaire turque puissent y assister.

— Les membres de la commission du banquet offert par le corps médical de France aux médecins de l'armée et de la flotte d'Orient, afin de laisser à leurs confrères éloignés de Paris tout le temps nécessaire pour faire parvenir leur adhésion ont décidé que la clôture de la souscription au banquet serait remise au vendredi soir 15 août.

Le président de la commission,
baron Paul Dubois.

Le secrétaire-trésorier,
Dr Maheux.

—Les compagnies des chemins de fer de Lyon, du Nord, de l'Est, d'Orléans, s'engagent à faire une réduction de moitié sur le prix du voyage (aller et retour) à nos confrères des départements qui, les 19 et 20 août, viendront à Paris, porteurs d'une carte d'entrée au banquet.

La compagnie des chemins de fer de l'Ouest (Rouen, Havre, Dieppe, Fécamp, Caen, Cherbourg) porte cette réduction au quart du tarif.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : RECHERCHES SUR LA COMPOSITION CHIMIQUE ET LES ÉQUIVALENTS NUTRITIFS DES ALIMENTS. — EFFETS DE LA LIGATURE DE L'ŒSOPHAGE SUR LES ANIMAUX.

Il n'y a pas de sujet plus complétement scientifique et plus susceptible en même temps d'applications pratiques importantes que celui qui a trait à la recherche de la valeur nutritive des aliments. Quand la chimie physiologique sera arrivée à nous fournir sous ce rapport des données analytiques suffisantes et comparables entre elles, l'hygiène et l'économie politique posséderont des éléments indispensables pour la solution de la question qui intéresse le plus les gouvernements et les peuples, celle de l'alimentation. Il restera sans doute après cela bien des problèmes à résoudre encore en cette matière; mais on aura le moyen de régler le régime, on saura distinguer les alimentations suffisantes des insuffisantes, on saura d'après la qualité des aliments en déterminer, mieux qu'on ne le fait aujourd'hui, la nature et la quantité.

Ce sujet, M. *Poggiale* a eu soin de le rappeler, a tenté bien des esprits; les chimistes et les physiologistes les plus compétents de notre époque s'y sont exercés. Avant notre siècle, l'analyse des aliments était déjà considérée comme un des désiderata les plus importants de l'hygiène. Dès que la chimie commença à se servir des procédés exacts qui ont conduit à tant de découvertes, elle mit en expérience les aliments pour en apprécier les mérites relatifs. En 1730 et 1732, *Geoffroy le cadet* (1) comparait déjà entre elles les différentes viandes et cherchait à déterminer ce que chacune d'elles pouvait donner au bouillon de sucs nourrissants. Quelques années avant lui, on avait étudié de la même manière différentes substances alimentaires végétales. Ces travaux restent dans la science; mais comme ils ont été faits d'après des procédés inférieurs à ceux de la chimie moderne, il n'y a pas à tenir compte des résultats auxquels sont arrivés des chimistes qui n'avaient point les ressources des méthodes analytiques dont on dispose aujourd'hui.

La chimie et la physiologie moderne ne remontent pas sous ce rapport au delà des travaux de MM. Dumas, Liebig, Boussingault, Payen, Persoz, Bernard. Quelque progrès qu'aient accompli ces observateurs éminents, ils ont laissé après eux de nombreuses données à vérifier et à préciser, des expériences nouvelles à instituer, des résultats d'ensemble à formuler. « Pour connaître au moins approximativement, dit M. Poggiale, la valeur nutritive des substances alimentaires, il est indispensable d'avoir des notions exactes sur les éléments qui les forment. Malheureusement nous ignorons encore la composition des principaux aliments et nous manquons par conséquent de données certaines pour établir une échelle de nutrition. D'un autre côté, les physiologistes ont singulièrement exagéré l'importance des substances azotées en cherchant dans la proportion de ces principes la mesure de la valeur nutritive des aliments. Si l'observation démontre que les matières privées d'azote sont impropres à entretenir la vie, on sait aussi que les éléments azotés ne peuvent pas suffire seuls à la nutrition et qu'il leur faut le concours des aliments respiratoires et des sels minéraux. »

Nous nous associons complétement à ces vues de notre savant confrère et nous l'approuvons, soit qu'il fasse voir par des exemples les divergences des résultats obtenus par les observateurs qui l'ont précédé, soit qu'il s'inscrive contre les résultats qu'on a obtenus en admettant que la qualité nutritive des aliments était proportionnelle à la quantité d'azote qu'ils contenaient. MM Boussingault, Knapp, Horsford, Thomson, Schlossberger, ont dressé des tables des équivalents nutritifs d'après le dosage de l'azote. Ils ont pensé ainsi que l'équivalent nutritif de 100 parties de froment, ou la proportion d'azote qui y est contenus, égale celle de 1525 parties de paille de seigle, de 1134 parties de paille d'orge, de 652 parties de paille de froment, de 483 parties de paille de sarrazin, de 225 parties de riz, de 221 d'ognon, de 167 de blé sarrazin tartare, de 140 de farine de seigle, de 123 de farine de froment, de 113 de pain blanc, de 108 de pain noir, de 30 de jambon cru sec, de 24 de morue salée sèche, de 20 de mouton cru desséché, de 18 de veau cru desséché, de 16 de bœuf rôti séché, de 4 d'extrait de viande de Robertson. Après les *équivalents nutritifs* sont venus les *équivalents combustibles*, dans lesquels on voit figurer en première ligne, le beurre pour 49, le lard pour 54, l'alcool pour 68, la viande rôtie pour 84, les pois secs pour 95, le sucre et la gomme pour 100 parties, le miel pour 106, le riz pour 119, le pain blanc pour 128, la viaode dégraissée pour 325.

On trouvera sans doute dans le dosage de l'azote et du carbone des données d'une grande importance sur la valeur nutritive des aliments, mais il est facile d'apercevoir que ces renseignements ne sont pas applicables tels quels à l'hygiène. Il faut aussi tenir compte des obstacles que les organes digestifs éprouvent pour l'extraction des principes azotés et respiratoires suivant la texture des substances qui servent à l'alimentation, suivant la quantité et l'état des fibres ligneuses. Ces conditions secondaires dominent toutes les applications hygiéniques, elles ne seront véritablement résolues que par une série d'expériences sur l'homme et sur les animaux. M. Poggiale n'a pas négligé ce côté de la question et dans le travail dont il a lu la première partie à l'Académie, il a fait ressortir fort à propos le rôle de l'expérimentation. L'expérience et l'analyse lui ont fourni des résultats pleins d'intérêt qu'on lira plus bas.

— Dans les deux dernières séances de l'Académie, on a donné lecture des expériences faites à Alfort par M. Colin, à Paris par M. Johert et par M. Orfila sur la ligature de l'œsophage. Les dix-neuf vivisections dont on a fait connaître les résultats ne s'accordent pas avec celles de MM. Bouley et Reynal. Nous attendrons que de nouveaux faits viennent éclairer la question pour expliquer ces données en apparence contradictoires de l'expérimentation.

THOLOZAN.

(1) Académie royale des sciences, 1730 et 1732. Mémoire.

FEUILLETON.

EMPLOI ALIMENTAIRE DE LA VIANDE DE CHEVAL CHEZ UN GRAND NOMBRE DE PEUPLES DE L'ANTIQUITÉ, DU MOYEN AGE ET DE NOS JOURS.

Le cheval existe présentement à l'état libre ou sauvage en Asie, en Afrique, en Amérique, sur quelques points de l'Océanie et même de l'Europe; il est presque partout à l'état domestique. De l'Asie, *la plus noble* des espèces que l'homme ait conquises sur la nature, s'est répandue sur toutes les autres parties du globe. Le champ de nos observations, de nos expériences sur l'emploi alimentaire de la viande de cheval, ne sera donc rien moins que le monde entier.

Voyons, dans chaque partie du monde, s'il est des peuples qui donnent place, dans leur régime alimentaire, à la viande de cheval.

Pour l'Afrique, et d'abord pour les chevaux sauvages qu'elle nourrit sur quelques points, nous avons l'autorité de Marmol. Dans les contrées qu'a visitées le célèbre voyageur espagnol, les chevaux sauvages, issus de chevaux domestiques rendus à la liberté, sont, dit-il, plus rares que les onagres, mais, comme eux, recherchés pour les qualités de leur chair.

« Les chevaux sauvages sont fort rares et vivent dans les déserts d'Arabie et de Libye. Les Arabes les prennent pour des bêtes farouches (pour des gibiers), *et les mangent;* et l'on dit que *c'est une viande fort délicate quand ils sont jeunes.* »

L'illustre Mungo-Park a vu aussi des chevaux sauvages en Afrique; les troupes qu'il rencontra étaient dans le voisinage de Simbing, petite ville frontière du royaume de Ludamar. « Là, dit Mungo-Park, nous vîmes un grand nombre de chevaux sauvages. Ils étaient tous de la même couleur. Les nègres leur font la chasse et *se nourrissent de leur chair qu'ils aiment beaucoup.* »

Sur d'autres points, dans le royaume de Juida, les nègres, d'après le voyageur Phillips, élèvent les chevaux comme animaux de boucherie. Ces animaux sont, dit-il, de petite taille, fort indociles, et propres seulement à servir de nourriture aux nègres.

Voici donc un pays où le cheval serait plutôt alimentaire qu'auxiliaire; en un mot, un bétail.

Dans le nord de l'Afrique, les Maures et même les Arabes se nourrissent aussi de la viande de leurs chevaux, de leurs mulets, et quelquefois de leurs ânes. C'est ce qu'a vu notamment dans l'est de l'Algérie, vers la frontière de Tunis, un des membres de la commission des sciences, M. Lucas, qui a séjourné ou voyagé pendant plus d'un an, pour ses recherches zoologiques, dans cette; artie de nos possessions africaines. Une note que m'a remise ce savant entomologiste est ainsi conçue :

« Les Arabes et les Maures, population indigène, mangent du cheval et du mulet. J'ai vécu moi-même, pendant 14 mois, *pour moitié,* de la viande de

CHIMIE PHYSIOLOGIQUE.

RECHERCHES SUR LA COMPOSITION CHIMIQUE ET LES ÉQUIVALENTS NUTRITIFS DES ALIMENTS DE L'HOMME; par M. POGGIALE.

Les recherches que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie, forment la première partie d'un travail que j'ai entrepris dans le but de déterminer la composition chimique et les équivalents nutritifs des principaux aliments de l'homme. J'ai participé, depuis quelques années, aux travaux de diverses commissions chargées d'étudier la composition, la valeur nutritive et la substitution des aliments; j'ai dû par conséquent rechercher, par l'expérience, la solution de ces questions qui intéressent à un si haut degré l'alimentation de l'homme.

Des mémoires extrêmement importants ont été publiés, depuis une vingtaine d'années, sur la digestion et le rôle des aliments plastiques et des aliments respiratoires, sur la formation de la graisse et du sucre, sur la proportion d'azote contenue dans les substances alimentaires et sur les rapports qui existent entre les aliments et les transmutations de l'organisme. Il résulte de ces grands travaux que nous devons, en grande partie, à MM. Dumas, Liébig, Boussingault, Payen, Bouchardat, Persoz, Bernard, etc., que les substances alimentaires de l'homme peuvent être divisées en deux grandes classes: en aliments azotés, et en aliments non azotés, que les premiers sont chargés de la nutrition de nos organes et que les autres sont brûlés dans l'économie, se transforment en eau et en acide carbonique et produisent ainsi la chaleur animale.

Mais pour connaître, au moins approximativement, la valeur nutritive des substances alimentaires, il est indispensable d'avoir des notions exactes sur les éléments qui les forment. Malheureusement nous ignorons encore la composition des principaux aliments et nous manquons, par conséquent, de données certaines, pour établir une échelle de nutrition. D'un autre côté, les physiologistes ont singulièrement exagéré l'importance des substances azotées, en cherchant dans la proportion de ces principes la mesure de la valeur nutritive des aliments. En effet, si l'observation démontre que les matières privées d'azote sont impropres à entretenir la vie, on sait aussi que les aliments azotés ne peuvent pas suffire seuls à la nutrition et qu'il leur faut le concours des aliments respiratoires et des sels minéraux.

La détermination des matières grasses, de l'amidon, du sucre et des substances congénères n'ayant pas été faite avec le degré de précision que méritent de pareilles questions, quelques chimistes, M. Liebig, par exemple, ont dû, en dressant des tableaux comparatifs, négliger les matières grasses ou les représenter par une quantité déterminée de matière amylacée. C'est ainsi que 24 parties d'amidon seraient l'équivalent de 10 parties de graisse. Mais, en supposant que ces chiffres expriment fidèlement les rapports qui existent entre ces principes au point de vue de la chaleur qu'ils peuvent produire, il est certain que ceux-ci ne remplissent pas dans l'économie les mêmes fonctions, et l'observation la plus vulgaire constate que la graisse ne peut pas être entièrement remplacée par les matières amylacées ou sucrées. Il faut que le carbone, qui pénètre dans l'économie, n'affecte pas seulement l'état de glucose, mais aussi la forme de graisse. Ces questions réclament donc de nouvelles études et c'est pour combler autant que possible cette lacune que j'ai entrepris le travail que j'ai l'honneur de communiquer à l'Académie.

Les méthodes analytiques employées par les chimistes pour isoler les substances qui composent les aliments, offrent de grandes difficultés dans leur application. J'ai fait tous mes efforts pour les surmonter, en apportant le plus grand soin dans les analyses que j'ai exécutées ou en modifiant les procédés connus. Je fais connaître dans mon mémoire les moyens dont j'ai fait usage pour la détermination de l'eau, des matières fixes, du ligneux, des matières azotées, de l'amidon, de la dextrine et des matières grasses.

J'ai déterminé la proportion d'azote par l'excellente méthode de MM. Will et Warrentrapp, modifiée par M. Péligot. On sait que ce procédé consiste à transformer tout l'azote de la matière organique en ammoniaque, à faire arriver les vapeurs ammoniacales dans un volume connu d'acide sulfurique titré et à déterminer, à l'aide d'une liqueur alcaline, la quantité d'ammoniaque combinée avec l'acide sulfurique.

J'ai apporté, de mon côté, quelques modifications au procédé de M. Péligot; ainsi, au lieu d'introduire au fond du tube de l'acide oxalique, qui donne à la fin de l'opération de l'hydrogène, je trouve beaucoup plus commode de chasser les gaz par un courant d'air, à l'aide d'un flacon aspirateur, mis en rapport avec le tube de Liébig de l'appareil.

M. Péligot a proposé de préparer la liqueur alcaline, en broyant la chaux éteinte avec une dissolution étendue de sucre, mais cette dissolution s'altère peu à peu, surtout pendant l'été, et doit être titrée souvent. J'ai employé une solution de potasse à la chaux convenablement étendue d'eau qui ne présente pas l'inconvénient que je viens de signaler.

Quelques physiologistes, MM. les docteurs Schlossberger et Kempt, par exemple, ont évalué la quantité d'azote contenue dans les aliments par la méthode primitive de MM. Will et Warrentrapp, mais l'exécution de ce procédé est longue et difficile, et les résultats qu'il fournit sont rarement exacts.

Les matières albuminoïdes, que l'on rencontre dans les aliments et que l'on connaît sous les noms de fibrine, d'albumine, de caséine et de légumine, ont des caractères physiques différents, mais présentent sensiblement la même composition chimique. La proportion de l'azote y est de 16 pour 100 et par conséquent le chiffre de l'azote fourni par l'expérience donne par un simple calcul la quantité de matière albuminoïde. Dans le blé la substance azotée prend deux formes, celles d'albumine et de gluten. Dans la pratique il est toujours utile de séparer celui-ci par le lavage, afin de pouvoir en examiner les caractères physiques. En effet, si les blés occupent le premier rang parmi les substances alimentaires, si les autres céréales leur sont inférieures, surtout au point de vue de la panification, ils doivent cet avantage au gluten. Mais, par ce procédé, il est impossible d'obtenir tout le gluten et l'albumine passe d'ailleurs tout entière dans les eaux de lavage.

Les aliments fournis par les céréales et les légumineuses sont l'objet principal de ce premier mémoire; ainsi, les blés durs et les blés tendres, l'orge, le riz, le maïs, le seigle, l'avoine et les produits des légu-

---

ces animaux. Je la préférais à celle du bœuf qui, dans ce pays, est mal nourri. Elle donne un *pot-au-feu très-bon, un rôti excellent.* Je me suis étonné qu'en France on laissât perdre un aliment aussi bon et aussi abondant.

» Parmi les autres animaux, dont je me suis parfois nourri, sont l'âne, le bubale, le mouflon à manchettes, la gazelle et l'autruche. La viande des trois premiers est bonne, celle de la gazelle très-délicate; celle de l'autruche est dure. »

Mêmes faits, pour le cheval, en Amérique, et ici en très-grand nombre. Les chevaux sauvages ou demi-sauvages, où il en existe, ailleurs les chevaux domestiques, tiennent une grande place dans l'alimentation de plusieurs peuples de l'Amérique méridionale.

Pour les chevaux sauvages, nous devons recourir d'abord à l'ouvrage si justement célèbre d'Azara, et à l'histoire si complète qu'il nous a laissée des *chevaux vagabonds* des Pampas. Ce sont eux, dit Azara, qui « fournissent la subsistance » aux Indiens non soumis, « encore plus vagabonds et plus indociles qu'eux. »

Les bonnes qualités de la chair des chevaux américains sont de même attestées par plusieurs autres voyageurs; par exemple, par Dobrizhoffer, dans son ouvrage plus curieux que connu, *De Abiponibus, equestri bellicosaque Paraquariæ natione:*

« *Tot barbarorum millia,* dit ce missionnaire, *citra ætatis sexusve discrimen equis insident quotidiè. Indi australes (quis eorum inibit numerum?) equis non vehuntur tantum,* sed et vescuntur horis omnibus. »

Vous voyez que les peuples les plus adonnés à l'équitation ne sont pas, en Amérique, ceux qui apprécient le moins la viande de cheval; car il s'agit ici d'un peuple cavalier par excellence: *equestris et bellicosa natio*, dit Dobrizhoffer.

Plusieurs tribus brésiliennes ou voisines du Brésil vivent aussi en partie de viande de cheval. Les Guaycourus, les *Indiens au teint clair, préfèrent* même cette viande *à tout autre aliment,* ainsi qu'il résulte de renseignements pris à la meilleure source: je les dois à M. Ferdinand Denis, auquel sont également familières l'histoire, la géographie et l'ethnographie brésiliennes.

M. Alcide d'Orbigny a bien voulu me donner aussi de précieuses indications sur deux des peuples qu'il a visités, les Patagons et les Puelches. La chair de cheval est chez les uns et les autres d'un usage habituel, et la viande des juments est même *préférée à toute autre.*

Mêmes faits encore dans la Bolivie. Non-seulement la viande de cheval est habituellement consommée par les Indiens, mais ils la préfèrent à celle de tout autre animal: « *Prefieren la carne del caballo a la de cualquier otro animal,* » dit M. le docteur Rodriguez, de la Paz, dans une note remise par lui à M. Delvaille, et que ce jeune et zélé naturaliste a insérée à la suite d'une publication toute récente.

Tout le monde sait, car Buffon rapporte ces faits d'après Frézier, que les Indiens du Chili mangeaient, au dix-huitième siècle, « beaucoup de chevaux. » De nos jours, M. Gay a trouvé cet aliment tout aussi habituellement employé, non-seulement au Chili, mais chez les Araucaniens. Eux aussi *préfèrent* la viande du cheval: « *prefieren la carne de caballo,* » dit M. Gay dans sa grande HISTOIRE DU CHILI. La chair des jeunes est surtout estimée des

mineuses ont été soumis à une analyse chimique rigoureuse, mais il serait difficile d'exposer dans ce journal les nombreux résultats que j'ai obtenus; je me bornerai donc à indiquer les faits que j'ai recueillis sur la composition des blés, la détermination du ligneux par un procédé nouveau, la valeur nutritive du riz et l'influence de la maturité sur les proportions des matières azotées contenues dans les aliments.

Un grand nombre de chimistes se sont occupés de la détermination des éléments qui constituent le blé; parmi les travaux qui ont été publiés sur cette question si importante, ceux de MM. Rossignon, Boussingault, Dumas, Payen, Péligot, Krocker, Horsford, etc., méritent d'être particulièrement cités. Appelé depuis plusieurs années, comme membre de la Commission de subsistances militaires, à examiner un grand nombre d'échantillons de blés durs et de blés tendres, je pense qu'il sera utile pour la science et pour la pratique de publier les résultats que j'ai obtenus. La proportion de ligneux étant beaucoup plus élevée dans mes expériences que dans celles des observateurs qui m'ont précédé, j'ai besoin d'insister sur ce point. Lorsqu'on traite le blé successivement, comme on l'a fait jusqu'ici, par les acides et les alcalis étendus, l'eau bouillante, l'alcool et l'éther, la quantité de cellulose résistante ne dépasse pas 1, 5 pour 100. Mais ce procédé analytique donne-t-il des résultats exacts? Je ne le pense pas. En effet, la cellulose peu agrégée, comme celle qui se trouve à l'intérieur du grain, et même une partie de la cellulose qui constitue la première enveloppe sont dissoutes, ainsi que je m'en suis assuré, par les alcalis et les acides. Le ligneux du blé contient en outre d'autres substances qui ne sont pas alimentaires, telles que les matières colorantes, extractives, résineuses, etc., et qui pourtant sont dissoutes dans la séparation de la cellulose. J'ai démontré, en outre, dans mon travail sur la composition chimique du son, que tout l'azote du blé n'est pas fourni par des matières azotées assimilables. J'ai fait voir également dans mon mémoire sur le pain de munition que, si l'on sépare, à l'aide de la diastase, les substances amylacées du son et si, après avoir lavé le résidu, on le traite par l'acide chlorhydrique étendu, 100 parties donnent par une ébullition suffisamment prolongée près de 20 pour 100 de glucose. Or, ce sucre ne peut être produit que par la cellulose transformée par l'action de l'acide chlorhydrique. L'expérience suivante démontre ce fait d'une manière évidente. J'ai séparé mécaniquement la première enveloppe du blé que j'ai fait bouillir, pendant quelques minutes, avec une eau acidulée composée de 100 grammes d'eau distillée et de 5 grammes d'acide chlorhydrique fumant. On a lavé ensuite le résidu et on a dosé le glucose contenu dans la liqueur filtrée par le tartrate cupro-potassique. 100 parties d'enveloppes ont fourni près de 50 pour 100 de glucose et, comme elles ne contenaient pas d'amidon, il faut bien admettre que le sucre provenait de la cellulose. Le bois lui-même fournit des résultats analogues; je me suis assuré par une expérience que 100 grammes de bois de chêne, traités successivement par les acides et les alcalis, laissent un résidu d'environ 46 grammes.

Il résulte de ces faits et de ceux que j'ai consignés dans mon travail que la méthode d'analyse qui repose sur l'emploi des acides et des alcalis est défectueuse et que, dans l'état actuel de la science, la seule substance qui permette d'isoler les matières amylacées de la cellulose, c'est la diastase. Je n'ai pas besoin de rappeler les précautions qu'il faut prendre et que j'ai indiquées ailleurs. Je me bornerai à dire ici que j'ai reconnu la proportion de ligneux du blé, en séparant successivement, à l'aide de l'eau et de l'éther, les substances solubles dans ces deux liquides, en transformant l'amidon en glucose, au moyen de la diastase, et en défalquant du poids du résidu la quantité de matières azotées et fixes obtenues par des déterminations directes.

Le blé moulu traité par ce procédé a donné une proportion de ligneux beaucoup plus considérable qu'on ne l'admet généralement. Voici quelques-uns des chiffres que j'ai obtenus :

	Ligneux pour 100.
Blé blanc de la Baltique	4,3
» poulard	4,5
» dur d'Espagne	3,6
» dur d'Afrique	3,8
» de Bordeaux	4,1
» roux d'Amérique	4,8
» tendre indigène	4,6

Dans plusieurs expériences qui ont exigé beaucoup de temps et de patience, on a détaché avec la main la première enveloppe de quelques échantillons de blés tendres préalablement humectés. Ils ont fourni, en moyenne, 3, 5 d'enveloppes desséchées pour 100 de blé, et encore n'a-t-on pas pu enlever la portion qui se trouve dans le sillon qui partage en deux lobes le grain de blé. Cette pellicule examinée au microscope, ne présente que des cellules et ne contient ni gluten, ni amidon, ni matière grasse. Traitée par l'eau bouillante, elle ne lui cède que 3, 7 pour 100 de sels et de matière extractive. Elle renferme 2 pour 100 de matières fixes et 3 de matière azotée non alimentaire et qui peut être comparée à celle qui est contenue dans la paille de froment, de seigle, d'orge, d'avoine, etc. Sous cette pellicule qui semble être formée de plusieurs couches ligneuses et inassimilables et qui est presque entièrement formée de cellulose, se trouvent d'autres téguments unis par une matière gommeuse que l'eau dissout facilement.

Tous les essais de décortication du blé qui ont été faits dans ces derniers temps et particulièrement ceux de M. Sibille, confirment mes expériences. Il résulte, en effet, des épreuves de décortication faites à la manutention militaire, sous les yeux d'une commission nommée par le ministre de la guerre, dans le courant de l'année 1855, que par la décortication on peut enlever du blé tendre environ 3 pour 100 de pellicules ne contenant pas d'amidon. Le blé tendre ainsi décortiqué a fourni, en moyenne, par la mouture et le blutage ordinaire, 22 pour 100 de son. Ainsi, ces expériences démontrent que la proportion de ligneux contenue dans le blé est beaucoup plus considérable qu'on ne l'a cru jusqu'ici. C'est un fait important sur lequel j'appelle toute l'attention de l'Académie. On comprend ainsi l'utilité du blutage et la différence qu'on remarque entre le pain blanc et le pain de munition, et particulièrement celui qu'on préparait autrefois. Le blutage serait une opération vaine et coûteuse, s'il n'avait pour but que la séparation de 1 pour 100 de cellulose.

La proportion élevée de matières non assimilables contenues dans le son justifie donc son élimination de la farine et la perte qui résulte de l'opération du blutage. Je suis d'avis, cependant, que le son qu'on laisse dans le pain de ménage et dans celui de munition fait avec la farine blutée à 20 pour 100, est utile, en ce sens, qu'il retient plus longtemps

---

Chiliens et des Araucaniens; mais il s'en faut de beaucoup que ces peuples dédaignent celle des adultes. Ils mangent parfois même les individus de tout âge qu'ils trouvent mis à mort par les couguars.

Il existe aussi en Amérique des chevaux, soit domestiques, soit libres, en dehors du continent. On en voit notamment un grand nombre vivant par troupes à l'état sauvage, aux îles Malouines. Ils y sont chassés pour leur chair, non-seulement par les naturels dont elle est un des aliments habituels et préférés, mais souvent par les navigateurs, heureux de pouvoir s'en nourrir durant leurs relâches. Elle a été surtout d'une grande ressource, en 1820, pour les officiers et l'équipage de l'*Uranie*, obligés, par le naufrage de ce bâtiment, de séjourner plusieurs mois aux Malouines, durant l'expédition autour du monde, commandée par M. de Freycinet. La note suivante m'a été remise par un des célèbres médecins et naturalistes de l'expédition, M. Gaimard :

» Il existe aux Malouines beaucoup de chevaux sauvages, provenant de ceux qui ont été autrefois introduits par les Espagnols. *Ils sont très-bons. Les adultes sont bons aussi, mais les poulains bien meilleurs.* Beaucoup d'entre nous les préféraient aux oies du pays. Nous étions partagés à cet égard.

Dans l'Océanie, nous trouvons à Sumatra, que la viande de cheval n'est pas seulement employée comme alimentaire; elle est très-recherchée, et c'est Marsden qui nous l'apprend lorsque, dans son *Histoire de Sumatra*, il traite des Battas :

« Ils estiment, dit-il, la chair de leurs chevaux comme le *mets le plus délicieux*, et c'est pourquoi ils les nourrissent avec beaucoup de soin, leur donnant des grains et les tenant toujours propres. Le pays en fournit une grande quantité, et les Européens en tirent beaucoup de bons, mais pas les meilleurs, qui sont réservés pour les fêtes. »

Pour l'Asie, il existe un témoignage fort ancien et qu'on ne saurait récuser, celui d'Hérodote. Chez les anciens Perses, non-seulement le peuple, mais toutes les classes de la société, se nourrissaient de la viande du cheval et de celle de l'âne, comme de celle du bœuf et du chameau; et les premières de ces viandes figuraient aussi bien que celles-ci dans les repas solennels par lesquels on célébrait les plus grandes fêtes, celles des jours de naissance. C'est ce qu'Hérodote rapporte en ces termes :

« On estime parmi eux que, de tous les jours, il faut particulièrement célébrer celui de sa naissance, et qu'on est obligé de mettre ce jour-là plus de viandes sur la table que les autres jours. Aussi *les riches y font servir des bœufs, des chameaux, des chevaux et des ânes rôtis tout entiers.* Mais le jour de la naissance n'est pas funeste à de si grosses bêtes parmi les pauvres, car ils n'en célèbrent la fête qu'avec de petits animaux. »

Ces *petits animaux* étaient des *moutons maigres*, selon Athénée qui donne de ce passage une version un peu différente.

L'usage alimentaire de la viande de cheval remonte donc, chez les peuples asiatiques, à la plus haute antiquité, et il s'est perpétué jusqu'à nos jours dans un grand nombre de contrées; si bien qu'en Asie il n'est pas moins répandu qu'ancien. On mange le cheval depuis l'extrême Orient jusqu'aux monts Ourals.

Les Chinois eux-mêmes ne font pas exception, comme pourrait vous le faire

dans les organes digestifs les matières assimilables. Avec un pain blanc trop léger, des hommes robustes et soumis à des travaux pénibles, comme le sont nos soldats et les habitants des campagnes, ne seraient peut-être pas aussi bien nourris qu'avec le pain de ménage ou de munition. Une proportion convenable de son me semble avoir un autre avantage; il augmente le volume des matières fécales et rend ainsi les fonctions digestives plus faciles et plus régulières.

D'après mes expériences, la composition des blés durs et des blés tendres peut être représentée, en moyenne, par les nombres suivants :

Amidon et dextrine.	63,3
Matières azotées.	14,4
— grasses.	1,9
— fixes.	1,7
Ligneux.	4,5
Eau.	14,2
	100,0

Je fais connaître dans mon travail la composition de l'orge, et il résulte de mon analyse que cette graine contient, en moyenne, moins d'azote que le blé et une proportion un peu plus élevée de matières grasses. La matière azotée qu'il renferme est en grande partie à l'état d'albumine, aussi quel que soit le soin qu'on apporte dans la préparation de la farine d'orge, elle ne donne qu'un pain lourd et compacte.

Si on détache avec la main la première enveloppe de l'orge légèrement humecté, on trouve que 100 parties de cette céréale fournissent en moyenne 10 d'enveloppe qui, comme celle du blé, ne contient ni amidon ni gluten, et qui est en grande partie formée de ligneux.

Diverses expériences faites sur les animaux prouvent que l'orge est moins nutritif que le froment. En effet, un coq pesant 2k,635, a été nourri pendant treize jours avec 1k,300 d'orge, et il a perdu 75 gr. de son poids. Un autre coq, pesant 2k,434, a reçu également, pendant treize jours, 1k,300 de blé dur; il a augmenté de 37 gr. On a fait ensuite une expérience inverse sur ces deux animaux et les résultats ont été approximativement les mêmes. Une troisième expérience comparative, dont les détails sont consignés dans mon travail, ne permet pas d'admettre que l'orge a un pouvoir alimentaire plus élevé que le froment, ainsi que l'ont supposé quelques observateurs.

Le riz entrant dans la composition des approvisionnements de siége, et son usage s'étant introduit dans les subsistances militaires, j'ai étudié avec soin sa composition et sa valeur nutritive. Suivant les uns, cette substance alimentaire n'a qu'un pouvoir nutritif très-faible, suivant les autres, elle doit être considérée comme une nourriture très-substantielle, parce que, dans certaines contrées, comme en Chine et dans l'Inde, le riz forme la base de l'alimentation de l'homme. Mais divers observateurs qui ont étudié le régime alimentaire des Indiens et des Chinois rapportent que ces peuples mangent le riz mêlé avec de la viande, du poisson et des légumes. La composition chimique de cette graine et mes expériences physiologiques confirment cette observation.

En effet, le riz du Piémont se compose de :

Amidon, dextrine et sucre. . .	74,470
Matières azotées.	7,800
— grasses.	0,235
— fixes.	0,320
Ligneux.	3,445
Eau.	13,730
	100,000

On voit que le riz est très-riche en aliments respiratoires, et qu'il renferme, au contraire, peu de substances azotées, grasses et salines. Le principe carboné dépassant, dans une forte proportion, les matières grasses et albuminoïdes, l'alimentation animale ne saurait être complète avec le riz qu'à la condition de l'associer avec des aliments riches en substances plastiques, comme la viande, le poisson, le lait, etc.

J'ai essayé de déterminer la valeur nutritive du riz par quelques expériences pratiques; pour cela, j'ai soumis pendant un certain nombre de jours, des coqs très-vigoureux, et autant que possible de même force, les uns au régime exclusif du riz, les autres au régime du blé, et voici les résultats que j'ai obtenus :

Exp. I. — Un coq pesant 2k,335, a été nourri pendant six jours, avec 530 grammes de riz; on l'a pesé et l'on a constaté qu'il avait perdu 163 grammes. Pendant que ce coq était alimenté avec du riz, un autre coq, pesant 2k,295, recevait 530 grammes de blé dur, contenant la même quantité d'eau que le riz. Au bout de six jours, on constata qu'il avait augmenté de 7 grammes, quoiqu'il eût jeûné souvent, l'autre coq mangeant lentement sa ration de riz.

Exp. II. — On a soumis au régime du riz le coq qui, dans l'expérience précédente, avait été alimenté avec du blé dur, et douze jours après il avait perdu 182 grammes. Il avait consommé 493 grammes de riz. L'autre coq, qui avait été nourri avec du riz, a reçu, dans le même espace de temps, 493 grammes de blé dur. La diminution en poids n'a été que de 40 grammes, quoiqu'il eût reçu une ration insuffisante.

Exp. III. — Deux coqs de même force ont été nourris à discrétion pendant douze jours, l'un avec du riz, l'autre avec du blé dur. Chaque jour, en distribuant la nouvelle ration, on pesait ce qui restait pour avoir la consommation réelle. Le premier a perdu 258 grammes; le poids du second a augmenté de 353 grammes.

Dans d'autres expériences, on a nourri comparativement des poulets avec du riz, de l'orge et du blé tendre, et les résultats obtenus ont été à peu près les mêmes.

Il résulte donc de l'analyse chimique, des expériences physiologiques et de l'observation pratique que le riz, employé seul, n'est pas un aliment substantiel, et qu'il doit toujours être associé aux aliments azotés. Il en résulte également que, dans l'alimentation normale du soldat, par exemple, le riz ne pourrait pas être substitué à la viande et aux légumes secs. Il faudrait, en effet, en ne tenant compte que de l'azote, environ 550 grammes de riz pour remplacer 250 grammes de viande ou 160 grammes de légumes secs, tels que les lentilles, les fèves, les pois ou les haricots. Mais la ration de riz contiendrait une proportion tellement grande de substances carbonées qu'un semblable régime serait nuisible à la santé de l'homme.

---

croire le curieux passage du *Pen-thsao*, que j'ai mis sous vos yeux dans ma sixième *Lettre*. Les gens riches mangent les juments sauvages, dont la chair est servie sur les tables les plus recherchées, avec le gibier, les volailles et les nids de salanganes. Quant au peuple, il se nourrit, faute de mieux, de celle des chevaux domestiques. Il laisse les *savants* disserter sur les qualités différentes de la viande, selon le pelage de l'animal qui la fournit; et s'il ne rit pas, comme vous l'aurez fait, de leurs menaces de *folie* et de *mort*, il s'en préoccupe assez peu pour qu'on le voie manger, à peu près indifféremment, les « chevaux entièrement blancs » que permet, à la rigueur, l'hygiène chinoise, et les « blancs à tête noire ou à jambes tachetées » qu'elle prohibe si sévèrement. Les Chinois font plus : ils mangent ceux qui sont morts naturellement, soit de vieillesse, soit même de maladie. C'est ce qu'attestent plusieurs voyageurs, et particulièrement le père Duhalde :

« Le peuple, dit-il, s'accommode fort de la chair des chevaux, quoique morts de vieillesse ou de maladie. »

Et il en est de même, ajoute-t-il, des chiens dont les Chinois élèvent, pour la boucherie, une race nourrie seulement de végétaux. Duhalde place ici, sur la même ligne, le chien et le cheval domestique; mais l'un et l'autre ne viennent qu'après le cochon, « base des repas des gens riches qui ont soin de s'en bien régaler. » La viande de première qualité, c'est donc, en Chine, celle du cochon; le cheval et le chien sont ce qu'on appellerait parmi nous des viandes de basse boucherie.

Les peuples des autres régions de l'Asie, particulièrement du nord et de l'ouest, et même aussi ceux du nord et de l'est de l'Europe (car nous ne saurions ici maintenir la division tout artificielle de ces deux parties du monde), sont beaucoup plus favorables à la viande de cheval. Elle passe chez eux pour très-bonne, et ici les témoignages sont si nombreux que nous n'en finirions pas s'il fallait les énumérer tous. La chair, parfois le sang, des chevaux, des juments, des poulains, sont des aliments en usage chez tous les peuples de ces régions, et aussi bien chez ceux de race caucasique que chez ceux de race mongolique.

Parmi ces peuples, ceux qui ont à leur portée des troupes de chevaux sauvages les chassent et les mangent, comme on le fait des hémiones et des onagres dans d'autres parties de l'Asie; c'est encore Pallas qui l'atteste, et dans plusieurs passages. Je me bornerai à en citer un :

« On trouve beaucoup de Tatars parmi les Cosaques qui résident à Bouzoulouk. Ils s'occupent à chasser les chevaux sauvages dans les cantons montagneux et déserts de la lande. Ils mangent les chevaux qu'ils tuent. Ces chevaux sauvages doivent leur origine aux chevaux privés qui se sont égarés dans le pays. »

Est-il besoin d'ajouter que ce qui avait lieu à l'époque de Pallas, en 1769, a encore lieu de nos jours sur les mêmes points et sur d'autres? Les mœurs d'un peuple, dans l'Orient surtout, ne changent pas si vite. Nous avons d'ailleurs sur ce point plusieurs témoignages qu'Hippolyte Cloquet résume ainsi dans un article érudit sur le cheval, considéré au point de vue médical.

« Aujourd'hui même, quelques nations d'Asie, les Mongoux et les Mant-

Mon mémoire comprend de longues études sur les semences des légumineuses qui servent à la nourriture de l'homme ; mais je me bornerai à indiquer les expériences suivantes faites sur les pois ; elles font ressortir l'influence de la maturité sur les proportions relatives d'eau et de matières azotées :

	Eau p. 100.	Matières azotées pour 100 de pois desséchés.
Pois verts très-tendres	82	38
— — plus avancés que les précédents	76	34
— mûrs	72	27

Ainsi la quantité relative d'azote diminue dans les aliments du règne végétal parvenus à leur maturité. J'ai observé également que les pois, les fèves et les haricots conservés par le procédé Masson renferment plus de substances albuminoïdes et ont par conséquent un pouvoir alimentaire plus grand que les légumes secs ordinaires.

Dans un second mémoire que j'aurai l'honneur de communiquer prochainement à l'Académie, je continuerai l'étude des substances alimentaires de l'homme. Je n'établirai donc scientifiquement une échelle de nutrition qu'après avoir fait connaître les résultats fournis par l'analyse. Mais je crois utile d'exprimer de suite toute ma pensée sur la théorie des équivalents nutritifs, sur la substitution des aliments et sur le rôle de la chimie dans les questions d'alimentation. Les recherches chimiques et physiologiques faites depuis une vingtaine d'années, ont démontré que l'homme adulte, qui travaille, consomme par jour environ 350 grammes de carbone nécessaires à l'entretien de la chaleur animale, et 130 grammes de matières azotées chargées de la régénération des tissus, et qui sont rejetées de l'économie particulièrement sous la forme d'urée et d'acide urique. Il faut donc que la ration alimentaire de l'homme contienne les matières salines, le carbone et l'azote émis dans les vingt-quatre heures, pour qu'elle puisse entretenir sa santé et sa force. Ce sont là les données fondamentales de la nutrition de l'homme. Mais suffit-il, pour évaluer la valeur nutritive des aliments, de déterminer la proportion des matières minérales, grasses, protéiques et hydro-carbonées. Je ne le pense pas.

La théorie des équivalents nutritifs est vraie, mais a la condition qu'elle ne sera pas appliquée d'une manière trop systématique et que les résultats théoriques seront constamment contrôlés par la pratique. En effet, le pouvoir nutritif des substances alimentaires dépend aussi de leur forme, de leur cohésion, de leur digestibilité, et souvent une substance riche en principes alimentaires, mais d'une digestion difficile, nourrit moins, produit moins de force qu'une autre matière facilement dissoute par les sucs digestifs. Ainsi la viande nourrit beaucoup plus que le blanc d'œuf cuit, quoique ces substances présentent la même composition ; la farine mêlée avec un tiers de son poids d'eau ne produit pas les mêmes effets physiologiques que le pain qui contient pourtant les mêmes principes ; la gélatine est plus azotée que la viande, et cependant un grand nombre d'expériences ont prouvé que les chiens meurent après quelques semaines de ce régime exclusif, tandis qu'avec la viande seule ils vivent beaucoup plus longtemps. Si la faculté nutritive des aliments croît généralement avec la proportion d'azote qu'ils contiennent, il faut bien admettre aussi que toutes les matières azotées ne peuvent pas être considérées comme nutritives pour l'homme, et qu'il est nécessaire pour cela qu'elles soient absorbées sous la forme protéique ; ainsi les principes azotés des couches corticales du blé, d'après mes expériences, sont réfractaires à l'action des organes digestifs de l'homme, comme la paille de froment, de seigle, d'orge, d'avoine, etc. Dans la plupart des échelles de nutrition, on a admis, comme point de départ, un des principes constituants des aliments, l'azote ; aussi la théorie a fourni des indications souvent incertaines et en opposition avec la pratique. Pour n'en citer que quelques exemples, l'équivalent du froment serait 49, suivant M. Boussingault, et, d'après Block, 27. Celui-ci prend pour l'équivalent du seigle le nombre 33, et M. Boussingault, 51. Linhof porte l'équivalent de l'avoine à 83, Block à 39, M. Boussingault à 54.

Pour établir la table des *équivalents alimentaires*, on doit considérer dans chaque aliment et séparément les matières azotées, le principe carboné, les substances grasses, les matières minérales, et former, pour chacun de ces principes, une table particulière. Alors seulement l'emploi des équivalents alimentaires aura une véritable utilité. Ainsi, il résulte de mes expériences que pour une partie de substance azotée, les fèves, les haricots, les pois et les lentilles, contiennent environ deux parties de principes non azotés ; le blé, cinq parties, et le riz dix parties. La viande renferme à peu près trois fois plus de matières azotées que le pain. Mais si on ne prenait pour point de comparaison qu'un des principes essentiels, l'azote, l'alimentation deviendrait impossible. Ainsi, si on voulait substituer le riz ou les légumes secs à la viande, il faudrait, en ne tenant compte que des matières azotées, pour 250 grammes de viande, environ 190 grammes de légumes secs et 550 grammes de riz. Ces quantités renferment la même proportion d'azote, mais la ration de légumes, et surtout celle de riz, contiennent trop de matières carbonées. D'un autre côté, si l'on voulait substituer 250 grammes de viande à 550 grammes de riz ou à 750 grammes de pain, l'homme ne tarderait pas à mourir d'inanition. Il ne recevrait pas, en effet, la quantité de carbone nécessaire à la production de la chaleur animale. Une bonne table des équivalents alimentaires est donc indispensable pour la formation des rations normales. Elle fera l'objet d'une prochaine communication.

CHIRURGIE PRATIQUE.

ÉTUDES PRATIQUES SUR L'ATRÉSIE ET LES MAL-FORMATIONS DE L'ANUS ET DU RECTUM ET SUR LES OPÉRATIONS PAR LESQUELLES ON PEUT REMÉDIER A CES VICES DE CONFORMATION ; par le docteur G. GOYRAND (d'Aix).

Les anomalies et les difformités que peuvent présenter l'anus et le rectum sont très-diverses, et donnent à la thérapeutique chirurgicale l'occasion de s'exercer de la manière la plus brillante. Soit que la chirurgie détruise un obstacle situé à l'orifice anal, ou dans le rectum, et qui s'oppose à l'issue du méconium, soit qu'elle ouvre l'intestin à la région périnéale où l'anus ne s'est point formé ; soit que, ayant constaté

---

chevaux, aussi bien d'ailleurs que les Cosaques du Jaïd, vont à la chasse des chevaux sauvages dans les steppes, et en mangent la chair. »

Beauplan a vu les mêmes faits en Ukraine.

La chasse aux chevaux sauvages se fait aussi, ou du moins se faisait il y a peu de temps encore, plus près de nous, en Pologne, ainsi que l'atteste un de nos plus érudits et de nos plus célèbres vétérinaires, Huzard, ou plutôt le voyageur Michaelis auquel Huzard emprunte ce fait :

M. Michaelis remarque, sur le témoignage de certains seigneurs polonais, que dans la partie méridionale de la Pologne, on mange la chair des chevaux sauvages que l'on y tue à la chasse, et qu'on trouve de *très-bon goût*. »

Parmi les peuples chez lesquels le cheval domestique est un animal essentiellement alimentaire sont les Kalmoucks, dont les mœurs ont été si bien observées par Bergmann. On peut traduire ainsi ce que rapporte ce voyageur :

« Les Kalmoucks ne boivent pas seulement le lait des juments, ils en mangent aussi la chair. Outre les juments stériles, ils tuent aussi de vieux chevaux inutiles ; mais jamais les jeunes chevaux hongres et les juments dressées. La viande de cheval passe chez les Kalmoucks pour *supérieure à toutes les autres viandes*. »

Chez les Iakutes, on mange aussi des chevaux, et la viande en est trouvée très-bonne ; mais il est rare qu'on tue même les juments stériles et les vieux chevaux. C'est ce qu'affirme Gmelin qui avait visité les Iakutes et séjourné parmi eux :

« Ils n'élèvent point de cochons, parce qu'ils n'en aiment pas la chair. Les moutons sont rares chez eux. Ils mangent la chair de cheval et de vache, et ce n'est *ordinairement* que lorsque ces animaux meurent de maladie ou par accident. »

Fait que confirme Huzard d'après d'autres documents, et auquel il ajoute cette remarque :

« Les Tartares Iakutes préfèrent même la chair des chevaux morts à la viande de vache et de bœuf. »

Le même savant dit aussi :

« On trouve dans les relations des voyageurs, que les Cosaques, les Tartares et plusieurs autres s'en nourrissent aussi. Les prêtres des Bachkirs, peuple de Sibérie, mangent la chair des chevaux qui ont été sacrifiés. Chez les Tartares Usbecks, la tête du cheval est un morceau pour les gens de qualité ; et chez les Arabes, la tête du poulain est un mets délicat. »

Pour les Tartares, Larrey va jusqu'à dire :

« La chair des chevaux est la *principale* nourriture des peuples de la Tartarie asiatique.

» Tout le monde le sait, » ajoute l'illustre chirurgien.

Les princes tartares, le Khan lui-même, se nourrissent de viande de cheval comme le peuple, mais seulement de morceaux plus choisis. Cette viande est servie même dans leurs festins, et lorsqu'ils ont des invités qu'ils veulent bien traiter. « D'excellentes côtes de cheval fumées » furent, par exemple, un des mets servis à l'envoyé de France, le baron de Tott, lorsqu'il fut admis à la table du Khan.

Dans quelques parties de l'Ukraine, d'après Beauplan, le cheval est le premier des animaux de boucherie. Quoiqu'on ne tue que les chevaux malades

l'absence ou l'oblitération du rectum, elle aille chercher dans l'abdomen, pour l'amener au dehors, une autre partie du tube intestinal, et crée de toutes pièces un anus artificiel aux régions iliaque ou lombaire, ses moyens d'action et les résultats auxquels elle arrive sont admirables; en terminant l'œuvre inachevée de la nature, elle met dans de bonnes conditions de viabilité des enfants que leur mauvaise conformation condamnait à mourir peu de jours après leur naissance.

J'ai rencontré dans ma pratique quatre cas d'atrésie et de mal-formation de l'anus et du rectum auxquels j'ai dû remédier.

Dans un cas, chez un petit garçon, l'anus manquait, et le rectum venait s'ouvrir sur le raphé scrotal par un orifice très-étroit.

Chez une petite fille née sans anus, le rectum venait s'ouvrir à la commissure postérieure de la vulve.

Dans un troisième cas, il n'existait pas de vestige d'anus; mais le cul-de-sac rectal, distendu par le méconium, soulevait le plancher du bassin.

Dans le quatrième, enfin, dont j'ai publié l'observation dans la Gazette Médicale (19 janvier 1856), l'anus manquait, et le rectum, très-peu développé, s'ouvrait dans la portion prostatique de l'urètre.

J'ai étudié ces faits avec soin, je les ai comparés entre eux, je les ai comparés aussi aux cas analogues qui ont été publiés par d'autres chirurgiens. J'ai eu, en outre, l'occasion de faire l'autopsie de deux de mes petits opérés, et je viens, aujourd'hui, soumettre aux lecteurs de la Gazette Médicale le résultat de mes études pratiques sur ce point. Je ne traiterai pas, ici, on le comprend, des vices de conformation de l'anus et du rectum d'une manière complète; c'est principalement au point de vue des quatre faits énumérés ci-dessus que j'envisagerai la question. J'exposerai avec détails les anomalies et les difformités qui se sont offertes à mon observation, et je grouperai à côté de ces faits quelques cas empruntés à mes confrères; je décrirai, en même temps, les opérations auxquelles j'ai eu recours pour y remédier; je dirai les motifs qui m'ont déterminé dans le choix des procédés que j'ai suivis; enfin, je ferai connaître le résultat de mes études anatomico-pathologiques sur ce sujet.

Voici la division que j'adopterai dans ce travail : dans une première catégorie, je classerai les faits où le rectum s'ouvre par un prolongement au périnée, au scrotum ou à la vulve; ce sont, en général, parmi les vices de conformation dont j'ai à m'occuper, les moins graves, les moins dangereux; les cas où l'intestin, au lieu de s'ouvrir au dehors, se termine dans le bassin par un cul-de-sac, ou s'ouvre dans l'urètre ou dans la vessie, seront rangés dans une seconde catégorie, et, comme c'est pour remédier à ces vices de conformation que le chirurgien se trouve quelquefois dans la nécessité de pratiquer un anus artificiel, j'exposerai, à la suite de ces faits, le résultat de mes recherches anatomico-chirurgicales sur la valeur respective des méthodes de Littre et de Callisen.

§ Ier. — ABSENCE DE L'ANUS NORMAL, LE RECTUM S'OUVRE, PAR UN PROLONGEMENT SUR LE RAPHÉ SCROTAL, OU A LA COMMISSURE POSTÉRIEURE DE LA VULVE.

Lorsque l'orifice par lequel l'intestin s'ouvre sur l'un ou l'autre de ces points est assez large pour que la défécation s'opère librement, cette erreur de la nature donne lieu à une infirmité, quelquefois fort dégoûtante, mais qui n'est point incompatible avec la vie et la santé. Tel est le fait qui fut observé par A. Bérard, à la Pitié, en 1844 (Gaz. des Hop. 1844, page 286); mais souvent cet orifice anormal est étroit au point de ne donner passage qu'à la partie la plus ténue des matières fécales, comme dans un fait communiqué par M. Danyau à la société de chirurgie (séance du 1er août 1849), ou dans deux autres que j'ai observés, et que je vais bientôt rapporter. Dans ce dernier cas, on le comprend, il n'y a de salut que dans l'opération; et, si l'on peut se dispenser d'agir quand le rectum s'ouvre sur le raphé par un large orifice, il n'en est pas de même quand c'est à la vulve que vient s'ouvrir l'intestin; l'infirmité a, alors, trop d'inconvénients pour qu'on ne cherche pas à y remédier; mais quelle est l'opération par laquelle on doit traiter cette espèce de mal-formation? faut-il chercher à ouvrir l'anus à la place qu'il occupe ordinairement, en laissant subsister le prolongement situé en avant de ce point, par lequel le rectum s'ouvre au dehors, sauf à détruire, plus tard, ce prolongement; ou vaut-il mieux comprendre dans une grande incision la paroi inférieure de ce canal en même temps que la paroi inférieure du rectum et le plancher du bassin?

Dans les deux cas que j'ai rencontrés, j'ai cru devoir adopter ce dernier procédé; je vais exposer les circonstances principales de ces deux faits. Nous étudierons à cette occasion le mécanisme de l'anus obtenu par cette opération; nous pourrons ensuite comparer les deux procédés.

ABSENCE DE L'ANUS AU LIEU ORDINAIRE; LA DÉFÉCATION SE FAIT PAR UNE OUVERTURE TRÈS-ÉTROITE SITUÉE SUR LE RAPHÉ SCROTAL; CETTE OUVERTURE, QUI SUFFIT DANS LES PREMIERS TEMPS DE LA VIE, DEVIENT PLUS TARD INSUFFISANTE. A L'AGE DE SIX MOIS, RÉTENTION COMPLÈTE DES FÈCES, ILÉUS; OPÉRATION SUIVIE D'UNE DÉFÉCATION FACILE; SUCCÈS COMPLET ET DÉFINITIF.

Obs. I. — Le 2 mars 1840, on vint m'appeler à huit heures du soir pour un enfant de 6 mois, qui était dans un état des plus graves. Il était né avec une mauvaise conformation. L'anus chez lui n'était point ouvert à sa place ordinaire. Le raphé scrotal déprimé avait l'aspect d'une vulve; mais dans les parties latérales de cette fente qui simulaient les grandes lèvres je reconnaissais les testicules. Le pénis était imperforé et l'urètre s'ouvrait à la base de cet organe, à la partie antérieure ou supérieure de la dépression raphéale. C'était un cas dans lequel on eût pu avoir du doute sur le sexe de l'enfant. L'intestin s'ouvrait à la commissure postérieure de cette fausse vulve.

Pendant les premiers mois de la vie, cette ouverture avait suffi à la défécation; mais quand par les progrès de l'âge les matières prirent plus de consistance, la défécation devint difficile, puis impossible, et au moment où j'arrivai rien n'était sorti par l'orifice scrotal depuis quatre jours; il y avait des vomissements fréquents, l'enfant repoussait le sein, son ventre était tendu et dur, sa voix éteinte, sa face livide; il se livrait à des efforts violents et continuels; l'orifice par lequel la défécation s'était jusqu'alors opérée était très-étroit, ne laissait passer que quelques liquides stercoraux. La région ano-périnéale était soulevée, distendue, fluctuante. L'indication était ici précise et pressante, il fallait donner issue aux matières fécales retenues. Une petite sonde cannelée introduite dans l'anus raphéal pénètre facilement dans le rectum; elle sert de conducteur à un bistouri droit, avec lequel je fends d'avant en arrière, sur la ligne médiane, le périnée et la paroi inférieure du rectum jusqu'au devant du coccyx. Une grande quantité de matières fécales molles et de gaz s'échappe à l'instant. Avec des pinces à tor-

---

ou hors de service, leur viande, préférée à celle du bœuf ou de la brebis, tient une place importante dans l'alimentation du peuple.

Citons enfin, pour terminer, trois témoignages tout récents, relatifs aussi à des points différents de l'empire russe, soit en Asie, soit en Europe.

Le premier est celui de M. Le Play. Dans les nombreux voyages dont le grand ouvrage déjà cité a été le fruit, ce célèbre économiste a vu plusieurs peuples asiatiques, non seulement manger habituellement de la viande de cheval, mais en faire servir, comme un mets de choix, dans leurs repas de fête, ou lorsqu'ils reçoivent des étrangers. C'est ce qui a lieu notamment chez les Baskirs du versant asiatique de l'Oural. Chez eux :

« On considère comme *un grand régal* un mets composé de viande de cheval et de pâte de farine, bouillie avec du sel.

« J'ai vu dans l'Orient des populations qui vivent presque exclusivement de viande de cheval et de lait de jument; » dit aussi M. Le Play dans une lettre dont j'ai précédemment cité quelques mots.

Le second témoignage que j'invoquerai est celui de M. Fontanier, qui a été successivement consul de France sur divers points de l'Asie, et qui exerce aujourd'hui les mêmes fonctions à Civitâ-Vecchia. J'ai écrit la note suivante sous sa dictée :

« En 1823, M. Péroffsky, gouverneur de la province de Tauride (Crimée), fut invité à un grand repas par un chef du pays. On crut ne pouvoir le mieux traiter qu'en abattant un poulain. Nous trouvâmes généralement la viande bonne.

» Les Tartares Nogaïs abattent les chevaux, en emportent dans leurs courses des morceaux crus sous leur selle, et après les avoir ainsi mortifiés, les mangent. C'est chez eux une nourriture fort ordinaire.

» Les chevaux de ce peuple sont demi-sauvages; on les lâche dans les steppes quand on n'en a plus besoin. Quand on les veut, on les prend au *lasso*. C'est presque comme en Amérique. »

Le dernier voyageur contemporain que je citerai, est un de mes honorables collègues dans le conseil de la société impériale d'acclimatation. M. le baron de Montgaudry, petit-neveu de notre immortel Buffon, a vu en Wettéravie la viande de cheval employée avec avantage comme aliment. Dans cette partie de l'Allemagne, on en fait principalement des saucissons et de « bon bouillon ». Toutefois, on n'abat d'ordinaire, en Wettéravie, que les chevaux blessés ou devenus impropres au service.

En Europe encore, mais plus loin de nous, M. de Montgaudry a aussi constaté par lui-même que les Cosaques se nourrissent volontiers de leurs chevaux, particulièrement du sang qu'ils leur tirent après les avoir fait longtemps courir.

Derniers et curieux vestiges, sur quelques points de l'Europe, de coutumes qui ont autrefois très-généralement régné en Europe et en Asie, et auxquelles se rapportent ces vers si connus de Virgile :

« .. *Ferire pedis salientem sanguine venam :*
Bisaltæ quo more solent, acerque Gelonus,
Et lac concretum cum sanguine potat equino; »

ce passage, encore plus souvent cité, d'Horace :

sion, je saisis les bords de l'incision faite à l'intestin, que j'amène assez facilement au dehors, où je les fixe par cinq points de suture, dont deux pour chaque lèvre de l'incision et un pour l'angle postérieur, qui affrontent les bords de l'incision du rectum avec ceux de la peau.

Le lendemain matin, je trouve l'enfant dans un très-bon état; les évacuations alvines ont été abondantes; l'enfant a teté plusieurs fois et n'a plus vomi depuis minuit; sa chaleur est naturelle.

Tout fut au mieux à dater du moment de l'opération. Le quatrième jour, les points de suture commencèrent à ulcérer les tissus; je les enlevai. Les bords de l'incision de l'intestin adhéraient par première intention à la peau dans certains points; dans d'autres il y eut un peu de suppuration. Je voulus placer une mèche dans l'incision; mais elle ne tenait pas, et je dus y renoncer. J'observai avec soin la marche de la cicatrisation, et je me proposais de revenir à la dilatation si c'était nécessaire; il n'en fut rien. La guérison eut lieu sans trop de diminution dans l'étendue de l'ouverture.

Trois mois après (le 5 juin), je constatai le résultat définitif de l'opération par la note suivante: « L'anus forme une boutonnière de 3 centim. d'étendue, allant de la fente raphéale à 2 centim. au devant du coccyx. Les bords de cette boutonnière sont en contact. Quand je les écarte, je vois au fond la paroi supérieure de la partie du rectum qui, par suite du vice de conformation, a une direction horizontale. La membrane muqueuse et la peau se sont réunies par une cicatrice parfaitement linéaire sur les bords de l'ouverture que j'ai pratiquée. Le doigt pénètre en arrière avec une entière liberté dans la cavité rectale; il n'y a plus eu la moindre difficulté pour la défécation. »

Ce jeune homme, maintenant âgé de 16 ans, est grand et fort. Je l'ai examiné il y a trois ans, et j'ai constaté que la boutonnière anale n'avait rien perdu de ses dimensions et qu'elle était susceptible d'une dilatation assez grande. Jamais les matières fécales ne s'échappent sans la participation de la volonté, lors même, dit-il, qu'il a eu dévoiement, et jamais il n'y a eu de difficulté pour l'expulsion des matières solides.

J'aurais voulu connaître la manière dont fonctionne l'appareil génital, qui présente une conformation défectueuse, savoir s'il y a des désirs vénériens, des érections, des éjaculations de sperme; mais ce jeune homme, dominé par une pudeur mal entendue, ne veut donner aucun éclaircissement sur ces points, et refuse de montrer les organes qui sont chez lui en défaut.

ABSENCE DE L'ANUS NORMAL; RECTUM S'OUVRANT PAR UN ORIFICE ÉTROIT A LA COMMISSURE POSTÉRIEURE DE LA VULVE; OPÉRATION; ÉTUDES SUR LE MÉCANISME DE L'ANUS EN FENTE APRÈS LA GUÉRISON.

OBS. II. — Au mois d'avril 1855, mon confrère et ami, M. Pourcin de Trets, m'adresse une petite fille de 11 mois qui présente une mal-formation congénitale de l'appareil de la défécation. A la place que devrait occuper l'anus existe une petite dépression en godet, qui n'a pas deux millimètres de largeur et de profondeur. De ce point part un raphé saillant qui vient se terminer à la vulve. Le rectum s'ouvre à la commissure postérieure de la vulve, par un orifice étroit qui ne peut admettre le petit doigt, mais qui laisse pénétrer facilement une sonde de femme, dont je sens très-bien le bec jusque vers le sommet du coccyx. L'enfant fait des efforts répétés qui ont pour effet l'expulsion de matières stercorales liquides et de très-petites quantités de matières un peu plus consistantes, qui passent comme à la filière.

La petite fille est, du reste, bien portante et dans un bon état de force et de nutrition.

Voilà déjà des difficultés pour la défécation; ces difficultés iraient en augmentant, et des accidents fort graves, mortels, se produiraient nécessairement quand les matières fécales seraient plus consistantes.

J'opère le 19 avril 1855, avec l'aide de M. le docteur Silbert.

Une sonde cannelée, légèrement courbée, est introduite dans l'anus vulvaire, la concavité tournée en bas. Sur ce conducteur j'incise d'avant en arrière, sur la ligne médiane, jusqu'au point où devrait être l'anus; puis, le doigt introduit dans le rectum sert de conducteur au bistouri boutonné, avec lequel se prolonge mon incision en arrière, jusqu'au milieu de l'intervalle que sépare le point où devrait se trouver l'anus du sommet du coccyx.

Une grande quantité de matières solides s'échappe. Le rectum présente une dilatation considérable. Dans les efforts auxquels l'enfant se livre, la membrane muqueuse rectale se présente dans l'incision; on la voit ridée en tous sens. Comme dans le cas précédent, je réunis par cinq points de suture entrecoupée les bords de l'incision du rectum avec ceux de l'incision de la peau.

La couche cellulo-adipeuse sous-cutanée et la paroi musculo-aponévrotique du bassin ont peu d'épaisseur. Je ne distingue pas, dans mon incision, de faisceau musculaire correspondant au sphincter de l'anus.

Ils s'est écoulé assez de sang, pendant l'opération, pour faire pâlir sensiblement la petite fille.

Les 19, 20 et 21 avril, rien à noter. Les matières fécales solides sont encore rendues en grande quantité.

Le 23, le fil de l'angle postérieur de l'incision a coupé les tissus et s'est détaché.

Le 24, j'enlève les quatre autres fils de la suture. Les bords de l'incision du rectum sont parfaitement réunis à la peau sur les côtés; ce n'est qu'en arrière que cette réunion a manqué. Dans l'angle postérieur, il existe entre la peau et la muqueuse un intervalle de 4 ou 5 millimètres qui suppure. Cette surface suppurante ne s'étend pas sur les côtés.

Le 28, tout va très-bien. La petite surface suppurante est bien réduite en tous sens. Ses bourgeons charnus sont du meilleur aspect; l'enfant est emmenée dans sa famille.

On me la présente de nouveau, le 12 mai; je trouve alors la plaie parfaitement cicatrisée dans tous les points. L'angle postérieur de l'ouverture anale est un peu moins près du coccyx qu'après l'opération. Les deux bords de cette fente présentent quelques rides transversales. Quand l'enfant crie, ou fait des efforts, on voit la paroi supérieure du rectum s'engager un peu dans l'ouverture. Si on écarte les bords de celle-ci pendant que l'enfant est en repos, on voit cette paroi former sur la fente une espèce d'opercule. La défécation se fait avec une entière liberté, et c'est par la moitié postérieure de la fente, et, par conséquent, assez loin de la vulve que sortent les matières fécales.

Cette petite fille a joui de la meilleure santé pendant plus de six mois. Tout le temps qu'elle a vécu après l'opération, l'anus a fonctionné de la manière la plus satisfaisante; mais l'automne dernier elle est morte, m'écrit son médecin, d'une *entérite compliquée d'une affection cérébrale.*

Le procédé tout simple que j'ai suivi dans ces deux cas a parfaitement remédié aux accidents produits par l'insuffisance de l'orifice par lequel le rectum s'ouvrait au dehors, et le résultat de mes opérations a été durable. L'incision pratiquée derrière l'ouverture anormale, à la place qu'occupe ordinairement l'anus, serait-elle préférable au procédé que j'ai mis en pratique? Je n'en crois rien. Elle a cependant été préférée dans les cas semblables aux miens par A. Bérard (GAZ. DES HÔP., 1844, p. 286) et par M. Danyau (Soc. de chir., 1er août 1849). Je ne connais pas les résultats définitifs des opérations pratiquées par ces chirurgiens; mais l'anus exécuté par le procédé qu'ils ont suivi doit avoir bien plus de tendance au resserrement et a, de plus, l'inconvénient de laisser subsister la partie du prolongement du rectum située en avant de l'incision avec son orifice raphéal ou vulvaire.

On sait combien est craindre le resserrement des ouvertures artificielles; or quand une ouverture est pratiquée en plein dans des tis-

---

« *Visam Britannos hospitibus feros*
Et lætum equino sanguine Concanum;

ce vers de Martial:

« *Venit et epoto Sarmata pastus equo;* »

ceux-ci de Sidoine Apollinaire

« *Solitosque cruentum*
Lac potare Getas ac pocula tingere venis; »

et un grand nombre d'autres passages des historiens et géographes anciens sur les *Hippophages;* c'est-à-dire, sur ces peuples, la plupart asiatiques, d'autres européens ou communs aux deux parties septentrionales de l'ancien continent, qui se nourrissent du lait, du sang, de la chair de leurs chevaux.

L'érudit Pelloutier a donné, dans son *Histoire des Celtes*, un savant résumé de la plupart des passages de ces auteurs, et je ne saurais mieux faire que de le lui emprunter:

« Les Sarmates.... étaient toujours à cheval. On les voyait vendre, acheter, tenir leurs assemblées, expédier leurs affaires, faire leur vente, prendre leurs repas et leur sommeil sur leurs chevaux. Il y avait plusieurs de ces nations qui habitaient le long du Danube et dans le voisinage de la Grèce, et on ne doute pas que ce ne soit la véritable origine des Centaures. La chair crue servait de nourriture aux Sarmates; ils la faisait mortifier en la mettant sous leurs cuisses, sur le dos du cheval. Un de leurs mets les plus délicieux était le lait et le sang de cavale mêlés ensemble....

Les Celtes avaient des troupeaux de toute sorte de bétail. Les Sarmates, au contraire, ne nourrissaient que les chevaux; *ils en tiraient la plus grande partie de leur subsistance. La chair de cheval,* le lait et le fromage de cavale étaient *leurs aliments les plus ordinaires.* L'usage de faire rôtir ou bouillir la chair leur était inconnu. Les uns la mangeaient crue; les autres se contentaient de la mortifier, en la tenant pendant quelques heures sous leurs cuisses, sur le dos des chevaux qu'ils montaient. Étaient-ils pressés par la faim? Ils ouvraient la veine du cheval sur lequel ils étaient montés... Les peuples qui mangeaient la chair de cheval, qui se nourrissaient de lait et de sang de cavale, étaient Sarmates; mais *plusieurs des peuples Celtes,* qui étaient autrefois voisins des Sarmates, avaient adopté en tout ou en partie les coutumes de ces derniers. Les Quades et les Vandales qui étaient des peuples Germains, faisaient beaucoup de cas de la chair de cheval. »

Tel était, dans les temps anciens, le régime alimentaire de plusieurs peuples en Germanie, et tel nous allons le retrouver jusque dans le moyen âge. Si les témoignages sont ici moins nombreux, ils sont en revanche, s'il est possible, plus incontestables encore; car nous pouvons apporter en preuves deux lettres, heureusement conservées, de deux papes du huitième siècle. Toutes deux sont adressées à saint Boniface, apôtre de la Germanie, et dirigées contre l'usage de la viande de cheval qui, lié à d'anciennes pratiques religieuses, faisait alors obstacle à la propagation du christianisme dans le centre et le nord de l'Europe. « *Post sacrificia peracta comessationes celebra-*

sus intacts, toutes ses parties tendent au rapprochement; si, au contraire, l'incision est limitée à une de ses extrémités par le trajet muqueux d'une ouverture naturelle, cette extrémité reste étrangère au travail de cicatrisation, qui, ne partant que de l'angle saignant, ne doit jamais amener un rétrécissement aussi considérable. Voilà ce qu'on pourrait conjecturer *à priori*. Voilà aussi ce qui s'est passé chez mes deux opérés. L'ouverture ainsi faite est restée assez étendue pour remplir très-bien ses fonctions, et je n'ai plus eu à y revenir; or on verra plus loin qu'il n'en est pas ainsi de l'anus qu'on pratique dans d'autre cas d'atrésie par une incision dont les deux angles sont saignants.

Quant au prolongement du rectum qui resté en avant de l'incision pratiquée à la région anale, les chirurgiens qui ont suivi ce procédé ont opéré avec l'intention d'amener plus tard l'oblitération de ce trajet et de son orifice par la cautérisation ou par tout autre moyen; mais quel serait le procédé le plus rationnel pour arriver à la destruction de ce canal désormais inutile et incommode? Je ne pense pas qu'il en existe un meilleur que l'incision de sa paroi inférieure, suivie, si l'on veut, de la destruction de la muqueuse qui le tapisse. Eh bien! s'il en est ainsi, le premier temps de cette opération secondaire se trouve exécuté en même temps que l'opération essentielle dans le procédé que j'ai mis en pratique; et si, après que l'issue facile des matières fécales aura été assurée par l'opération, on juge qu'il soit avantageux de substituer à la gouttière muqueuse formée par le prolongement incisé du rectum une surface cicatricielle, on pourra détacher par la dissection, ou détruire par la cautérisation la muqueuse qui revêt cette gouttière; mais je ne vois pas l'avantage qu'il pourrait y avoir à détruire cette surface muqueuse, à laquelle le contact de l'air et des vêtements finira par donner les caractères de la peau extérieure.

Ainsi, je n'hésite pas à conseiller, pour des cas semblables à ceux que j'ai rencontrés, l'incision prolongée de l'orifice anormal du rectum jusqu'au devant du coccyx, suivie de la réunion par suture des bords de l'incision du rectum à ceux de la peau. Il est bien entendu que ce conseil ne s'applique pas aux cas où le prolongement du rectum parcourt un très-long trajet sous la peau, avant de s'ouvrir au dehors; tel est, par exemple, le fait rapporté par M. Cruveilhier dans son grand ouvrage (t. I, 1re livr., pl. 6), fait dans lequel le prolongement du rectum formait un canal creusé dans le raphé, et venait s'ouvrir immédiatement au-dessous du gland. Dans ce cas, le rectum ne pouvait être ouvert qu'à la région anale, et c'est ce qu'on fit, en effet.

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

III. LA PRESSE MÉDICALE BELGE.

On trouve dans les numéros du mois d'octobre 1855 au mois d'avril 1856 les travaux originaux suivants : 1° *Du bandage amidonné et du bandage plâtré*; par M. J. Germain. 2° *Des accidents produits par les ascarides lombricoïdes et le tænia, et de leur traitement*; par M. H. Anciaux. 3° *Des erreurs de diagnostic, au point de vue de la syphilis* (leçon clinique du professeur Thiry, recueillie par le Dr Janssens). 4° *Du cristallisme à propos de la révulsion.* 5° *Quelques considérations sur le cancer*, observations recueillies dans le service de M. Vytterhœven, par le Dr Van Holsbeek. 6° *Note sur l'emploi thérapeutique de la liqueur arsénicale de Fowler dans l'asthme idiopathique ou symptomatique d'une affection pulmonaire, suivie de quelques observations*; par M. Geens. 7° *Note pour servir à l'histoire du charbon*; par M. Verheyen. 8° *Des contractures à la région membraneuse du canal de l'urètre et à l'orifice urétro-vésical, considérées comme cause de dérangements dans l'excrétion urinaire*; par M. H. Anciaux. 9° *Observations recueillies dans le service de M. Vytterhœven*; par M. Van Hosbeek; 10° *Des instincts et du mouvement réflexe dans les rétractions permanentes*; par M. Thiry (suite et fin). 11° *Hernie étranglée, réduction par la dilacération forcée de l'anneau*; par M. Dropsy.

DES ERREURS DE DIAGNOSTIC AU POINT DE VUE DE LA SYPHILIS, par le professeur Thiry.

Les débats qui ont été soulevés dans ces dernières années, sur l'identité de nature de la blennorrhagie contagieuse et de la syphilis, n'ont point encore perdu de leur intérêt, puisque la question vivement controversée, n'a point, jusqu'à ce jour, reçu une solution qui réunisse tous les suffrages. M. le professeur Thiry, de Bruxelles, dont le nom fait autorité en Belgique, dans les affections qui nous occupent, a cru devoir à son tour soumettre à un examen approfondi les faits sur lesquels s'appuient les deux opinions contraires. Nous résumerons dans les lignes suivantes la doctrine à laquelle l'a conduite sa longue expérience.

1° La syphilis n'est pas une maladie contagieuse.

2° Le chancre est la seule affection des organes génitaux qui, par l'induration, puisse donner lieu à la syphilis.

3° Toutes les autres maladies contagieuses qui, en dehors du chancre, peuvent siéger aux organes genitaux, reconnaissent pour cause un virus particulier tout à fait étranger au virus chancreux. D'où il suit qu'il peut exister des blennorrhagies contagieuses, mais que si elles ne sont point compliquées de chancre induré, elles ne transmettent jamais la vérole.

4° Les blennorrhagies contagieuses présentent, comme élément anatomique, l'existence de granulations sur la muqueuse urétrale; de là le nom de blennorrhagies granuleuses que M. Thiry leur impose.

5° Les blennorrhagies simples ou granuleuses peuvent s'accompagner de l'engorgement des ganglions du pli de l'aine, par la seule influence du rayonnement sympathique des organes génito-urinaires sur la région inguinale. Il en est de même des engorgements pré-auriculaires, qui sont loin d'avoir pour le diagnostic la valeur qu'on a voulu leur attribuer.

Ces prémisses une fois posées, M. Thiry se demande quelle est la nature de la syphilis? Ici il rejette complétement l'opinion généralement admise que les accidents de la vérole sont dus à un virus. A ses

---

« *bantur*, » comme le dit un auteur aujourd'hui trop oublié, George Keysler : après le sacrifice, le festin; et la victime passait de l'autel à la table, où devait la suivre, pour les apôtres chrétiens, « l'horreur des faux actes de religion et de tout ce qui y entre. »

La première lettre est de Grégoire III; j'en cite textuellement le principal passage :

« *Inter cætera* agrestem caballum aliquantos comedere *adjunxisti* plerosque et domesticum. *Hoc nequaquam fieri deinceps, Sanctissime frater, sinas, sed quibus potueris, Christo juvante, modis, per omnia compesce, et dignam eis impone pœnitentiam.* Immundum *enim est atque* exsecrabile. »

Il serait difficile d'imaginer une prohibition plus absolue, et des paroles plus énergiques d'anathème et de menace. Elles ne suffirent cependant pas pour triompher du goût des Germains, La chair du cheval resta leur mets de prédilection : *imprimis in deliciis*, comme le dit Keysler. On continua si bien, même parmi les Germains convertis, à manger de la chair de cheval, et surtout du cheval sauvage, qu'il fallut, sous le règne suivant, une nouvelle intervention de l'autorité papale. Il y a trois gibiers dont l'usage est surtout condamné par le successeur de Grégoire, Zacharie Ier, dans une lettre adressée aussi à saint Boniface, et ces trois gibiers sont le bièvre ou castor, le lièvre et le cheval sauvage. *Fibri et lepores et equi sylvatici multo amplius vitandi*, dit la lettre pontificale.

La Germanie ne fut cependant pas la contrée de l'Europe où l'usage alimentaire de la viande de cheval tint le plus longtemps contre les prohibitions papales et épiscopales. D'après le même Keysler et d'après Pelloutier, l'attachement des Islandais aux anciennes coutumes, et surtout au régime alimentaire de leurs ancêtres, se montra tellement vivace qu'on dut renoncer à l'extirper, si ce n'est à la longue. Par une transaction dont il n'y a pas d'autre exemple connu, ils furent admis au baptême sans être obligés de renoncer à l'usage de la viande « immonde et exécrable. »

Une exception, dit-on, ne prouve rien; celle-ci, au contraire, bien qu'unique, est très-significative et d'une très-grande importance à notre point de vue. Elle suffit pour lever un doute qui a pu s'élever dans votre esprit; elle assigne son véritable caractère à l'interdiction prononcée par les papes contre la viande de cheval. Il est clair que, dans leur pensée même, il s'agissait ici d'une *mesure* temporaire et localement utile à l'expansion du christianisme en Europe, et nullement d'une *règle d'hygiène*, encore moins d'une *loi morale*; car l'une ou l'autre eût dû être et eût été partout et invariablement maintenue. Il peut y avoir des nécessités politiques ou gouvernementales différentes, selon les temps et les lieux, et pour les chefs de l'église, comme pour ceux des états laïques, c'est sagesse que d'en tenir compte; mais avec l'hygiène, toute transaction serait homicide; avec la morale, elle serait impie, et l'église n'eût pu admettre ni l'une ni l'autre.

Il est curieux de voir, dans la lettre de Zacharie, la viande du lièvre associée à celle du cheval dans la même prohibition, et l'usage de toutes deux également puni de peines sévères. Prohibition bientôt levée, à ce qu'il semble, et dont il ne reste plus aujourd'hui que le souvenir, pour la viande de lièvre. « On s'est relâché par rapport à l'usage de cette dernière, » disait en 1721 le *Journal des savants*, d'après Keysler, « parce que la religion n'y

yeux il n'existe point de *virus syphilitique*, il n'existe qu'un *virus chancreux* : « Or, dit-il, si la syphilis était le résultat de celui-ci, si les » manifestations véroliques étaient dues à son absorption, le bon sens » ne vous persuade-t-il pas que ces manifestations ne pourraient être » rien autre chose que des chancres?... Non, encore une fois, il n'y a » pas de virus syphilitique primitif; il existe un virus chancreux, et » pas autre chose. Le virus secondaire n'est qu'un mythe. » Du reste, l'ulcère chancreux et l'ulcère syphilitique présentent à ses yeux les différences suivantes : L'ulcère chancreux débute par la forme inflammatoire vésico-purulente; l'ulcération est irrégulière, à bords inégaux, festonnés, décollés, *mois nullement taillés à pic*. B. Ulcère syphilitique : il vient le plus souvent à la suite d'engorgements, de tumeurs gourmeuses, etc.; son aspect est sale, ses bords engorgés et *taillés à pic*, à forme arrondie; enfin son pus ne peut s'inoculer.

On voit, par cette courte analyse, que la doctrine du syphiliographe e Bruxelles, semble tenir le milieu entre celle de M. Ricord et celle qu'a defendue M. Vidal (de Cassis).

DES CONTRACTURES A LA RÉGION MEMBRANEUSE DU CANAL DE L'URÈTRE ET A L'ORIFICE URÉTRO-VESICAL, CONSIDÉRÉES COMME CAUSE DE DÉRANGEMENTS DANS L'EXCRÉTION URINAIRE; par le Dr H. Anciaux.

La portion membraneuse du canal de l'urètre peut-elle être le siége d'un spasme, d'une contracture indépendante d'une lésion organique antérieure? Les opinions sont aujourd'hui très-partagées sur cette question. Quelques chirurgiens, MM. Velpeau, Civiale, Vidal (de Cassis), semblent bien admettre une névrose spasmodique de l'urètre, une espèce de crispation qui serait à peu près toujours le résultat d'une irritation produite par un corps étranger, d'une affection du col vésical ou de la prostate. M. Mercier, au contraire, nie complètement cet état de contracture en rejetant toute muscularité de la portion membraneuse de l'urètre, et il dit que les symptômes que l'on attribue à ce spasme ont leur cause à l'orifice urétro-vésical lui-même. Mais aujourd'hui qu'on ne peut point ne pas admettre que réellement cette partie de l'urètre ne soit fournie de fibres musculaires (mode de Wilson), l'analogie peut très-bien faire admettre cette contraction spasmodique. M. Anciaux croit même pouvoir indiquer positivement les signes caractéristiques de cette affection, d'après les observations qu'il a eu occasion de faire, et ces signes sont les suivants ;

La sonde que l'on fait pénétrer dans le canal éprouve deux arrêts, le premier au niveau du muscle de Wilson, lequel donne la sensation *d'une bande de caoutchouc placée en travers du canal* (sensation tout à fait caractéristique), le second à l'orifice uréthro-vésical : « Au moment où l'algalie va butter contre le premier sphincter, un spasme, » une douleur, un besoin d'uriner se font sentir, besoin quelquefois » violent et qui est suivi d'un jet précipité. » Ces signes suffiront-ils pour faire admettre et reconnaître par tous les chirurgiens le spasme de la portion membraneuse de l'urètre? Nous en appelons sur ce point à une expérimentation ultérieure plus étendue.

IV. ANNALES D'OCULISTIQUE.

Les numéros du mois de mai 1855 au mois de mars 1856 renferment les mémoires originaux suivants : 1° *Leçons sur les parties intéressées dans les opérations qu'on pratique sur l'œil*; par William Bowman (de Londres) (suite et fin). 2° *Plaie de l'orbite*, leçon clinique faite à l'hôpital Sainte-Marie, à Londres; par W. Cooper. 3° *Histoire des affections morbides de l'œil et de ses annexes provoquées et entretenues par le séjour où les atteintes d'animaux vivants*; par M. Carron du Villards. 4° *Recherches sur la vision binoculaire simple et double, et sur les conditions physiologiques du relief*; par M. Serre d'Uzès. 5° *Note sur l'amaurose*; par M. Ancelon. 6° *De la déchirure du cercle interne de l'iris*; par W. Cooper. 7° *Quelques observations nouvelles de spinthéropie (paillettes étincelantes de cholestérine)*; par M. Sichel 8° *De l'inflammation sympathique de l'œil*; par M. R. Taylor. 9° *Tache mélanienne circumorbitaire congénitale; nævus maternus congénital; paupière supplémentaire* (trois observations consacrées uniquement à la description des affections mentionnées, mais n'ayant pas trait à la pratique); par M. F. Dubois 10° *Torpeur de la rétine; congénitale héréditaire*; par M. Donders. 11° *Des agents thérapeutiques dans les maladies des yeux*; par M. Guépin (de Nantes), 12° *Recherches sur la kopiopie*; par M. Schaunburg. 13° *Note sur quelques points de la structure du cristallin et de sa capsule à l'état normal et à l'état pathologique*; par M. Testelin. 14° *Ectropion considérable de la paupière supérieure droite déterminé par l'hypertrophie de la muqueuse palpébrale; excision du bourrelet muqueux; guérison*; par M. Van Weesmæl. 15° *Cicatrice de la cornée avec synéchie antérieure partielle; cataracte; pupille artificielle; extraction du cristallin par cette ouverture; dilacération de la capsule opaque au moyen de deux aiguilles; guérison*; par M. Critchett. 16° *Histoire d'une tumeur éléphantiasique de la paupière supérieure gauche, guérie par une opération*; par M. Carron de Villards. 17° *De la cure du trichiasis par la méthode dite par cicatrisation cutanée*; par M. Schaunberg (Cette opération consiste en ponctions faites à la racine des cils avec une large aiguille. Ces ponctions, en guérissant, donnent lieu à un tissu vertical rétractile, qui redresse ainsi les cils déviés).

DE LA DÉCHIRURE DU CERCLE INTERNE DE L'IRIS, par M. WHITE COOPER.

L'on sait que les violences extérieures occasionnent fréquemment la séparation de la grande circonférence de l'iris d'avec le cercle ciliaire, en produisant une espèce de pupille artificielle. Mais un accident dont les ophthalmologues ont à peine fait mention, c'est la déchirure, dans ces circonstances, du cercle interne de ce voile membraneux. M. W. Cooper appelle sur ce sujet l'attention des praticiens et, pour sa part, sur un certain nombre de cas qu'il a eu l'occasion d'observer, il en rapporte trois observations bien détaillées. Voici les phénomènes principaux que présentent les malades.

La dilatation de la pupille peut être aussi considérable que celle qui serait produite par une forte solution d'atropine, et s'accompagne toujours d'une confusion marquée de la vue. Si les fibres circulaires sont complétement déchirées, la pupille largement dilatée reste immobile; si la déchirure n'est que partielle, il pourra se faire quelques contractions. Dans ce dernier cas, le temps peut amener quelque amélioration dans la vue; mais quand la déchirure est considérable, il est très-douteux que l'œil puisse être encore de quelque utilité, et M. Cooper ne

---

» était pas si intéressée; mais nos ancêtres ont continué d'être privés de la » chair de cheval, et cela à leur grand préjudice : *Magno rei familiaris detrimento, frustrati sunt majores nostri!* »

Je m'arrête ici, et aussi bien, parti de l'Afrique pour revenir à l'Europe, j'ai presque achevé le tour du monde, constatant les mêmes faits chez les peuples les plus divers. Je vous ai montré le cheval alimentaire en même temps qu'auxiliaire, parfois même seulement alimentaire, dans les cinq parties du monde, et pour l'Europe elle-même, autrefois sur une multitude de points, aujourd'hui encore dans le nord et dans l'est, et jusqu'en Allemagne.

On avait vu dans l'emploi alimentaire de la viande de cheval un fait exceptionnel et anormal, propre à un petit nombre de peuples. N'ai-je pas le droit de dire qu'il faut aujourd'hui renverser les termes de cette proposition? L'exception, c'est, tout au contraire, ce qui a lieu parmi nous : c'est le délaissement, l'abandon à des usages secondaires, d'une chair que tous ceux qui en ont essayé, déclarent saine et de bon goût. L'anomalie, c'est la condition, à ce point de vue des nations les plus civilisées de l'Europe centrale et occidentale, impuissantes, avec toute leur science et toute leur industrie, à produire la viande nécessaire à leur alimentation, et sacrifiant celle qu'ils ont toute produite et en abondance sous la main à une vieille croyance, à un déplorable préjugé qu'on ne trouve que chez elles.

Is. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

— Nous nous empressons de faire connaître à nos confrères l'heureuse issue de l'affaire Renaut devant la Cour impériale d'Amiens. Par un arrêt motivé, mais dont nous n'avons pas encore le texte, la Cour, réformant le jugement du tribunal de Château-Thierry, a relaxé M. Renaut sur le fait d'homicide par imprudence. La peine de l'amende a été seulement maintenue sur les deux faits de contravention aux lois de ventôse et de germinal.

— Par arrêté de M. le préfet de la Seine en date du 17 juillet 1856, M. le docteur Mouzard a été nommé médecin du bureau de bienfaisance du 1er arrondissement, en remplacement de M. Tavernier (de la Nièvre), démissionnaire.

— On nous annonce la mort de M. le docteur Dunal, doyen de la Faculté des sciences de Montpellier et professeur de Botanique à la même Faculté.

— M. Pascali, étudiant en médecine, a succombé, le 30 juillet, aux suites d'une piqûre anatomique. Jeudi dernier, un grand nombre de médecins et d'élèves s'étaient réunis à l'hôpital du Midi, pour conduire cet infortuné jeune homme à sa dernière demeure.

— La Société médico-psychologique, dans sa séance du 28 juillet dernier, a procédé au renouvellement annuel de son bureau. Ont été élus : président, M. Peisse; vice-président, M. Baillarger; secrétaire général, M. Cerise; secrétaire particulier, M. Brierre de Boismont; trésorier, M. Brochin. Membres du comité de publication pour l'année 1856-57, MM. Trélat, Delasiauve et Michéa.

connaît aucun moyen d'en rapprocher les bords très écartés. Toutefois l'on peut, dans ces cas, essayer de remplacer artificiellement l'iris et la pupille, au moyen d'une plaque mince, d'acier ou de corne, percée à son centre d'une ouverture très-petite, circulaire ou sous forme de fente, et encadrée dans un montant de lunettes.

Les trois observations citées dans le mémoire de M. W. Cooper prouvent que ce moyen tout mécanique a seul pu permettre aux malades de distinguer assez nettement les objets environnants.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 4 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE

— M. Cl. Guyot présente une Note intitulée : « Anesthésie cutanée produite par un courant électrique ; abaissement de température sous l'influence du même moyen dans les parties électrisées. » (Commissaires, MM. Becquerel, Cl. Bernard.)

— M. Gigon adresse d'Angoulême, pour le concours Montyon (prix de Médecine et de chirurgie), de «nouvelles recherches sur l'*ischurie urétrique* », et y joint, pour se conformer à une des conditions imposées aux concurrents, une indication de ce qu'il considère comme neuf dans son nouveau travail.

— M. Blanchet, auteur de plusieurs communications relatives aux affections de l'organe de l'ouïe et à l'enseignement de la parole aux sourds-muets, présente aujourd'hui un travail sur la possibilité et l'utilité d'une généralisation absolue de l'enseignement des *sourds-muets*, sans les séquestrer des parlants. (Renvoi à l'examen de la commission mixte chargée par l'Institut, d'après la demande de M. le ministre de l'instruction publique, transmise à l'Académie des sciences dans sa séance du 21 mai dernier, de s'occuper de diverses questions relatives à l'enseignement des sourds-muets.)

— M. Guillon adresse, comme pièce de nature à prouver l'importance des inventions relatives à la *lithotritie* qu'il a présentées pour le concours de médecine et de chirurgie, plusieurs exemplaires d'un opuscule concernant l'emploi qui a été fait de son brise-pierre pulvérisateur dans plusieurs opérations de litbotricie, par M. Barrier, chirurgien à Lyon. (Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

PREMIÈRE APPLICATION A LA THÉRAPEUTIQUE DU CARBAZOTATE DE POTASSE ; — RÉCLAMATION EN FAVEUR DE M. BRACONNOT, ADRESSÉE A L'OCCASION D'UNE COMMUNICATION RÉCENTE ; par M. J. Nicklès.

Dans un mémoire inséré au tome XLIII, p. 104, des *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, MM. Galvert et Moffat signalent les propriétés fébrifuges de l'acide picrique ou carbazotique, découvert en 1788 par Hausmann. Tout en rendant justice à Braconnot, qui le premier a essayé de combattre la fièvre à l'aide de cet acide, les deux savants anglais assurent que ces essais ont été sans résultats. Successeur de M. Braconnot à Nancy, je dois à sa mémoire de rétablir les faits, et pour cela il me suffira de transcrire le passage de son travail qui se rapporte à la question. Il se trouve publié dans les *Annales de Chimie et de Physique*, t. XLIV, p. 297 (1830). Voici ce passage :

« .....Je ne puis m'empêcher de rapporter ici un autre fait non moins remarquable, et qui sera, je l'espère, apprécié par les praticiens. J'avais à ma » disposition du carbazotate de potasse dont l'amertume est bien connue, et » qui avait été préparé suivant le procédé de M. Liebig, il me vint dans l'idée » de l'essayer en dissolution dans l'eau et à de très-petites doses sur trois » individus attaqués de fièvre intermittente : à ma très-grande surprise, ils » furent guéris aussi promptement qu'ils auraient pu l'être avec le sulfate de » quinine. »

Les propriétés thérapeutiques de l'acide picrique sont donc depuis longtemps établies par voie expérimentale, et les résultats de ces expériences sont dans le domaine public depuis vingt-six ans.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 12 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

1° Un rapport de M. Lecœur, médecin des épidémies à Caen, sur une épidémie de variole compliquée de rougeole et d'angine qui a régné en mai et juin dernier, sur les soldats du 41e de ligne en garnison dans cette ville. (Comm. des épidémies.)

2° Le tableau des vaccinations pratiquées en 1855 dans le département du Pas-de-Calais. (Comm. de vaccine.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Valettin (de Vitry-le-Français) adresse des observations sur la rage. (M. Renault, rapporteur.)

M. le professeur Tigri (de Sienne) adresse :

1° Un mémoire sur le sang et sur l'urine. (Renvoi à la commission déjà nommée, à laquelle M. Lecanu est invité à s'adjoindre.)

2° Un travail sur la pathologie générale du choléra-morbus.

M. Pons de Bez communique une observation relative à un rétrécissement de l'urètre.

M. Laforêt donne des renseignements complémentaires sur une épidémie de variole dont il a déjà entretenu l'Académie dans une précédente communication.

M. le docteur Guépin (de Nantes) adresse un mémoire intitulé : Deux mots sur le traitement des cataractes sans opération. (M. Velpeau, rapporteur.)

M. Poggioli écrit pour donner de nouveaux renseignements au sujet des expériences qui ont été faites au Val-de-Grâce avec la préparation antinévralgique dont il est l'auteur.

D'après M. Poggioli, MM. Monnier et Luttreman auraient été mal servis par leurs souvenirs, et les choses se seraient passées comme il l'a indiqué dans sa précédente communication.

M. Heurteloup demande à être admis à concourir pour le prix d'Argenteuil ; il soffre à faire les opérations devant la commission. (Renvoi à la commission du prix d'Argenteuil.)

MM. Chapel, Chassinat et Crozant prient l'Académie de les inscrire sur la liste des candidats au titre de correspondant.

ACTION DES ALCALIS SUR LE SUCRE DANS L'ÉCONOMIE ANIMALE.

M. Poggiale adresse la lettre suivante :

Monsieur le président,

Dans un travail lu à l'Académie impériale de médecine le 5 de ce mois, M. Mialhe a prétendu que je n'avais pas rapporté exactement une expérience de MM. Bernard et Lehmann dans mon mémoire intitulé ; Action des alcalis sur le sucre dans l'économie animale. M. Mialhe s'est complétement trompé, et, pour le prouver, il me suffira de placer en regard de ma rédaction le texte même du passage suivant des leçons imprimées de M. Bernard.

M. BERNARD.	M. POGGIALE.
« Si l'on injecte dans la veine jugulaire » d'un lapin un 1/2 gramme de glucose » dissous dans l'eau pure comparativement avec l'injection d'une même » quantité de sucre additionné de 1 » gramme de carbonate de soude, on » verra que, dans les deux cas, le » glucose apparaît dans les urines ; » seulement il nous a semblé s'éliminer plus rapidement quand il y » avait addition de carbonate de » soude. » Lehmann et de Becker ont fait » des expériences semblables d'injections de sucre avec des alcalis et » sont arrivés à la même conclusion, » savoir ; que le sucre ne se détruit » pas en plus grande quantité dans » ces conditions que dans les circonstances ordinaires. » (Leçons de physiologie de M. Bernard, p. 237.)	« J'ai injecté dans la veine jugulaire » d'un lapin, comme l'avaient fait » avant moi MM. Bernard et Lehmann, » un demi-gramme de glucose dissous » dans de l'eau distillée, et j'ai retrouvé le sucre dans les urines. » Dans une expérience comparative, » j'ai injecté la même quantité de » glucose additionné de 1 gramme de » bicarbonate de soude, et les résultats ont été identiques. » (Journal de pharmacie et de chimie, 1856, p. 186.)

On voit que l'expérience de MM. Bernard et Lehmann et la mienne ont été exécutées absolument dans les mêmes conditions, et que nous avons obtenu les mêmes résultats. J'ajouterai qu'il me suffisait de relater dans toute leur intégrité les expériences de ces deux physiologistes pour en faire ressortir la condamnation de la théorie de M. Mialhe que l'un et l'autre considèrent comme erronée.

M. Mialhe n'a opposé aucune expérience nouvelle aux faits nombreux qui ont été publiés par MM. Bouchardat, Bernard, Lehmann, de Becker et Reynoso, et à ceux que j'ai présentés moi-même à l'Académie.

Vous apprécierez, monsieur le président, le sentiment qui m'empêche aujourd'hui d'insister sur ce sujet. J'y reviendrai plus tard, quand les circonstances ne m'imposeront plus la même réserve.

M. le Président fait part à l'Académie de la mort de M. Vallet, membre correspondant au Mans.

LIGATURE DE L'ŒSOPHAGE.

M. JOBERT, à l'occasion du procès-verbal s'exprime en ces termes :

J'aurais désiré me trouver mardi à l'Académie lorsque notre honorable collègue, M. Bouley, a pris la parole pour exposer le résultat de nouvelles expériences. C'eût été l'occasion pour moi de rendre compte à la savante compagnie de vivisections entreprises dans l'intention de jeter aussi quelque lumière sur le même sujet. Ce début semble déjà indiquer qu'elles ne sont pas de tout point conformes à celles du professeur que je viens de nommer. C'est un embarras de plus pour l'Académie, car il s'agit de démêler au milieu de ces controverses de quel côté se trouve la vérité.

EXP. I. — Le 1er août, sur un chien noir âgé de 7 mois, l'œsophage a été mis à nu, séparé des parties environnantes, lié avec un fil qui a été coupé au ras d'un double nœud.

L'animal a perdu peu de sang et il s'est plaint beaucoup pendant l'opération.

Abandonné à lui-même, il a marché sans embarras et sans gêne, mais bientôt il s'est couché. Il semblait abattu, puis il s'est relevé, s'est promené comme s'il voulait éviter quelque chose qui le gênait. Il a fait quelques efforts en ouvrant la bouche comme dans le dernier temps du vomissement; il a rendu pendant quatre heures une grande quantité de liquide blanc, filant, mousseux. A différentes reprises, le même liquide s'est écoulé.

Le soir même il est sorti.

Les sens étaient intacts, l'intelligence était complète; lorsqu'on appelait cet animal, il se levait et se rapprochait des personnes qui l'avaient opéré, remuant la queue en signe de satisfaction.

Le lendemain le même liquide sortait de la bouche. Le chien a pu descendre un deuxième étage et le remonter sans difficulté.

La plaie du cou est guérie.

L'animal, depuis le samedi 2 août, vient boire de l'eau; mais bientôt elle retombe mêlée à du mucus.

Aujourd'hui, 7 août, le chien a parfaitement avalé du lait. Il est fort, plein de santé, a les mouvements libres, faciles. On ne dirait pas qu'il a subi une opération.

EXP. II.—Le 2 août, à deux heures, la ligature de l'œsophage est pratiquée sur un chien blanc, très-intelligent, âgé de 2 ans.

La plaie extérieure est réunie par deux points de suture entrecoupée, et l'animal est abandonné à lui-même. Comme le premier, il marche, se promène et semble vouloir fuir quelque chose qui le tourmente. Il se glisse sous les meubles, monte sur les chaises, se rapproche des personnes qui ont assisté à l'expérience.

Cet animal a conservé entièrement son intelligence, les sens, le mouvement et la sensibilité.

Mais il fait des efforts comme pour vomir, et bientôt il rend une grande quantité d'un liquide blanc, mousseux et filant. L'animal appuie dessus avec ses pattes pour s'en débarrasser. Il adhère fortement aux lèvres.

Depuis ce moment, il perd beaucoup de ce liquide qui, maintenant, est expulsé sans effort.

Le 4 août, l'animal a l'œil parfait; il jouit de tous les mouvements, de la sensibilité et de l'intelligence; mais il rend un liquide blanc et tenace. . .

Il a voulu boire de l'eau, il a pu y réussir parfaitement, mais il a dû la rendre mêlée à du mucus.

Le mardi 5 août, cet animal est mort.

L'autopsie a été faite le mercredi à trois heures et demie.

Entre l'œsophage et la colonne vertébrale se trouvait un abcès étendu. Le pus, dans des endroits, était à l'état d'infiltration, et dans d'autres, à l'état de foyer. Dans la région carotidienne, du côté gauche, on trouvait de la matière purulente, ainsi que sur le bord gauche de la trachée.

Le canal intestinal était vide. Il contenait beaucoup de bile, et le foie était congestionné.

L'œsophage, entouré par le lien, était complétement divisé par la ligature, si bien que l'anse du fil était contenue à peu près complétement dans l'intérieur de l'œsophage. J'ai dit à peu près complétement, parce que quelques points de fil se trouvaient encore recouverts par de la membrane muqueuse œsophagienne. Tout l'extérieur de l'œsophage était cicatrisé et réuni avec lui-même.

EXP. III. — Le 4 août, à trois heures, l'œsophage a été lié sur un jeune chien de 5 mois, fort et intelligent. Quelques nerfs ont été agacés volontairement, et l'animal a poussé de grands cris.

Abandonné à lui-même, il s'est promené, s'est couché à différentes reprises, et il a écarté ses deux pattes de devant afin d'appuyer la partie antérieure du cou sur le sol, comme pour se soulager. Peu d'instants se sont écoulés sans qu'il ait fait des efforts de vomissement. Il a ouvert la bouche, a expulsé un liquide abondant, blanc, séreux et filant.

L'expulsion de ce liquide l'a soulagé. La quantité de liquide versée à l'extérieur m'a paru beaucoup plus considérable que chez les précédents animaux.

L'intelligence, les mouvements, la sensibilité ont été complétement conservés.

Pendant presque tout le temps il demeure debout, pour retirer le liquide filant qui adhère fortement à ses lèvres.

L'animal vient lorsqu'on l'appelle.

Le 7 août, le chien paraît abattu. On lui présente du lait qu'il lappe parfaitement, mais il le rend mêlé à du mucus.

Le 9, tous les liquides parviennent dans l'estomac.

Aujourd'hui, l'animal mange toutes espèces d'aliments sans difficulté. Il a pris de l'embonpoint.

EXP. IV. — Sur un chien de chasse, la ligature de l'œsophage a été faite avec un gros fil ciré.

L'œsophage a été isolé, et, sur lui, une constriction a été exécutée avec le lien à double nœud.

Après l'opération, l'animal, qui a perdu fort peu de sang, était un peu abattu, mais il a continué à demeurer debout et à se promener sans éprouver aucun trouble nerveux. Au bout d'une heure, il a manifesté quelques efforts de vomissement, et, en effet, il est sorti par la bouche, largement ouverte, une grande quantité de liquide blanc, filant et spumeux.

Le lendemain, cet animal était abattu, mais il a été conduit dans une cave et ramené, avec deux autres chiens, de la rue Saint-André-des-Arts à l'Hôtel-Dieu.

Cette opération a été faite le 5 août, à trois heures de l'après-midi.

Le 7 août, l'animal a voulu boire du lait, et il l'a eu effet parfaitement lappé. Mais, au bout d'une demi-minute, il l'a rendu en faisant de grands efforts pendant lesquels la respiration était embarrassée, et il était haletant comme si le liquide avait pénétré dans la trachée. Bientôt il s'est apaisé et tout est rentré dans l'ordre.

Le 9 août, à six heures du soir, cet animal est mort. Le matin même il a été examiné et n'a offert aucun trouble nerveux, mais il était abattu et ne bougeait pas de la place où il s'était niché.

Le 6, le 7, le 8 août, il a voulu boire de l'eau et du lait, et chaque fois il a fait de grands efforts et a éprouvé des symptômes de suffocation.

L'animal a vécu quatre jours et quatre heures.

A l'autopsie, faite avec soin, nous avons trouvé du côté droit un foyer purulent qui communiquait avec l'œsophage. Cet organe était béant et présentait deux bouts continus par un point seulement.

La trachée et les bronches contenaient du mucus et une longue bandelette de sang.

Les deux poumons étaient adhérents à la plèvre costale par des fausses membranes récentes. Ces adhérences étaient partielles et se rencontraient sur des surfaces assez étendues de pneumonie lobulaire. Il n'y avait pas de pus dans le foie ni dans les veines.

L'œsophage me paraît s'être rompu pendant les efforts qu'il a faits en dernier lieu pour expulser les boissons et les aliments.

La pneumonie lobulaire est-elle due à l'introduction de corps étrangers dans la trachée?

Il résulte des expériences précédentes qu'aucun animal n'a présenté de troubles nerveux après la ligature de l'œsophage, que les sens sont demeurés parfaitement intacts ainsi que l'intelligence, et qu'enfin la sensibilité et le mouvement n'ont pas éprouvé de modification.

Comme on a pu le voir sur tous ces animaux, rien de particulier ne s'est montré avant le quatrième jour, et c'est alors seulement que les complications sont survenues chez ceux qui ont succombé.

Que l'Académie me permette d'exposer en quelques mots les effets de la ligature.

On peut reconnaître dans la ligature de l'œsophage trois périodes qui peuvent se distinguer sous le nom de période de constriction, de période adhésive et d'une troisième période qui est représentée par la chute du fil.

PREMIÈRE PÉRIODE. — Au moment où le fil exerce une constriction autour de l'œsophage, il y a douleur, et elle se continue pendant assez longtemps sous la forme d'une gêne, d'un embarras qui fait que l'animal appuie le cou sur le sol, se frotte et se déplace comme s'il voulait éviter les effets du lien.

L'obstacle que le lien apporte à la déglutition se fait connaître en un temps plus ou moins court, par la sortie d'une grande quantité de liquide spumeux, filant, blanc, par la bouche, expulsé qu'il est avec effort de la cavité pharyngienne. Après les premières heures, ces spasmes pharyngiens se calment, et le liquide est chassé sans trop d'effort, excepté lorsqu'il va pénétrer dans le larynx.

L'animal a conservé toute son intelligence. Il vient quand on l'appelle, et les yeux sont intacts. Il est souvent calme ou abattu après l'expérience, comme cela arrive dans toute circonstance pareille.

Le mouvement et la sensibilité sont parfaitement intacts.

Lorsque les nerfs pneumogastriques ou autres ont été tourmentés, la respiration est gênée et les battements du cœur sont exagérés pendant quelques instants; mais, hors ces accidents, je n'ai pas observé ces phénomènes.

DEUXIÈME PÉRIODE. — Elle commence très-peu de temps après que la constriction a été exercée autour de l'œsophage. L'action du fil ramollit, coupe tous les tissus de dehors en dedans et de la lymphe coagulable le recouvre pour fermer la plaie qui persisterait sans elle. Les tissus sont par conséquent ramollis, et, pendant tout le temps que dure ce travail, l'obstacle existe à l'accomplissement de la déglution. De temps en temps le chien expulse du liquide avec ou sans effort. Les chiens peuvent bien lapper le lait, l'eau, les

liquides; mais bientôt l'animal est menacé de suffocation par leur entrée dans les voies aériennes. C'est alors qu'ils font de grands efforts d'expiration pour les expulser.

Troisième période. — Dans cette dernière période, le fil a coupé les parois de l'œsophage, qui se sont cicatrisées à mesure qu'il cheminait vers son intérieur où il tombe pour être rejeté par la bouche ou par les voies inférieures. L'animal peut avaler des liquides et des aliments; il devient plus gai et il se jette avec précipitation sur ce qu'on lui présente.

C'est le quatrième, le cinquième, le sixième jour, que tout le travail est terminé. Le chien aboie comme par le passé.

Dans aucune de ces périodes, le mouvement, la sensibilité et l'intelligence ne sont troublés.

M. Bouley regarde la ligature de l'œsophage comme étant à peu près toujours mortelle, tandis que je suis disposé à la regarder comme infiniment moins sérieuse, et j'oserais même dire à peu près constante dans ses effets sur l'organisme.

Il est important de se demander si ces dissidences ne sont pas dues à des *modus faciendi* différents. Je suis tout disposé à le croire, et je pense qu'il sera même facile de le prouver. L'habileté bien connue de M. Bouley à expérimenter dans les races ovine, bovine, canine, etc., ne permet pas de croire qu'il ait compris dans la ligature autre chose que l'œsophage. A quoi sont donc dus les accidents mortels qu'il signale dans ses expériences. Il me semble possible d'en rechercher l'origine dans le procédé ou dans les moyens d'exécution qu'il emploie.

Dans l'espèce humaine, nous savons très-bien que le procédé opératoire exécuté par deux mains différentes et également habiles n'est pas toujours suivi du même résultat. Je me bornerai à donner quelques exemples :

Un chirurgien fait une petite ouverture dans la taille latéralisée et se sert de grosses tenettes pour aller à la recherche du calcul. Un autre opérateur fait une longue incision et se sert d'une tenette moyenne pour extraire le corps étranger.

Un médecin, dans la ligature d'une artère, fait une petite fenêtre aux tissus pour la mettre à découvert, et un autre en fait une grande. L'un se sert d'un gros lien placé dans le voisinage d'une anastomose, et l'autre en emploie un moyen et dans un point éloigné d'une communication anastomotique. Il est évident que les résultats ne doivent pas être les mêmes, car la petite incision ne permet pas qu'on arrive facilement sur les vaisseaux. De là des tâtonnements, des hésitations et des déchirures de tissus qui compromettent l'opération.

L'opération de la cataracte par abaissement est exécutée par les uns par dépression et enfoncement du cristallin et de sa capsule dans le corps vitré; et par d'autres, par broiement, déchirure du cristallin et abaissement ensuite.

Dans les amputations, par la méthode de Vermale, de Ravaton, de Verduin, etc., on laisse souvent trop peu ou trop de chair : de là des résultats différents.

Pourquoi les choses ne se passeraient-elles pas ainsi dans les expériences faites sur les animaux? Quand on opère sur ceux-ci, il faut prendre les mêmes précautions que sur l'homme, et c'est ce que notre confrère, M. Bouley, a admirablement fait.

Je me suis demandé quelle était la forme des liens dont notre confrère faisait usage. M. Trousseau a bien voulu me dire que M. Bouley se sert tout simplement d'un gros et large lien, tandis que je me sers de fils cirés.

En peu de mots, je vais rapporter les expériences que j'ai exécutées avec un large ruban comme celui dont se sert M. Bouley.

Le 9 août, à neuf heures un quart du matin, j'ai mis l'œsophage à découvert sur deux chiens blancs de petite race.

L'œsophage a été isolé complétement de tous les filets nerveux qui pouvaient l'entourer; un lien large, non ciré, ayant les dimensions d'un lien de tablier, a été jeté autour, et une constriction a été assurée sur lui par un double nœud.

Les deux chiens ont ensuite été abandonnés à eux-mêmes. Ils ont offert la même agilité, la même force dans les mouvements qu'avant l'opération.

Aucun trouble nerveux n'a existé.

L'intelligence est demeurée complète, et il semblait qu'on ne leur avait rien fait.

Le 10 au matin, le plus faible était grandement abattu et respirait avec peine. Pendant la nuit, il a eu de la difficulté à respirer. A midi et demi il était mort.

L'autopsie a été faite en présence de mon honorable collègue le docteur Bégin, de plusieurs autres médecins et de plusieurs élèves.

Il existait une forte quantité de pus infiltré; les lèvres de la plaie étaient réunies à peu près partout.

L'œsophage a été délié et on a pu reconnaître un amincissement très-prononcé à l'endroit où la constriction avait été exercée. En plaçant cette portion de l'œsophage devant la lumière, on apercevait la transparence.

La trachée contenait une petite quantité de sang dans son intérieur. Une ecchymose très-prononcée existait dans toute l'épaisseur de la paroi postérieure de la trachée, dans l'étendue d'une pièce de dix sous. C'est dans cet endroit que la ligature de l'œsophage avait porté. A la surface du poumon, on apercevait plusieurs points ecchymotiques.

Le chien le plus fort offrait de la résistance, mais il était affaibli, et à trois heures de l'après midi il l'était davantage. Cependant il marchait, allait, venait et obéissait parfaitement. La surface du cou était baignée de pus.

J'ai enlevé les fils qui réunissaient la peau; j'ai désuni profondément les lèvres de la plaie, et saisissant le lien qui en occupait le fond, j'ai coupé le nœud et l'ai enlevé.

L'animal a été mis en liberté. Du lait lui a été donné et il l'a bu avec une certaine hésitation, et voyant qu'il passait bien il a continué.

Un flot de pus s'est écoulé au moment de l'écartement de la plaie.

M. Velpeau dit avoir été également très-surpris et même vivement impressionné lorsqu'il a entendu la communication de M. Bouley, parce qu'il a été plusieurs fois témoin des expériences d'Orfila et qu'il a pu juger du soin et de l'habileté qu'il y apportait; et que si les expériences de M. Bouley étaient exactes, elles mettraient en question tous les travaux de toxicologie d'Orfila. Il se demande comment M. Bouley a pu observer des résultats aussi différents; il y a là quelque chose d'étrange. Ce que vient de dire M. Jobert, cependant, lui paraît éclairer un peu la cause de cette dissidence. Il ressort des expériences de M. Jobert ce fait très-important et dont il faudra que la commission tienne compte, c'est que, dans les cas où la ligature de l'œsophage entraîne des accidents et la mort, ce n'est qu'au bout d'un temps qui est plus que suffisant pour qu'on ait pu apprécier auparavant les résultats de l'expérience toxicologique pour laquelle on a lié l'œsophage. Cela ne changerait donc rien aux résultats constatés par Orfila.

M. Chatin a fait un grand nombre d'expériences dans lesquelles il a dû lier l'œsophage. Cette ligature a été en général si inoffensive qu'il a pu la pratiquer deux fois sur le même animal, à plusieurs jours d'intervalle. Il a même gardé longtemps en sa possession deux chiens qui avaient subi deux fois cette opération.

M. Bégin prend la parole pour appuyer ce que vient de dire M. Jobert, dont il a suivi les expériences. Il pense, comme lui, que la nature du lien, son volume, et le degré de constriction auquel il est soumis ne doivent pas être étrangers à la différence des résultats observés.

Quelques autres membres demandent la parole; mais sur l'observation du président qu'il convient d'attendre le rapport de la commission avant d'engager la discussion sur ce sujet, l'Académie passe à l'ordre du jour.

Recherches sur l'opium.

M. Chevallier, au nom d'une commission composée de MM. Caventou, Trousseau et Chevallier, rapporteur, lit un rapport sur un mémoire de M. O. Revell, professeur agrégé à l'Ecole supérieure de pharmacie, intitulé : Recherches sur l'opium.

Dans ce travail, l'auteur a étudié et comparé entre eux les divers procédés d'essai des opiums, et il fait connaître les produits de la combustion de l'opium lorsqu'on le brûle dans les mêmes circonstances où il est fumé. Il résulte des expériences qui y sont rapportées, que la morphine et les autres alcaloïdes de l'opium sont tout à fait étrangers aux phénomènes que produit cette substance quand on la fume; il se base sur ce qu'il n'a pas trouvé d'alcali organique dans les produits de la combustion, et sur l'amertume très-prononcée des bases organiques. L'auteur pense que les phénomènes physiologiques et toxiques produits par les fumées de l'opium doivent être attribuées en grande partie au principe vireux insaisissable, au cyanhydrate d'ammoniaque et surtout à l'oxyde de carbone.

La commission reconnaissant que le mémoire de M. Réveil contient des faits nouveaux et curieux et que ses analyses ont été faites avec soin, propose : 1° de remercier l'auteur pour sa communication; 2° de renvoyer son mémoire au comité de publication. (Adopté.)

Ligature de l'œsophage.

M. Orfila lit une note sur la ligature de l'œsophage, à propos de la communication récente de MM. Bouley et Reynal. Le but de ce travail est d'exposer les résultats que l'auteur a observés à la suite de la ligature de l'œsophage pratiquée en vue d'étudier divers points de toxicologie.

Entre les résultats que j'ai obtenus, dit l'auteur, et ceux qui avaient été observés par Orfila (mon oncle), la concordance est si complète que j'ai cru inutile de consacrer plus de temps à la vérification d'idées généralement adoptées.

Les cinq expériences suivantes me paraissent suffisantes pour la démonstration que je vais essayer.

Exp. I. — Le sujet de cette expérience est un chien que je voulais empoisonner par du phosphore grossièrement pulvérisé. Après avoir amené au dehors et ouvert l'œsophage, je m'aperçus que ce conduit était trop exigu pour que le passage des morceaux de phosphore fût facile. L'animal devait donc être bien petit et bien faible. Pour l'utiliser, j'appliquai tout simplement la ligature, afin d'en étudier les conséquences. L'opération fut faite le 21 décembre à quatre heures, et le chien n'est mort que dans la nuit du 29 au 30. Nous n'avons constaté pendant tout ce temps d'autre symptôme que de l'abattement.

Exp. II. — La même opération est faite le 15 mai à quatre heures sur un chien maigre et très jeune. La mort ne survient que le 23 dans la matinée.

Exp. III. — Même opération que sur les deux chiens précédents faite le 15 mai à trois heures. L'animal opéré est pendu le 17 à dix heures du matin et ouvert immédiatement. L'autopsie ne nous fit découvrir d'autres lésions que

celles qui accompagnent la mort par asphyxie; le tube digestif était dans l'état normal.

Exp. IV. — Cette expérience m'a servi à montrer dans une leçon les effets de la ligature de l'œsophage. En voici les détails. Elle se termine par un incident qui n'en atténue pas la valeur quoique l'animal ait succombé. Le sujet est un chien petit et faible en apparence. Le 19 mai à midi, je lie l'œsophage. Le 22 à quatre heures, c'est-à-dire quarante heures après, je lève la ligature. Le 23, l'animal opéré mange sans avidité, il est vrai, un peu de mie de pain dans du lait. Le 24, on lui offre le même repas: l'appétit avait singulièrement augmenté. L'animal était parfaitement dispos. Le lendemain il fut trouvé mort; mais on a eu facilement l'explication de cette fin inattendue. Il avait dévoré en partie le corps d'un lapin gisant auprès de lui et qui avait été empoisonné la veille par la strychnine.

Exp. V. — Cette expérience dans laquelle il y a en ingestion d'une forte dose d'une substance toxique, en même temps que la ligature de l'œsophage, concourt avec les précédentes à démontrer la thèse que nous soutenons. L'opération a été pratiquée le 17 juin sur un chien boule-dogue très-vigoureux. Par l'ouverture faite à l'œsophage, j'ai introduit une dissolution renfermant 4 grammes d'acétate de morphine, et je lie l'œsophage. Le lendemain, comme l'animal paraissait bien portant et que je désirais le tuer promptement, j'introduis encore une dissolution de 5 gr. d'acétate de morphine. La mort ne survint que le 21 juin dans la matinée, 96 heures après la première opération.

En comparant les résultats obtenus d'un côté par Orfila et par moi, ajoute l'auteur, et ceux d'un autre côté qui ont été publiés par MM. Bouley et Reynal, il est facile de reconnaître une divergence, une opposition si absolue qu'il n'est pas permis de supposer que dans les deux cas les conditions de l'expérience soient identiques. En bornant cette comparaison pour le temps pendant lequel les animaux survivent à l'opération, M. Orfila fait voir que dans ses expériences comme dans celles de son oncle les chiens dont on a lié l'œsophage après l'avoir isolé de la trachée-artère et des filets nerveux qui l'accompagnent, n'éprouvent qu'un léger abattement et un peu de fièvre, qu'ils survivent 24 ou 36 heures, et bien plus qu'ils guérissent même, si après ce laps de temps on lève la ligature; tandis qu'au contraire les chiens opérés par MM. Bouley et Reynal succombent une heures trois quarts, 3 heures, 23 heures, 30 heures après l'application de la ligature. Un seul survit 72 heures.

La contradiction entre ces résultats saute aux yeux. MM. Bouley et Reynal le reconnaissent et en concluent que ceux qui n'ont pas vu se sont trompés. Quelques conclusions de ces auteurs nous ont paru au moins prématurées. On a songé à faire dépendre d'un accident de l'opération la contradiction du résultat. L'habileté bien connue de MM. Bouley et Reynal, les explications qu'ils ont données à ce sujet ne permettent pas d'accepter cette supposition. Évidemment une opposition aussi surprenante dépend de ce que les conditions de l'expérience ne sont pas les mêmes. Le mémoire de MM. Bouley et Reynal ne permet pas de découvrir où est la différence; des expériences comparatives la feront bien vite ressortir. La nouvelle étude que l'Académie a ordonnée nous donnera la clef de l'énigme. Alors toute hésitation s'évanouira, personne ne doutera plus du passé. Les fondements de la toxicologie qui auront résisté à tant d'épreuves inspireront enfin assez de confiance, il faut l'espérer, pour que les nouveaux travailleurs ne se préoccupent plus que de faire monter l'édifice.

(Cette communication est renvoyée à la commission.)

— M. Poggiale lit un mémoire sur des recherches qu'il a faites sur la composition chimique et les équivalents nutritifs des aliments de l'homme. (Voy. plus haut ce travail.)

(Voy. plus haut ce travail.)

DES EFFETS DE LA LIGATURE DE L'ŒSOPHAGE SUR LES ANIMAUX DE L'ESPÈCE CANINE.

M. G. Colin lit sur ce sujet un mémoire dont nous extrayons les passages suivants:

Dans le but de rechercher ce qu'il peut y avoir d'exact dans les assertions nouvellement émises sur les suites de la ligature de l'œsophage, M. Colin a entrepris depuis quinze jours des expériences sur 10 animaux de l'espèce canine.

Il m'a semblé d'abord, dit l'auteur, que le point litigieux comportait deux questions distinctes et d'importance inégale, qu'il fallait éclaircir isolément pour éviter toute espèce de complication et laisser aux résultats des vivisections la netteté qu'on doit en attendre.

La première de ces questions, celle qui doit dominer les débats actuels, peut être appelée expérimentale; elle touche à la fois à la physiologie, à la toxicologie et à la thérapeutique; c'est celle de savoir si l'application d'un lien constricteur autour de l'œsophage, dans la région du cou, permet d'étudier d'une manière exacte et complète l'action d'une substance toxique, d'un contre-poison ou d'un médicament, et si les phénomènes résultant de cette ligature, soit pendant la vie, soit après la mort, ne sont pas susceptibles de troubler profondément la manifestation des effets particuliers à la substance examinée.

La seconde question, la moins importante ici et purement chirurgicale, a pour objet de rechercher ce qu'il arrive à l'œsophage dont on n'enlève pas la ligature, et comment la continuité du canal se rétablit après avoir été interrompue.

1° L'œsophage peut-il demeurer lié assez longtemps pour permettre à l'observateur d'étudier l'action d'un agent introduit dans l'estomac et les effets de la ligature peuvent-ils empêcher de reconnaître ceux de la substance ingérée?

Persuadé que toutes les dissidences relatives à l'innocuité ou aux résultats fâcheux de la ligature de l'œsophage, ne sauraient tenir qu'à la manière d'opérer, j'ai agi avec précaution sur tous mes sujets d'expériences.

L'animal étant couché sur le côté droit, et muselé, on pratique en avant de la trachée et un peu à gauche, dans le tiers supérieur du cou, une incision de 5 à 6 centimètres, entre le mastoïdo-huméral et le faisceau des muscles sterno-hyoïdiens et thyroïdiens; puis, avec le doigt, on achève de décoller le tissu cellulaire qui recouvre l'œsophage.

Cela fait, on attire doucement celui-ci vers l'entrée de la plaie; on le dégage des vaisseaux et des nerfs, en évitant de les pincer ou de les tirailler; enfin, à l'aide de pinces ou d'une aiguille courbe à pointe mousse, on passe la ligature sous le conduit, et on fait le nœud dont l'un des bouts doit être laissé pendant hors de la plaie, si on se propose d'enlever plus tard ce lien. Ces manipulations, courtes et extrêmement simples, sont peu douloureuses et ne donnent pas lieu le plus souvent à la moindre hémorrhagie.

Dès que l'animal est rendu à la liberté, il se secoue et va se coucher dans un coin, comme il le fait après avoir subi une opération quelconque. Quelquefois, au bout d'un temps variable, 10 minutes, un quart d'heure ou plus, il commence à éprouver des efforts de déglutition alternant avec des efforts de régurgitation, de même que s'il avait un os arrêté dans l'œsophage. Alors l'animal ne pouvant avaler sa salive qui embarrasse le pharynx, la rend gluante et écumeuse avec une difficulté manifeste. Mais ces efforts de réjection de salive ne tardent pas à cesser pour se reproduire quelquefois dans la journée.

Ces premiers effets de l'application du lien constricteur, autour de l'œsophage, sont loin d'être constants, si on opère d'une manière convenable. Ils ne s'observent pas sur les deux tiers au moins des animaux; sur mes 10 chiens, 3 seulement les ont offerts, et plusieurs n'ont pas même rendu une seule fois de la salive pendant les vingt-quatre heures qui ont suivi l'opération. Leurs causes me paraissent être la traction un peu trop forte, exercée sur l'œsophage, l'application du lien un peu trop près du thorax, et enfin le tiraillement des cordons nerveux, toutes choses faciles.

Il ne faut donc pas, lorsque ces premiers effets momentanés se manifestent y attacher une grande importance. Leur apparition ne s'oppose nullement à l'étude de l'action d'une substance toxique.

Or, passé les premiers moments, ou immédiatement après l'opération, si l'animal n'a pas fait d'efforts, il devient très-calme; il s'assied sur le train de derrière ou bien se couche en cercle sur le côté comme il le fait d'habitude. Rien dans son faciès, ni dans l'état extérieur des fonctions n'indique qu'il soit sous le coup d'une souffrance un peu profonde.

Du côté de la digestion, l'animal n'éprouve pas de troubles manifestes. S'il avait jeûné un ou deux jours avant l'opération, il cherche à manger les aliments qu'on lui présente et souvent il les prend avec une avidité remarquable. Comme ces aliments ont bientôt rempli le pharynx et la partie de l'œsophage, située au-dessus de la ligature, il fait des efforts inouïs pour les déglutir, puis les rejette par la bouche, mêlés à une grande quantité de salive gluante et écumeuse. Les liquides qu'il cherche à avaler sont aussi rendus de la même manière et souvent leur réjection s'accompagne d'une toux violente indiquant la chute de quelques gouttes dans les voies aériennes.

Les déjections sont rares et tout à fait normales; il y a tendance à la constipation et jamais de diarrhée. C'est seulement à compter du quatrième ou du cinquième jour que les matières excrémentitielles deviennent molles et prennent la teinte bilieuse qu'elles ont souvent chez les animaux soumis à l'abstinence.

Les facultés cérébrales, instinctives et intellectuelles n'ont rien de changé. L'animal a ou du moins semble avoir conscience parfaite de son état; il tombe à plat on s'enfuit quand on le menace, s'approche des personnes qu'il connaît quand on l'appelle, caresse celles qui le flattent, témoigne sa joie par les mouvements de sa queue et quelquefois par son murmure ordinaire; il aboie encore à la vue des étrangers, et sa voix n'est guère plus grave qu'à l'état normal.

Tout cela n'a donc rien qui puisse masquer aux yeux de l'observateur les effets d'un agent toxique ou d'un contre-poison.

Si on vient à ôter la ligature au bout de douze, vingt-quatre, trente, quarante heures, en ayant soin de ne pas tirailler l'œsophage gonflé et induré au voisinage du lien et même coupé soit en totalité, soit dans une partie de sa circonférence, l'animal peut immédiatement après boire du lait, manger de la bouillie, même de la viande en petits morceaux.

Dans les jours qui suivent l'enlèvement du lien, la tuméfaction des bords de la plaie diminue; celle-ci se resserre et bientôt se cicatrise, si toutefois les aliments ne s'y frayent pas une voie, dans le cas où le conduit œsophagien a été coupé.

Lorsqu'on tue l'animal ou lorsqu'il meurt, un, deux ou trois jours après l'opération on ne trouve pas de lésions ni à l'estomac, ni à l'intestin, si ce n'est peut-être une légère injection partielle à la muqueuse du rectum, due sans doute à la constipation.

L'auteur rapporte ici le détail d'expériences dont il vient de résumer les résultats, et continue en ces termes:

Les six expériences qui précèdent confirment donc pleinement les expé-

riences propres d'Orfila, celles qui ont été citées par MM. Bégin, Jobert (de Lamballe), Robert, et enfin celles que l'on doit à M. Sédillot.

Elles démontrent, de la manière la plus manifeste, que la ligature de l'œsophage, pratiquée avec les précautions convenables, n'apporte pas de perturbations graves dans l'état de l'animal, ni de troubles sensibles dans les fonctions digestives et ne fait point naître de lésions gastro-intestinales.

2° Quelles sont les conséquences de la ligature appliquée sur l'œsophage et laissée jusqu'à sa chute ou son élimination?

M. Colin résume ainsi tout ce qui concerne cette deuxième question :

En faisant abstraction d'une expérience dans laquelle la mort résultait de la ligature d'un récurrent et du pincement d'un nerf vague, on voit qu'il est possible d'étudier l'action des substances toxiques ou des contre-poisons. même sur les animaux dont on n'enlève pas la ligature de l'œsophage. Si ces animaux peuvent mourir des suites de l'opération faite de cette manière, c'est au bout d'une période tellement longue qu'elle laisse à l'observateur tout le temps nécessaire pour suivre, à toutes ses phases, l'action d'une substance donnée.

Du reste, il n'y a aucune utilité à procéder de cette manière. Car, passé un certain nombre d'heures, le lien de l'œsophage devient tout à fait superflu; il est aujourd'hui parfaitement acquis à la science qu'en moins de dix à douze heures une substance soluble ingérée dans l'estomac a dû être absorbée ou poussée dans l'intestin. Aussi les toxicologistes seraient-ils bien inspirés s'ils enlevaient le lien constricteur après ce laps de temps.

Quant au mode d'élimination de la ligature et à celui de la cicatrisation du conduit œsophagien, ce sont des points éclaircis par les expériences de M. Jobert et par celles de M. Sédillot. Dans tous les cas, il est certain que l'œsophage, fortement serré par un lien, se coupe en partie ou en totalité, que ses deux bouts s'écartent pour se rejoindre ultérieurement, soit immédiatement, soit par l'intermédiaire d'un jabot. La ligature peut être entraînée ou par la plaie du cou ou par la cavité du conduit œsophagien. Des résultats tout à fait analogues à ceux-là s'obtiennent à la suite de l'application d'un lien sur les canaux biliaires et pancréatiques.

De ce qui précède, il résulte clairement que la ligature de l'œsophage, faite comme elle doit l'être, ne peut fausser les données fournies par les expériences physiologiques et toxicologiques, attendu qu'il n'y a point parité, sous aucun rapport, entre les effets de cette ligature et ceux qui dérivent de l'ingestion, dans les voies digestives, d'une substance irritante ou toxique. Les notions acquises à la science, avec le secours de cette opération, conservent toute leur signification et leur valeur.

Quant aux dissidences élevées au sujet des effets produits par la ligature de l'œsophage; elles tiennent, comme on l'a fort bien dit, au mode opératoire. Pour quiconque se donne la peine de réfléchir, il est manifeste que les accidents graves et la mort qui résultent de cette opération doivent tenir à l'une ou à plusieurs des causes suivantes :

1° La ligature de l'un ou des deux nerfs vagues et celle des récurrents;

2° Le tiraillement, la dilacération, le pincement de ces nerfs, lésions graves dont les effets ne sont souvent pas moins funestes que ceux d'une ligature ou d'une section;

3° La blessure des vaisseaux qui peuvent verser assez de sang pour comprimer les nerfs laissés intacts;

4° La trop grande étendue donnée à la place dans laquelle les nerfs mis à découvert peuvent vivement s'irriter;

5° La traction trop considérable exercée sur l'œsophage, laquelle peut entraîner un emphysème à l'entrée de la poitrine, à la base du cœur et dans les médiastins. (Renvoyé à la commission nommée.)

— M. Maisonneuve présente à l'Académie le sujet sur lequel il a pratiqué il y a plusieurs mois l'ablation complète du maxillaire inférieur, et auquel il a fait appliquer depuis un maxillaire artificiel. M. Maisonneuve fait constater chez ce sujet l'absence de toute trace de mutilation et la facilité avec laquelle s'opèrent les divers mouvements nécessaires pour l'exercice de la mastication ou de la parole.

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS.

— Un concours sera ouvert, le 1er décembre prochain, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce pour quatre emplois de professeurs agrégé, créés par le décret du 12 juin 1856, à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Ces quatre emplois se rattachent à chacun des enseignements suivants :
Clinique chirurgicale;
Hygiène et médecine légale militaire;
Maladies et épidémies des armées;
Anatomie des régions.

Les épreuves de ce concours sont celles indiquées ci-après :

Médecine. — I. Composition écrite sur une question d'épidémiologie militaire. II. Examen clinique de deux malades fiévreux atteints, l'un de maladie aiguë, l'autre d'affection chronique. (Leçon sur les deux cas observés.) III. Leçon sur une question d'hygiène et de médecine légale militaires. IV. Autopsie cadavérique avec démonstration des lésions qu'elle révèle, et, s'il y a lieu, de médecine légale.

Chirurgie. — I. Composition écrite sur une question de pathologie chirurgicale tirée particulièrement des lésions observées aux armées. II. Examen clinique de deux malades atteints, l'un d'une lésion aiguë, l'autre d'une affection chronique. (Leçon sur ces deux cas.) III. Préparation d'une région anatomique. Description de cette région. Indication des applications de pathologie interne ou externe, et de médecine opératoire qu'elle comporte. IV. Pratique de deux opérations chirurgicales avec appréciation des méthodes et des procédés qui s'y rattachent. Pansements. Application de deux bandages ou appareils.

Aux termes de l'article 6 du décret du 13 novembre 1852, organique de l'École de médecine et de pharmacie militaires, ne peuvent être admis au concours pour les emplois d'agrégés que les médecins des grades d'aide-major de 1re classe, de major de 2e classe et de major de 1re classe.

Les officiers de santé de ces trois grades qui désireront concourir, soumettront au ministre, avant le 1er septembre prochain, une demande régulière appuyée d'un avis motivé de leurs chefs, à S. Exc. le ministre, avant le 1er septembre prochain.

Cette demande, qui devra faire connaître pour quelle spécialité le candidat qui l'aura formée se présente au concours, devra parvenir au ministre par l'intermédiaire du général commandant la division militaire, ou par celui de l'intendant de la division, selon que ce candidat appartient à un corps de troupe ou à un hôpital.

Il sera délivré aux candidats, en temps utile, des congés pour se rendre à l'avance à Paris, afin qu'ils puissent se préparer au concours.

— L'ambassadeur de la Grande-Bretagne a écrit à M. le Président de Commission du Banquet la lettre suivante :

Paris, le 9 août 1856.

Monsieur le baron,

Je me suis empressé d'en référer à mon gouvernement au sujet de votre lettre datée le 25 du mois passé.

Le ministre de la guerre a nommé sir John Hall, chevalier commandeur de l'ordre du Bain, inspecteur général des hôpitaux en Orient, et le département de l'amirauté a désigné M. David Deas, compagnon dudit ordre et inspecteur médical de nos flottes et hôpitaux maritimes dans la mer Noire, comme devant se rendre à l'honorable invitation de la Commission du Banquet, fixé pour le 20 août, afin d'y représenter les corps de santé militaire et maritime anglais.

Je dois observer que M. David Deas est en ce moment en route pour retourner en Angleterre où on l'attend vers le 16 du courant; mais s'il n'arrivait pas à temps, les lords de l'amirauté enverraient M. le docteur Charles R. Kinnear, sous-inspecteur des mêmes hôpitaux et flottes, pour représenter le service médical au Banquet.

Veuillez agréer, Monsieur le baron, l'assurance de ma considération la plus distinguée. Cowley.

— Le docteur Sinapian, professeur à la Faculté de médecine de Constantinople, est désigné par l'ambassadeur turc, pour représenter au Banquet le corps médical de l'Empire ottoman.

— Son excellence M. de Villamarina, ambassadeur de Sardaigne, vient d'informer M. le président de la commission du banquet que son gouvernement a désigné pour assister au banquet M. le chevalier Comisetti, médecin en chef du corps expéditionnaire sarde, et M. Mazzolini, médecin de régiment de première classe, près le 6e régiment d'infanterie.

— Le banquet offert par le corps médical de France aux médecins de l'armée et de la flotte d'Orient aura lieu au grand Hôtel du Louvre, rue de Rivoli, le mercredi 20 août, à sept heures et demie précises.

La commission a décidé qu'aucun toast ne sera porté sans lui avoir été préalablement soumis.

— M. le docteur Ph. Faure, qui a occupé pendant trois ans le poste de médecin sanitaire à Damas, en Syrie, vient d'être nommé inspecteur adjoint des eaux thermales de Néris.

— M. le docteur C. V. Répiquet, ancien chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille, membre honoraire de la Société de médecine de Lyon, médecin du dépôt de mendicité, membre de la Société d'agriculture du département du Rhône, etc., vient de mourir dans un âge avancé, à la suite d'une longue maladie qui, depuis plusieurs années, l'avait contraint d'abandonner l'exercice de sa profession.

— Les journaux annoncent que l'Abeille médicale, un des recueils de médecine les plus anciens et les plus répandus, sera vendue le 26 de ce mois, sur la mise à prix de 20,000 fr.

En portant ce fait à la connaissance de nos confrères, on nous prie de faire savoir que l'Abeille est dans une situation aussi avantageuse qu'elle ait jamais été, et que la vente annoncée n'a lieu que parce que la société qui est propriétaire de ce journal est arrivée à son terme.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

RESPONSABILITÉ MÉDICALE.

LARYNGITE CHRONIQUE ET ŒDÈME DE LA GLOTTE; CAUTÉRISATION AVEC LE NITRATE ACIDE DE MERCURE; MORT PROMPTE; CONDAMNATION DE L'HOMME DE L'ART A TROIS MOIS DE PRISON ET A UNE FORTE AMENDE POUR HOMICIDE INVOLONTAIRE ET PAR IMPRUDENCE.

L'exercice de notre profession est intimement lié à l'un des besoins les plus grands de la société. C'est dans le traitement et la prophylaxie des maladies que le corps médical trouve sa raison d'être. C'est pour cela qu'il est institué; c'est pour cela que l'État se préoccupe de l'instruction qui lui est dévolue dans les écoles, qu'on favorise, ou qu'on paraît du moins vouloir favoriser par divers moyens, le développement des connaissances médicales. Les intérêts de notre corporation très-complexes et très-divers, souvent mal déterminés entre nous, plus souvent encore abandonnés ou négligés par la société, ont trait à notre fonctionnement dans la plupart des questions; ils se confondent ainsi à un point de vue élevé avec les intérêts de la société elle-même.

C'est à ce point de vue qu'il faut se placer, à notre avis, pour apprécier la difficile et toujours litigieuse question de la *responsabilité médicale*. Faire intervenir dans ces graves problèmes les *intérêts professionnels*, ce serait s'exposer à voir la question sous un côté spécial, qui n'est pas à coup sûr celui de la législation. La société pour laquelle nous existons et devant laquelle nous sommes quelquefois justiciables pour des faits relatifs à l'exercice professionnel, s'est réservé le droit d'appréciation, de recherche, de jugement et de châtiment pour les cas heureusement rares dans lesquels on peut suspecter non pas l'intention, mais les soins, la prudence et les connaissances des médecins. Elle n'applique que très-rarement le droit dont il s'agit; aussi ses délibérations à ce sujet ne sont guidées que par un petit nombre d'arrêts. Indépendamment de cette difficulté, les questions de responsabilité médicale sont toujours enveloppées de détails techniques que les hommes de loi sont inhabiles à interpréter d'eux-mêmes; la solution des ces questions dépend de problèmes scientifiques qui ne sont pas toujours jugés de la même manière par les experts professionnels. Une plus grande science, une expérience plus étendue amènent des interprétations différentes du même fait. C'est le cas de l'affaire de M. Renaut.

Ce confrère exerce la médecine depuis plus de vingt-cinq ans à Dormans (Marne), avec distinction et honorabilité. Sa capacité comme praticien n'a jamais été mise en doute, et les soins dont il entourait ses malades lui ont acquis leur confiance et celle des autres médecins.

« M. Renaut soignait la femme C..., qui avait eu autrefois la syphilis » dont elle avait été traitée et guérie à l'Hôtel-Dieu de Château-Thierry. » Elle se portait assez bien depuis quelques années, lorsque, il y a quelques mois, elle fut prise de toux, d'enrouement, de douleurs sourdes » dans le larynx, d'une sensation de corps étranger dans cet organe, » de déglutition difficile, etc., respiration pénible, bruyante, avec sentiment d'angoisse et facies pâle. M. Renaut employa les différents » traitements convenables usités dans ces cas; mais sans succès. Plus » tard, la maladie restant stationnaire, cet officier de santé ayant constaté l'existence d'une tumeur qui lui paraissait être un œdème de » la glotte, avait, malgré la répugnance de la malade à se soumettre à » cette opération, porté sur cette tumeur un petit tampon trempé » dans du nitrate acide de mercure étendu de 4 à 5 fois son volume » d'eau. A l'instant même il survint une crise dyspnéique, la femme » C... éprouva une angoisse extrême, sa figure s'altéra, la respiration » devint progressivement de plus en plus difficile, et elle mourut conservant toute sa connaissance, après deux heures de souffrances.

» L'autopsie de la femme C..., pratiquée par les experts, les docteurs » Joly et Petit (de Château-Thierry), fit voir des mucosités grisâtres et » visqueuses dans la bouche et le fond de la gorge. A la partie supérieure du larynx et sur le côté gauche de son ouverture, on trouva » la muqueuse soulevée par de la sérosité, formant un bourrelet long » de 3 centimètres et large d'un centimètre à sa base. L'intérieur du » larynx était rétréci notablement, son ventricule gauche était oblitéré par suite de l'accollement des cordes vocales. L'état de ces » parties paraissait tenir à des ulcérations anciennes, le bourrelet aryténo-épiglottique étant de formation récente. »

Tels sont les faits, conformes au témoignage des experts, qui motivèrent le jugement du tribunal de Château-Thierry, qui condamne M. Renaut sur le chef d'homicide par imprudence. Les considérants de ce jugement méritent d'être cités ici à titre de renseignements.

« Attendu qu'il résulte de l'instruction et des débats, ainsi que de l'interrogatoire du prévenu, la preuve que la femme C..., atteinte à une époque déjà ancienne d'une affection syphilitique communiquée par un nourrisson, a été traitée et guérie à l'Hôtel-Dieu de Château-Thierry;

» Que vers la fin de mars 1856, elle fut prise de toux, d'enrouement avec respiration pénible et bruyante, mais sans accès et ne l'empêchant pas de manger ni de dormir;

» Que l'officier de santé Renaut ayant employé sans succès différents remèdes, la malade fit usage, en dehors de ses prescriptions, d'un sirop pharmaceutique assez efficace pour qu'elle pût faire espérer à son mari de s'associer très-prochainement à ses travaux;

» Que dans cet état les époux C..., qui s'étaient ouvertement prononcés contre les visites de ce médecin, insistèrent plus énergiquement, surtout en présence de l'opération qu'il proposait de faire, et qu'il conseillait comme aussi utile qu'urgente;

» Attendu néanmoins que le 6 mai, profitant de l'absence du sieur C., il finit par vaincre la résistance de la femme et de ceux qui l'approchaient, et l'opéra de la manière suivante :

» Après l'avoir invitée à se lever et fait asseoir, il lui introduisit dans la gorge un morceau de linge fixé au bout d'un bâton et trempé dans du deuto-nitrate de mercure étendu; que le tampon à peine retiré, la malade éprouva aussitôt une angoisse extrême et se plaignit à sa fille *qu'elle allait mourir; que M. Renaut la faisait mourir;* que ses traits s'altérèrent profondément, la respiration devenant de plus en plus difficile, et qu'elle succomba au bout de deux heures de souffrance;

» Attendu que les faits ci-dessus démontrent déjà le défaut d'urgence;

» Que bien qu'il y ait eu œdème de la glotte, le bon sens indiquait, sans le secours de la science, qu'il fallait s'en tenir au résultat favorable déjà obtenu et pouvant encore progresser, plutôt que de risquer une opération délicate et fort peu conseillée dans la pratique, puisque Renaut reconnaissait le même jour, après l'avoir tentée, que, sur mille, quatre seulement réussissaient. Première faute et imprudence à signaler;

» Attendu que l'événement n'a que trop justifié cette triste prévision, dont Renaut seul n'avait su profiter et qui engage évidemment sa responsabilité;

FEUILLETON.

ÉTUDES MÉDICALES SUR QUELQUES POÈTES ANCIENS ET MODERNES.

MARTIAL.

L'époque brillante qu'on est convenu d'appeler le siècle d'Auguste, bien que la plupart des hommes qui l'ont illustrée fussent déjà célèbres lorsque le neveu, le fils adoptif de César était encore un enfant, le siècle d'Auguste, si digne, sous tant de rapports, de nos respects et de notre admiration, n'a pas légué à la postérité des œuvres scientifiques bien remarquables. Galien, l'encyclopédiste, ne devait naître que cent cinquante ans plus tard; Musa et quelques autres représentent toute la médecine de ce temps, où le dogmatisme remplaçait l'observation, où l'esprit inventait en attendant que les yeux eussent appris à voir. Mais parmi ces hommes divins qui, dans la culture des belles-lettres, avaient conquis une gloire immortelle, il en est, nous l'avons constaté, dont les ouvrages reflètent avec éclat le génie médical de Rome, et à qui nous devons la connaissance des idées dominantes de cette société, la plus polie de l'univers.

Virgile était mort; ses œuvres didactiques ou épiques ne devaient rien à l'étude de son temps; le cygne de Mantoue chantait, comme le dit son épitaphe, *pascua, rura, duces*; il ne se mêlait guère aux passions de la foule; les mœurs de la ville éternelle n'attiraient pas son attention; aussi la médecine contemporaine n'a-t-elle laissé aucune trace dans ses beaux vers. Les combats de ses héros donnent lieu à des descriptions de blessures, comme, dans Homère, le traitement des plaies fait voir les merveilleuses propriétés du dictame, mais la chirurgie n'a rien à gagner aux exploits des fils d'Esculape.

Horace et Juvénal, tous deux moralistes et poètes, cultivant à la fois la philosophie et la satire, découvrant sans pudeur les plus tristes infirmités de l'homme, ont par cela même introduit dans leurs compositions des idées plus précises; leur langage ne recule pas devant les réalités de la science; il emprunte à la médecine ses expressions, à la pratique ses formules, il cité les noms propres; en un mot, il est palpitant d'actualité, et les deux études précédentes ont montré, trop à nu peut-être, un tableau capable de scandaliser ceux qui oublieraient, pour un moment, le génie de la langue latine, c'est-à-dire ses hardiesses, ses licences, son effronterie.

Et si les écrivains les plus châtiés de cette grande époque de la littérature romaine ont pu se permettre des choses qui révoltent notre délicatesse, notre pruderie, que dirons-nous des poètes qui ont succédé à ceux-ci, des hommes qui ont commencé la décadence, et dont la plume sans frein a répandu les élégances de ces maîtres inimitables? Toute planète a ses satellites, tout astre a ses éclipses; les splendeurs du grand siècle s'éteignent rapidement; après les magnificences des jeux séculaires où le génie d'Horace effaçait en quelque sorte la gloire du maître du monde, viennent les indignes Césars dont Pétrone nous a retracé les turpitudes; le sénat s'abaisse aux plus viles

que voulant parvenir jusqu'à la tumeur pour la cautériser à l'aide du nitrate acide de mercure, quelques gouttes de cette substance irritante dans le larynx, jointe au contact même du tampon à son entrée, ont provoqué des accidents graves dans les organes respiratoires, puis l'asphyxie et la mort;

» Que si le liquide n'a point produit de lésion matérielle, spécifique, ni occasionné la mort directement et nécessairement, il suffit qu'il en ait été la cause secondaire sans qu'on ait besoin d'examiner si la femme C... était atteinte d'une maladie mortelle et n'avait que peu de jours à vivre;

» Attendu que cette imprudence si funeste de la part de Renant a été consommée à l'aide de la violation des règlements qui interdisent à tout officier de santé d'exercer hors du département où il a été agréé, ce qui devait faire considérer Renaut comme tout à fait étranger à l'art de la médecine dans le département de l'Aisne, pour lequel il n'était point reçu; que s'il se fût abstenu d'exercer hors de sa circonscription, au lieu d'être dirigé par un esprit évident de lucre, on peut affirmer que la catastrophe n'eût pas été à déplorer;

» Attendu, d'autre part, que si la cautérisation par le nitrate acide de mercure n'est pas habituellement rangée parmi les opérations dites de grande chirurgie, il faut reconnaître du moins que, par sa délicatesse, elle pouvait amener des accidents graves, en tenant compte surtout de l'état de grossesse assez avancé de la femme C..., et rendre par suite indispensable la trachéotomie;

» Qu'à ce point de vue, l'opération dont s'agit réclamait l'intervention d'un docteur, comme conseil et comme aide;

» Attendu que, non-seulement Renaut s'en est dispensé, contrairement à la loi, mais qu'il a manqué de plus aux préceptes de l'art en n'apportant pas à ses préparatifs tous les soins nécessaires et pouvant être un élément de succès;

» Attendu encore que l'opération une fois terminée, Renaut, au lieu de rester auprès de la malade en proie à des spasmes et à des suffocations, l'a abandonnée lâchement et sans pitié;

» Qu'il n'était point démontré que la crise fût mortelle, que des soins dévoués, intelligents et énergiques, tels que des frictions, sinapismes et d'autres remèdes désignés dans le rapport, principalement la trachéotomie, eussent pu triompher du mal;

» Que cette fois encore Renant a fait preuve d'inhumanité, de négligence et d'une incurie impardonnables;

» Attendu que de l'ensemble de tous les faits ci-dessus, il demeure convaincu d'avoir :

» 1° Le 16 mai 1856, à Treloup, par maladresse, imprudence et inobservation des règlements, involontairement occasionné la mort de la nommée Marie-Julie R..., femme C..., ce qui constitue le délit d'homicide par imprudence, maladresse et inobservation des règlements, prévu et puni par l'article 319 du code pénal.

. . . .

» Condamne Renaut, à raison de l'homicide par imprudence à trois mois d'emprisonnement et 300 fr. d'amende, etc. »

Nos lecteurs reconnaîtront, sans que nous insistions sur les détails, quels sont, parmi les considérants du jugement du tribunal de Château-Thierry, ceux qui sont de nature à soulever le doute scientifique: « le diagnostic de la maladie, l'opportunité de l'opération, la méthode opératoire, ses dangers ou son innocuité. » Sur tous ces points, l'avis des experts est loin d'être le même, et la majorité des praticiens, comme MM. Landouzy, Philippe, Velpeau, Nélaton, A. Latour, n'adoptent pas les conclusions des premiers experts. Le jugement en appel de la cour impériale d'Amiens, qui relaxe M. Renaut sur le fait d'homicide par imprudence, fait voir que l'appréciation la plus large est celle qui a prévalu en cette circonstance.

C'est ainsi qu'ont été conçus la plupart des arrêts rendus en matière de responsabilité médicale. L'esprit de la législation à ce sujet a été, en général, favorable à l'exercice professionnel. C'est aux experts à s'en pénétrer. Quand l'application de la loi dépend de leur témoignage, ils doivent le donner avec toutes les garanties de réserve scientifique. Alors la profession n'aura pas à se plaindre des décisions de la magistrature.

C'était une maxime du droit romain que l'impéritie est répréhensible, *imperitia culpæ adnumeratur*. Suivant la loi *Aquilia*, on avait une action en justice pour les fautes des médecins.

En France, dans le siècle passé, les principes de jurisprudence médicale établissaient que les médecins pouvaient pécher, ou en ne faisant point ce qu'ils devraient faire, ou en faisant ce qu'ils ne devraient point faire. Dans l'un et dans l'autre cas, ils étaient plus ou moins coupables et plus ou moins répréhensibles, suivant qu'ils péchaient intentionnellement ou par négligence ou par ignorance. Zachias établit, par rapport à l'appréciation de ces différents chefs d'accusation, les principes généraux suivants: Tout acte nuisible qui s'accompagne d'une intention manifeste, rend coupable suivant les lois canoniques et mérite une répréhension civile; mais ce qui provient de l'ignorance et de la négligence ne rend coupable que dans le for intérieur, à moins que les fautes qui en sont la suite ne soient graves: elles deviendraient alors susceptibles des différentes peines établies pour les délits qui en sont l'effet. Suivant cet écrivain, on peut conjecturer l'ignorance: 1° lorsque la maladie dont il s'agit est rare en général, ou du moins s'est peu souvent présentée à celui qui l'a traitée; 2° lorsque le remède employé n'a pas sur les malades atteints de telle affection un effet favorable qui soit vulgairement connu; 3° si le remède bien indiqué, d'une part, a produit des accidents par une contre-indication qu'on n'a pas prévue; ou si, au contraire, on n'a pas mis en usage un remède efficace très-bien indiqué, à cause d'un symptôme léger qui aurait pu être négligé; 4° si quelque symptôme frappant, occupant toute l'attention du médecin, lui a fait négliger la maladie principale, qui est la cause de tous les symptômes; ou si, au contraire, dirigeant tous ses soins vers la cause de la maladie, il a négligé un symptôme dont la violence fait périr le malade, avant qu'il ait pu remédier à la cause; 5° si faute de distinguer les excrétions critiques des symptomatiques, il n'a pas su réprimer celles-ci et aider les premières; 6° si une maladie mortelle, dès son principe paraissant légère, a fait négliger des remèdes qui auraient pu la guérir; ce qui peut aussi avoir trait à la négligence; 7° enfin, si un chirurgien a intéressé des parties qu'il aurait dû éviter.

Quelque grande que soit l'ignorance des médecins, la plupart des jurisconsultes, entre autres Paul, Ripa, Ursillus, avaient adouci les rigueurs de la loi romaine qui, pour négligence ou pour impéritie, condamnait le médecin à la déportation ou à la peine de mort. Ils ont établi que les médecins ne pouvaient être punis corporellement dans ces circonstances, à moins qu'il n'y eût délit.

Les fautes particulières des médecins-physiciens, dit Verdier, étant difficiles à connaître et à prouver, on a peu d'exemples d'arrêts rendus dans ces cas. Par arrêt du parlement de Paris, en 1727, un médecin

---

complaisances; Juvénal écrit sa quatrième satire (*Rhombus*, le Turbot), et Domitien, marqué au front, portera éternellement le stigmate d'infamie qu'un tyran stupide a reçu de la main du poëte d'Aquinium.

Mais si le fouet vengeur de Juvénal poursuivait les crimes odieux qu'Horace corrigeait en riant, d'autres poëtes, plus indulgents encore, flattaient le pouvoir, prodiguaient les louanges à ce même Domitien; de sorte que ceux qui recherchent, dans les auteurs de cette époque, non le charme enivrant des beaux vers, mais les enseignements qu'ils contiennent, s'étonnent de lire, dans des œuvres presque contemporaines, la satire la plus violente et les éloges les plus explicites d'un personnage auquel l'histoire ne doit que la vérité.

Entre Juvénal, qui est le grand justicier de son temps, et Martial, qui en est le flatteur, le parasite, il y a un abîme; l'un est le vice, l'autre la vertu; celui-ci est la vérité, celui-là le mensonge; les mâles accents du grand poëte sont récompensés par l'exil et la mort; les petits vers du courtisan servile rapportent à leur auteur des cadeaux, des sourires, le honteux salaire d'un encens prostitué; et si Martial ne recueille enfin pour tant de lâchetés que la honte et la misère, c'est que la conscience publique applaudit à ces chutes légitimes; elle ne veut pas que le mal soit récompensé, que les méchants triomphent, et que les plus saintes lois de l'honnêteté soient impunément violées.

Nous n'avons pas à nous occuper ici de ces misères de la poésie dégradée, de l'abaissement du poëte; la postérité a été sévère pour Martial; tout son esprit, toute sa malice ne lui ont pas fait trouver grâce devant un certain tribunal qui résiste aux séductions de la muse. Mais cet homme qui tombe sans cesse en des adulations infinies, qui se prosterne aux pieds d'une idole abhorrée, cet homme connaissait à merveille la vie privée de ses contemporains, il partageait leurs goûts; leurs mœurs étaient les siennes; mêmes plaisirs, mêmes vices, et partant jamais tableau de la décadence romaine ne nous peut intéresser davantage par sa hideuse réalité. Même en nous bornant au point de vue tout spécial de ces études légères, nous pourrons faire une abondante moisson dans l'œuvre de Martial, car ce poëte de cour, ce flatteur, ce baladin toujours en quête d'un sujet d'épigramme ou de louange, nous initie à tous les mystères de la vie de ses héros; amis ou ennemis, il met chacun en lumière; il a beau dire que sa devise est: *Parcere personis, dicere de vitiis*, nous n'acceptons cette déclaration intéressée que sous bénéfice d'inventaire, pas plus que nous ne croyons à cette précaution délicate du pseudonyme qu'il s'attribue si volontiers. Martial a une certaine audace; il loue en face, sans ménagements, sans vergogne; il ignore parfaitement cette pudeur délicate qui cherche le mystère et s'y plaît, qui laisse deviner de quelle main viennent ces vers si doux à lire; mais il ne se gêne pas plus pour décocher une épigramme sanglante à l'avare qui lui refuse la sportule, au débauché qui lui enlève sa maîtresse, au médecin qui toe son malade.

Ici commence notre office, et l'on verra bientôt que ce n'est pas une petite affaire. La médecine est fort maltraitée par Martial. Et l'on se demande ce qu'il y a de commun entre elle et le poëte, de quel droit cet impudent flatteur de tous ceux qui le payent attaque ainsi la science et ceux qui l'ap-

fut admonesté, pour la première fois, pour avoir donné un remède violent qui pouvait guérir ou causer la mort en peu d'heures. — La preuve requise pour constater des fautes en médecine dépendait d'un rapport fait par les maîtres de l'art. Un médecin ne paraît point devoir être punissable par la loi, dit Platon, si celui qu'il traite ne meurt que malgré lui, c'est-à-dire, comme dit Sénèque, s'il a fait tout ce qu'il a dû faire pour le guérir : *Medicus, si omnia fecit ut sanaret, peregit partes suas.*

NOSOGÉNIE.

MÉMOIRE SUR LE TYPHUS OBSERVÉ AU VAL-DE-GRACE, DU MOIS DE JANVIER AU MOIS DE MAI 1856; par le docteur GODÉLIER, professeur de clinique médicale à l'école impériale de médecine du Val-de-Grâce.

(Suite. — Voir le numéro 31.)

Je viens de dire l'origine, le mode d'évolution et de propagation de notre typhus; je vais essayer de reproduire en peu de mots ses traits et sa physionomie; mais pour faciliter l'exposé qui va suivre, il importe de préciser dans un tableau quelques faits relatifs aux sujets de nos observations.

Corps.	Nombre des cas fournis.	Nombre des décès.	Époque de l'invasion.	Origine.
50e de ligne . . .	50	7	Du 7 janv. au 23 fév.	*Le Monarque.*
3e b. de ch. à pied.	4	»	Du 13 au 29 mars.	*Le Glascow.*
53e de ligne . . .	1	1	6 avril.	Inconnue.
2e de ligne	1	»	19 avril.	Voisin d'un typhiq.
1er d'artillerie . .	1	»	19 avril.	Malte.
20e de ligne . . .	1	»	29 avril.	Voisin du 3e bataill. de chass. à pied.
Sœurs du Val-de-Grâce.	5	1	Du 9 fév. au 25 mars.	3 en soignant les typhiques du 50e. 2 auprès des sœurs atteintes du typhus.
Totaux. . .	63	9		

En général, l'invasion de la maladie parut déterminée par une fatigue récente.

Les trois sœurs de mon service avaient donné des soins très-assidus aux typhiques du 50e. La sœur Thérése avait été vivement impressionnée par la maladie et par la mort de la sœur Louise. Chez toutes, enfin, l'éruption périodique ou irrégulière des menstrues signala le début de l'affection (1).

Les chasseurs du 3e bataillon arrivaient, à pied, de Marseille.

Presque tous les hommes du 50e, même ceux qui ne furent atteints qu'un mois après leur arrivée, attribuent leur maladie au froid humide prolongé qu'ils ont subi pendant le trajet de Marseille à Paris. A peu d'exceptions près, tous ceux qui furent envoyés à l'hôpital pendant le mois de janvier éprouvaient, depuis qu'ils avaient été mouillés, un profond malaise; ils avaient de la bronchite et de la diarrhée, qui précédèrent les symptômes d'invasion, et, par leur intensité comme par leur fréquence, modifièrent assez notablement le typhus à son début sur la première moitié des malades que j'ai observés.

Dans tous les cas, la lassitude physique et morale, la douleur gravative de la tête, des alternatives de chaleur et de frissons, des bourdonnements d'oreille et des vertiges, la diminution de l'appétit avec un état saburral de la langue, un sommeil interrompu, parfois pénible et mêlé de rêves, précédaient de trois, quatre et cinq jours, et parfois même de plus loin encore l'invasion réelle de la maladie. Chez la sœur Germaine, ces prodromes se dissipèrent par l'effet de l'eau de Sedlitz, pour reparaître quinze jours plus tard, à l'époque menstruelle (2).

L'affection une fois déclarée présentait, dans son évolution, deux phases assez différentes pour exiger une description séparée; leur durée à peu près égale permet de leur donner le nom de septénaire.

Le premier se caractérise ainsi : face vultueuse; teint d'un rouge sombre qui faisait reconnaître les typhiques entre tous; yeux rouges, brillants (3); stupeur du visage et de l'intelligence plus ou moins marquée, semblable à un état d'ivresse produit par les liqueurs fermentées ou les narcotiques (4); les malades ont de la répugnance à répondre comme à se mouvoir; toutefois ils donnent des réponses justes et assez précises, puis retombent dans une demi-somnolence; céphalalgie intense, bruissement dans les oreilles, vertiges et parfois sentiment de défaillance si le malade se lève, révasseries fatigantes s'il s'assoupit, pendant la nuit surtout; douleurs musculaires, souvent très-vives, des jambes et des lombes (5); hyperesthésies partielles de la peau dans quelques cas; langue humide, chargée d'un enduit verdâtre; soif as-

(1) Douze sœurs de charité ont été atteintes du typhus à Marseille. Chez toutes, sans exception, l'éruption périodique ou irrégulière des menstrues a eu lieu dans les deux premiers jours de la maladie. Ce fait, qui m'est communiqué par M. l'inspecteur Maillot et qu'il veut bien me permettre de placer sous sa garantie, est très-remarquable à cause de sa fréquence comme phénomène initial.

(2) Un vomitif, le changement d'air, quelquefois une sueur, suffisent pour éloigner la maladie. (Pringle, *loc. cit.*, p. 88.)

(3) Facies plerisque tumet, pleniorque est, imo intense rubet. Oculi item sanguine suffunduntur. (Borsieri, INSTIT. MEDIC. PRACTICÆ. Milan, 1829, t. II, p. 310.

(4) Hildenbrand, DU TYPHUS CONTAGIEUX, trad. de Gasc. Paris, 1811, p. 51. « Stupeur et vertiges qui ne diffèrent point de l'ivresse produite par les boissons enivrantes ou les poisons narcotiques. »

(5) 46 fois sur 63.

pliquent, par conséquent toute une classe utile de citoyens romains, comment il ose accabler de ses traits envenimés des hommes qui n'avaient rien à démêler avec lui.

L'histoire de tous les temps nous montre la médecine et les médecins en butte à des haines jalouses, à des critiques envieuses; les plus anciens livres contiennent l'expression de ces sentiments hostiles, monument des préventions, des prétentions médicales du vulgaire. La mort a toujours raison, mais la médecine a toujours tort; l'irrévocable loi n'est jamais subie sans murmure, et comme on ne peut protester contre elle, on proteste contre le médecin; tous ceux qui n'atteignent pas l'extrême vieillesse de Priam ou de Nestor reprochent à la science médicale son inutilité; on la maudit, et quelques esprits légers et malins se répandent en épigrammes contre des hommes qui ne garantissent pas la vie du malade lors même que celui-ci se tue par ses imprudences, sa sottise, sa folie.

Martial a fait comme Horace, comme Juvénal, il s'est fait l'écho de ses contemporains, il a déversé le blâme, le ridicule sur les médecins de son temps, et son livre est fertile en sarcasmes contre tout ce qui pratique l'art de guérir. Il ne faut pas lui demander des réflexions morales, des enseignements utiles, la peinture élégante d'un travers, le portrait d'un ridicule; il ne se pose pas en précepteur du genre humain; non, une si noble tâche n'a pas d'attrait pour lui; il ne peut que rire aux dépens de son prochain, percer d'un trait aigu quelque renommée qui l'offusque; le côté plaisant, malin, satirique, attire son regard, excite sa verve railleuse, allume sa bile, et une épigramme à pointe acérée vient prendre place dans ce recueil de médisances, de lâchetés, d'infamies, divertissement des oisifs de Rome, et que leur méchanceté a transmis à la postérité qui n'en avait pas besoin.

Les beaux vers d'Horace, si purs, si harmonieux, tout empreints du génie de la Grèce dont ils sont une émanation directe, les pages si énergiquement burinées par Juvénal, sont les joyaux de la muse latine; Martial ne peut être mis sur la même ligne, et cependant il y a encore dans ses écrits un charme qui appartient au siècle d'Auguste : l'expression est vive et pittoresque, la tournure du vers élégante et facile; on ne sent pas encore le mauvais goût qui va poindre dans Stace, dans Claudien; mais croira-t-on que les deux satiriques dont nous nous sommes occupés, et Martial que nous tenons aujourd'hui, auraient autant amusé leurs contemporains et la postérité, si leurs ouvrages eussent traité des matières simplement philosophiques ou morales? Lucrèce et Lucain n'ont jamais eu autant de lecteurs; Tibulle et Properce n'ont pas été traduits, commentés, épilogués autant que Martial, et cela parce que cet effronté coquin, dans une galerie de portraits où il occupe tant de place, a montré des figures qui nous intéressent, parce qu'il s'est moqué de tout le monde, et que les gens pleins de malice et d'audace sont toujours ceux que la foule préfère. C'est un abominable drôle, dit-on, mais qu'il a d'esprit! Il n'y a pas assez de coups de bâton pour l'échine de ce misérable, mais qu'il est amusant! Les Romains d'autrefois parlaient ainsi, et chacun avait chez soi le livre de Martial : *Teritur noster ubique liber*, tel est le compliment qu'il adresse à sa muse (no 3, livre 8e), et il ajoute, à l'imitation d'Horace, comme s'il en avait le droit, ces quatre vers ambitieux, vraie lettre de change tirée sur la postérité et acceptée par elle, il faut bien en convenir :

sez intense; dégoût profond, parfois des nausées; tension souvent pénible des hypocondres (1).

Abdomen légèrement météorisé (2), indolent; presque jamais de gargouillement (3), lors même qu'il existait de la diarrhée. comme cela eut lieu chez les trente premiers malades environ, tandis que la constipation fut généralement observée chez les autres (4). Il en fut de même de la bronchite, qui ne manqua guère chez ceux qui enrent la diarrhée et fut aussi plus intense, tandis qu'elle se montra plus rare et plus légère chez les derniers malades atteints (5). Dans le premier cas, toux assez fréquente, souvent tenace; râles de la bronchite, expectoration muqueuse peu abondante. Il y avait, même sans bronchite, un sentiment d'oppression à la base du thorax.

La fièvre est continue, avec exacerbations vespériennes plus ou moins accusées. Le pouls plein, peu résistant toutefois, toujours fréquent, mais variable de 100 à 130 et au delà. Les épistaxis sont rares (6). La peau, pendant cette période, est généralement halitueuse, quelquefois même sudorale; mais, du troisième au sixième jour, elle présente, presque dans tous les cas, une éruption tellement spéciale, qu'elle est pathognomonique de l'affection toutes les fois qu'elle se produit (7).

Comme aspect, comme disposition générale, on ne saurait mieux la comparer qu'à celle de la rougeole, sauf qu'elle apparaît rarement au visage, et qu'elle est d'ordinaire moins abondante sur les membres; aussi presque tous les auteurs l'ont appelée *morbilliforme* (8). Nous tous, au Val-de-Grâce, nous avons cru au premier abord, en voyant nos premiers cas de typhus, avoir affaire à une rougeole ataxique, mais non pas à une fièvre typhoïde.

Cette éruption a donc l'apparence d'un exanthème, et c'est en effet un exanthème à la surface; mais il y a au-dessous quelque chose de plus, c'est-à-dire une ecchymose, une suffusion sanguine plus ou moins abondante et colorée, assez quelquefois pour mériter le nom de pétéchie. En effet, si l'on pose le doigt sur ces taches d'un rouge un peu plus foncé que celui de la rougeole, et parfois légèrement saillantes, on en fait disparaître quelques-unes complétement, mais la plupart laissent voir, sous la teinte rose effacée par la pression, une macule d'un gris violet ou jaunâtre, qui ne disparaît pas sous le doigt. Il y a donc là deux éléments superposés : c'est un exanthème ecchymotique ou pétéchial. Les phases successives de cette éruption le démontrent de la manière la plus positive. Au bout de quelques jours, l'exanthème pâlit et la teinte rose s'efface, mais la macule ecchymotique demeure, et, selon que la suffusion sanguine a été plus ou moins abondante, ou qu'elle le devient, selon la quantité relative de la matière colorante du sang extravasé, cette macule est plus bleuâtre, plus grise ou plus pâle; quelquefois même, dans les cas graves, elle se fonce de plus en plus et devient tout à fait noire. Donc il y a une ecchymose; mais ce qui prouve qu'il y a aussi un exanthème, c'est que la desquammation furfuracée se produit souvent comme dans la rougeole.

Ces deux éléments, combinés d'ordinaire dans la même tache, peuvent toutefois se montrer séparés.

Ainsi il existe, en nombre variable, des taches seulement exanthémateuses, de même et plus souvent des macules qui ne sont qu'ecchymotiques. Ce sont ces dernières que le professeur Jenner (de Londres) appelle sous-cuticulaires; elles ne sont jamais saillantes et paraissent même sitôt plutôt dans l'épaisseur du derme et n'arriver pas jusqu'à la surface.

Quant à la pétéchie proprement dite, la pétéchie arrondie et rouge foncé du purpura et du scorbut qui se trouve accidentellement dans les fièvres éruptives graves, parfois même dans certaines fièvres typhoïdes des plus funestes, elle peut aussi s'adjoindre à l'éruption spéciale du typhus, la précéder même, comme je l'ai vu chez la sœur Louise; mais la pétéchie n'est en aucune sorte caractéristique de cette affection.

Cette similitude de noms pour ces deux sortes de stigmates qui, malgré quelque ressemblance et leur réunion fortuite sur un même sujet, ont cependant une valeur séméiologique bien différente, cette synonymie abusive a produit cependant depuis trois siècles, par une confusion dans les faits, une confusion plus grande encore dans les doctrines. Si j'ajoute que l'éruption que je viens de décrire, presque toujours aussi abondante sur le ventre, la poitrine et le dos que celle de la rougeole, met environ deux septénaires à parcourir ses phases, et que la peau en offre souvent encore des traces plus de vingt jours après son apparition, on s'étonnera sans doute qu'on ait pu dire qu'elle ne différait en rien des taches rosées lenticulaires de la fièvre typhoïde.

En résumé, la première période de la maladie montre une réaction assez vive, une congestion assez marquée des téguments et des muqueuses pour justifier le nom de période inflammatoire ou catarrhale que quelques-uns lui ont donné (1). On n'y trouve pas, sauf complication, les symptômes abdominaux de la fièvre typhoïde et rarement l'épistaxis; mais ce qui l'en distingue encore plus sûrement, ce sont les douleurs vives des jambes et des lombes, la prompte invasion de la stupeur, et surtout, dans le plus grand nombre des cas, l'apparition rapide de l'éruption exanthémo-pétéchiale caractéristique.

Quant à l'affection du système nerveux pendant ce stade, il faut dire

(1) Peticularum signa veluti propria antequam erumperent, fuerunt hæc : « Ingens totius dorsi lassitudo, capitis dolor, aurium surditas, faucium ardor, mentis stupiditas, præcordiorum anxietas et toti corporis segnities. Dorsi vero et regionis lumbariæ lassitudo adeo certum erat febris peticularis signum, ut raro falleret. » (Ramazzini. Genève, 1716. CONSTIT. ÉPID., p. 195.)

(2) 44 fois sur 63 ; une fois seulement le météorisme fut considérable.

(3) 4 fois seulement, très-passager, sur 63.

(4) 18 fois sur les 27 premiers malades, 7 fois seulement sur les 36 derniers.

(5) 24 fois sur les 30 premiers malades, 16 fois sur les 33 derniers.

(6) 8 fois sur 63 : 5 dans le premier septénaire, 2 dans le second, 1 dans le troisième.

(7) L'éruption a manqué 9 fois sur 63 : 6 fois dans des cas légers et 3 fois dans des cas de gravité moyenne. Elle n'a par conséquent jamais fait défaut dans les cas les plus graves.

(8) Voy. Rochoux, TYPHUS NOSOCOM. ET DOTHINENTÉRIE. *In* ARCH. GÉNÉR. DE MÉD., 3e série, t. VII, p. 149, 1840.

Lasègue, TYPHUS DE SILÉSIE. *Ibid.*, 4e série, t. XXIII. Le typhus fut pris pour la rougeole et *vice versâ* dans plusieurs localités.

Huxham, ESSAI SUR LES FIÈVRES, chap. 8. « On voyait quelquefois la peau comme si elle eût été marbrée et bigarrée de taches dont la couleur approche de celle de la rougeole, mais plus foncées et plus livides. »

(1) Voy. Ramazzini, Borsieri, Rasori, Hildenbrand, *loc. cit.*

Et quum rupta situ Messalæ saxa jacebunt,
Altaque quum Licini marmora pulvis erunt;
Me tamen ora legent, et secum plurimus hospes
Ad patrias sedes carmina nostra feret.

Ailleurs, livre 10e, n° 2, il compare de nouveau son œuvre aux marbres de Messala, aux colosses de bronze mutilés, et il dit avec assez de fatuité : Mes écrits n'ont rien à redouter du destin, les siècles ne peuvent rien contre eux, ce sont des monuments immortels :

At chartis nec fata nocent, nec sæcula prosunt;
Solaque non norunt hæc monumenta mori.

Écoutez-le quand il s'adresse à un envieux (livre 6e, n° 61) : Rome aime mes vers, elle les chante, elle les loue, ils sont dans toutes les mains :

Laudat, amat, cantat nostros mea Roma libellos,
Meque sinus omnes, me manus omnis habet.

Sinus veut dire ici le pli que forme la toge au devant de la poitrine. C'est un curieux détail de mœurs; les Romains n'avaient probablement pas de poches; mais assez sur ces bouffées de vanité si communes chez les poëtes anciens et modernes.

On applaudissait aux méchancetés qui atteignaient un ami, un voisin, jusqu'à ce que le rieur eût son tour, et alors il criait bien haut, donnant à rire à ceux qu'il n'avait pas voulu plaindre, et ce livre n'a eu garde de disparaître sous l'effort du temps; il a traversé les ténèbres du moyen âge, et à peine l'imprimerie commençait-elle à produire la Bible magontine que déjà les épigrammes de Martial trouvaient un éditeur; VINDELIN DE SPIRE, en 1470, publia à Venise cette édition *princeps* que don Bettio, le savant bibliothécaire de Saint-Marc, me fit admirer en 1833, et que chacun voudrait posséder; mais hélas! c'est d'elle que l'on peut dire : *Rara avis!*

Ainsi la malice humaine se plaît à ces coups d'épingle, d'épée ou de poignard qui blessent et tuent même les innocents; on riait, du temps de Martial, quand ce diable d'homme colportait sous le manteau, en attendant la publicité des copistes, une épigramme comme celle-ci (livre 6e, n° 53) :

Lotus nobiscum est, hilaris cœnavit; et idem
Inventus manè est mortuus Andragoras.
Tam subitæ mortis causam, Faustine, requiris?
In somnis medicum viderat Hermocratem.

Ces quatre vers sont charmants, et un médecin de bon goût ne s'en serait pas fâché; mais cette petite pièce si piquante est trop fine, trop délicate pour un poëte comme Martial; aussi *Farnabius* la regarde comme une imitation de l'Anthologie grecque. Notre homme n'a pas la main si légère, il frappe plus rudement, témoin ce distique passablement brutal (livre 8e, n° 74) :

Hoplomachus nunc es, fueras ophthalmicus ante :
Fecisti medicus quod facis hoplomachus.

M. Dubos père, qui a traduit de Martial tout ce qu'il a cru pouvoir être traduit, a rendu cette épigramme par ces deux vers :

avec Hildenbrand « qu'elle consiste principalement dans l'affaissement » des sens extérieurs, le désordre de l'entendement et la stupeur, » dans un sommeil agité et dans les lésions vagues des puissances » motrices (1). » Maintenant tous ces accidents vont se montrer à un plus haut degré et avec d'autres modifications. Ils vont dominer la scène pendant le deuxième septénaire et constituer la période nerveuse du typhus.

Alors la fièvre est plus continue, les forces s'affaissent, le pouls, plus faible, est très-variable d'ailleurs en fréquence. La peau chaude et sèche présente parfois, vers le douzième jour, des sudamina, très-rarement de la miliaire, mais presque toujours l'éruption aux nuances diverses. La langue reste souvent un peu humide, mais couverte d'un enduit jaunâtre plus ou moins épais, ou bien elle est sèche, rouge, parcheminée, gercée. Ventre un peu ballonné, indolent, non crépitant, urines abondantes, selles parfois diarrhéiques en petit nombre, ou persistance de la constipation.

Le visage a pâli, mais la conjonctive reste injectée. Délire sombre, tranquille ou stupide, rarement furieux, souvent d'une forme spéciale. Telle est l'ébriété, telle est encore la typhomanie de Hildenbrand que j'ai retrouvée très-conforme à la description qu'il nous en donne : « Les malades rêvent sans dormir; lorsqu'ils sont à demi endormis, » ils gesticulent sans cesse, ils délirent avec une singulière incohérence » sur des objets extérieurs, au milieu d'occupations continuelles » d'impressions intérieures, confondant les unes avec les autres. C'est » par là que se distingue principalement l'état de stupeur de typhus » de tous les autres états analogues. Ils ont aussi des idées fixes, ils » ne délirent pas toujours; mais ce qu'ils font de raisonnable passe » comme un songe; je ne crains pas de comparer cet état au somnam- « bulisme (2). »

C'est ainsi que j'ai vu des militaires, raisonnables d'ailleurs sur tout autre sujet, vouloir absolument sortir pour se rendre à une revue; qu'une sœur s'est crue damnée pendant plus de trois semaines et indigne de recevoir les sacrements.

J'ai aussi observé les changements d'humeur très-remarquables notés par Rasori dans la fièvre pétéchiale de Gênes; par exemple, la taciturnité morose obstinée, suivie d'une hilarité et d'une loquacité puériles assez persistantes.

Ajoutez le tremblement des mains et de la langue qui parfois ne peut être tirée, les soubresauts des tendons, les spasmes des muscles du cou et de la mâchoire, la dysphagie et l'aphonie, les selles et les urines involontaires, les urines surtout et pendant très-longtemps, plus rarement la dysurie et la rétention d'urine, enfin la dureté de l'ouïe, la vue diminuée, l'affaissement physique et moral, et vous aurez l'aspect général de nos cas graves sans complications.

Un petit nombre seulement s'est terminé par la mort; mais du quatorzième au dix-huitième jour, il survenait chez la plupart une amélioration notable et souvent presque soudaine sans que nous pussions la rapporter à aucune évacuation critique. Chez quelques-uns cependant la maladie se prolongeait jusqu'à la fin du quatrième septénaire, et alors on observait parfois des phénomènes nerveux plus graves, tels que le trismus, les roideurs tétaniques du cou, des bras, des mains ou le tremblement spasmodique des membres survenant par accès, ou une profonde adynamie. Chez la sœur Thérèse, j'ai vu la catalepsie et le coma vigil pendant vingt-quatre heures, et la paralysie des génio-glosses qui persista longtemps.

Ou bien il survenait des complications: pneumonie, parotide, érysipèle de la face, angine et stomatite pultacée. Chez une sœur une hydrométrie qui distendit en quelques jours la matrice, comme au sixième mois de la grossesse, rarement l'ecthyma des fesses, du dos, des jambes; une seule fois enfin une petite escarre au sacrum. Dans les dix premiers jours de la maladie, je n'ai noté comme complications que la bronchite capillaire, la pneumonie et une fois la méningite.

Dans les cas où la terminaison devait être favorable, nous voyions presque toujours le pouls tomber rapidement de 140 ou 130 battements à 90, 80, 60, 50 même, et parfois le délire ou la stupeur se dissiper avec la même vitesse. La langue s'humecte et se nettoie, l'appétit renaît, et on peut le satisfaire sans danger; le sommeil revient de plus en plus calme, et cependant, malgré le régime réconfortant copieux et l'usage bien supporté des toniques, le malade ne reprend ses forces qu'avec lenteur, et pendant plus d'un mois de convalescence confirmée, il garde encore quelques symptômes dont la réunion atteste le passage du typhus, savoir : un pouls petit, faible et lent, des bourdonnements d'oreille et des vertiges, la débilité et parfois l'endolorissement des membres inférieurs, ou un état rhumatoïde de diverses articulations, très-analogue à celui qui se montre principalement aux poignets à la suite de la scarlatine. J'ai vu deux fois des adénites axillaires suivies d'abcès dans le tissu cellulaire des bras et des jambes. Enfin quelques accès erratiques qui parfois font craindre une rechute peuvent retarder encore le retour complet à la santé.

Telle m'est apparue cette affection avec des caractères dont la précision et la constance révèlent une individualité morbide distincte. J'ai indiqué suffisamment le groupement, la succession, le rapport de durée et de fréquence des principaux symptômes pour qu'on puisse la suivre dans son évolution et dans ses phases. Une exactitude numérique plus minutieuse dans les détails nuirait à la netteté de la physionomie générale que je m'attache surtout à saisir et à mettre en relief, car j'ai pour but principal la détermination et la comparaison d'une espèce nosologique.

Néanmoins je crois utile de faire suivre cette description générale de quelques histoires particulières qui reproduisent les spécimens les plus nets de notre typhus, pour qu'on puisse les comparer à ceux des époques antérieures, aussi bien qu'à ceux de l'armée d'Orient.

(La suite au prochain numéro.)

(1) Hildenb., *loc. cit.*, p. 70.
(2) *Loc. cit.*, p. 71.

Médecin autrefois, aujourd'hui spadassin,
Paul, tu n'as pas quitté ton métier d'assassin.

Ce n'est qu'une imitation, un à peu près; *hoplomachus* vent dire gladiateur; Martial joue sur ces mots à consonnances; l'oculiste crevait les yeux de ses clients, le gladiateur pourra en faire autant à ses adversaires : voilà le sens réel; mais cette pensée plaît à notre poète; il y revient, il lui donne des formes nouvelles (livre 1er, nº 48) :

Nuper erat medicus, nunc est vespillo Diaulus.
Quod vespillo facit, fecerat et medicus,

ou bien encore celle-ci, toujours contre le même personnage (livre 1er, nº 31) :

Chirurgus fuerat, nunc est vespillo Diaulus.
Cœpit, quo poterat, clinicus esse modò.

Ce malheureux *Diaulus* est devenu *croque-mort*, *vespillo*, son travail est le même; il tuait ses clients, il porte leurs cadavres, c'est toujours la même occupation. Nous avons en bon français l'équivalent de cette épigramme :

Paul, ce grand médecin, l'effroi de son quartier,
Qui seul fit plus de maux que la peste et la guerre,
Est curé maintenant; il met les gens en terre :
Il n'a pas changé de métier.

On voit que Martial donne à Diaulus divers titres, il est *medicus*, puis *chirurgus*, et enfin *clinicus*, et que ce soit caprice du poëte, nécessité de la mesure du vers ou réalité, le même individu pouvait exercer les diverses parties de l'art, ce qui n'était pas un titre à l'indulgence du satirique. Quoi qu'il en soit, Diaulus tombé dans l'infortune recourait à des métiers déplorables, sans doute, mais enfin il travaillait et misère n'est pas vice; tout autre homme que Martial l'eût plaint. Hélas! Martial n'a de charité que pour lui-même, il accuse et condamne sans miséricorde; on croirait qu'il invente le mal pour le dénoncer. Voici une épigramme (la 97e du livre 9) qui nous semble un peu terrible pour le corps médical de la ville des Césars :

Clinicus Herodes trullam subduxerat ægro;
Deprensus dixit : Stulte, quid ergo bibis?

Ce qui veut dire : le médecin Hérode avait volé le gobelet d'un de ses malades. Pris sur le fait par celui-ci : imbécile, lui dit-il, que buvez-vous là? c'est-à-dire, qu'osez-vous boire ainsi sans mon ordonnance? Voilà un médecin voleur, et si habile qu'il soit à déguiser ce larcin, si plaisant que paraisse le motif allégué par le coupable, il faut passer condamnation et se consoler, en avouant qu'après tout l'homme n'est pas parfait. Et puis, peut-être était-ce une monomanie. Martial parle souvent de ces gens enclins à tout dérober, témoin ce *luscum furem* (livre 8e, nº 59), qui vole ses propres pantoufles à l'esclave chargé de les garder. Notre Racine nous en a fourni un beau type, la pauvre Babonnette, la femme de Dandin, des Plaideurs, dont son mari disait :

CHIRURGIE PRATIQUE.

ÉTUDES PRATIQUES SUR L'ATRÉSIE ET LES MAL-FORMATIONS DE L'ANUS ET DU RECTUM ET SUR LES OPÉRATIONS PAR LESQUELLES ON PEUT REMÉDIER A CES VICES DE CONFORMATION; par le docteur G. GOYRAND (d'Aix).

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

§ II. — L'INTESTIN NE S'OUVRE POINT AU DEHORS, MAIS SE TERMINE DANS LE BASSIN PAR UN CUL-DE-SAC, OU S'OUVRE SOIT DANS L'URÈTRE, SOIT DANS LA VESSIE.

Ici plusieurs variétés peuvent se présenter et nous allons les passer successivement en revue, en donner la description, le diagnostic différentiel et la thérapeutique.

I. DESCRIPTION. — *Première variété.* — L'ampoule anale et le rectum, qui, comme l'a démontré M. Coste, se développent isolément et se portent ensuite l'un vers l'autre, restent séparés par un diaphragme résultant de l'adossement des deux sacs membraneux, si le travail d'absorption interstitielle qui doit détruire cette cloison n'a pas lieu. Le plus souvent, dans ce cas, l'ampoule anale et le rectum se rencontrent bout à bout; mais cette disposition n'est pas constante; ainsi, dans un fait communiqué par M. Godard à la Société de biologie (COMPTE RENDU DES SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ, GAZ. MÉD., 10 mai 1856), le rectum et l'ampoule anale étaient situés l'un devant l'autre, et tandis que le premier de ces organes descendait jusqu'au devant de la dernière pièce du coccyx, le cul-de-sac anal ayant 25 millim. de profondeur remontait devant le rectum jusqu'au-dessus de la base de la prostate, disposition dans laquelle l'auteur de cette observation a vu deux rectums parallèles.

Deuxième variété. — Dans d'autres cas, le rectum est transformé en entier ou en partie en un cordon plein qui vient se continuer avec l'ampoule anale, laquelle peut présenter alors une disposition normale, comme dans un cas observé par M. Bardinet (de Limoges), ou bien être elle-même oblitérée et transformée comme le rectum, en sorte que le cordon fibreux formé par ce dernier organe se continue jusqu'à la peau de la région anale dans laquelle il vient s'implanter, ainsi que l'a observé M. Forget.

Que l'on étudie ces cas avec attention, et l'on se convaincra qu'il ne s'agit plus ici d'une non-formation du rectum; mais bien d'une oblitération de l'organe qui, primitivement, était bien conformé, et dont l'oblitération a été la suite d'une altération pathologique, d'une inflammation sans doute qui a existé pendant la vie intra-utérine, comme l'ont pensé Lassus et après lui MM. Cruveilhier et Bouisson.

Les faits de MM. Bardinet et Forget ont assez d'importance pour qu'il convienne d'en donner ici une analyse succincte.

OBS. III. — M. Bardinet est appelé auprès d'un nouveau-né dont l'anus est bien conformé; mais se termine par un cul-de-sac à un centimètre de profondeur. On diffère toute opération jusqu'au troisième jour. Le petit doigt introduit dans l'anus ne sent ni mollesse ni fluctuation dans le fond. Un bistouri pointu enfoncé d'abord à deux reprises à un centimètre et demi de profondeur à travers le fond de l'ampoule anale, n'ouvre pas le rectum; quatre jours après, deux nouvelles ponctions qui pénètrent à 3 centim. au delà du cul-de-sac n'ont pas un meilleur résultat. Les chirurgiens voulaient faire une troisième tentative; mais les parents ayant paru la redouter, ils n'insistèrent pas et abandonnèrent l'enfant à une mort inévitable, qui n'arriva que vingt-huit jours après la naissance.

A l'autopsie, on reconnut que le cul-de-sac anal, profond d'un centimètre, était rattaché au rectum par un cordon plein d'un centimètre et demi de longueur, et que l'intestin se terminait au-dessus du cordon par *un cul-de-sac régulièrement arrondi, parfaitement clos à sa partie inférieure*. Ce qui frappa ensuite M. Bardinet ce fut *la dilatation considérable du rectum, dilatation telle, que cette partie de l'intestin remplissait exactement toute la cavité du bassin*. (BULL. DE LA SOC. DE MÉD. DE LA HAUTE-VIENNE, GAZ. DES HÔP., 3 nov. 1853, p. 525.)

OBS. IV. — Le fait communiqué par M. Forget à la Société médicale d'émulation le 7 juin 1843 (GAZ. DES HÔP., 1843, p. 347) a beaucoup d'analogie avec le précédent, et en diffère toutefois en quelques points. Le sujet de l'observation est une petite fille. A la place qu'aurait dû occuper l'anus était un enfoncement conoïde de la peau, qui était comme tirée en haut par sa face celluleuse. Le cul-de-sac cutané avait environ un centimètre de profondeur. Au fond de ce creux, on ne sentait pas de fluctuation, rien qui indiquât que la cavité du rectum se trouvait au-dessus. Le faux anus est perforé avec un trocart; pas de résultat; on fait alors avec un bistouri étroit une ponction qui pénètre à 3 centim. de profondeur; il n'en sort que du sang. M. Forget propose l'opération de Littre, qui n'est pas acceptée par les parents, et l'enfant succombe huit jours après sa naissance.

L'autopsie montra l'intestin terminé en cul-de-sac à la hauteur de la base du sacrum, et à partir de ce cul-de-sac le rectum était transformé en un cordon plein, qui venait s'implanter dans la peau à l'endroit où aurait dû se trouver l'anus et tirait en haut cette membrane. Ce cordon était formé de fibres continues aux faisceaux longitudinaux de la tunique musculeuse de l'intestin; il était couvert à sa partie supérieure, dans une étendue de 3 lignes, par le péritoine qui y adhérait fortement. Sa partie inférieure adhérait intimement au vagin, et était séparée du sacrum par une couche de tissu cellulaire infiltrée de sang. La ponction était arrivée à une petite distance du cul-de-sac intestinal, à un millimètre seulement du point où le péritoine quittait le cordon fibreux pour se réfléchir sur l'utérus.

Ces deux faits valent une description complète de la deuxième variété d'atrésie.

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

IV. ANNALES D'OCULISTIQUE.

(Suite.)

DE L'INFLAMMATION SYMPATHIQUE DU GLOBE DE L'ŒIL; par M. R. TAYLOR.

Depuis les travaux des docteurs Mackensie, Jacob, et plus récemment du docteur Pricbard, de Bristol (1854), on admet comme prouvée l'in-

---

Elle eût du buvetier emporté les serviettes,
Plutôt que de rentrer au logis les mains nettes.

J'ai connu un médecin affligé de cette maladie, dont il ne s'est guéri qu'avec une forte dose d'acide hydrocyanique. Mais disons en passant que le trait si plaisant de la comédie de Racine appartient à Martial, qui a dit d'un certain Hermogènes (livre 12ᵉ, nº 29):

Ad cœnam Hermogenes mappam non attulit unquam.
A cœna semper retulit Hermogenes.

Les poëtes du siècle de Louis XIV sont pleins de ces emprunts, et il est juste de dire que Racine et Boileau, dans ces imitations, se montraient souvent supérieurs à leurs modèles; mais, enfin, il est toujours glorieux de servir de modèle à Boileau et à Racine.

Mais si le confrère Hérodes a cédé à pareille faiblesse; si, pris la main dans le sac, il essaye de se sauver par une pasquinade, que dirons-nous de cet autre médecin qui figure dans l'épigramme 31ᵉ du livre 6ᵉ:

Uxorem, Charideme, tuam scis ipse, sinisque
*A medico f** : vis sine febre mori.*

Charidemus, ta femme a pour amant ton médecin, tu le sais et tu le souffres: tu veux mourir sans fièvre, c'est-à-dire, tu seras empoisonné; prends garde, ton imprudence est extrême, ta vie est entre les mains d'un homme qui, etc. Passe encore pour le tour de gobelet du docteur Hérodes; mais voici un médecin qui est à la fois adultère et presque empoisonneur, et Martial traite la chose assez lestement pour faire croire qu'elle était simple et commune. On n'est pas de meilleure composition! Par exemple, dans l'épigramme suivante, la 28ᵉ du livre 11:

Invadit medicum sica nephreticus, Aucte,
Et præcidit Hylan; hic, puto, sanus erat.

Un malade affecté de néphrite devient fou, furieux; il poignarde Hylas, son médecin. Savez-vous la réflexion qu'inspire à Martial cet événement tragique? Il me semble que ce malade se portait assez bien! Voilà toute l'oraison funèbre de ce pauvre Hylas, et encore il est fort douteux que Martial lui eût accordé ces deux lignes si le nom du défunt n'eût prêté à la plaisanterie. *Præcidit Hylan;* il y a là un souvenir de la mythologie grecque: comprenez, si vous l'osez, ce rapprochement; *sica præcidit*. Mais ne nous arrêtons pas à ces ignobles jeux de mots, et concluons de ces premières études sur Martial que la médecine et les médecins étaient fort maltraités par ce poëte. Voici encore une preuve à l'appui (livre 10ᵉ, nº 77):

Nequius a Caro nihil unquam, Maxime, factum est,
Quam quod febre perit: fecit et illa nefas.
Sæva nocens febris saltem quartana fuisset!
Servari medico debuit illa suo.

Une fièvre *aiguë, continue,* a tué Carus, ô Maxime! Quel malheur! Cruelle fièvre! que n'était-elle quarte? Carus eût bien su l'entretenir! Cette traduc-

flammation sympathique d'un œil, lorsque son congénère a été détruit par une inflammation le plus souvent traumatique. Cette inflammation sympathique, qui peut survenir à des intervalles qui varient de quelques semaines à quelques années, est même tellement rebelle à tous les moyens de traitement employés jusqu'ici, que M. Pritchard, en 1854, ne craignit pas de recommander et pratiqua deux fois avec succès l'extirpation de l'œil blessé, afin d'en prévenir le développement sur l'œil resté sain (V. GAZ. MED., 1855).

M. Taylor ayant fait la remarque que l'on voit survenir quelquefois, outre le dépôt d'une matière crétacée sur la capsule et le cristallin, des produits anormaux mal connus jusqu'ici, dans l'œil blessé, et qui agissent probablement comme corps étrangers, propose de remplacer l'extirpation de l'œil par une opération plus simple, c'est-à-dire par l'*enlèvement de la cornée*. Jamais il n'a vu jusqu'ici l'œil suppurer après cette petite opération, et dans les huit observations qu'il rapporte, la réussite a été complète. Il est d'ailleurs toujours resté un moignon qui a permis d'y adapter convenablement un œil artificiel.

C'est là une idée heureuse d'avoir pu remplacer par un procédé peu dangereux l'extirpation de l'œil, dans le but de prévenir la destruction sympathique de l'œil sain : huit succès consécutifs sont bien propres à encourager les praticiens à imiter M. Taylor dans des circonstances semblables.

RECHERCHES SUR LA VISION BINOCULAIRE SIMPLE ET DOUBLE, ET SUR LES CONDITIONS PHYSIOLOGIQUES DU RELIEF; par le docteur SERRES (d'Uzès).

Lorsque les deux axes optiques se dirigent sur un objet, celui-ci paraît simple. Les choses étant en cet état, si l'on place un autre objet entre le premier et les yeux, il y aura deux images croisées : celle de droite perçue par l'œil gauche, et celle de gauche par l'œil droit. Enfin, si, dans les mêmes conditions que primitivement, l'on place un objet au delà de celui sur lequel se dirigent les deux axes optiques, l'œil percevra encore deux images, mais avec cette différence que celle de droite sera perçue par l'œil droit, et celle de gauche par l'œil du même côté. Quelle est la cause physiologique de ce phénomène, dont l'explication complète est encore à désirer ? Voilà ce que M. Serres vient à son tour tenter de nous faire comprendre en se fondant sur la loi des phosphènes; l'explication nouvelle qu'il en donne étant un peu abstraite demanderait ici le secours des gravures qui accompagnent son mémoire pour être plus facilement saisie. Nous allons essayer cependant, malgré cette lacune, d'en exposer aussi clairement que possible le principe.

La rétine jouit de trois propriétés fondamentales physiologiques qui sont : 1° l'*extériorité*, 2° la *direction*, et 3° la *limitation* ou *rideau physiologique*.

Par l'*extériorité*, qui a été aussi nommée *action de la vue en dehors*, la rétine jouit de la faculté de rapporter ses affections en dehors d'elle. Cette faculté est prouvée par l'impression à distance que fait éprouver la lumière phosphénienne lorsque l'on comprime un côté de la sclérotique.

La *direction* est toujours telle, que nous voyons les phosphènes et les objets sur des droites qui passent à *travers le centre du cristallin*. D'où M. Serres conclut que la direction prise par la cause impressionnante n'exerce aucune influence « sur la *direction vitale* imprimée par la rétine à ses perceptions lumineuses. »

Enfin, la troisième faculté, celle de *limitation* était nécessaire pour que les corps offrissent quelque chose de précis dans leurs formes et leurs distances respectives.

Cette limitation, que M. Serres appelle encore le *rideau physiologique*, est dans l'espace une surface à peu près sphérique : c'est sur cette surface que viennent se projeter et se fixer les points géométriques des sommets des angles égaux sous lesquels est vu un même objet par les deux yeux; dans ce cas l'image est simple et vue à une distance qui dépend de la valeur de l'angle sous-tendu.

Ceci posé, et le rideau physiologique étant donné par la convergence des deux axes optiques sur un objet vu simple, admettons qu'un second objet soit situé entre le rideau et l'œil; en tirant des droites, qui de ce dernier corps passeront par le centre du cristallin, elles iront frapper la rétine en dehors du point où l'objet, vu simple, l'impressionne.

Chaque rétine, en vertu de l'extériorité et de la direction, rapportera son image au dehors, et suivant la ligne qui passe par le centre du cristallin; mais, comme ces lignes ne sont point limitées à l'objet qui est le plus près, elles s'y croiseront et poursuivront leur route jusqu'au rideau physiologique : voilà pourquoi l'image droite est vue par l'œil gauche et réciproquement.

Enfin, supposons que l'objet soit au delà du rideau physiologique; en tirant, comme tout à l'heure, des lignes qui de ce corps éloigné passeront par le centre du cristallin, on voit qu'elles tombent sur la rétine en dedans du point impressionné par l'objet vu simple; mais comme ces lignes, avant leur entre-croisement sur l'objet le plus éloigné, sont arrêtées par le rideau physiologique, l'image gauche répondra à l'œil gauche et l'image droite à l'œil droit.

Telle est la théorie au moyen de laquelle M. Serres explique et la simple et la double vue, et l'entre-croisement et le non-entre-croisement des images. Tout est subordonné, comme on le voit, à ce qu'il appelle le rideau physiologique, à la surface duquel l'objet est placé si son image est simple, en deçà et au delà duquel il est au contraire situé, lorsque l'image est double; celle-ci entre-croisée dans le premier cas, directe dans le second.

Cette théorie est très-ingénieuse et lève assurément bien des doutes dans l'explication des phénomènes optiques binoculaires; mais elle ne fait, pour nous, que reculer certaines difficultés. En effet, nous demanderons comment ce rideau physiologique, qui au fond n'a rien de matériel, peut limiter la marche des rayons avant ou après leur entre-croisement; M. Serres admet, il est vrai, que « l'existence de ce rideau se relie à une *cause vitale* dont les effets, jusqu'à de nouvelles recherches, ne sauraient être confondus avec ceux de l'écran matériel. » Mais alors nous rentrons évidemment dans les obscurs secrets de la vie, et le rideau n'est plus qu'une brillante hypothèse.

Disons toutefois que cette hypothèse est un progrès, qu'elle explique bien mieux que toute autre les phénomènes des images simples et doubles, et qu'à ce titre elle mérite une étude spéciale plus approfondie. C'est là ce que M. Serres nous promet, et c'est ce que nous lui

---

tion ne rend fidèlement que l'idée; ces distiques, ces quatrains offrent souvent une concision telle qu'il est difficile de donner en français leur équivalent, il faut se contenter de saisir la pensée de Martial, de voir le but qu'il se propose; entre les vers de M. Dubos père et la prose de la grande édition de Panckoucke (Paris, 1835), il y a des différences considérables; les meilleurs traducteurs ne saisissent pas l'*acutum* de la même manière; aussi ai-je pris la liberté de choisir entre eux et de donner mon sentiment.

P. MENIÈRE.

(La suite au prochain numéro.)

— Le FEUILLETON sur l'*usage de la viande de cheval*, inséré dans le dernier numéro de la GAZETTE MÉDICALE est emprunté à un ouvrage complet sur la matière, actuellement sous presse. L'auteur a bien voulu détacher cet article de l'ensemble dont il fait partie pour en donner la primeur aux lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE. Il est inutile de le faire remarquer : les points qui ne sont qu'indiqués ou effleurés dans cet article sont traités dans l'ouvrage avec les développements et le soin qu'exigeait l'importance du sujet.

— Dans leur dernière réunion, les commissaires du banquet, en attendant l'institution de la commission qui a été annoncée pour préparer les voies et moyens d'une souscription en faveur des veuves et des orphelins de nos confrères de l'armée et de la flotte, ont décidé qu'une souscription serait ouverte immédiatement parmi eux.

Ont souscrit les membres présents :

MM. Paul Dubois, 200 fr.; Maheux, 20 fr.; Jamain, 20 fr.; Cerise, 20 fr.; Bouillaud, 100 fr.; Alex. Mayer, 20 fr.; Dechambre, 20 fr.; Chassaignac, 20 fr.; Latour (Amédée), 20 fr.; Ricord, 100 fr.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

Je lis dans l'analyse d'un article de la PRESSE MÉDICALE BELGE insérée dans le dernier numéro de la GAZETTE MÉDICALE, p. 513, que je n'admets pas de contracture possible au niveau de la région membraneuse de l'urètre. Je tiens d'autant plus à rectifier cette opinion, que personne peut-être n'a insisté plus que moi sur cette contracture, et, que c'est précisément dans la GAZETTE MÉDICALE de 1845 que j'ai publié mes premiers travaux sur ce sujet. Il est même à remarquer que, de même que l'auteur, c'est le muscle de Wilson que je regarde comme le siége de cette contracture et que je lui assigne à peu près les mêmes signes diagnostiques. Seulement je fais voir que ces muscles s'attachant en avant à la face postérieure des pubis, leur contracture a moins pour effet de rétrécir véritablement le canal que de presser sa paroi postérieure contre l'antérieure, de l'entraîner vers la symphyse et d'augmenter ainsi considérablement sa courbure, idée dont j'ai tiré des conséquences fort importantes pour le cathétérisme et pour le traitement, et que j'ai développée plus largement encore dans le dernier ouvrage que je viens de publier sous ce titre : *Recherches sur le traitement des maladies des organes urinaires*, etc.

Agréez etc. AUG. MERCIER.

verrons exécuter avec cet esprit de suite et cette perspicacité dont il a donné tant de preuves dans ses beaux travaux sur les phosphènes, ainsi que dans ce mémoire, qui n'en est qu'une nouvelle et heureuse application.

(La fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 11 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE.

M. BEAU communique un travail intitulé : DU SIÉGE ET DE LA NATURE DE LA COQUELUCHE. (Nous publierons ce travail dans notre prochain numéro.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 19 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

1° Un rapport de M. le docteur MASSON, de Mirecourt, relativement à différentes formes d'épidémie qui ont régné sur les enfants de cette commune.

2° Un rapport de M. le docteur HEULARD, d'Arcy, sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans la commune de Pougues. (Commission des épidémies.)

3° Un rapport de M. le docteur MEJAULAC, sur le service médical des eaux minérales de Sainte-Marie (Puy-de-Dôme), pendant l'année 1854. (Commission des eaux minérales.)

4° Les états des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements de la Lozère, du Finistère, de la Meurthe et du Puy-de-Dôme. (Commission de vaccine.)

— La correspondance non officielle comprend :

Une lettre de M. LEFORT, qui prie l'Académie de le comprendre au nombre des candidats à la place vacante dans la section de pharmacie.

Une lettre de M. le docteur LUNIER, médecin de l'asile des aliénés du département de Loir-et-Cher, qui sollicite le titre de membre correspondant et envoie ses titres à l'appui de sa demande.

Un travail de MM. SOCQUET, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et BONJEAN, pharmacien à Chambéry, intitulé : Mémoire pratique sur l'emploi du silicate et du benzoate de soude unis aux préparations de colchique et d'aconit dans le traitement de la gravelle, du rhumatisme chronique et goutteux, du catarrhe vésical, de la sciatique et de plusieurs névralgies. (Commission, MM. Ségalas et Guibourt.)

Un mémoire sur l'assimilation de l'ivresse à la folie, et sur l'ivrognerie considérée comme une forme de folie-suicide, par M. le docteur JOIRE, médecin de l'asile d'aliénés de Lommelet. (Comm. MM. Falret, Guérard.)

— M. SCOUTETTEN sollicite le titre d'associé national. (Renvoi aux commissions nommées.)

— M. Jules ROCHARD, de Brest, adresse à l'Académie un mémoire sur l'opération de l'anus artificiel par la méthode de Littre dans les cas d'imperforation de l'anus. L'auteur rapporte l'histoire de plusieurs opérés qui ont survécu pendant de longues années, et notamment d'un homme âgé de plus de 40 ans, et jouissant d'une parfaite santé. (M. Robert, rapporteur.)

— M. MIALHE, en réponse à la lettre de M. Poggiale, déclare maintenir l'exactitude de ce qu'il a dit dans son mémoire relativement à la nécessité des alcalins pour la combustion du sucre dans l'économie ; il rappelle le témoignage de plusieurs physiologistes, et fait ressortir la contradiction dans laquelle est tombé M. Bernard, en affirmant, d'une part, que le glucose injecté dans les veines ne s'élimine pas par les urines, à moins que l'on n'ait dépassé une certaine dose, et rapportant, d'une autre part, une expérience dans laquelle un demi-gramme de glucose apparaît dans les urines, que l'on y associe ou non une solution alcaline. M. Mialhe invoque à l'appui de ces assertions l'autorité de M. Cl. Bernard lui-même, celle de MM. Bouchardat et Sandras, et de M. Lehmann. (Renvoi à la section de pharmacie.)

ANUS ARTIFICIEL.

A l'occasion du procès-verbal, M. LARREY communique une lettre adressée par M. le docteur WILLAUME, de Nancy, pour servir de document dans la discussion sur l'établissement d'un anus artificiel.

En janvier 1825, M. Willaume fut appelé auprès d'un enfant âgé de 13 jours et sur le point de succomber par suite d'un vice de conformation de l'anus, qui avait occasionné la rétention des matières alvines. On n'observait au périnée qu'une petite rainure borgne, quelques matières s'échappaient par l'urètre. M. Willaume fit au périnée une ponction avec le histouri, il agrandit l'ouverture vers le coccyx ; avec le doigt, porté au fond de la plaie, il parvint à sentir l'extrémité du rectum distendu ; une incision faite sur l'intestin livra issue à une grande quantité de matières ; il parvint, quoique avec peine, à maintenir l'orifice en y plaçant des corps dilatants. Le sujet fut perdu de vue. Mais M. Willaume eut l'occasion de le revoir âgé de 31 ans ; il apprit qu'il y avait eu plusieurs abcès dans les bourses (l'un de ces abcès avait été déterminé par un noyau de prone, avalé quatre mois auparavant). Depuis l'âge de 28 ans, l'opéré n'avait employé aucun moyen pour maintenir béant l'anus artificiel, cependant les fèces sont excrétées sans difficultés, et retenues même quand leur consistance est faible. Le jeune homme est bien portant, gai, aimable.

M. DEPAUL, tout en reconnaissant l'intérêt que présente ce fait, ne le considère pas cependant comme étant du même ordre que ceux qui ont fait le sujet de la discussion sur l'établissement d'un anus artificiel, et dans lesquels la question porte sur le choix à faire entre la méthode de Littre et de Callisen.

LIGATURE DE L'ŒSOPHAGE.

M. Bouley prend la parole à l'occasion du procès-verbal.

M. BOULEY : J'ai beaucoup regretté d'avoir été absent au moment où, dans la dernière séance, M. Jobert a parlé de la ligature de l'œsophage ; je le regrette moins aujourd'hui, car j'ai pu rassembler quelques documents propres, selon moi, à prouver d'une manière irréfutable la thèse que je soutiens. J'arrive ici avec une conviction profonde, éprouvée, comme le recommande Haller, *ex constante repetitorum periculorum eventu*. Cette conviction, j'espère la faire partager à ceux qui n'ont sur la ligature de l'œsophage aucune opinion arrêtée ; bien plus, j'y compte ramener même mes adversaires. Si j'insiste, messieurs, c'est par un sentiment de déférence envers l'Académie, car c'est lui rendre hommage que de lui montrer qu'avant de discuter cette question, je me suis muni de toutes les preuves qui peuvent porter la conviction dans les esprits.

Permettez-moi de commencer par une profession de foi. J'ai une grande vénération pour la mémoire d'Orfila, une admiration sincère pour ses travaux. Mais Orfila était homme, partant faillible. Nous ne sommes pas venus ici, MM. Reynal et moi, avec l'idée de démolir son œuvre ; c'est l'observation qui nous a conduits à y découvrir une erreur. Cette erreur, je vais essayer de vous la démontrer encore.

Ramenant la question sur son véritable terrain, la physiologie, d'où l'on a eu le tort de la déplacer pour en faire une question de chirurgie, je veux prouver les deux propositions suivantes :

1° La ligature de l'œsophage chez les chiens est une cause prédisposante et quelquefois une cause immédiatement déterminante d'efforts de vomissements.

2° Ces effets de la ligature sont d'autant plus prompts, d'autant plus énergiques, que l'estomac contient quelque chose ; ces effets sont d'autant plus prompts, d'autant plus énergiques, d'autant plus prolongés, que ce quelque chose a des propriétés émétiques ; enfin les efforts de vomissements sont susceptibles d'entraîner la mort dans un grand nombre de cas.

Je dis, en premier lieu, que la ligature de l'œsophage est une cause prédisposante et quelquefois immédiatement déterminante d'efforts de vomissements chez le chien. Je pourrais citer à l'appui de cette proposition les expériences rapportées dans ma première communication à l'Académie. Mais ces faits ayant été, je ne sais trop pourquoi, entachés de suspicion, je ne m'en servirai pas. C'est, dit-on, notre procédé opératoire qui tue les chiens. Je l'admets ; soit. Mais examinons les expériences de M. Jobert lui-même ; elles vont nous apprendre que le premier chien « a fait quelques efforts en ouvrant la bouche, comme dans le dernier temps du vomissement ; » que le second « fait des efforts comme pour vomir, et bientôt il rend une grande quantité d'un liquide blanc, mousseux et filant,.... ; » pour le sujet de la troisième expérience, que, « peu d'instants se sont écoulés sans qu'il ait fait des efforts de vomissements ; il a ouvert la bouche et expulsé un liquide abondant, blanc, séreux et filant ; » pour le quatrième chien, que, « au bout d'une heure, il a manifesté quelques efforts de vomissements, et, en effet, il est sorti de la bouche, largement ouverte, une grande quantité de liquide blanc, filant et spumeux. » Vous le voyez, nous n'avons pas été des observateurs inexacts ; la ligature de l'œsophage a positivement pour effet de provoquer des efforts de vomissements.

Que dirai-je des jouissances ineffables dont on vous a dépeint toutes les manifestations chez les chiens opérés, chiens qui jappent, qui remuent la queue en signe de joie, qui viennent caresser l'opérateur comme pour lui dire : Merci ? A ce tableau charmant, trop charmant, il manque quelques couleurs sombres pour être vrai. L'auteur qui vous l'a présenté dans la dernière séance, vous a raconté ses expériences en détail. Or j'ai assisté à deux d'entre elles. L'un des chiens a été en proie à des efforts continuels pour vomir, et il a succombé, vingt-quatre heures après l'opération, à une rupture de l'œsophage. Remarquez ceci : pour me prouver que je me trompe et que la ligature est chose inoffensive, on expérimente devant moi, vous devinez avec quel soin, quelles précautions ; on lie l'œsophage, rien que l'œsophage, et immédiatement des efforts de vomissements se manifestent, et, au bout de quelques heures, l'animal était près de mourir, je surprends l'expérimentateur *en flagrant délit d'hydrothérapie*, prodiguant à son malade des affusions froides, des lavements froids ! Le chien n'en est pas moins mort, un peu plus tard seulement que cela n'aurait eu lieu probablement sans les soins empressés dont il a été l'objet. Et alors l'auteur de la communication à l'Académie vient dire : A l'autopsie, il s'est trouvé que l'un des récurrents avait été lié ! Le fait est-il bien exact ? Je ne le crois pas. Et puis j'admire la complaisance des nerfs.

Nous savons tous quelles sont les fonctions du nerf récurrent, et que sa ligature rend les chiens aphones; mais voilà que l'auteur d'un ouvrage de physiologie, justement estimé, vient changer tout cela pour les besoins d'une cause que l'on ne conçoit pas; et nous apprendre que la même ligature est capable d'occasionner la mort!

Ainsi, M. Jobert et l'auteur de la communication faite dans la dernière séance sont tous deux nos auxiliaires, l'un par ses faits publiés, l'autre par ses faits inédits. Ce n'est pas à dire que tous les chiens soient gravement incommodés par la ligature de l'œsophage, il en est qui la supportent très-bien. Toutefois, je ferai observer que lorsqu'un chien agite la queue, ce n'est pas précisément un signe du bien-être qu'il éprouve; ce peut être, de la part de cet animal si aimant et si bon, moins une manifestation de reconnaissance envers celui qui l'a fait souffrir, qu'une prière de ne pas le tourmenter davantage. Je ferai encore observer qu'il ne faut pas rester auprès d'un chien, qu'il ne faut pas le solliciter à chaque instant, si l'on veut constater qu'il est dans un état d'abattement. Maintenant, je conviens qu'il y a des sujets plus ou moins susceptibles, impressionnables à des degrés très-divers, et que tel chien est complétement réfractaire aux effets de la ligature.

Je considère comme parfaitement établi ce premier point : la ligature dont il s'agit donne lieu à des efforts de vomissement. On objecte que ce sont simplement les mucosités qui s'accumulent dans l'œsophage, et que l'animal expulse de temps en temps. Non, quand la paroi du ventre se déprime au point de toucher parfois les lombes, quand en même temps les côtes se dilatent, on ne saurait se méprendre sur la signification du phénomène. (Qui ne sait, d'ailleurs, qu'au moment de vomir, alors que l'estomac est sollicité, la bouche se remplit de liquide par suite d'une hypersécrétion des glandes salivaires?)

Et cela, vous ne le comptez pour rien? Vous croyez qu'il est indifférent qu'un animal éprouve le besoin de vomir et ne puisse vomir? J'en appelle aux médecins, j'en appelle surtout aux malades; s'il est un tourment atroce, s'il est une sensation affreusement pénible, c'est bien celle d'une nausée qui se prolonge sans que le vomissement y mette un terme; je sais, par ma propre expérience, à quoi m'en tenir là-dessus. Quant à la gravité d'un vomissement incessant, incoercible, les médecins la connaissent trop bien pour que j'y insiste.

Arrivons à la deuxième proposition. Les efforts de vomissements, ai-je dit, sont d'autant plus prompts, d'autant plus énergiques, que l'estomac contient quelque chose; ils sont d'autant plus prolongés, que ce quelque chose est doué de propriétés émétiques; ils peuvent entraîner la mort.

Voici les faits que j'apporte à l'appui de cette proposition. Je les diviserai en deux séries.

Première série d'expériences : Ligature de l'œsophage après injection d'eau tiède.

Exp. I. — 2 août, sept heures du matin. Chien caniche de 2 ans. Ligature de l'œsophage après ingestion de 2 décilitres d'eau tiède. Efforts de vomissement pendant quatre heures. Ils diminuent dans la soirée. Abattement pendant toute la journée du 3 août. Rejet de mucosités spumeuses de temps à autre. Mort dans la nuit du 3 au 4, quarante heures après l'expérience.

Autopsie : La ligature n'embrasse que l'œsophage. Intestin grêle rempli de bile. Foie congestionné. Muqueuse de l'estomac congestionnée par places.

Exp. II. — Griffon de 2 ans. Même opération le 2 août. Mêmes symptômes. Mort au bout de vingt-quatre heures.

Exp. III. — Chien de race commune, de 2 ans. Mêmes symptômes. Mort le 4 août à trois heures, trente-deux heures après l'opération. Même état morbide de l'intestin.

Exp. IV. — Chien très-vigoureux de 18 mois. Même opération le 4 août. Immédiatement efforts considérables de vomissements qui continuent jusqu'au moment de la mort survenue le 5 à quatre heures du soir (trente-deux heures après l'opération).

A l'autopsie, on constate que la bile accumulée dans l'estomac, a reflué dans l'œsophage jusqu'au point où la ligature a été appliquée.

Résumé : Quatre chiens auxquels on a fait prendre 2 décilitres d'eau chaude avant la ligature, quatre morts.

Ces phénomènes ne se produisent pas sur tous les animaux. En voici un qui a été réfractaire au vomissement et qui a guéri.

Exp. V. — Chien de grande taille. Ingestion de 1 litre d'eau tiède. Ligature. Pas de vomissement. Voulant apprécier les effets du vomissement sur cet animal insensible aux effets de la ligature, nous avons injecté un grain d'émétique dans la veine jugulaire. Aucun phénomène appréciable. Au bout de trois jours, ce chien est parvenu à dégluti les liquides, bien que la ligature fût restée en demeure, et il est aujourd'hui parfaitement portant.

Ce fait vient à l'appui de ce qu'a avancé M. Jobert sur le mode possible de cicatrisation de l'œsophage.

A côté de ce fait, qui prouve quelle énorme influence exercent les efforts de vomissement sur l'organisme, je dois placer celui-ci.

Exp. VI. — Chien de 15 mois. Ingestion de 2 décilitres d'eau tiède le 8 août, et ligature de l'œsophage. Efforts extrêmes de vomissement. La ligature est enlevée le 9. Le chien refuse de boire et de manger, et meurt dans la nuit du 10 au 11 août.

Ainsi, sur un chien qui ne vomit pas, pas d'accidents après la ligature. Sur un chien qui a fait des efforts pour vomir, mort malgré l'enlèvement de la ligature.

Deuxième série d'expériences : Ingestion d'émétique : ligature de l'œsophage.

Exp. I. — Chien blanc de 18 mois. Ingestion de 10 centigr. d'émétique. Ligature de l'œsophage avec un fil ciré. Vomissements excessifs au bout de trois quarts d'heure. Mort dix-huit heures après l'opération.

Exp. II. — Même opération le 8 août, à quatre heures du soir, un chien de petite taille. Mort à neuf heures du matin, le lendemain.

Exp. III. — Même opération, même résultat au bout de dix-huit heures.

J'aborde ma deuxième série de preuves. Aux résultats que j'ai annoncés, on objecte que notre procédé opératoire, à M. Reynal et à moi, est cause de la mort. Examinons la valeur de cet argument. Oh! ici je suis dans une redonte inexpugnable. Ce n'est pas moi qui vais prouver qu'Orfila s'est trompé, c'est Orfila lui-même!

Voulez-vous savoir à quelle dose le nitrate de potasse est toxique? à la dose de 4 grammes. Ne vous en étonnez pas : rien de plus exact, si l'on en juge d'après les expériences où l'œsophage a été lié. Je les ai répétées, et en effet avec 4 grammes de sel de nitre, j'ai fait mourir deux chiens dans l'espace de quinze heures. Mais j'ai fait aussi la contre-épreuve : cette même dose de 4 grammes je l'ai administrée à deux chiens qui l'ont absorbée sans la vomir; ils ont été indisposés, ont eu du tremblement, de la diurèse, mais le lendemain ils étaient complétement rétablis. Ce n'est pas tout; voici une démonstration encore plus convaincante. Quatre jours après, nous avons repris l'un de ces chiens qui avait supporté sans aucun dommage et sans vomir l'administration de 4 grammes de sel de nitre. Nous lui avons administré une deuxième fois 4 grammes de sel de nitre, mais cette fois, en liant l'œsophage, et il est mort au bout de quinze heures.

Est-ce assez clair cela?

Poursuivons : la sulfate de zinc est un émétique puissant pour les chiens dont on n'a pas lié l'œsophage, il est toxique à la dose de 30 grammes; or 2 grammes de ce sel ont suffi pour donner la mort à deux chiens, à l'un en vingt heures, à l'autre en dix-huit heures : la ligature de l'œsophage leur avait été pratiquée et avait provoqué des efforts excessifs. Pour rechercher si le sulfate de zinc est vénéneux par lui-même à la dose de 2 grammes, voici les deux expériences qui ont été faites : à deux chiens, administration de 2 grammes de sulfate de zinc. Ligature de l'œsophage pendant deux heures et demie, et déligature au bout de ce temps. Cessation immédiate des efforts de vomissement. Grand abattement des sujets pendant toute la journée. On leur donne de l'eau à trois heures, elle est dégluti. Le lendemain, mieux-être. Aujourd'hui, ces chiens sont parfaitement portants; il y a quatre heures que l'expérience a été faite.

Est-ce clair? Le chien meurt quand on lui donne une dose de substance supposée toxique, en maintenant l'œsophage lié; et il ne meurt pas si on délie à temps.

On ne dira donc pas que c'est mon procédé opératoire qui est mortel aux chiens, car s'il l'était, on ne comprendrait pas qu'il ait laissé survivre ces animaux à qui la ligature a été appliquée puis enlevée au bout d'un certain temps. Il est évident qu'il aurait dû leur être aussi pernicieux qu'aux autres.

Encore une preuve tirée de l'ouvrage d'Orfila... Je suis fâché de ne pas voir M. Trousseau, j'aurais fait pâlir son front de remords et d'horreur. Car M. Trousseau donne le sous-nitrate de bismuth à la dose de 30 grammes; M. Monneret en prescrit, me dit-on, jusqu'à 80 grammes! Et quelle est la dose toxique, d'après Orfila? 3 grammes, messieurs! Oui, le sous-nitrate de bismuth, cette substance inerte, insoluble, insipide, donne la mort en dix-huit à vingt heures aux chiens... dont on a bien entendu, lié l'œsophage. J'ai fait l'expérience et la contre-épreuve.

Cinquième série : Nous avons administré à trois chiens 3 grammes de sous-nitrate de bismuth et l'œsophage a été lié. Efforts excessifs de vomissement après la ligature. Mort en dix-huit à vingt heures.

Cette même substance, qui paraît tuer à cette dose quand on lie l'œsophage, laisse les chiens parfaitement indifférents lorsqu'on la leur administre par la bouche, et qu'ils ne la vomissent pas. Cette contre-épreuve a été faite sur deux chiens; et l'un de ces animaux, qui avait supporté parfaitement la dose de 3 grammes de sous-nitrate de bismuth, est mort ensuite sous l'influence de la même dose, quand on lui eut lié l'œsophage.

Est-ce clair cela?

Voici cependant une dernière preuve de l'influence de la ligature.

Sixième série : M. Goubaux a cru démontrer, par des expériences faites avec beaucoup de soin et en voie de publication dans les *Archives*, que le sel constituait un poison pour le chien à la dose de 40, 50 ou 60 grammes; et M. Goubaux a raison aussi si l'on veut ne pas tenir compte de la ligature de l'œsophage.

Mais voici deux expériences qui prouvent que cette ligature joue un rôle important.

Nous avons pris deux chiens de grande taille et à chacun 50 grammes de sel en solution concentrée ont été administrés; puis ligature de l'œsophage.

Sur l'un de ces chiens, les efforts de vomissement ont été immédiats et très-accusés au bout de deux heures et demie. Enlèvement de la ligature. *Cessation immédiate des efforts de vomissement.* Aucune réjection de l'estomac. Grand accablement du sujet. On lui donne de l'eau pure qui est dégluti, et un peu de vin de quinquina sucré. Le lendemain, mieux-être; le surlendemain, appétit revenu. Aujourd'hui l'animal se porte bien.

Le deuxième chien était réfractaire au vomissement. La ligature était en-

levée aussi au bout de deux heures et demie. L'animal est un peu abattu, mais moins que le premier sujet. Il boit avec avidité l'eau pure qu'on lui offre. Le lendemain, c'est à peine s'il présente quelques signes morbides. Il boit et mange. Aujourd'hui, santé parfaite.

Cette démonstration me paraît irréfutable. Le nitrate de potasse, le bismuth, le sel, le sulfate de zinc, paraissent évidemment toxiques si l'œsophage est maintenu lié ; ne le liez pas ou déliez-le à temps et les effets toxiques s'évanouissent. Que répondre à cela?

Peut-on, après de telles preuves, invoquer encore l'influence de notre procédé opératoire? C'a été le principal argument que M. Jobert ait opposé à nos résultats. Pour les infirmer, il a fait lui-même des expériences dont vous avez entendu dans la dernière séance l'intéressant récit. Mais les faits de M. Jobert sont, en somme, semblables à beaucoup d'autres. Lui aussi a été témoin de ce tourment du système abdominal sur lequel j'ai insisté en commençant et qui est le résultat direct de la ligature de l'œsophage, car, avec cette ligature, le chien est forcé de vomir, et il en est empêché. Après vous avoir dépeint les efforts auxquels les animaux se livrent, M. Jobert a fait une dissertation sur la cause de nos dissidences. C'est le manuel opératoire qu'il en accuse exclusivement; il a fait ressortir la différence qu'il y a quant au résultat définitif entre une grande incision et une petite, etc. Mais, c'est là la condamnation la plus formelle de l'opération! Car si vous faites tout dépendre de la dextérité de celui qui lie l'œsophage, à peine trouverez-vous dans la série des siècles deux hommes également aptes à exécuter cette ligature, et jamais vous ne pourrez affirmer que dans un cas donné les accidents soumis à votre appréciation sont le fait du poison ou le fait de l'opérateur. En conscience, je crois que M. Jobert a fait au procédé opératoire beaucoup plus d'honneur qu'il n'en mérite.

M. Orfila neveu, guidé par un sentiment fort louable assurément, est venu à cette tribune réclamer contre nos assertions; lui aussi pour se rendre compte des résultats contradictoires, a invoqué la différence des procédés opératoires : c'est une énigme dont il cherche le secret. Notre secret? mais c'est de faire comme tout le monde. Nous incisons les parties molles du cou, puis nous les décollons jusqu'à la rencontre de l'œsophage, organe mou, contractile, qui échappe facilement; tous les chiens ne sont pas dociles: s'il en est qui viennent d'eux-mêmes tendre au fer de Calchas une tête innocente, d'autres se livrent à des contorsions, à des mouvements désordonnés, poussent des cris, et il peut arriver que le doigt, en cherchant l'œsophage, touche les trois paires de nerfs qui longent ce conduit. Ce n'est pas de ce fait de hasard que dépend l'issue de l'opération; elle est subordonnée à une autre condition bien plus insaisissable et cependant capitale, la susceptibilité individuelle des animaux. Il est des chiens réfractaires qui ne vomissent pas. Il y a exagération à parler de faits observés sur quatre ou cinq chiens de cette espèce et à en tirer des conclusions générales auxquelles on attribue une grande portée.

Le hasard a voulu que, dans nos expériences, nous ayons rencontré des chiens extrêmement impressionnables. J'ai vu, vu de mes yeux, mourir en trois heures un chien auquel je n'avais lié exclusivement que l'œsophage seul. Et M. Colin, qui s'est donné la mission de contrôler nos expériences, aurait vu de même mourir très-rapidement l'un de ses chiens s'il l'avait abandonné à son sort au lien de le soumettre au traitement que j'ai dit. Ceci est d'une importance capitale, messieurs. On entreprend de nous désabuser, de mettre à néant nos prétentions, on veut nous prouver que nous nous y sommes mal pris et nous montrer la bonne façon d'opérer, et quand l'opération a pour résultat la mort de l'animal, on vient dire que le nerf récurrent a été lié! Quoi, vous aussi vous liez donc les récurrents avec l'œsophage! Si le récurrent a été lié réellement, je l'ignore, n'ayant pas assisté à l'autopsie; mais ce que je sais, c'est que la ligature de ces nerfs a pour résultat de rendre l'animal aphone et d'épargner à l'expérimentateur ses cris d'angoisse, sans influencer jamais le système abdominal.

J'ai voulu voir quels serait l'effet de la ligature du pneumogastrique et du trisplanchnique. Eh bien, je les ai maintenus liés avec l'œsophage pendant quelques heures, puis j'ai enlevé la ligature, et — c'est à peine si j'ose le dire, mais, si extraordinaire que cela puisse paraître, cela est pourtant — après avoir éprouvé de l'essoufflement, quelques vomissements, le sujet se porte aujourd'hui admirablement. J'ai renouvelé l'expérience sur un autre chien, il a succombé avec les symptômes qui suivent d'ordinaire la ligature de l'œsophage, et à l'autopsie, j'ai trouvé une pleurésie avec fausses membranes occasionnée, comme dans l'un des faits de M. Jobert, par la pénétration dans la plèvre du pus qui avait fusé le long des nerfs. Je me garderai bien de dire que la ligature de ces nerfs ne doive être évitée, mais, enfin, je suis autorisé à croire que l'on en a singulièrement exagéré l'importance dans cette question.

On nous objecte encore que nous avons sans doute tiraillé l'œsophage; sans ce tiraillement, nous n'aurions pas déterminé d'accidents... Erreur : tel chien opéré avec une élégance parfaite succombe, tel autre dont l'œsophage n'est lié qu'après de laborieuses recherches guérit parfaitement.

Cette longue discussion sur la ligature de l'œsophage m'a remis en mémoire un grand principe du grand-maître de la physiologie expérimentale, de Haller, que je demande la permission de reproduire ici, en manière de conclusion, parce que cette citation me paraît pleine d'à-propos, et qu'on ne saurait trop la graver dans les esprits :

Est in omnibus experimentis lex, cujus neglectæ pœnas maximi aliquando viri luerunt. Nullum unquam experimentum, administratio nulla semel debet institui, neque verum innotescit, nisi ex constante repetitorum periculorum eventu. Plurima sunt aliena quæ se in experimenta immiscent; discedunt ea in repetendo, ideo quia aliena sunt, et pura super sunt quæ ideo perpetuo similiter eveniunt, quod ex ipsa rei natura fluant.

Si Orfila, *maximus vir* en toxicologie, s'est trompé dans celles de ses expériences que je viens de rappeler, c'est qu'il n'a pas attribué dans ses expériences une importance suffisante à cet élément étranger : *la ligature de l'œsophage.*

Je conclus en disant : qu'il faut maintenant l'isoler, lui attribuer son vrai rôle dans les expériences *passées*, et le réduire le plus possible à l'avenir, en ne maintenant l'œsophage serré que deux ou trois heures, et je crois qu'au lieu d'un lien on fera bien de ne se servir que d'une pince à coulants et à larges mors, faite exprès pour cette opération, facile à mettre en place et facile à ôter.

Et quand on aura pris toutes ces précautions, il faudra tenir compte de ce fait important, *quod ex ipsa rei natura fluit*, à savoir *les efforts de vomissement* dont la constriction de l'œsophage est, dans un si grand nombre de cas, la cause déterminante.

M. Jobert propose à l'Académie de convoquer la commission nommée pour vérifier les résultats de M. Bouley. Des expériences qui pourraient être faites dans un local voisin de la salle des séances mettraient promptement fin à cette discussion. Je viens de faire, ajoute M. Jobert, six expériences : trois chiens ont survécu, trois sont morts, et de ces trois derniers, un a succombé à des abcès, un à la rupture de l'œsophage, un autre à des accidents asphyxiques.

Une différence dans le procédé opératoire peut seule expliquer des résultats aussi dissemblables. M. Bouley se sert d'un gros lien de tablier.

M. Bouley : Non.

M. Jobert : Toujours est-il qu'aucun de mes opérés n'a eu d'accidents nerveux. Comment le hasard me favoriserait-il à ce point et avec une si étonnante persistance? Je ne dis pas que la ligature de l'œsophage ne soit une opération sérieuse, je ne vais pas jusqu'à dire, comme le prétend M. Bouley, que les chiens n'en souffrent pas et qu'ils aboient; mais je maintiens que les accidents sont connectifs et en rapport avec l'étendue des lésions locales. — Quant à la ligature des gros nerfs, je m'étonne que M. Bouley en parle comme d'une chose insignifiante.

M. Jobert fait passer sous les yeux de ses collègues plusieurs pièces anatomiques sur lesquelles on voit le fil constricteur tantôt parvenu à la cavité de l'œsophage, tantôt encore engagé dans l'épaisseur de ses parois.

Il termine en critiquant la confusion que M. Bouley tendrait à faire d'une question de physiologie avec une question de toxicologie.

M. Bouley : Mais là est tout l'intérêt de la discussion!

M. Velpeau a la parole pour une motion d'ordre :

Une commission a été nommée, dit-il, pour examiner les faits de M. Bouley et de M. Jobert. Je propose de renvoyer toute discussion sur ces faits et toutes les communications qui s'y rattachent à l'époque où la commission aura fait son travail à l'Académie.

M. Malgaigne insiste pour avoir de M. Bouley un renseignement d'une importance extrême: M. Bouley s'est-il servi d'un lien volumineux ou d'un simple fil? La ligature a-t-elle été coupée près du nœud?

M. le Président s'oppose à la continuation de la discussion et met aux voix la proposition de M. Velpeau.

Une première épreuve est déclarée douteuse.

M. Velpeau développe les raisons qui le déterminent à présenter à l'Académie la proposition de clore pour le moment toute discussion. Il ne serait pas convenable que les séances se trouvassent absorbées par des communications et des réflexions toujours relatives au même sujet; c'est à la commission de les entendre et de les juger.

M. Bouley : Dans le cas actuel, la commission n'a pas été nommée pour juger le travail d'une personne étrangère à l'Académie; c'est une commission de collaborateurs.

M. le Président met aux voix pour la seconde fois la proposition de M. Velpeau. L'Académie adopte.

LAIT ARTIFICIEL.

M. Piorry donne lecture d'une note sur un lait artificiel ou lait-bouillon, composé par MM. Choumara et Gaudin. Ce liquide possède la couleur, la consistance et une grande partie des propriétés physiques du lait. Il a, comme lui, une saveur aromatique et agréable. Il est fabriqué avec 3 kilogrammes d'os concassés, 1 kilogramme de viande et 5 kilogrammes d'eau, que l'on chauffe à 140 degrés, dans une marmite de Papin.

M. Piorry ne doute pas que les qualités nutritives de ce liquide n'en fassent un aliment précieux, et qu'il ne puisse remplacer très-avantageusement le lait, grâce au prix modique auquel il pourra se débiter.

L'auteur de la note demande donc à l'Académie qu'une commission soit chargée de l'examen de ce lait artificiel.

M. Boullay s'élève contre la dénomination de *lait* donnée par M. Piorry à une émulsion qui ne renferme pas les sels, le sucre propres au lait, et dont les propriétés nutritives ne sont pas démontrées. M. Boullay aurait préféré que les inventeurs du produit dont il s'agit présentassent un travail à l'Académie et qu'une commission fût nommée pour en faire un rapport à l'Académie. La lecture de M. Piorry lui semble empiéter sur les fonctions de cette commission.

M. Velpeau présente quelques observations dans le même sens.

M. Piorry répond à M. Boullay, qu'en désignant le liquide dont il a fait la présentation à l'Académie sous le nom de *lait artificiel, liquide lactiforme*, il a cru suffisamment indiquer qu'il ne s'agit pas de lait naturel, véritable. Cependant ce n'est pas là une émulsion, car on y trouve au microscope, non les

amas amorphes de substance solide, mais de véritables globules, et d'ailleurs l'aspect, la saveur, sont identiquement ceux du lait véritable.

La forme que j'ai donnée à ma communication, ajoute M. Piorry, a été trouvée insolite. Mais c'est un droit que je me suis toujours cru de faire part à l'Académie de mes observations, de mes recherches. Ce n'est pas de l'invention de M. Gaudin que j'ai parlé, c'est du résultat de mes propres expérimentations, et j'étais persuadé, les jugeant dignes de son attention, que je faisais bien d'en saisir le corps savant auquel j'ai l'honneur d'appartenir.

M. Moreau : Pour justifier l'analogie du liquide qu'il nous a montré, avec le lait, M. Piorry a allégué la forme des globules ; mais il ne nous dit rien de leur composition chimique, des réactions qu'ils présentent.

M. Piorry : C'est précisément parce que la composition du liquide n'est pas bien connue que j'ai proposé à l'Académie d'inviter un chimiste à procéder à cet examen.

M. le Président propose le renvoi du rapport de M. Piorry au conseil d'administration. (Adopté.)

NOUVEL APPAREIL A SUSPENSION POUR LES FRACTURES ET LES BLESSURES GRAVES DU MEMBRE INFÉRIEUR.

M. H. Scoutetten, médecin en chef de l'hôpital militaire de Metz, présente un hamac ou appareil à suspension pour les fractures et les blessures du membre inférieur.

Cet appareil se compose d'un cerceau ordinaire et d'un morceau de linge;

Le cerceau doit avoir quatre demi-cercles en fil de fer et cinq traverses en bois : deux de ces traverses servent à fixer les demi-cercles en fer; la traverse supérieure maintient tes distances; les traverses latérales produisent aussi cet effet, mais elles servent encore à soutenir les cordons attachés à la pièce de linge.

La pièce de linge forme un parallélogramme, dont le grand côté a 60 centimètres ; le petit côté en a 40. Les bords des deux grands côtés sont repliés sur eux-mêmes pour former une coulisse dans laquelle doit glisser une baguette en bois, et mieux une tringle en fer, disposition adoptée pour donner à toute la surface du linge une parfaite égalité de tension.

Quatre cordons doubles sont fixés à la pièce de linge, en observant une distance égale à celle qui sépare les montants en fer.

Un chausson en toile, lacé sur le cou-de-pied, porte aussi trois cordons doubles : deux sont placés latéralement, le troisième est à la partie supérieure; ils servent à maintenir le pied dans une direction convenable.

Lorsque tout est préparé, que le membre est haussé, on glisse sous lui la pièce de linge, on la soulève et on l'attache, à l'aide des cordons, à la traverse moyenne du cerceau, en lui donnant l'obliquité qu'on juge convenable.

Cet appareil se prête facilement à plusieurs modifications. Lorsqu'on doit faire un pansement douloureux, exigeant de grandes précautions et la suppression presque complète des mouvements, on pratique une ouverture à la pièce de linge; on lui donne la dimension nécessaire pour que la plaie soit facilement mise à découvert; lorsque le pansement est terminé, on relève la pièce de linge détachée et qui forme une véritable porte, qu'on ferme en la retenant à la traverse en bois à l'aide de cordons attachés à son bord libre. Si la plaie est au talon, on se borne à abaisser la partie inférieure de l'appareil en déliant les cordons qui y correspondent et en retirant légèrement les tringles en haut.

Lorsque l'on juge nécessaire de continuer l'extension de la partie inférieure de la jambe, on ajoute une tringle en fer, ou un morceau de bois qui s'appuie sur les traverses longitudinales, auxquelles on le fixe à l'aide de liens.

L'usage de cet appareil a permis de lui reconnaître les avantages suivants :

Le membre, reposant sur un morceau de toile, s'y place facilement; l'élasticité du tissu se prête aux inégalités de la forme, et permet que toutes les parties soient également soutenues. Aussi, à la fin du traitement, les membres fracturés ne sont pas déformés, comme cela a lieu quand on se sert de tout autre appareil.

L'air, qui constamment circule en liberté sous l'appareil, empêche que le membre ne s'échauffe.

La douleur du talon ne se produit jamais, avantage immense, qui évite aux blessés des agitations, des nuits pénibles et souvent la fièvre.

Tout l'appareil étant mobile, il suffit de saisir le cerceau d'une main pour que le malade puisse être transporté d'un lit à un autre, ou assis sur un fauteuil, l'appareil étant soutenu par une chaise mise à côté.

Si on juge utile d'arroser constamment le membre blessé, l'irrigation se fait avec facilité et sans inconvénient pour le lit; on pose un bassin sous l'appareil ou on arrange un morceau de toile cirée, qui, se rattachant à l'un des côtés de l'appareil, forme un plan incliné qui rejette l'eau au dehors.

En somme, cet appareil, soumis à toutes les épreuves, a répondu à tous les besoins; il nous a permis de faire transporter de Constantinople en France des blessés qu'on aurait été forcé de laisser dans leur lit exposés aux dangers de l'infection.

L'un des exemples les plus intéressants que je puisse rappeler est celui d'un brave colonel d'artillerie, M. R..., qui reçut en Crimée une blessure faite par un boulet qui lui emporta le tiers inférieur du péroné gauche et une grande partie des autres tissus placés à la hauteur de cette région.

La pourriture d'hôpital se mit dans la plaie; les douleurs étaient excessives; la seule pensée d'un mouvement imprimé au membre donnait des agitations nerveuses; le blessé lui-même restait immobile sur son lit dans la crainte de remuer sa jambe.

Les nuits étaient sans sommeil, la fièvre s'activait, le danger était extrême. J'applique le hamac, les douleurs se calment, les pansements deviennent faciles, le sommeil reparaît, les forces se relèvent, et bientôt le blessé quitte Constantinople, emportant son appareil, qui lui permet de faire sans inconvénient une longue traversée, bientôt suivie d'une guérison complète.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ D'HYGIÈNE NAVALE, OU DE L'INFLUENCE DES CONDITIONS PHYSIQUES ET MORALES DANS LESQUELLES L'HOMME DE MER EST APPELÉ A VIVRE, ETC.; par le docteur Fonssagrives, médecin en chef de la marine, au port de Cherbourg. — Un vol. in-8° de 780 p. Chez J.-B. Baillière. — Paris, 1856.

S'il est une situation exceptionnelle et qui fasse ressortir le génie de l'homme en lutte avec les grandes puissances de la nature, c'est, sans contredit, celle du marin. C'est assez dire que, de toutes les spécialités, l'hygiène navale est une des mieux caractérisées; elle est aussi une des plus importantes, car sur elle reposent, avec la gloire militaire, la grandeur territoriale, la prospérité commerciale, le luxe et le bien être des États.

Cette hygiène a ses éléments particuliers, sa physionomie propre, son langage technique, lequel est lettre close pour les gens étrangers aux choses de la mer; elle repose entre deux termes antagonistes, les dures nécessités de la navigation d'une part, et de l'autre les impérieuses exigences de la santé. On ne saurait s'imaginer tout ce qu'il faut d'ingénieuse industrie et de persévérant courage pour surmonter tant d'obstacles et concilier tant d'incompatibilités.

Tandis que la médecine militaire se fait une si belle part dans le domaine de la presse, comment se fait-il que la médecine navale fasse si rarement parler d'elle? Cela tient sans doute à l'existence isolée et comme exilée que mènent les médecins navigateurs, ainsi qu'à l'absence de cette ambition fiévreuse qui travaille les praticiens mêlés au mouvement social. Mais plus sont rares les manifestations scientifiques de nos confrères de la marine, plus est large la part que nous leur devons au soleil de la publicité.

Les sciences naturelles marchent vite par le temps qui court; d'où résulte que l'hygiène générale qui vit à leurs dépens vieillit très-promptement. Or l'hygiène navale qui vit aussi sur ces sciences et, de plus, sur les progrès de tout ce qui constitue l'art nautique, passe plus vite encore à l'état suranné. C'est ce que M. Fonssagrives a fort bien senti lorsqu'il a voulu doter la navigation d'un livre dont on ne saurait contester l'à-propos, quand on songe que vingt-cinq ans le séparent du dernier traité complet sur la matière. Il suffit pour justifier l'œuvre nouvelle de rappeler l'essor tout nouveau que vient de prendre la navigation à vapeur, laquelle réalise une révolution profonde dans l'hygiène aussi bien que dans la tactique navale.

Ce qui, de prime abord, distingue cette œuvre, c'est que jusqu'à présent les auteurs de traités complets d'hygiène navale ont eu simplement en vue de produire des *manuels* où la science était réduite à sa plus simple expression et à ses données purement pratiques, tandis que M. Fonssagrives se plaçant à un point de vue moins vulgaire et plus élevé, a voulu faire un traité *scientifique* où les solutions usuelles fussent précédées et déduites de toutes les prémices, de sorte qu'il enseigne tout à la fois et la science et l'application. Les praticiens navigateurs s'en plaindront d'autant moins que la plupart conviendront, au moins *in petto*, que ce n'est pas la précaution inutile, et l'auteur n'en sera que plus grand dans leur estime.

Dans une courte préface, après quelques considérations qui justifient pleinement sa publication, l'auteur expose son plan, lequel est reproduit avec ses nombreuses subdivisions, dans une large TABLE DES MATIÈRES. Rien de plus facile que de critiquer un plan, et les analystes prétentieux y manquent rarement, il est vrai que l'auteur peut toujours répondre qu'il a fait *son* livre et non celui d'un autre. Peut-être est-ce pour éviter les apparences de plagiat que l'auteur a fait autrement que ses devanciers. Au demeurant, si la présente classification offre quelques inconvénients, comme d'obliger à des répétitions, de séparer violemment certains objets connexes, c'est ce qu'il est bien difficile d'éviter dans un plan quelque parfait qu'on le suppose, et l'auteur remédie autant que possible à ces défauts au moyen d'une bonne TABLE ALPHABÉTIQUE des matières placée à la fin du volume; usage familier aux anciens auteurs et que nous avons bien tort de négliger aujourd'hui.

Nous comptions sur quelques préliminaires historiques qu'on retrouve, il est vrai, disséminés dans quelques chapitres; peut-être encore cette lacune, si lacune il y a, est-elle née d'un sentiment de

modestie et de délicatesse, l'auteur annonçant qu'une *Histoire du service de santé de la marine* est actuellement élaborée par notre savant ami M. Lefèvre, directeur du service de santé de la marine; histoire dont les médecins navigateurs appellent de tous leurs vœux la prochaine publication. Quoi qu'il en soit, sans conseiller à M. Fonssagrives de joindre à la prochaine édition de son livre au moins une *liste bibliographique* des auteurs d'hygiène navale; autre bon usage dont les écrivains allemands nous donnent l'exemple.

Donc l'auteur entre carrément en matière par l'étude du NAVIRE qui fait l'objet du livre Ier, déjà l'on peut juger du caractère sérieusement scientifique de l'œuvre par les développements relatifs aux *matériaux de constructions*. C'est que du choix du bois de construction dépend, en effet, la salubrité future du bâtiment. Parmi les essences on préfère le chêne; la sécheresse du bois est une condition capitale; on regrette que les précieux procédés d'imprégnation de M. Boucherie s'appliquent difficilement à l'architecture navale. On propose l'imbibition de pyrolignite ou de sulfate de fer comme moyens préservatifs ou conservateurs. Après bien des essais on en est revenu à doubler les navires en cuivre. Parmi les enduits figurent en première ligne le goudron et la peinture; ici l'on consacre la prééminence du blanc de zinc sur le blanc de plomb, et l'on rapporte, comme de raison, les accidents produits par la peinture fraîche, plutôt aux émanations de la térébenthine qu'à celles du plomb.

Puis viennent les *approvisionnements nautiques* (lest, cordages, voiles, houille, etc.); puis les *approvisionnements alimentaires*, *les chargements* (passagers, animaux, cargaison, etc.). Nous aurions trop à faire de nous arrêter à tant de détails bien importants néanmoins.

Sous le titre de *topographie hygiénique*, on étudie minutieusement la *cale*, qui est tout à la fois la cave et le grenier du navire. Son *arrimage* importe éminemment à la salubrité comme à la stabilité. Le système Lugeol, qui favorise autant que possible le renouvellement de l'air, est un progrès notable. La *cambuse* où se distribuent les vivres réclame une surveillance assidue; il en est de même du *magasin général* et des *soutes*, ainsi que de la *prison*, des *égouts*, des *pompes*, etc. Nous sortons de cette atmosphère viciée pour monter dans le *faux-pont;* c'est le rez-de-chaussée de la maison navale; il sert de logement à l'équipage et souvent à l'état-major : détails d'installation, soins de propreté, d'aération, d'éclairage, etc. Nous montons encore et nous sommes dans la *batterie* ou les *batteries;* ce sont les étages de l'édifice. Là nous retrouvons l'air et la lumière : « la poitrine se dilate et l'œil se réjouit » à l'aspect de cet ordre et de ce mouvement guerrier. Une attention toute spéciale est donnée à l'*hôpital*, réduit nomade vivement disputé par la philanthropie à l'avarice militaire. Enfin nous voilà sur le *pont*, terrasse où l'on vient respirer une brise vivifiante et contempler les grandeurs du ciel et de la mer; théâtre où se déploie toute l'activité du marin. Ici ce n'est plus le méphitisme, ce sont les intempéries qu'il faut conjurer.

Dans le livre IIe, apparaît et s'agite l'HOMME DE MER. Considérations importantes et détaillées sur les divers modes de *recrutement*. Quant aux origines, la palme est au matelot breton, « race opiniâtre et courageuse; » et le marin des classes est incontestablement le meilleur. Les *mœurs* du matelot, exploitées par la poésie, le théâtre et le roman, sont étudiées ici sous les froids aspects de l'hygiène, qui met sévèrement en relief deux points principaux, l'ivrognerie et le libertinage avec leurs fâcheuses conséquences. Même gravité dans la caractéristique des *professions* et *travaux*, d'abord des officiers, y compris le médecin, puis de l'équipage, suivant qu'il fonctionne sur le pont (gabiers, matelots de manœuvre, canotiers, etc.) ou dans l'intérieur du navire. Considérations sur les effets de la température élevée, à laquelle sont exposés les cuisiniers, boulangers et gens de la machine à vapeur. — Travaux accidentels. — Repos.

Vient le chapitre essentiel des *vêtements* (linge, habits, chaussures, coiffures diverses); du *couchage* (hamac, cadre, couchette); enfin de la *propreté* du corps et des vêtements. On présume le soin avec lequel sont étudiés tous ces détails, dont la réflexion autant que l'expérience constatent l'importance. L'hygiéniste se fait ici tailleur et chapelier, valet de chambre et femme de ménage; il règle la matière et la forme, indique la tenue, coule la lessive et tient le rasoir; tout cela sans déroger, bien au contraire.

Le livre IIIe traite des INFLUENCES NAUTIQUES. *Mouvements du navire* (roulis, tangage). Ici se présente naturellement le *mal de mer*, dont l'auteur discute à fond les diverses théories, s'arrêtant à celle de la commotion éprouvée par la masse de l'encéphale. Ce système vaut bien les autres; nous croyons pourtant que le moment n'est pas venu de se prononcer. Quant aux remèdes, il n'en est pas un de spécifique, mais il en est plusieurs de réellement palliatifs. Le mal de mer doit être pour beaucoup dans l'action curative des voyages maritimes, dont il constitue également un des dangers. L'auteur se préoccupe même du bruit du canon et des moyens d'en pallier les effets sur l'ouïe et le système nerveux.

L'objet le plus essentiel peut-être, est ce qui concerne l'*atmosphère nautique*. L'auteur en étudie la composition, la thermométrie et l'hygrométrie, en chimiste, en physicien et en praticien consommé. Quelques-uns seront surpris d'apprendre que, dans les espaces clos, l'acide carbonique perd sa pesanteur spécifique et qu'il occupe en plus grande quantité les couches supérieures. Ici se présentent les grandes questions de l'*encombrement*, de l'*infection*, de la *contagion* et de l'*épidémie* nautique. De tous les genres de navires, le vaisseau de premier rang est celui qui offre le moins d'encombrement humain, ce qui ne veut pas dire qu'il soit le plus salubre. Les navires les plus encombrés sont généralement les plus petits. L'encombrement est la cause formelle de la *fièvre des vaisseaux*, ou typhus naval. C'est le miasme humain agissant comme poison, plutôt que l'excès d'acide carbonique, qui constitue le danger de l'encombrement. La contagion est un poison pathologique, l'infection est un poison chimique. Tous les genres d'infection peuvent se rencontrer à bord des navires : infection *phyto-hémique* (végétale), *nécro-hémique* (par cadavres d'animaux), *noso-hémique* (par émanations morbides), *zoo-hémique* (par accumulation d'hommes et d'animaux). La contagion peut avoir lieu par contact, par inoculation ou par transmission aérienne. Le médecin de marine doit toujours dissimuler la contagion. L'auteur se prononce contre la rigueur des quarantaines, dont on a eu raison de se départir. La contagion est essentielle ou accidentelle dans certaines maladies : le choléra est essentiellement épidémique, témoin ses évolutions bizarres; il paraît et disparaît brusquement; on l'a vu affecter exclusivement tantôt l'arrière, tantôt l'avant d'un vaisseau. Mesures prophylactiques découlant de toutes ces prémisses.

L'*assainissement du navire* s'obtient par l'*aération* (écoutilles, sabords, hublots). En fait d'air et de lumière, il faut que l'architecture navale aille « jusqu'à la limite où le danger commence. » Suit une belle monographie de la *ventilation*. Celle par *aspiration* comprend de nombreux systèmes qui tous sont décrits. On donne la préférence au ventilateur Brindejonc, espèce de vanneur à quatre ailes contenu dans un tambour aspirant et refoulant l'air. La ventilation par *pulsion* est effectuée par les vents, la manche à vent et certains appareils tels que le ventilateur Peyre. On propose d'utiliser les pompes dans le même but. La désinfection s'opère, avant tout, par l'aération, puis par les désinfectants (chaux, vapeurs acides et surtout vapeurs chlorées).

L'*éclairage* des navires s'obtient : naturellement, par les ouvertures; artificiellement et à peu près exclusivement, par l'huile à laquelle la cire est bien préférable. On propose l'emploi de la lampe de Davy contre les accidents, et l'éclairage au gaz par appareils portatifs.

Le *nettoyage* du navire s'opère par les pompes, le lavage, le briquage, etc. La voie sèche est toujours préférable à la voie humide. On propose de désinfecter la cale par le sulfate de fer, la suie, etc. Lieux d'aisances (bouteilles, poulaine, bailles) et leur entretien. Précautions relatives au *désarrimage*. Ici se trouvent quelques digressions sur les *épidémies en rade* ou *à la mer*.

Chapitre intéressant sur l'*hygiène comparative des différentes sortes de navires*. Les différences de salubrité résultent principalement de l'encombrement personnel et matériel. Les navires de guerre sont généralement plus salubres que ceux du commerce, les navires à voile que ceux à vapeur où la chaleur et la bouille aggravent les conditions. Les navires moyens (frégates) sont plus sains que les grands et surtout que les petits. L'*hygiène spéciale* varie selon l'espèce du navire (à voile, à vapeur, à batterie, sans batterie, en fer, à aube, à bélice), Nous ne pouvons que poser les indications.

Le livre IVe traite des INFLUENCES EXTÉRIEURES AU NAVIRE. Telles sont les influences *pélagiennes* et *sidérales*. L'hydrologie et la météorologie générales y sont appliquées à la navigation. Article intéressant sur la *sidération nautique* (fulguration des navires). Ici l'auteur demande si le principe nouveau, l'ozone, ne serait pas tout simplement de l'acide azotique produit par la fulguration de l'air. A propos des météores lumineux, il décrit l'*héméralopie* en tant que produite par la vivacité continue de la lumière. Traitement de la *submersion*.

Influences climatériques. L'action des climats chauds est étudiée avec soin et sagacité, au point de vue surtout des influences physiologiques et pathologiques. On y trouve d'importantes considérations théoriques et pratiques sur les *inflammations* auxquelles se mêle presque toujours un élément nerveux qui en modifie notablement la thérapeutique. Au sujet des maladies de l'*appareil respiratoire*, se

présente la question de la phthisie. L'auteur conclut que les voyages maritimes et les chaleurs tropicales ne produisent peut-être pas la tuberculisation, mais qu'ils accélèrent sa marche, ce qu'il attribue fort sensément aux variations de température si communes à bord et dans les pays chauds. A cela se réduit cette fameuse question de l'antagonisme, à savoir que la phthisie et la fièvre paludéenne ont chacune leurs causes spéciales qui peuvent se produire isolément ou concurremment; dans le premier cas, il y aura antagonisme apparent, comme il arrive parfois dans les plaines marécageuses; mais dans le second cas les deux maladies marchent fort bien de compagnie.

Quant aux maladies de l'*appareil digestif*, l'auteur nous paraît proscrire trop exclusivement l'inflammation, sous prétexte de l'élément nerveux, et faire une part trop large aux stimulants : *in medio tutissimus ibis*.

Aux maladies de l'*appareil nerveux* se rapporte la *calenture*, hallucination délirante que l'auteur soupçonne être tout simplement une fièvre pernicieuse.

A propos de l'*infection palustre*, on rappelle que, jointe à la chaleur, elle paraît occasionner cette colique sèche, *végétale*, qui n'est pas, à coup sûr, une colique saturnine.

Les *climats polaires* offrent moins d'intérêt, parce qu'ils sont moins fréquentés par nos navires. Ils n'en sont pas moins sérieusement étudiés, spécialement comme cause de *congélation* locale et générale, d'ophthalmie et de *scorbut*.

L'influence du genre de *campagne* est exposée au point de vue des zones géographiques parcourues, de la durée et de la nature (cabotage, long cours, pêche, etc.).

Puis vient l'*hygiène des climats excessifs*, où nous retrouvons des considérations spéciales et importantes sur les vêtements, l'aération, la réfrigération, les moyens d'apaiser la soif et leurs inconvénients; puis sur les moyens de résister au froid, aux vicissitudes climatériques, aux influences météoriques. On prévient l'infection par le choix judicieux des mouillages, la séquestration à bord et l'usage du quinquina. Au sujet de l'acclimatement (*assuétude climatérique*), l'auteur pose en principe que l'homme peut acquérir par le temps de la résistance aux influences palustres, mais que l'action prolongée de la chaleur détruit graduellement la santé et crée des aptitudes morbides dont l'imminence va croissant : la mortalité des équipages augmente effectivement, en raison de la longueur des stations intertropicales.

Le livre V est constitué par la BROMATOLOGIE NAUTIQUE et n'occupe pas moins de 255 pages. Tant d'objets et de préceptes majeurs y sont compris, qu'on ne saurait s'étonner et se plaindre de tant de longueurs. L'*eau*, cette rivale de l'air, en importance, implique l'étude des diverses eaux potables (de pluie, de neige, d'aiguade, etc.); les essais propres à constater ses qualités et que le médecin navigateur doit connaître et pratiquer; les moyens de conservation, grave problème pour la marine : les caisses en tôle sont le meilleur, bien que l'eau ferrugineuse ne soit pas sans quelques inconvénients, quoi qu'en pense l'auteur. Réfrigération, aération, filtration, dépuration. Longs détails sur la *distillation* de l'eau de mer, précieuse conquête si longtemps méconnue et négligée. Parmi les appareils on préfère la cuisine distillatoire de Peyre et Rocher qui peut suffire aux besoins d'un nombreux équipage et fournit de l'eau potable à un centime le litre.

Parmi les *boissons*, le vin est naturellement l'objet d'une étude particulière, quant aux crûs divers, aux procédés de conservation, à l'analyse, aux propriétés hygiéniques. Il en est de même des *eaux-de-vie*, puis des cidres et des bières, qui sont réputées antiscorbutiques. Chocolat, thé, café, boisson aujourd'hui réglementaire. Boissons acidules (vinaigre, jus de citron).

Nous passons aux *aliments*. Il suffit de mentionner ici la farine, le biscuit (confection et conservation), le pain, les légumes secs; les viandes fraîches et conservées (procédé d'Appert et Fastia, salaisons); fromages, conserves, condiments, etc. La *ration du marin* doit être principalement animale. Composition réglementaire au port et à la mer : — quantité, — qualité, — variété, — détails sur la préparation des aliments, sur la composition et la distribution des repas. Chapitre intéressant sur les *aliments exotiques additionnels* (breuvages, fécules, produits de chasse et de pêche, fruits et herbages coloniaux, condiments). Digression sur les antiscorbutiques. *Aliments exotiques vénéneux* (animaux et végétaux).

Le livre VI et dernier traite des INFLUENCES MORALES : séquestration, rapprochement forcé, changement d'habitudes, passions (envie, ambition), maladies passionnelles (hypocondrie, nostalgie); distractions intérieures : c'est ici que le *tabac* trouve sa place; distractions extérieures (promenades, natation, chasse et pêche). *Régime disciplinaire :* autorité, obéissance absolue, « car le marin est toujours en face de l'ennemi. »Punitions· châtiments corporels aujourd'hui supprimés en France; privations (de vivres, de solde); suppression d'emploi, séquestration (prison, fers, etc.); récompenses, moyen préventif plus efficace que les punitions. Apologie du *régime religieux*, comme puissant élément d'hygiène, de discipline et de moralisation.

L'œuvre est close par un APPENDICE sur la manière de recueillir les observations journalières et de rédiger les rapports de fin de campagne.

Cinquante-sept *figures* répandues dans le texte facilitent beaucoup l'intelligence de certains sujets, surtout des machines.

On a dit que M. Fonssagrives avait omis l'hygiène des navires de commerce : reproche peu fondé; car l'auteur mentionne, chemin faisant, les particularités propres à cette intéressante partie de la marine.

Je demande grâce pour la sécheresse de cette analyse que je n'ai pu faire ni plus longue, ni plus courte. Je n'ai pu et voulu que donner une idée de l'abondance et du labeur qui caractérisent ce livre instructif et substantiel. N'eût-il que l'avantage d'être venu le dernier, il l'emporterait par cela seul sur ceux qui l'ont précédé; mais c'est pour nous un devoir de conscience doux à remplir, d'ajouter que l'auteur est toujours à la hauteur de son sujet par la variété et l'étendue de ses connaissances, la rectitude et souvent l'originalité de ses vues, le caractère pratique de ses observations et de ses conceptions. Joignez à cela une exposition méthodique, simple et lucide, vive et colorée, pathétique même, selon l'occurrence, et vous comprendrez les éloges que nous avons donnés à cette œuvre utile et savante; nous ne sommes pas de ceux qui cherchent, à la loupe, une ride sur un beau visage; nous le contemplons avec plaisir et nous l'aimons sans réticence.

Je termine par un vœu : c'est que quelque savant médecin de la marine ou M. Fonssagrives lui-même, fasse pour la *médecine* et la *chirurgie* navales, ce que celui-ci vient de si bien faire pour l'*hygiène*.

Professeur FORGET (de Strasbourg).

VARIÉTÉS.

BANQUET OFFERT PAR LE CORPS MÉDICAL DE FRANCE AUX MÉDECINS DE L'ARMÉE ET DE LA FLOTTE.

Le corps médical réuni, mercredi dernier, dans le vaste salon de l'hôtel du Louvre était appelé à célébrer une fête de famille, qui est la première de ce genre dont notre corporation ait donné l'exemple. Cette réunion était imposante par le nombre des médecins accourus des divers points de la France, praticiens civils de toutes les localités, médecins de l'armée et de la flotte de tous les rangs. Des délégués officiels y représentaient la médecine anglaise, piémontaise et turque. Près de quatre cents convives étaient ainsi réunis par les soins de la commission du banquet et traités avec une parfaite convenance. Au dessert, M. Paul Dubois, président de la commission, a lu avec chaleur le discours suivant qui exprime nettement les vues qui ont présidé à l'institution du banquet et qui rend au dévouement du corps médical de l'armée et de la flotte un digne hommage.

Messieurs et chers confrères,

Lorsqu'au milieu de l'émotion la plus vive et la plus profonde, Paris vit rentrer dans ses murs les premières colonnes de notre armée victorieuse, une voix illustre et puissante rappela, dans un magnifique langage, qu'après les guerres heureuses de la république, le sénat et les consuls allaient aux portes de Rome recevoir leurs légions triomphantes. La fête qui nous rassemble ne saurait avoir le prestige de ces grands souvenirs. Mais elle tend au même but moral, elle a lieu dans les mêmes circonstances, elle est provoquée par les mêmes sentiments, et la table hospitalière à laquelle nos invités sont venus s'asseoir est le symbole modeste de ces anciennes et sympathiques ovations.

Vous le savez, mes chers confrères, un double sentiment de reconnaissante admiration et de pieux patriotisme a inspiré la pensée de cette réunion confraternelle. Nous avons voulu féliciter et fêter ceux de nos confrères de l'armée et de la flotte d'Orient qui ont eu l'heureuse fortune de braver les dangers et de résister aux labeurs indicibles d'une guerre formidable et lointaine; nous avons voulu signaler à la haute estime et à la gratitude de notre pays, l'humanité courageuse et habile dont ils ont donné tant de preuves.

Mais un devoir plus impérieux encore nous était imposé : celui d'évoquer le souvenir et de glorifier la mémoire de ceux de nos confrères qui, dans l'accomplissement de leurs fonctions périlleuses, sont tombés victimes de leur zèle et de leur dévouement. Vous avez répondu à notre appel avec un empressement digne de la noble profession à laquelle vous appartenez, des grands événements qui viennent de s'accomplir et de l'œuvre sainte à laquelle vous vous êtes si libéralement associés.

Lorsque, pour assister à cette réunion solennelle, vous avez, presque tous, franchi de grandes distances, délaissé vos occupations et vos familles, vous ne vous êtes pas mépris sur le caractère et sur la portée de cette imposante manifestation; vous n'avez songé ni au choix de l'heure et du lieu, ni aux détails secondaires et insignifiants de la forme qu'elle revêtirait, vous n'avez eu qu'une pensée, celle de donner un grand et généreux exemple de patriotisme et de dévouement confraternel. C'est à l'expression de ces sentiments

élevés que se sont associés les gouvernements de la Grande-Bretagne, de la Sardaigne et de l'empire ottoman, lorsqu'ils nous ont fait l'honneur de choisir pour représenter la médecine militaire de leurs nations les hôtes illustres qui sont assis à nos côtés.

Mais quelque éclatants que soient les témoignages de votre gratitude, ne craignez pas qu'ils puissent être supérieurs aux mérites que vous voulez honorer; nos confrères ont dû malheureusement donner l'exemple de tous les courages.

Dans cette guerre de siége, l'ambulance était pour ainsi dire sur le champ de bataille; elle touchait à la tranchée, et là, protégés imparfaitement par des murs délabrés, confondus avec les bataillons accroupis dans la neige et dans la boue, à travers les balles et les obus, les représentants du corps médical veillaient jour et nuit, et quand sonna l'heure de l'attaque du mamelon Vert et de la tour Malakoff, le sang de plusieurs d'entre eux, blessés dans les colonnes d'assaut, se mêla à celui de leurs compagnons d'armes, et scella cette noble et suprême communauté.

Mais le champ de bataille sur lequel se déployaient les qualités brillantes de nos soldats, l'intrépidité, la bravoure, l'ardeur impétueuse et irrésistible, le champ de bataille n'est pas le théâtre exclusif de tous les courages et de tous les dévouements; la force d'âme, le respect du devoir, porté jusqu'à l'héroïsme, se montrent souvent sur une autre scène, annexe douloureuse et inséparable du champ de bataille, l'hôpital.

Aucun des fléaux qui naissent sous les pas des armées nombreuses, qu'elles traînent fatalement après elles, et qui les déciment sans relâche, aucun de ces fléaux n'a épargné notre armée d'Orient. Dans l'espoir de prévenir, ou du moins de modérer, si cela était possible, les effets redoutables de cette calamité, une sage et active prévoyance créa des hôpitaux sur les hauteurs qui dominent Constantinople, et sur les rives du Bosphore et des Dardanelles. Des transports périodiques et nombreux de la Crimée les remplirent rapidement, et ces asiles de la souffrance et du courage malheureux devinrent en quelques jours des foyers pestilentiels. La conscience d'un péril, dont ils connaissaient toute l'étendue, n'ébranla pas un seul instant, chez nos confrères, la conscience du devoir. Ils le remplirent jusqu'à la fin avec la constance et l'abnégation des âmes fortement trempées. Beaucoup d'entre eux succombèrent, et tel est aujourd'hui le chiffre connu de ces glorieuses victimes, qu'il n'a d'égal dans aucun des corps d'officiers de l'armée d'Orient. Ces pertes sont cruelles, elles laissent des veuves et des orphelins dans un état voisin de l'indigence. Une loi, devant l'autorité de laquelle nous devons nous incliner, aurait pu adoucir ces situations regrettables, elle l'a fait incomplétement.

Nous venons, mes chers confrères, d'honorer le corps médical de l'armée d'Orient dans la personne de ceux de ses membres distingués qui le représentent à ce banquet; après cet hommage éclatant et mérité rendu aux vivants, honorons utilement la mémoire des morts : nous ne le ferons jamais mieux, qu'en soulageant, autant qu'il est en nous, les veuves et les orphelins qu'ils ont laissés sans fortune et sans appui.

Après ce discours, M. le président propose les toasts suivants qui reçoivent de l'assemblée l'accueil le plus cordial.

A la mémoire des médecins de l'armée et de la flotte d'Orient, qui ont glorieusement rempli leur devoir et sont tombés victimes généreuses de leur zèle et de leur dévouement!

A L'EMPEREUR!

Sa sollicitude pour tout ce qui touche à l'honneur et au bien-être de l'armée ne s'est jamais démentie. Elle ne fut jamais plus prévoyante et plus active que dans cette guerre qu'il a terminée par une paix glorieuse.

Puisse la médecine militaire lui devoir un jour le rang et les avantages que possèdent les autres hiérarchies de l'armée, et qui ne sauraient manquer de lui assurer la considération et le bien-être dont elle est si digne!

Puisse cette sollicitude bienveillante et généreuse ajouter son puissant concours à nos propres efforts pour le soulagement efficace des veuves et des orphelins que la mort de nos confrères a laissés sans appui!

A nos confrères de l'armée et de la flotte d'Orient! Par leur humanité habile, courageuse et infatigable, ils ont su mériter la haute estime et la reconnaissance de leurs concitoyens.

Aux membres du corps médical de la Grande-Bretagne, de la Sardaigne et de l'empire ottoman qui nous ont fait l'honneur d'assister à ce banquet. L'union politique de ces puissances a fait notre force; que notre union confraternelle soit l'heureuse consécration de notre estime et de notre affection réciproques!

Après le discours de M. Dubois, souvent interrompu par d'unanimes applaudissements, MM. Bégin (1), Jules Roux, Baudens, au nom des médecins de l'armée et de la flotte française, sir John Hall, au nom des médecins de l'armée et de la flotte anglaise, les honorables délégués de la Turquie et du Piémont, chacun au nom du corps médical de leur nation, ont pris la parole pour remercier le corps médical de France.

— Le lendemain du banquet, M. Scontetten, médecin principal de première classe, ancien médecin en chef des hôpitaux de Constantinople, ayant réuni une députation de médecins militaires, a été remercier M. Paul Dubois, président de la commission du banquet. M. Scoutetten a prononcé à cette occasion les paroles suivantes :

(1) La commission du banquet avait offert à M. Michel Lévy l'honneur de porter la parole au nom de l'armée de terre. M. Lévy a prié la commission de reporter cet honneur sur le doyen des médecins militaires, président du conseil de santé des armées, l'honorable M. Bégin.

Monsieur le président,

Les médecins militaires de l'armée d'Orient, reconnaissants de l'accueil bienveillant et chaleureux des médecins civils de Paris et de la France, ont voulu, avant de s'éloigner, vous exprimer leurs sentiments de reconnaissance et de parfaite confraternité.

La fête que vous leur avez donnée, et que vous avez présidée avec une dignité qui en relève l'éclat, présente un caractère de grandeur et de noblesse qui frappe tous les esprits : n'écoutant que vos inspirations, vous avez voulu honorer des actes de courage, de dévouement ou de ferme résignation.

Cette manifestation nous touche et nous élève; personne mieux que nos pairs ne peut être juge de notre conduite; et lorsque vous dites qu'elle a répondu aux sentiments qui vous animent vous-mêmes, la France vous croira, parce qu'elle sait que vous et vos collègues vous êtes des hommes de cœur et de haute intelligence. Aux bonnes et grandes pensées, vous avez su allier les sentiments généreux; personne n'a été oublié : présents et absents ont eu part à vos souvenirs et à ceux de MM. les membres de la commission; vous avez honoré les morts et vous voulez consoler les veuves et les orphelins.

Cette sympathie touchante trouvera de l'écho; les médecins civils et les médecins militaires s'uniront encore dans cet acte de pieuse confraternité, et bientôt des voix reconnaissantes s'élèveront pour remercier et bénir les amis des pères qui n'existent plus. Merci à vous, monsieur le président. Merci à vous, messieurs les médecins civils, les annales de notre corps enregistreront tous les faits de cette belle et bonne journée.

— C'est par inadvertance que la lettre suivante, qui était composée, n'a pas été insérée dans le dernier numéro de la GAZETTE MÉDICALE; nous nous empressons de réparer cette omission, commise à l'insu et contre toute prévision de la rédaction.

A M. le docteur Michel LÉVY, *directeur de l'École de médecine militaire du Val-de-Grâce, membre du Conseil de santé des armées*, etc.

Monsieur et honoré confrère.

La Commission regrette profondément que la publicité que vous avez donnée à la lettre adressée par vous à son Président la mette dans l'obligation de vous répondre publiquement.

Vous parlez de vos embarras; la Commission en éprouve de plus grands pour comprendre les susceptibilités que vous avez cru devoir exposer au public; susceptibilités qu'elle n'avait pu ni prévoir ni pressentir, qu'elle a tout fait pour détruire, aussitôt qu'elles lui ont été connues, qu'elle espérait même avoir effacées de votre esprit, lorsque la publication bien inattendue, et, dans tous les cas bien inopportune de votre lettre, est venue lui prouver qu'elle s'était trompée.

La Commission ne peut et ne doit entrer dans la discussion des motifs que vous avez exposés dans votre lettre. Elle s'est associée avec chaleur et sans réserve à la belle pensée d'honorer par une manifestation confraternelle le dévouement et le courage des médecins de l'armée et de la flotte. Il est possible que, dans sa précipitation, et pressée par le temps, elle ait commis quelques erreurs, quelques inadvertances, quelques manquements aux règles de la hiérarchie, mais elle a cru que ces méprises inévitables s'effaceraient devant la pensée qui l'anime, et qu'elles passeraient surtout inaperçues par les esprits élevés auxquels elle s'adresse.

Permettez-nous de vous dire, monsieur et très-honoré confrère, que les distinctions que vous établissez dans votre lettre nous paraissent plus subtiles que légitimes. Nous avons voulu honorer nos confrères de l'armée d'Orient, il était donc tout naturel que nos invitations s'adressassent à eux seuls. Mais à cette fête confraternelle et de famille devions-nous empêcher de participer nos autres confrères de l'armée? C'est alors certainement que nous eussions mérité un blâme, et nos confrères de l'armée, qui n'ont pas fait la guerre d'Orient, eussent en raison de nous demander les motifs d'une exclusion blessante. Pendant que nous fêterons nos confrères, nous avons voulu qu'ils puissent aussi fêter leurs camarades, et cette fusion des deux éléments de la famille médicale dans une seule fête nous a paru, et nous persistons à la croire digne, loyale et sincèrement confraternelle.

Les honorables médecins stagiaires au Val-de-Grâce ont été appelés à souscrire à notre fête au même titre que les internes de nos hôpitaux civils, parce qu'il nous a paru bon et utile de placer les élèves à côté des maîtres, et que c'est toujours un enseignement sain et digne de montrer aux jeunes hommes qui entrent dans la carrière l'exemple vivant de ceux qui la parcourent avec honneur et gloire.

Pas n'était besoin, monsieur et très-honoré confrère, de votre manifestation publique en faveur des veuves et des orphelins de nos confrères de l'armée d'Orient. Cette belle et généreuse pensée s'était fait jour spontanément dans le sein de la commission. Mais la commission a pensé qu'il ne fallait pas la jeter comme une diversion à la fête qui se prépare; elle a voulu étudier la question sur laquelle elle ne possède encore aucun élément; elle a voulu surtout éviter qu'une manifestation de ce genre pût être considérée comme une critique des actes du gouvernement, et quand les circonstances lui paraîtront favorables, soit collectivement, soit par chacun de ses membres, elle saura donner à cet acte, s'il est nécessaire, le caractère qui lui convient.

Monsieur et honoré confrère, nous avons fait un appel libre à tous les éléments de la famille médicale, et la famille médicale, qui n'a pu prévoir que des objections et des embarras nous viendraient du côté d'où nous devions le moins les attendre, a répondu avec empressement à notre appel. La fête sera digne de son but, digne des honorables et braves confrères que la famille médicale a voulu honorer; elle sera digne de vous, cher et illustre médecin militaire, car nous n'avons jamais perdu l'espoir de vous voir assis à notre table amie.

Agréez, etc.

Le secrétaire-trésorier de la commission, Dr MAHEUX.

Le président de la commission, Baron Paul DUBOIS.

Le Rédacteur en chef, JULES GUERIN.

CONSTITUTION MÉDICALE.

FIÈVRES INTERMITTENTES DU PRINTEMPS ET DE L'ÉTÉ, LEUR SIGNIFICATION ; DIARRHÉES, CHOLÉRINES, CHOLÉRA SPORADIQUES DE LA SAISON D'AUTOMNE.

Les fièvres intermittentes, ordinairement rares et de peu de gravité sur le sol et dans l'air de la capitale, se sont montrées cette année beaucoup plus fréquentes, avec un cachet de persistance et de gravité inaccoutumé. Ces affections qui, à Paris, se jugent le plus souvent d'elles-mêmes après quelques accès, ont resisté cette fois à la médication ordinaire. La quinine, remède souverain en pareille matière, n'a pas triomphé facilement de la maladie ; il a fallu élever les doses du médicament et en répéter à plusieurs reprises la prescription ; autrement on n'était pas à l'abri de la répétition des accès. Les rechutes ont été fréquentes malgré les traitements les mieux dirigés. Les fièvres tierces, assez nombreuses, ont été surtout les plus difficiles à enrayer. Il y a eu quelques fièvres quartes. Les fièvres quotidiennes nous ont paru plus fréquentes que les autres.

La plupart de ces affections s'accompagnaient d'un état anémique prononcé : pâleur du teint, flaccidité des chairs, vertiges, bourdonnements d'oreille, affaiblissement des jambes. Le gonflement de la rate existait dans tous les cas ; il disparaissait facilement par l'administration du quinquina, mais l'anémie persistait. Il n'y avait, du reste, pas d'engorgement appréciable du foie. Une toux bronchique compliqua plusieurs de ces affections, dans lesquelles se montraient des douleurs du tronc ou des membres, douleurs tantôt vagues, tantôt localisées sur différents point du trajet des cordons nerveux.

On observait tantôt de la diarrhée, tantôt de la constipation, mais sans gravité aucune. Presque tous les malades avaient des troubles divers qu'on rapporta à un état gastrique : bouche mauvaise, anorexie, nausées, vomissements, quelquefois pesanteur ou sensibilité épigastrique. Les émèto-cathartiques, prescrits et conseillés fort à propos dans ces cas, réussissaient à diminuer, sinon à faire complétement disparaître ce que tant de praticiens appellent encore, à assez juste titre, l'embarras gastrique. Ce moyen perturbateur, qui réussit quelquefois au point de faire disparaître même la fièvre, ne produisait point cette année des effets aussi prononcés ; les accès, plus tenaces, persistaient. Il fallait les combattre par le sulfate de quinine, et après les avoir suspendus, on avait à traiter l'anémie quelquefois profonde qui existait chez les malades. Elle cédait quelquefois lentement, d'autres fois rapidement, aux toniques et aux ferrugineux.

Il a été donné à tous les praticiens de la capitale d'observer, au printemps et au commencement de l'été, les affections dont nous venons de décrire brièvement les caractères. Ces maladies ont disparu aujourd'hui en grande partie, et nous ne devons nous en occuper maintenant qu'au point de vue de leur étiologie ou de leur signification pathologique.

Il est nécessaire de faire remarquer d'abord que les fièvres intermittentes existaient avant les pluies et les inondations, qui sont le fait le plus caractéristique de la météorologie du premier semestre de 1856. On les observait, avec les symptômes que nous venons d'énoncer, deux mois avant les pluies extraordinaires qui ont couvert d'un déluge d'eau la plus grande partie de la France. Il n'y a donc pas à chercher dans l'humidité du sol et de l'atmosphère, dans le dégagement, plus abondant que de coutume, des exhalaisons terrestres, la cause des maladies dont nous parlons. Ces maladies régnaient endémiquement à Paris dans le siècle passé, elle ont depuis lors peu à peu disparu. Elles se sont montrées cette année exceptionnellement, sans qu'on puisse en rattacher l'apparition à quelques-unes des causes auxquelles on est habitué à les rapporter. On rencontre dans l'histoire des épidémies de fièvres intermittentes bien des faits analogues qui jurent avec la théorie des maladies fort improprement appelées palustres. On trouverait plus souvent des faits semblables si on observait avec soin ce qui est relatif à la constitution médicale et si on rapprochait ces données des indications météorologiques ou géologiques. Il y a des systèmes qui ne subsistent que parce qu'on ne cherche pas à en faire une application sérieuse aux faits observés. C'est le cas de la théorie de l'intoxication miasmatique par rapport aux fièvres intermittentes qui se sont montrées épidémiquement cette année sans qu'aucun changement survenu dans la constitution de l'atmosphère ou du sol puisse en rendre compte.

La fièvre intermittente sous ses types divers est-elle, du reste, toujours l'expression d'une seule et même intoxication, ou d'une seule et même manifestation morbide de l'économie ? Nous ne le pensons pas. Ces formes pathologiques cachent pour nous des intoxications ou des diathèses différentes. De même que la diarrhée, de même que l'angine, de même que les crampes ne sont pas dans tous les cas des indices d'un même mal, de même la fièvre intermittente peut correspondre à des états pathologiques différents. On sait déjà que la physionomie et les symptômes des accès varient pen dans des états pathologiques très-divers, la tuberculisation, l'infection purulente. Nous croyons que le type intermittent révèle encore d'antres diathèses. Bien des anciens ont pensé de la sorte, et il serait curieux de faire dans leurs écrits le relevé des faits qui peuvent donner à cette idée une autorité historique. A défaut d'espace et de temps, nous allons citer ceux qui nous tombent sous la main.

En 1826, il se déclara à Groningue et sur les côtes de la mer du Nord des fièvres intermittentes tierces et quartes, qui dégénéraient bientôt en continues bilieuses. Il y avait dans ces maladies : douleur du dos, des membres et surtout des extrémités inférieures, vomissements bilieux, épigastralgie, prostration des forces. La convalescence était accompagnée de grand affaiblissement, de douleurs articulaires. Les récidives étaient fréquentes.

Frédéric Hoffmann a décrit des fièvres intermittentes de caractère anormal qui se montrèrent en Allemagne de son temps. Il y avait dans ces maladies des accès tous les jours ou deux fois par jour. Chez plusieurs malades la fièvre était continue au début, et elle dégénérait en intermittente le troisième ou le quatrième jour ; chez d'autres, la fièvre intermittente au début devenait ensuite continue. La fièvre intermittente ou rémittente était accompagnée de sueurs continues et d'un affaiblissement prononcé. Plusieurs se plaignaient d'éprouver en même temps la chaleur et le frisson de la fièvre. Tous avaient une douleur compressive aux environs de l'estomac, des douleurs lombaires, une douleur contusive des pieds.

FEUILLETON.

HISTOIRE PROFESSIONNELLE.

RECHERCHES HISTORIQUES SUR LES MÉDECINS ET LES CHIRURGIENS DES ROIS DE FRANCE, ET SUR LES DROITS ET PRIVILÉGES DONT ILS JOUISSAIENT, DEPUIS LE COMMENCEMENT DE LA MONARCHIE JUSQU'A LA FIN DU DIX-HUITIÈME SIÈCLE.

(Deuxième article. — Voir le n° 31.)

Les droits et priviléges dont le premier médecin jouissait à la cour étaient bien définis et lui constituaient une grande position. Il était, dit *Verdier* (1), classé parmi les grands officiers de la maison du roi ; il jouissait des mêmes honneurs, des mêmes titres, des mêmes priviléges ; il ne dépendait pas du grand chambellan, il n'obéissait qu'au roi entre les mains duquel il prêtait serment comme le grand chambellan lui-même. « Le chef des officiers de la santé du roi était de cette manière à la tête d'un genre d'office distinct et séparé. » Il ne jouissait pas seulement de la qualité de comte (comes), il transmettait à ses descendants une noblesse réelle, et il portait la couronne de comte dans ses armoiries ; il avait un brevet de conseiller d'État, en prenait la qualité et en touchait les appointements (1). En 1673, Louis XIV confirma ces priviléges.

A la cour, le premier médecin avait les prérogatives suivantes : Tout office de médecin cessait partout où il se présentait dans la maison du roi ; — Il avait l'inspection des autres officiers de santé de la maison ; ceux-ci lui étaient subordonnés de tout temps ; — il examinait et recevait les médecins et apothicaires qui devaient servir sous ses ordres, il leur délivrait des certificats de capacité et recevait leur serment. Des lettres patentes du 26 avril 1636 prescrivaient au premier médecin de prendre connaissance de la *suffisance* et de la *capacité* des chirurgiens du roi. Un édit de 1707 portait encore que ceux-ci seraient obligés de subir l'examen par-devant le premier médecin ou autre par lui commis ; mais cela fut changé vers 1770.

Indépendamment de ces priviléges, le premier médecin exerça longtemps dans tout le royaume une juridiction véritable qui comprenait les objets suivants : Il avait droit de nommer un ou deux chirurgiens à titre d'experts en matière médico-légale, pour faire les rapports et visites ordonnées en justice, comme le prescrit un édit donné par Henri IV en 1606 en faveur d'André du Laurens. Des arrêts datés de 1606, 1609, 1610, 1621, 1622, 1639, 1646, 1654, 1663, 1670, 1672, 1673, assurèrent cette prérogative au premier médecin. *La table chronologique de tous les édits et règlements concernant les médecins et les chirurgiens* (2), qui donne ces arrêts, indique aussi qu'en 1664 et 1665 le pre-

(1) Jurisprudence de la médecine en France.

(1) Piganiol de la Force cité par Guyot.
(2) Paris, 1733 ; chez Prault. 88 pages in-4°.

Alibert dit qu'en 1802 il régna dans les environs de Pithiviers des fièvres intermittentes en apparence bénignes. Elles se multiplièrent avec une effrayante rapidité. Les types tierces et double-tierces dominaient, les types quotidiens et quartes étaient moins communs. Elles entraînaient une profonde débilité dès le premier accès. Elles présentaient une céphalalgie atroce et des douleurs abdominales continues. Elles avaient une grande tendance à changer de type ou à devenir rémittente, continues ou pernicieuses.

Pinel, disait M. Rostan en 1845, ne considéra pas la fièvre intermittente comme une maladie existant d'elle-même; il en fit un des types des cinq ordres de fièvres qu'il avait établis (inflammatoire, bilieuse, adéno-méningée, ataxique, adynamique). Ces fièvres étaient continues, mais Pinel pensa que le type intermittent n'existait que comme forme de chacune de ces fièvres; aussi dans chacun des ordres que nous venons de mentionner, établit-il un genre dans lequel il comprend la forme intermittente ou rémittente correspondante. Un des disciples de Pinel, M. Fizeau faisait observer à cette époque qu'il y avait des fièvres intermittentes tout à fait simples. Pinel ne voulut point accepter cette observation qui dérangeait ses combinaisons; et pourtant, ajoute M. Rostan, la réflexion de M. Fizeau était juste.

Juste sans doute dans la majorité des cas, mais non dans tous, comme la plupart des écrivains semblent le croire à notre époque. F. Hoffmann dit à ce sujet, en parlant des médecins de son temps et des temps anciens : *Ambigunt quidem adhuc medici, nostri æquè ac prisci ævi : an intermittentes dentur malignæ febres? Non dubitamus affirmare : intermittentes alio tempore esse benigniores, alio utique maligniores, non secus ac alii morbi ac febres epidemicæ grassantes.* Il est utile de rappeler cette opinion et de faire allusion à quelques-uns des faits sur lesquels elle repose, à une époque où l'on semble oublier de plus en plus que les mêmes symptômes appartiennent quelquefois à des états morbides différents, que les mêmes formes pathologiques révèlent quelquefois des diathèses distinctes; de même que la même diathèse se révèle souvent par des expressions symptomatiques tout à fait différentes. Il faut, pour arriver à rapporter à leurs véritables causes les manifestations morbides que nous observons, il faut, pour en trouver la signification, une analyse symptomatique très-fine, une appréciation attentive des influences morbides antérieures, une connaissance approfondie des écrits de nos devanciers. De ces trois conditions, la première est souvent réalisée, les deux autres sont à peine soupçonnées. Il faut pourtant, et ce serait là un véritable progrès, faire marcher au même but ces trois ordres de données.

Les grandes chaleurs, surtout vers leur déclin, ont été marquées par des manifestations gastro-intestinales diverses, un grand nombre de diarrhées simples, biliaires ou muqueuses, des diarrhées dyssentériques, quelques dyssenteries véritables, des cholérines, quelques cas de choléra. Ces symptômes n'offrent rien d'exceptionnel; ils sont particuliers à la saison, à la localité, ils coïncident avec les influences morbides qui se sont exercées aux mêmes époques dans les années antérieures; ils sont les restes presque complétement éteints des germes morbides qui constituaient il y a trois ans une grande épidémie. Dans des localités prédisposées, ces germes ont donné lieu à un développement plus ou moins grand. En Espagne et en Portugal, ce développement atteint les proportions d'une véritable épidémie; à Londres, il élève à peine le chiffre de la mortalité; à Paris, il ne l'influence pas; mais, dans ces deux dernières localités, il augmente le chiffre des affections bénignes, et à Londres en particulier, il multiplie et aggrave considérablement les affections intestinales sur les enfants.

TholozAN.

NOSOGÉNIE.

MÉMOIRE SUR LE TYPHUS OBSERVÉ AU VAL-DE-GRACE, DU MOIS DE JANVIER AU MOIS DE MAI 1856; par le docteur GODÉLIER, professeur de clinique médicale à l'école impériale de médecine du Val-de-Grâce.

(Suite. — Voir les nos 31 et 34.)

J'ai déjà donné, par l'exemple de Notrel, un cas de typhus léger. Je vais produire ici quatre typhus graves.

Le premier est exempt de complications.

Au second s'adjoignent la bronchite et la diarrhée communes à un certain nombre des malades du 50e.

Le troisième compliqué de méningite est un typhus cérébral.

Le quatrième, enfin, offre des symptômes nerveux remarquables par leur gravité, leur nombre et leur durée.

OBS. III. — Viguier, soldat au 50e de ligne, âgé de 26 ans, entre au Val-de-Grâce le 18 janvier.

C'est un homme vigoureux, de tempérament mixte. Il n'a pas été malade en Crimée. On peut résumer d'un mot l'étiologie de son affection : il était à bord du *Monarque*.

Il ressent le 11 janvier les premières atteintes de la maladie : céphalalgie, courbature générale, douleurs plus vives du dos et des jambes.

Le 15, il s'alite; le délire survient pendant les nuits.

Le 19, cinquième jour de l'invasion, je note les symptômes suivants : teint rouge brun, vertiges, bourdonnements d'oreille, céphalalgie frontale, stupeur du visage, d'ailleurs réponses nettes, a rêvassé toute la nuit, grande prostration, douleur des jambes. Langue poisseuse, sans enduit, aucun symptôme abdominal, pouls moyen à 95, chaleur assez vive, pas de traces d'éruption. (Pot. ipéca stibié.)

Sixième jour. La potion a produit des vomissements considérables. Il a déliré dans la soirée la veille, mais il prétend avoir dormi. Facies triste, prostration plus marquée, parole hésitante, langue sèche, pouls irrégulier à 100 pulsations, peau très-chaude. On aperçoit *quelques taches morbilliformes* sur la poitrine, le cou et les poignets. (Pot. avec acétate d'ammoniaque, 10 gram.; lavement avec sulfate de quinine, 1 gramme.)

Septième jour. Stupeur notable, délire, agitation très-grande pendant la nuit; pouls petit, dépressible, à 75. Langue couverte d'un enduit blanchâtre, moins sèche que la veille. *L'éruption exanthémo-ecchymotique est complète.* (M. p.)

Huitième jour. Délire bruyant pendant la nuit; le malade s'est échappé de son lit. A la visite; immobilité d'une masse inerte, réponses difficiles, assez justes pourtant. Soubresauts des tendons; le ventre toujours naturel. Pouls à 100, variable d'ailleurs en force et en fréquence. (M. p.; sinapismes aux extrémités inférieures; infusion de café, 125 grammes.)

Neuvième jour. Même état, un peu de toux; l'éruption a pâli. Urines invo-

---

mier médecin rendit des ordonnances conformes. En 1692 seulement ce privilége, si longtemps contesté et maintenu, est révoqué; un édit enregistré aux parlements de Paris et de Rouen crée des places de médecins ordinaires du roi et de chirurgiens jurés, dans toutes les villes du royaume, pour faire, à l'exclusion de tous les autres, office de médecins légistes.

Un privilége du même genre est attribué en 1617 au premier médecin Jean Heroard. Des lettres patentes enregistrées au parlement de Rouen l'autorisaient à nommer un ou deux médecins dans toutes les villes où il n'y avait ni université ni maîtrise pour assurer le service de la pharmacie : « Pour » examiner tous ceux qui se mêlent de l'apothicairerie, même de les ériger » en jurande, et de faire chez eux les visites nécessaires. » En 1619, nouvelle ordonnance qui consacre le même fait par tout le royaume; aussi voit-on en 1635 et en 1637 le premier médecin faire un *règlement* pour la communauté des apothicaires (1). On trouve dans *Verdier* plusieurs statuts analogues dressés à cette époque et dans les années suivantes en exécution de l'édit de 1617. Ce privilége subsista longtemps; quand on voulut plus tard établir la maîtrise d'apothicaire dans les petites localités, c'était le premier médecin qui réunissait les maîtres par châtellenies, vicomtés, prévôtés ou autres divisions territoriales, pour former entre eux une communauté.

Pendant longtemps et jusqu'à l'époque où *Dodart* fit nommer en 1728 une commission royale pour l'examen et l'approbation des spécifiques, le premier médecin jouissait avec les Facultés de la prérogative d'approuver ou de rejeter les remèdes que les empiriques adressaient au gouvernement pour l'obtention de brevets.

L'édit de 1626 qui créait le *jardin des plantes* en attribuait l'intendance au premier médecin. En 1642, il joignit à cette charge celle de surintendant et d'ordonnateur des bâtiments et jardins des maisons royales. Ce dernier office ne demeura heureusement que peu de temps entre des mains médicales; quant à la surintendance du jardin royal, des lettres patentes de 1708 confirmèrent l'édit de 1626, et jusqu'en 1718 elle resta l'une des prérogatives importantes du premier médecin.

En 1719, le premier médecin est aussi nommé surintendant des eaux minérales; il conserve exclusivement cette prérogative jusqu'en 1778, époque à laquelle des lettres patentes ordonnent que tout ce qui concerne la distribution de ces eaux soit soumis à l'examen de la Société royale de médecine.

Nous ne parlons point des prérogatives purement honorifiques, de l'étiquette et du cérémonial auxquels le premier médecin avait droit. Dans les séances d'honneur, lorsqu'il venait aux écoles de médecine, dit Guyot, revêtu de la robe de satin, comme conseiller d'Etat, il était reçu à la porte par le doyen, accompagné de quelques bacheliers et précédé des bedeaux, quand bien même il n'était pas docteur de la Faculté de Paris. Nous mentionnerons seulement les priviléges des médecins de la cour relativement à l'exercice de la médecine. Un décret de la Faculté du 5 novembre 1505 leur reconnaissait le privilége d'exercer leur profession dans tout le royaume et même à Paris sans avoir été reçus docteurs de cette Faculté. Un arrêt du parlement de 1536 confirme ce décret: il est inséré dans les statuts de la Faculté enre-

(1) Tables chronologiques, etc.

lontaires. Les lavements des jours derniers ont été gardés quelque temps, puis rendus parfois avec quelques matières. (M. p.)

Dixième jour. Nuit agitée par un délire violent; langue plus chargée, molle et humide d'ailleurs; pas de diarrhée; urines involontaires. Pouls petit, de 65 à 70; température du corps un peu abaissée. (On suspend le sulfate de quinine.)

Onzième jour. Coma complet, yeux fermés; si l'on soulève la paupière, on voit le globe de l'œil convulsé en haut, dimension normale de la pupille; coloration rouge-brique des pommettes, bouche entr'ouverte. Viguier ne répond plus et ne fait pas le moindre signe d'intelligence aux questions qu'on lui crie. Contractions cloniques des muscles de la mâchoire et des bras; soubresants; parfois le malade se gratte. Un certain nombre de taches ont disparu; celles qui persistent ne pâlissent pas sous le doigt; on aperçoit un commencement de desquammation au cou et sur les flancs. Au milieu de cet état comateux, il chante et vocifère de temps à autre. Pouls à 70, assez large, mais facilement dépressible, ondulant; chaleur halitueuse; urines involontaires, ventre rétracté. Pronostic prochainement fatal.

Trois heures du soir. Changement inexplicable et presque miraculeux dans l'état du malade. Il est éveillé, calme, ses réponses sont nettes, son regard intelligent, son pouls lent, mais égal. Il ne souffre pas, mais il se trouve très-faible. (Vin sucré, 125 grammes.)

Douzième jour. Le délire est revenu dans la nuit, mais modéré. Viguier est d'ailleurs ce matin aussi bien que la veille au soir; plus de contractions ni de soubresauts; ni céphalalgie, ni diarrhée; la langue se nettoie. Pouls à 60, petit, faible. (Quelques cuillerées de bouillon; vin sucré; potion avec extrait de quinquina, 2 grammes.)

Treizième jour. Sommeil mêlé de quelques rêves pendant la nuit. D'ailleurs, même état que la veille; le visage est de plus en plus expressif; un peu de surdité.

Quatorzième jour. Amélioration soutenue. (Potages matin et soir.)

Quinzième jour. Appétence marquée, urines encore involontaires; d'ailleurs convalescence confirmée.

Vingtième jour. Viguier mange le quart; il s'est levé une heure, mais il éprouve des vertiges et des bruissements d'oreille; faiblesse des jambes. Pouls faible et lent.

Vingt-troisième jour. Même état. Le sommeil et l'appétit sont très-bons. Viguier mange la demie, boit la portion de vin, continue l'extrait de quinquina, mais la faiblesse persiste, ainsi que les vertiges.

Trente-troisième jour. Les forces reviennent de jour en jour; l'appétit est excellent, le pouls assez développé, mais conservant encore de la lenteur et de la rareté (55 à 60).

Viguier sort le 13 février.

Obs. IV.—Grossiort (Antoine-Eugène), soldat au 50e de ligne, âgé de 23 ans, entre le 16 janvier au Val-de-Grâce.

Passager du *Monarque*, il s'est senti malade le 9, et il s'est alité le 12. Pas de maladies antérieures, constitution robuste, tempérament sanguin. Depuis le 12, frissons récurrents, céphalalgie intense, avec délire et rêvasseries nocturnes; fièvre, bronchite, diarrhée, a eu une épistaxis au quartier, douleurs vives du dos et des jambes.

Cinquième jour, 17 janvier. Symptômes énoncés plus haut. Facies caractéristique avec une coloration rouge bistre; grande prostration. Pouls petit, faible, à 120, chaleur vive, voix enrouée, râles bronchiques; langue sèche, poisseuse, prête à se fendiller; ventre un peu météorisé, deux selles pendant la nuit; pas de gargouillement ni de sensibilité dans la fosse iliaque. Éruption *morbilliforme*, générale, très-confluente sur la poitrine et les flancs, où l'on observe presque l'érythème de la scarlatine. (Pot. avec ipéca stibié.)

Sixième jour. Le malade a vomi deux fois. Épistaxis considérable hier dans la soirée; délire et agitation extrême pendant la nuit. Figure morne et abattue, yeux injectés, demi-fermés, larmoyants; chaleur vive; pouls à 115; langue fuligineuse. (Limonade gom.: sinapismes; applications froides sur le front.)

Septième jour. Même agitation et délire pendant la nuit. L'état du ventre est aussi le même. Trois selles involontaires dans les vingt-quatre heures; urines involontaires et abondantes; réponses hésitantes, mais assez nettes; aphonie; toux fréquente; un peu de dysphagie. Pouls toujours fréquent et variable. La teinte érythémateuse de l'éruption a disparu, mais il reste une très-grande quantité de macules ecchymotiques, dont la coloration varie du violet pâle au rouge vineux. (M. p.)

Huitième jour. Somnolence plus marquée, selles involontaires, respiration fréquente et sifflante. Râles typhoïdes, teint veineux. (Potion avec ipéca stibié, *illicò*. Potion avec acétate d'ammoniaque, 10 grammes, à partir de midi.)

Neuvième jour. Coma complet, peu de délire; réponses nulles. Pouls petit, à 90; peau chaude; immobilité d'un corps pétrifié; confluence notable de l'éruption sur les membres; les taches pétéchiales sont d'un rouge pourpre, surtout au bras droit. (Potion avec acétate d'ammoniaque; café; applications froides sur le front.)

Dixième jour. Coma moins complet; le malade répond un peu; n'a plus de diarrhée; langue toujours sèche et brune. Pouls à 150; peau chaude; l'éruption a pâli. (M. p.; lavement avec sulfate de quinine, 1 gramme.)

Onzième jour. Prostration extrême, réponses à voix basse et très-incertaines, inégalité, irrégularité du pouls, moins fréquent que la veille. Dyspnée très-grande, yeux fermés et enfoncés, soubresauts des tendons, hocquet se reproduisant à de longs intervalles. Au mollet gauche, les taches pétéchiales sont absolument confluentes et forment une plaque d'un violet foncé, noire au centre où se trouve une petite escarre. (M. p. Large vésicatoire à la base du thorax.)

Douzième jour. Agitation très-grande pendant la nuit. Ce matin, coma presque complet. Il paraît saisir par instants certaines questions, mais il ne fait aucune réponse. Yeux fermés, traits tirés, bouche entr'ouverte, langue sèche, noirâtre, ventre dur, pas de selles, urines involontaires. Respiration suspirieuse, hoquet. Pouls large, irrégulier, dépressible, de fréquence médiocre. L'éruption a pâli. On observe une desquammation furfuracée générale. (M. p.)

Treizième jour. Même état. Facies hippocratique, pouls très-dépressible à 90, taches livides d'un rose fauve sur la peau; éruption miliaire, surtout aux bras. Mort à deux heures de l'après-midi le 25 janvier.

Autopsie vingt-cinq heures après la mort.

Rigidité cadavérique complète. La peau est couverte de macules ecchymotiques et porte les traces de la desquammation. Les parties déclives du cadavre sont d'un violet sombre.

Cerveau. Les sinus veineux sont gorgés de sang. Un peu d'œdème sous-arachnoïdien à la partie antérieure et supérieure, infiltration séreuse plus marquée à la partie postérieure. Point de sérosité dans les ventricules. Coloration et consistance normale de la substance cérébrale.

Poumons. Aspect normal. Quelques rares ecchymoses sur la plèvre pulmonaire; les parties postérieures et inférieures, surtout au poumon droit, sont gorgées de sang; quelques lobules sont spléniisés; leur tissu consistant, mais non friable, plonge sous l'eau. Point de mucosités dans les bronches dont la muqueuse des gros tuyaux est un peu injectée.

Cœur. Tissu plus pâle et moins résistant qu'à l'état normal. Caillot ambré assez volumineux dans l'oreillette gauche.

Estomac. Aspect mameloné. Quelques ecchymoses sous-muqueuses dans le grand cul-de-sac. Muqueuse un peu friable dans cette région.

Intestins. Le duodénum et le jéjunum sont à l'état normal. L'iléon offre de distance en distance des plaques vivement colorées par une injection sanguine; elles ont de 10 à 15 centim. de longueur. La muqueuse n'est point ramollie à leur niveau ni dans leur intervalle. Elle présente une psorentérie

---

gistrés au parlement en 1598. Ces mêmes statuts veulent que les docteurs régents de la Faculté de Paris, qui sont médecins du roi ou des princes, soient réputés présents à la Faculté durant leur service à la cour, et qu'ils aient droit de partage dans les honoraires des réceptions pourvu qu'ils président aux thèses.

On exigeait pourtant des médecins de la cour qui voulaient exercer leur profession à Paris ou ailleurs d'être gradués dans une Faculté de médecine. On en donnait la liste à la suite des docteurs régents. On les privait du droit de consultation avec les docteurs de la Faculté quand ils joignaient en consultation d'autres médecins ou des empiriques. La Faculté montrait quelquefois son autorité dans ces circonstances; en 1644, elle fit condamner le fameux *Theophraste Renaudot*, docteur de la Faculté de Montpellier et soi-disant médecin ordinaire du roi; en 1743, elle fit assigner au Châtelet, l'illustre de la Peyronnie, médecin consultant du roi, médecin par quartier, et docteur de Reims, pour communiquer et faire enregistrer au greffe les lettres en vertu desquelles il s'attribuait ces qualités.

— Le premier médecin entrait tous les jours dans la chambre du roi avant qu'il fût levé, à l'entrée familière, avant la première entrée. Quand le roi était malade, c'était le premier médecin qui le traitait particulièrement; il présidait aux consultations, au traitement, à la préparation et à l'administration des médicaments. Il donnait aussi, dans ces cas, les ordres convenables à la *bouche*, pour la préparation des aliments ou les soins du régime diététique.

— On a vu qu'à côté du premier médecin, il y avait les *médecins ordinaires* on de quartier. L'époque de leur institution n'est pas bien connue, et leur nombre a varié très-probablement aux différentes époques. Selon Guyot, il y avait, en 1780, à la tête des médecins ordinaires, un premier médecin ordinaire; il y avait ensuite huit médecins ordinaires servant, par quartier, un médecin du roi n'ayant point de quartier. Les *médecins consultants*, créés en 1718, furent d'abord au nombre de quatre; en 1780, on en comptait huit, dont un distingué par le titre de premier médecin consultant; ils étaient placés hiérarchiquement après le premier médecin. Parmi ces places, plusieurs étaient assurées à d'autres médecins, à titre de survivance.

Il ne faut pas oublier de citer un médecin oculiste du roi, un médecin ordinaire de la maison du roi et du grand commun.

Il y avait aussi deux médecins ordinaires honoraires. Nous ne comptons pas deux médecins pour la grande et petite écurie, un médecin du haras du roi, un médecin des Cent Suisses, etc.

—La solde, les allocations et rémunérations attachées à ces différents offices furent très-variables. On a pourtant quelques données sur leur fixation à certaines époques. En 1749, le premier médecin percevait 3,000 livres à titre de gages, 2,000 livres de livrée, 3,000 livres pour sa bouche à la cour, 16,000 livres pour son *entretènement*, 3,000 livres pour son carrosse, 4,000 livres de récompense et 6,000 livres de pension comme conseiller d'État; ce qui fait 37,000 fr. d'appointements fixes.

Le *premier médecin ordinaire* avait 14,700 francs de gages sur l'État, ainsi décomposés: 1,800 livres payées par la maison du roi, 1,500 livres pour sa bouche à la cour, 2,400 livres de pension au trésor royal, et de plus 9,000 li-

blanche de plus en plus abondante, à mesure que l'on approche de la valvule iléo-cœcale. Les plaques de Peyer sont marquées du pointillé noir, mais ne sont ni saillantes ni ramollies.

Dans le gros intestin, l'orifice des follicules isolés est agrandi et noirâtre. A 30 centim. au dessous de la valvule, il existe dans une étendue égale une coloration rouge intense, avec des taches pétéchiales. Même altération entre le tiers inférieur et le tiers moyen du gros intestin. La muqueuse dans les places rouges a, comme ailleurs, sa consistance normale. Les ganglions mésentériques sont parfaitement intacts.

Rate augmentée d'un tiers de son volume, d'une coloration normale, mais très-friable à l'intérieur.

Foie. Augmentation de volume du lobe droit, un peu ramolli. Bile noirâtre, épaisse, sirupeuse.

Reins très-tuméfiés, surtout le rein gauche. Il pèse 230 grammes, le droit 218. La substance corticale doublée d'épaisseur est d'un gris rouge et très-friable.

La *vessie* présente une injection générale de la muqueuse sur laquelle, en regardant de très-près on aperçoit un grand nombre de pétéchies très-fines.

Les psoas ont une coloration pâle analogue à la chair de veau, les muscles du mollet droit sont moins colorés qu'à l'état normal.

OBS. V. — Tixier (Jean), âgé de 24 ans, d'une vigoureuse constitution et de bonne santé habituelle, est soldat au 53e de ligne, qui n'a pas fait la dernière campagne et qui ne s'est trouvé caserné au voisinage d'aucun régiment venu récemment d'Orient.

Tixier entre au Val-de-Grâce le 6 avril. Depuis deux jours il éprouvait de la fièvre et une violente céphalalgie. Il s'est alité la veille.

Le 7, deuxième jour de l'invasion, il accuse en outre un affaiblissement considérable, des révasseries nocturnes et des douleurs vives dans les jambes et dans les reins; facies coloré, œil injecté, langue saburrale; ventre indolent, constipation depuis deux jours. N'a pas vomi; pouls assez large, à 100; chaleur vive. (Pot. avec ipéca stibié.)

Troisième jour. Amélioration légère; quelques vomissements ont eu lieu, mais il n'y a pas eu de selles. (Eau de Sedlitz, qui produit deux évacuations.)

Quatrième jour. Délire nocturne, stupeur prononcée, réponses difficiles. La chaleur et le pouls sont tombés. (Potion avec acétate d'ammoniaque, 10 grammes.)

Cinquième jour. Même état. *Éruption exanthémo-pétéchiale caractéristique*, très-générale; constipation. La tête est fortement congestionnée. (Vésicatoire aux mollets; lavement camphré.)

Sixième jour. Facies moins coloré, immobile, bouche ouverte, yeux ouverts avec quelques mouvements des paupières. Réponses nulles; respiration haute et fréquente; ni météorisme, ni gargouillement iliaque. Pouls petit, faible, irrégulier, à 96. (Lavement camphré; compresses froides sur le front.)

Septième jour. Cris et délire bruyant pendant toute la nuit. Ne répond pas aux questions, mais paraît comprendre un peu; langue enduite de mucosités épaisses; résolution presque complète des membres. L'éruption a pâli. (Même prescription.)

Huitième jour. Nuit plus calme. L'intelligence est un peu revenue; réponses assez précises; yeux moins injectés, mais les pupilles sont très-dilatées; face plus pâle, céphalalgie persistante; langue moins enduite que la veille. La peau est maculée de taches d'un violet sombre. Quelques sudaminas au-dessus des clavicules. Pouls petit, faible, presque insensible, à 104; hématurie. (M. p.; vésicatoire à la nuque.)

Neuvième jour. Même état; délire plus fort pendant la nuit; rétention d'urine. Le cathétérisme amène des urines sanguinolentes. (M. p.)

Dixième jour. La rétention d'urine persiste; délire loquace; boquet; prolapsus de la paupière du côté gauche; énorme dilatation des pupilles; pas de réponses, mais encore un peu d'intelligence. La langue se nettoie, elle est rouge sur ses bords. L'hématurie a cessé; le ventre, un peu balloné, est sensible à la région hypogastrique. Les macules pâlissent. (M. p.; infusion d'arnica; cataplasme émollient à l'hypogastre.)

Onzième jour. Même état; pouls petit, presque insensible, à 60. (1 gramme de calomel, matin et soir.)

Douzième jour. Délire, agitation continuelle; mouvements spasmodiques des bras. Il ne se laisse point examiner; la langue est retirée au fond de la bouche. Il boit encore cependant. La respiration est gênée, suspirieuse; facies profondément altéré. (M. p.)

Treizième jour. Mort à neuf heures du matin.

AUTOPSIE vingt-cinq heures après la mort.

Rigidité cadavérique; traces des macules sur la peau.

Cerveau. Sinus caverneux gorgés de sang. Les veines des circonvolutions sont distendues, et autour d'elles, à la face supérieure du cerveau, on remarque des lisérés d'exsudations plastiques. Ces exsudations se réunissent en plaques à la base; elles ressemblent, autour de la protubérance, à des fausses membranes infiltrées de sérosité trouble et jaunâtre. Les ventricules sont distendus par une sérosité limpide très-abondante. La consistance et la coloration de la substance du cerveau sont restées normales.

Thorax. Nulle altération des poumons ni du cœur.

Organes digestifs. Estomac sain. On voit dans l'iléon deux surfaces d'un décimètre de longueur très-fortement injectées, sans ramollissement de la muqueuse. Pas de psorentérie ni de plaques visibles.

Les ganglions mésentériques, le foie, la rate, les reins sont à l'état normal.

La *vessie* est distendue par des urines sanguinolentes. Ses parois sont notablement épaissies.

La muqueuse est criblée d'ulcérations dont l'étendue varie de 5 à 6 millimètres à une piqûre d'épingle. Entre ces surfaces ulcérées, on voit des exsudations sanguines noirâtres.

Le *tissu musculaire* présente sa coloration habituelle.

L'observation de Tixier offre un exemple de typhus compliqué de méningite. Cette adjonction d'une inflammation cérébrale au typhus a été signalée par tous les auteurs depuis Ramazzini jusqu'à Magnus Huss. Elle peut être plus ou moins fréquente, mais elle n'autorise pas plus à regarder le typhus comme une méningite que la méningite épidémique comme un typhus, ainsi qu'on a cru pouvoir le faire, il y a quelques années.

OBS. VI. — La sœur Thérèse est chargée du service de la dépense au Val-de-Grâce; elle ne va jamais dans les salles de malades, mais elle a visité souvent la sœur Louise pendant sa maladie, et elle a été vivement affectée de ses souffrances et de sa mort, qui a eu lieu le 23 mars. C'est une femme d'une trentaine d'années, d'un tempérament sanguin, jouissant d'une bonne santé habituelle.

Depuis trois jours, elle éprouve du malaise, de la céphalalgie, des lassitudes, elle a pris un purgatif salin qui l'a un peu soulagée; puis les règles sont survenues; alors elle s'est trouvée plus souffrante.

Premier jour. Elle prend le lit le 14 mars; je la trouve dans l'état suivant: céphalalgie intense, facies coloré, bourdonnements d'oreilles; elle a un peu rêvé la nuit; langue humide, couverte d'un enduit blanc verdâtre; rapports acides; pas de diarrhée, ventre assez souple; les règles se sont arrêtées; courbature et douleurs des membres inférieurs; pouls moyen, à 80. (Infusion de feuilles d'oranger.)

Deuxième jour. Même état que la veille; nuit troublée par des rêves. Éruption générale, mais plus marquée à la nuque et dans le dos que sur les membres, de taches rosées qui ressemblent à la rougeole dans les parties où elles

---

vres à titre de médecin consultant.

Les huit médecins par quartier avaient seulement 1,200 livres de gages et 273 livres pour leur bouche à la cour, à raison d'un écu par jour.

Les *médecins consultants* avaient 9,000 livres de gages sur l'État; les médecins de la grande et petite écurie, 200 livres chacun; le médecin des haras du roi, 400 livres.

— A l'origine, la distinction des deux professions n'étant pas nettement établie, les médecins faisaient fonction de chirurgien dans la maison du roi comme ailleurs. « Le *médecin*, disent les lois anglo-normandes, données au » commencement du dixième siècle, avait quatre deniers d'honoraires pour » l'extraction d'un os du crâne, pourvu que l'os fût assez considérable pour » faire résonner un chaudron d'airain si on l'y eût jeté; s'il se servait d'on» guent rouge dans le traitement d'une plaie, il avait douze deniers; tous les » linges déchirés on ensanglantés lui restaient; quand le malade n'était pas » guéri, il ne pouvait rien exiger, trop heureux, dit la loi, de ce qu'on ne le » punissait pas. »

Au commencement du quatorzième siècle, un édit de Philippe le Bel mentionne pour la première fois le *chirurgien du roi*. Il y est fait défense d'exercer l'art de la chirurgie dans la ville et vicomté de Paris sans avoir été préalablement examiné par les maîtres chirurgiens de Paris et approuvé par le *chirurgien du roi* au Châtelet: *Nisi per magistros chirurgicos juratos, morantes Parisiis, vocatos per dilectum magistrum Joannem Picardi, chirurgicum nostrum juratum castelli nostri Parisini tempore suo.*

C'est probablement au quinzième siècle que les rois commencèrent à avoir des chirurgiens attachés à leur maison. Olivier de la Marche rapporte que le duc de Bourgogne avait quatre chirurgiens pour sa personne et pour les gens de son hôtel. « Et ce ne sont pas ceux qui ont le moins affaire en la maison, » ajoute-t-il, car le duc est prince chevaleureux, et de tel exercice de guerre » que par blessure de coup à main, de trait de poudre ou autrement, il a bien » souvent tant de gens blessés en sa maison et en ses ordonnances que cin» quante chirurgiens diligents auraient assez de besogne. » C'étaient en quelque sorte des chirurgiens militaires; chaque compagnie de cent lances avait un chirurgien. Mais la chirurgie ne jouissait encore à cette époque que de fort peu de considération, et plus de cent ans après, en 1600, un édit de Henri IV portait encore que *les mêmes officiers, comme maréchaux-ferrants, chirurgiens et autres de pareille qualité* ne pourraient jouir d'exemption de tailles qu'autant qu'ils seraient à la suite des compagnies. La juridiction sur les barbiers-chirurgiens n'appartenait pas au premier chirurgien du roi, mais à son premier barbier.

Dans le seizième siècle, dit De la Marre, il n'y avait eu à la suite de la cour que des médecins officiers des maisons royales. En 1606 seulement, Henri IV, par des lettres patentes du 16 septembre, augmenta le nombre des privilégiés, et y comprit pour la première fois des chirurgiens au nombre de quatre. Depuis cette époque jusqu'au commencement du dix-huitième siècle intervinrent plusieurs règlements pour régler la discipline intérieure du corps médical attaché à la cour.

Quelques-uns de ces arrêts méritent d'être cités: 1° un arrêt du conseil du 1er juin 1669 fixe le nombre des chirurgiens des maisons royales et de la

sont confluentes, et aux papules de la variole à son début dans les points où elles sont discrètes. Douleur épigastrique. (Potion avec ipéca stibié.)

Troisième jour. Le vomitif a produit quelque soulagement; nuit plus calme, moins de céphalalgie, langue plus nette, un peu d'impatience d'être malade; la sœur voudrait manger. Ventre un peu rénitent, indolent, sans gargouillements. Les oreilles sont toujours pleines de bruits. L'éruption exanthémo-ecchymotique se montre jusque sur les orteils. Pouls à 80; peau halitueuse. (Infusion de mélisse; lavement émollient; eau de poulet.)

Quatrième jour. Nuit agitée; la prostration augmente, la malade s'impatiente, le moral s'affecte; six selles pendant la nuit; dégoût pour les boissons; le gosier se sèche; déglutition un peu pénible; pouls à 90. (Infusion de mélisse et de feuilles d'oranger; cataplasmes sur l'abdomen; lavement émollient; gargarisme acide.)

Cinquième jour. Pendant la nuit, sueur abondante, suivie de calme; les règles ont reparu; céphalalgie moindre; déglutition facile. (Org. miel. lacté; lavement émollient.)

Le soir, la fièvre augmente et l'irritabilité nerveuse reparaît.

Sixième jour. Nuit agitée, douleurs vives des membres inférieurs; délire, paroles incohérentes, a de la peine à se rendre compte de ce qui se passe autour d'elle. Visage un peu grippé, œil injecté, hagard parfois. Pas de selles. Suppression de l'écoulement utérin. Pouls petit, serré, à 100; peau chaude, presque sèche. (Potion calmante avec éther; lavement émollient; onctions sur les membres avec huile camphrée.)

Plus de calme dans la soirée, pouls plus large, inégal, à 110.

Septième jour. Le délire a augmenté pendant la nuit. Les joues sont un peu gonflées et rouges comme au début de l'érysipèle. L'éruption morbilliforme persiste, quelques taches pâlissent, d'autres se foncent. Pouls assez large, égal, à 75 seulement; température des mains un peu abaissée; constipation, ventre un peu ballonné. (Citrate de magnésie, orge miel.)

Le soir, l'agitation nerveuse augmente; la sœur Thérèse se croit damnée. Pouls petit, concentré. (Infusion de racine d'angélique; émulsion camphrée.)

Huitième jour. Nuit agitée, face vultueuse, œil fixe ou hagard, un peu injecté, sourcils froncés, réponses nulles ou très-lentes, justes parfois. Langue saburrale, encore humide; ventre souple; pouls assez large, régulier; chaleur vive. (M. p.)

Elle n'a pas voulu boire de la journée; le soir, à huit heures, elle est immobile, les yeux largement ouverts; silence obstiné. Coma vigil et catalepsie. Les bras et les mains gardent la position qu'on leur donne; chaleur vive; pouls très-fréquent, petit, à 150. (Lavement avec camphre, 5 décigrammes; compresses d'eau glacée sur la tête; vésicatoire à la nuque.)

Neuvième jour. Cet état s'est prolongé jusqu'au matin. Le lavement a été gardé; elle a pu sucer quelques quartiers d'orange; mais elle est bientôt retombée dans le coma vigil et la catalepsie; pupille un peu dilatée, conjonctive injectée; ventre légèrement ballonné; pouls à 128. (Lavement avec camphre et assa-fœtida, 4 grammes. Le vésicatoire a bien pris, il sera entretenu; glace sur la tête.)

Le lavement a été donné à onze heures. A midi, amélioration merveilleuse; présence d'esprit parfaite, regard calme et doux, réponses faciles. La sœur Thérèse dit qu'elle est mieux, cependant elle est damnée. Ce point excepté, elle raisonne très-bien. Elle boit volontiers; les urines, abondantes, sont involontaires; pas de selles; pouls à 110, de qualité moyenne. On entretient la glace sur la tête et l'on place des cruches d'eau chaude aux pieds.

L'amélioration se soutient toute la soirée. On lui propose de communier; elle y consent; mais, au moment où on lui présente l'hostie, elle jette des cris, assure qu'elle est damnée et tombe dans une crise nerveuse violente qui se renouvelle plusieurs fois pendant la nuit.

Dixième jour. Ce matin, plus de calme, peau fraîche, pouls petit; elle répond à voix basse, montre la langue et sourit. Elle ne peut, dit-elle, parler plus haut. (M. p.)

Huit heures du soir. Le lavement n'a pas été gardé; on a négligé de le renouveler; agitation nerveuse dans les mains et cris étouffés toutes les heures environ pendant une minute, depuis midi. On fait prendre le lavement antispasmodique.

Onzième jour. A minuit, les cris ont cessé; mais le facies est animé, l'œil injecté, hagard. Elle se dit très-mal; délire sourd; l'aphonie persiste. (Même lavement à neuf heures du matin. Il a été gardé jusqu'à midi.)

A six heures du soir, face moins rouge, œil plus calme, mais un peu de trismus; découragement.

Douzième jour. Amélioration sensible, sommeil assez paisible, facies plus naturel, regard plus intelligent, ventre souple; pouls à 112. (M. p.)

La journée s'est bien passée; un peu de dysurie. (Cataplasme à l'hypogastre.)

Treizième jour. Amélioration soutenue; la voix est revenue; température normale; pouls petit, faible, à 80; mais il y a un peu de céphalalgie. La dysurie a augmenté; douleurs assez vives dans les membres, appétence, langue assez nette, mais peu humide. (Bouillon de poulet; lavement émollient; émulsion; lin édulcoré pour boisson; onction huileuse sur le ventre et les cuisses; cataplasme hypog.)

Quatorzième jour. Nuit assez bonne; urines plus faciles; idées plus nettes, sourire, appétence. Mais la langue est couverte d'un enduit pultacé, l'hypogastre douloureux, le pouls petit, faible, à 72. Vertiges, bourdonnements, troubles de la vue. (M. p.)

A huit heures du soir, face un peu congestionnée, veineuse, fraîche, ainsi que les mains; somnolence.

Quinzième jour. Nuit bonne, intelligence présente; la sœur cause volontiers, elle désire des potages et de l'eau vineuse; gêne dans les mouvements de la mâchoire et de la langue. Ventre rétracté, toujours douloureux; pas de selles, urines toujours involontaires; pouls petit, faible, inégal, à 75. La peau montre encore de nombreuses macules d'un gris fauve. (Tapioca, eau vineuse; gargarisme acid.; émulsion; lav. émol.)

Seizième jour. Sommeil encore mêlé de rêves; le pouls est tombé à 60; pas de selles, malgré les lavements; visage meilleur, appétence, ventre moins douloureux. On croit toucher à la convalescence. (M. p.; lavement huileux.)

Sept heures du soir. État nerveux, roideur des membres, surtout des bras. Un peu de céphalalgie et de dysphagie; n'a voulu prendre qu'un peu de bouillon; peau assez fraîche; pouls à 70, petit et faible. (Potion avec chlorhydrate de morphine, 2 centigr., et eau de laurier cerise, 4 grammes.)

Dix-septième jour. Même état. Face grippée, le trismus augmente, la langue est très-sale. Éruption d'ecthyma aux fesses. État inquiétant. (Même potion, lav. avec 3 décigr. de camph. et 4 gr. d'assa fœtida.)

Huit heures du soir. Le lavement a été gardé; le calme est revenu; sommeil dans l'après-midi.

Dix-huitième jour. La nuit a été très-agitée. Roideur des bras, céphalalgie, état nauséeux, ventre sensible, selle molle involontaire, malaise. Pouls petit, faible à 72, mains un peu cyanosées, peau fraîche. Cependant l'expression du visage est meilleure, l'intelligence très-présente, la langue se nettoie et se tire aisément. (Lavement *ut suprà*, vin sucré avec 1 gr. d'ext. de quinq., infusion d'arnica.)

Huit heures du soir. Journée assez calme, une selle, peau bonne, pouls relevé.

Du dix-huitième au trentre-cinquième jour, la sœur Thérèse a présenté le spectacle bizarre d'une adynamie générale avec des excitations ou des atonies locales alternatives. Ainsi le trismus et la paralysie des génio-glosses, des spasmes des muscles des bras et des jambes, puis la demi-paralysie des membres. Le pouls est, en général, lent, petit et faible. Le visage très-changeant, l'intelligence présente, mais évidemment très-déprimée. Elle parle comme dans un rêve et pourtant répond juste, si ce n'est qu'elle se croit toujours damnée. Elle a des songes sinistres et parfois un sommeil calme. Il

---

suite de la cour à 56, savoir : le premier chirurgien de Sa Majesté, son chirurgien ordinaire, 8 chirurgiens servants par quartiers, les 4 chirurgiens de son écurie; les 4 chirurgiens de la maison de la reine; les 4 de la feue reine mère de Sa Majesté, le premier chirurgien de Monsieur frère du roi, son chirurgien ordinaire, 8 chirurgiens servants par quartier; 2 chirurgiens de la maison de Madame; le premier chirurgien, le chirurgien ordinaire et 8 servants par quartier de défunt Monsieur le duc d'Orléans; 2 de la maison de Madame douairière d'Orléans, 2 de la maison de Mademoiselle d'Orléans, 4 de la maison de Monsieur le Prince, et les 4 chirurgiens suivant la cour à la nomination du sieur Prévôt de l'Hôtel.

Ces chirurgiens des maisons royales et de la suite de la cour avaient droit et privilége d'exercer la chirurgie, et de tenir boutique ouverte à Paris sans être tenus de faire préalablement aucune soumission à la communauté des maîtres chirurgiens.

Trois ans plus tard, le 17 juin 1672, les chirurgiens de Paris ayant contesté aux chirurgiens des maisons royales le droit de pendre à leur boutique les marques et enseignes de leur profession, le roi ordonna que les chirurgiens de la famille royale mentionnés dans l'arrêt précédent pourraient pendre à leurs enseignes et boutiques des bassins, hottes, poëlettes et autres marques de leur profession, ainsi que les maîtres de Paris, à la charge d'être tenus d'ajouter à leurs enseignes les armes des princes et princesses de la famille royale au service desquels ils étaient attachés.

THOLOZAN.

(La suite prochainement.)

— Par décret du 19 août, ont été promus dans l'ordre de la Légion d'honneur, à l'occasion de l'exposition universelle agricole :

Au grade d'officier : M. Renault, directeur de l'École impériale vétérinaire d'Alfort.

Au grade de chevalier : M. Magne, professeur à l'École impériale vétérinaire d'Alfort, et M. Lhomme, jardinier en chef du jardin botanique de l'École-de-Médecine.

On n'aura peut-être pas oublié que, dans un article ayant pour titre : SUR LES COLLECTIONS D'ORCHIDÉES EXOTIQUES DU JARDIN DE LA FACULTÉ, nous avons publié l'an dernier une sorte de biographie de M. Lhomme; et ceux qui s'occupent un peu de botanique, ceux qui s'intéressent aux travaux ayant pour but le perfectionnement de cette science, ont appris quels services avait rendus à cette partie de l'enseignement le modeste fonctionnaire que l'empereur vient de décorer. P. M.

— Nous lisons dans les journaux de la semaine que notre honorable confrère M. le docteur Maillot va être appelé au conseil de santé de l'armée en remplacement de M. Michel Lévy, qui a cessé ses fonctions en prenant la direction de l'École du Val-de-Grâce.

M. Scrive, ancien professeur des hôpitaux d'instruction et tout récemment médecin en chef de l'armée de Crimée, remplacera M. Maillot comme médecin inspecteur.

survient des abcès furonculeux aux hanches. L'appétit est presque nul; mais elle boit avec plaisir du vin de quinquina et du vin sucré. On peut dire qu'elle n'a pas pris autre chose pendant cette quinzaine.

Le musc a paru calmer plusieurs fois les accidents nerveux, mais ils reviennent bien vite. En somme, la malade s'affaiblit visiblement, et on redoute une issue prochainement funeste.

Trente-cinquième jour. La nuit a été très-agitée, affaissement marqué. La sœur ne répond plus que par signes; elle enlève à chaque instant le pansement de vésicatoires volants qu'on avait placé à la nuque et aux angles des mâchoires et qu'on pansait avec de la strychnine. Pouls comme toujours, faible, petit, à 60. La langue est toujours enchaînée au fond de la cavité buccale. Lavement avec 200 grammes d'infusion de café. Ce lavement pris à onze heures a été gardé.

A midi, agitation extraordinaire; elle se dresse d'elle-même sur son séant; la respiration s'accélère, puis la sœur Thérèse rend avec effort une grande quantité de mucosités blanchâtres et filantes. Alors elle se dit mieux, demande elle-même à communier, insiste pour qu'on aille chercher le prêtre, parle d'une voix ferme, avec animation et une intelligence parfaite.

A cinq heures et demie, le visage a encore une expression très-intelligente et très-animée. La sœur Thérèse paraît heureuse; elle me raconte ce qui s'est passé, me demande d'elle-même si je veux voir sa langue et la tire facilement, puis elle mâche avec avidité un quartier d'orange, le trouve trop acide et désire qu'on le sucre; sa parole est empreinte d'une sorte d'exaltation. Le pouls est le même que ce matin, peut-être un peu plus fréquent. Ainsi le système nerveux paraît avoir recouvré tout à coup le plein exercice de ses fonctions. A partir de ce moment, elles n'ont plus cessé de s'accomplir, d'abord avec une grande langueur, qui ne s'est dissipée qu'au bout d'un temps très-long.

Soixante-cinquième jour. La convalescence a marché sans encombre, doucement et régulièrement. Les forces reviennent peu à peu. La sœur se lève une partie de la journée; les fonctions s'exécutent parfaitement, mais il reste encore les symptômes persistants de la convalescence du typhus: débilité des jambes, tintement d'oreille, quelques vertiges, faiblesse et petitesse remarquable du pouls.

Dans le courant du troisième mois, la sœur a pris des bains de mer et du fer qui ont beaucoup affermi ses forces et ont ramené les règles.[1]

Dans le quatrième mois, elle éprouve encore de temps en temps quelques lassitudes dans les jambes et des vertiges; elle a repris son service à la dépense du Val-de-Grâce, mais le travail de tête lui est encore pénible.

La durée moyenne de la maladie sur les 63 cas observés, à partir du moment où les malades prennent le lit jusqu'à celui où ils peuvent manger un potage a été de quatorze à quinze jours. La moyenne des cas graves terminés par la guérison est de 21, par la mort de 11. La moyenne des cas légers est de 10. Le chiffre total des décès est de 9 sur 63, c'est-à-dire d'un septième ou de 14,3 p. 100.

J'ai pratiqué huit autopsies, dont les détails diffèrent si peu de ceux que j'ai donnés à l'observation de Grossiort, qu'il est tout à fait inutile de les reproduire ici. Il suffit d'énoncer les résultats qu'elles ont fournis et qui se trouvent parfaitement conformes à ceux que M. Tholozan avait déjà indiqués au mois de février dernier dans la GAZETTE MÉDICALE.

Congestions extrêmement prononcées et disséminées dans divers organes, notamment le poumon, le foie, les reins, le cerveau, ou pour mieux dire ses membranes; augmentation de volume et ramollissement de la rate; souvent rougeurs assez étendues et ecchymoses par places sur la muqueuse gastro-intestinale, parfois de la psorentérie et du pointillé noir · lésions banales; mais quant à l'altération caractéristique de la fièvre typhoïde: des plaques de Peyer saillantes, molles ou dures, érodées ou ulcérées, et l'engorgement des ganglions mésentériques, nous ne l'avons jamais rencontrée.

L'absence de lésions caractéristiques dans le typhus, leur présence constante dans la fièvre typhoïde suffirait pour séparer radicalement ces deux affections. Mais si l'on y joint la différence d'origine et d'activité contagieuse, le signe spécifique de l'éruption, l'absence de symptômes abdominaux, l'invasion rapide de la stupeur et du délire, la forme souvent particulière de ce dernier, la durée plus courte de l'évolution morbide du typhus, parfois sa prompte terminaison par la mort ou son passage rapide à la convalescence, on sera forcé de reconnaître qu'il n'y a pas plus d'identité entre le typhus et la fièvre typhoïde, qu'entre la scarlatine et la rougeole, bien qu'il soit facile de constater entre les premières comme entre les dernières de ces affections de remarquables analogies.

Il ne convient pas plus de les nier que d'exagérer leur importance; quelque grande d'ailleurs qu'on veuille la faire, ce qu'on ne doit jamais perdre de vue dans les délicates questions de détermination des espèces nosologiques, c'est que l'*individualité* se constitue et s'exprime par la réunion, le mode de groupement et la résultante de tous les caractères, ou du moins des principaux caractères pris ensemble, tandis que chacun d'eux pris isolément n'a presque jamais qu'une valeur relative, qu'une signification vague et banale qu'il est toujours facile de récuser.

Qu'il me soit permis d'ajouter que la fièvre typhoïde et ses diverses formes me sont très-familières, que depuis près de vingt années je n'ai cessé de les observer en grand nombre, tant à Paris que dans des régions très-opposées de la France et même en Afrique, et que le typhus que je viens de traiter m'est apparu comme une maladie toute nouvelle, d'une physionomie toute spéciale qui ne m'a jamais permis de le confondre avec la fièvre typhoïde.

Mais cette affection nouvelle pour moi ne l'était pas dans nos livres. Si ma description n'a pas été trop imparfaite, on y reconnaîtra sans nul doute le *morbus petechialis* des trois derniers siècles, de Fracastor, de Ramazzini et de Borsieri, la fièvre des prisons et des hôpitaux de Pringle, la fièvre pétéchiale de Gênes, le typhus contagieux de Hildenbrand, celui même que quelques-uns de nous ont pu voir en 1814.

Pour moi, j'ai trouvé la maladie que je viens d'observer si semblable dans ses traits principaux à celles dont ces grands maîtres nous ont transmis la peinture, qu'ayant comparé la description générale que j'avais d'abord tracée du typhus du Val-de-Grâce, au résumé que fait Ozanam des diverses épidémies de typhus, je n'ai presque rien eu à y changer.

Sauf de légères différences de formes, que la diversité des temps, des lieux, des circonstances, imprime, comme chacun sait, à toutes les affections épidémiques et contagieuses, ces fièvres pétéchiales, le typhus de Hildenbrand et le nôtre sont essentiellement la même maladie; c'est le typhus proprement dit qui diffère spécifiquement de la fièvre typhoïde.

Cette conclusion, très-explicite sur ce point, est toutefois insuffisante. Dans l'état actuel de la science, il n'est pas permis de s'y borner.

(La fin à un prochain numéro.)

CHIRURGIE PRATIQUE.

ÉTUDES PRATIQUES SUR L'ATRÉSIE ET LES MAL-FORMATIONS DE L'ANUS ET DU RECTUM ET SUR LES OPÉRATIONS PAR LESQUELLES ON PEUT REMÉDIER A CES VICES DE CONFORMATION; par le docteur G. GOYRAND (d'Aix).

(Suite. — Voir les numéros 33 et 34.)

Troisième variété. — Nous comprenons dans la troisième variété tous les faits d'atrésie anale où le rectum se termine par un cul-de-sac sur le plancher du bassin, ou s'ouvre soit dans l'urètre soit dans la vessie. On peut distinguer dans ces cas deux sous-variétés; dans la première, le bassin est bien conformé, le rectum est développé complétement, et l'ampoule anale seule manque; dans la seconde, le rectum peu développé, très-court, est contenu dans un bassin incomplet et peu profond. La communication de l'intestin avec la vessie ou l'urètre, plus importante du reste au point de vue biologique qu'au point de vue chirurgical, peut avoir lieu dans l'un et l'autre cas. Nous allons nous occuper de chacune de ces deux sous-variétés.[1]

Première sous-variété. — Voici un fait remarquable de cette première sous-variété. Je l'ai observé il y a vingt-deux ans, et je l'ai publié à cette époque dans le journal hebdomadaire.

OBS. V. — Le 12 mai 1834 on apporta à l'hospice des Enfants trouvés d'Aix un enfant mâle très-chétif né à la campagne le 9. Il était d'une excessive faiblesse, froid et livide; il ne pouvait teter et vomissait tout ce qu'on lui faisait prendre. L'enfant n'avait pas rendu de méconium; il n'avait pas uriné depuis deux jours; nous eûmes bientôt trouvé la cause de ces accidents. Il n'existait pas d'anus. La région ano-périnéale repoussée en bas formait une tumeur rénitente, un peu allongée d'arrière en avant, qui devenait plus saillante quand l'enfant faisait des efforts.

Sur cette tumeur, à 1 pouce au devant du sommet du coccyx, se voyait une dépression légère où venaient se rendre quelques plis rayonnés: c'était évidemment un rudiment d'anus. De la partie antérieure de cette dépression cutanée naissait le raphé périnéal. Toute la région présentait une nuance verdâtre. Il était évident que c'était le rectum distendu par le méconium qui soulevait le périnée; je me décidai tout de suite à ouvrir le rectum à la région anale, et voici comment je procédai:

Je fis sur la ligne médiane une incision étendue du faux anus à la pointe du coccyx. La peau et la couche cellulo-adipeuse sous-cutanée divisées, j'arrivai sur un plan charnu formé de fibres parallèles, dirigées d'arrière en avant, que j'incisai dans la même étendue, parallèlement à ses fibres, dont j'écartais les faisceaux sans les diviser. Au-dessus de cette couche, j'en trouvai une plus résistante que j'incisai dans la même étendue et suivant la

même direction que les précédentes. J'aperçus enfin à travers une petite quantité de tissu cellulaire, le rectum terminé en un large cul-de-sac, et distendu par le méconium qui lui donnait une couleur noirâtre; et plongeant la pointe du bistouri dans l'intestin, je fis à cet organe une incision de 6 lignes. Au moment où l'intestin fut ouvert, nous en vîmes sortir avec impétuosité des gaz et une grande quantité de méconium consistant, qui se moulait en cylindre du volume du petit doigt. Mon doigt pénétra profondément dans l'intestin, que je trouvai largement dilaté.

Une mèche de charpie enduite de cérat fut placée dans l'incision.

Dès cet instant la défécation fut très-facile; l'enfant put boire et teter sans vomir. Le soir, sa voix avait repris un peu de force, la peau avait repris de la chaleur, la teinte livide avait fait place à une coloration naturelle. On continua l'usage des mèches. Tout marcha bien pendant dix jours.

Le 22, l'enfant fut pris d'un muguet qui le fit périr en trois jours.

La défécation fut très-libre jusqu'à la fin.

J'étudiai avec soin le mécanisme de cet anus artificiel; voici ce que j'observai : Les deux faisceaux charnus parallèles que j'avais séparés pour arriver au rectum étaient en contact quand aucune puissance ne les écartait. Dans l'acte de la défécation, la fente anale devenait elliptique, et après la sortie des matières fécales, quand les muscles abdominaux cessaient de se contracter, l'anus reprenait la disposition d'une boutonnière à bords contigus. Quand les faisceaux latéraux se contractaient, les bords de l'anus devenaient tendus, et dans cet état le sphincter à faisceaux parallèles aurait agi utilement pour retenir les matières fécales. J'avais vu plusieurs fois les lavements retenus de cette manière.

Je fis l'autopsie avec soin au point de vue chirurgical; en voici le résultat :

Le rectum se terminait par un cul-de-sac dont le fond, de forme conique, était dirigé en avant et s'avançait jusqu'au-dessous de la prostate. La partie inférieure de la grande courbe formée par cet intestin reposait sur le plancher du bassin. C'est dans ce point que le rectum avait été ouvert dans l'opération. L'incision que j'y avais faite, parallèle à l'axe de l'intestin, avait 5 lignes d'étendue; ses bords étaient intimement unis à ceux de l'incision du plancher du bassin. La boutonnière examinée à l'extérieur avait 8 lignes de longueur. Dans l'épaisseur de ses bords, on voyait un léger relief formé par les faisceaux du plan charnu sous-cutané; le trajet de la surface de la peau à la cavité du rectum était de 3 lignes et demie. Je disséquai avec attention le plancher du bassin, et je distinguai très-bien les feuillets profond et moyen de l'aponévrose pelvienne, et entre ces feuillets le muscle releveur de l'anus. Ces parties venaient se rendre de chaque côté dans les bords de la fente anale. Le plan charnu à fibres parallèles qui existait sous la peau avait 10 lignes de longueur et 4 de largeur, et s'insérait par son extrémité postérieure au sommet et à la face cutanée du coccyx, tandis que son extrémité antérieure venait s'insérer à une intersection aponévrotique qui le séparait de l'origine du muscle bulbo-caverneux et du sommet du transverse. Ce plan charnu était séparé du releveur de l'anus par le fascia décrit par Blandin, comme le feuillet moyen de l'aponévrose pelvienne, et de la peau par une mince couche cellulo-graisseuse. Le cul-de-sac recto-vésical du péritoine était séparé de la surface cutanée de la région périnéale par un intervalle de 10 lignes.

On ne peut méconnaître dans le plan charnu quadrilatère sous-cutané le muscle sphincter externe, dont le développement est ici bien plus grand qu'à l'ordinaire, comme si ce faisceau avait attiré à lui les matériaux qui auraient dû servir à la formation et au développement de l'ampoule anale. L'origine et la terminaison de ce faisceau musculaire sont les mêmes que celles du sphincter externe, dont il ne diffère que par la forme. Dans l'état naturel, ce muscle est formé de deux faisceaux latéraux circonscrivant un espace elliptique dans lequel se trouve l'anus, tandis que dans le cas présent, l'anus manquant, les faisceaux se confondent et marchent parallèlement.

L'enfant, dans ce cas, n'a pas succombé aux suites de l'opération. L'anus que j'avais pratiqué a parfaitement fonctionné jusqu'à la mort. Que l'état de souffrance dans lequel l'a mis pendant les trois premiers jours de sa vie son vice de conformation, que le défaut de soins (l'enfant était à l'hôpital) l'aient prédisposé au muguet qui l'a fait périr, c'est bien probable; mais ces causes éloignées de mort auraient agi de même, quel que fût le procédé employé pour donner issue au méconium.

Nous pouvons rapprocher de cette observation celle de M. Roux (de Brignolles), qui a été insérée dans le tome IV des Mémoires de l'Académie de médecine (1835). Chez le petit opéré de M. Roux, le rectum s'ouvrait dans l'urèthre; mais cette circonstance, ai-je dit, a peu d'importance au point de vue de la thérapeutique. M. Roux procéda, dans ce cas, avec prudence, et incisa couche par couche de la peau aux parties profondes; il reconnut, lui aussi, le muscle sphincter, dont il sépara les faisceaux sans les diviser, et ouvrit l'intestin, comme je l'ai fait dans le cas qui précède. Son petit opéré n'éprouva aucun accident primitif; mais la dilatation par les mèches ayant été suspendue quinze jours après l'opération, l'ouverture faite à l'intestin se resserra, et il fallut faire un nouveau débridement qui n'eut encore qu'un effet peu durable. Le chirurgien fit alors dilater l'ouverture avec des bougies courtes et épaisses entourées d'un linge cérate. La cicatrisation s'opéra, et quand M. Roux envoya son observation à l'Académie, l'enfant était *dans un état qui faisait espérer à l'opérateur un succès durable et à la famille un successeur robuste.*

L'anus fait par M. Roux à ce petit enfant a continué de fonctionner convenablement. La mort a eu lieu trois ans plus tard, par suite d'une scarlatine anormale, ainsi que nous l'a appris M. Debout (Bull. gén. de thérap., numéros de juillet et août 1855).

Je ne crois pas que dans un cas pareil on puisse raisonnablement proposer une autre opération que celle qui a été faite par M. Roux et par moi.

Deuxième sous-variété. — La disposition qui précède n'est peut-être pas la plus fréquente dans l'espèce d'atrésie dont nous nous occupons en ce moment. Souvent, quand l'anus manque, le rectum est incomplétement développé, et cette dernière circonstance augmente considérablement la gravité de l'atrésie; elle nécessite, en effet, quelquefois la création d'un anus artificiel. C'est ce que nous fîmes dans le cas dont nous avons publié l'observation dans la Gazette Médicale, et dont nous allons rapidement rappeler ici les principales circonstances. Nous compléterons notre observation en donnant l'autopsie de notre petit opéré, que nous n'avons point publiée alors, parce que nous tenions surtout à faire connaître nos idées sur le mécanisme de l'anus artificiel iliaque, que nous comprenons autrement que tous les chirurgiens qui s'en sont occupés avant nous, et que nous aurions craint de détourner l'attention de ce point essentiel en donnant les détails d'une autopsie qui n'apprenait rien à cet égard.

Obs. VI. — Un enfant mâle imperforé, âgé de 2 jours, nous est présenté le 29 octobre 1852. Il est d'une extrême faiblesse; il a la voix éteinte, les extrémités froides et livides; il vomit. L'abdomen est dur et volumineux. Au point où devrait se trouver l'anus existe une saillie de la peau en forme de crête, qui, se continuant au périnée et au scrotum avec un relief beaucoup moindre, forme le raphé. Le plancher du bassin est déprimé de bas en haut; les tubérosités ischiatiques sont plus rapprochées, et le coccyx semble situé plus haut qu'à l'état normal. L'appareil génital est bien conformé. Le premier jet d'urine est légèrement coloré par le méconium; l'urine coule ensuite parfaitement limpide.

L'intestin est évidemment en communication avec l'urèthre; mais l'absence de toute tumeur fluctuante à la région périnéale, la dépression de cette région, me font penser que cette communication a lieu par un prolongement étroit de l'intestin, et que cet organe est situé loin de la région anale; et comme je connaissais le résultat presque toujours funeste des opérations qui ont pour but le rétablissement de l'anus à sa place naturelle dans les cas où l'intestin se termine vers les régions supérieure ou moyenne du bassin, je me décidai à ouvrir l'S du colon au devant de la fosse iliaque gauche.

L'opération eut un plein succès, et l'enfant, dont l'anus artificiel fonctionnait très-bien, jouissait d'une santé parfaite, quand, à l'âge de 10 mois et demi, il fut pris d'un choléra infantile qui le fit périr en trois jours.

Voici ce que je constatai à l'autopsie :

L'enfant n'est pas grand pour son âge, mais il est gras et assez fort. Ses membres sont bien nourris, bien développés. L'anus artificiel, de forme ovale, a 2 centimètres et demi d'étendue dans son grand diamètre pour 15 millimètres de largeur; l'intestin n'est pas extraversé; l'S du colon est fixée à la paroi du ventre, autour de l'ouverture anale artificielle, par une adhérence très-intime. Une anse d'intestin grêle est prise dans cette adhérence au-dessus du colon.

L'intestin, qui a été ouvert, remonte de l'anus artificiel vers l'articulation sacro-iliaque et plonge dans le petit bassin. La partie intra-pelvienne de l'intestin, assez courte, est pleine de matières fécales molles d'un gris verdâtre.

Région ano-périnéale. — La place qu'aurait dû occuper l'anus est marquée à la peau par une dépression légère que remplirait une tête d'épingle un peu forte. A l'époque de la naissance, ce point était marqué par une saillie en crête au lieu d'une dépression. L'adhérence de la peau aux parties sous-jacentes est cependant à peine plus marquée au faux anus que dans le reste de la région. Cette peau est doublée d'une couche épaisse de tissu adipeux. Je cherche le sphincter externe : il existe à l'état rudimentaire, est constitué par un très-mince faisceau charnu, situé sur la ligne médiane et étendu du sommet du sacrum à l'origine du bulbo-caverneux. Ce corps charnu est si délié, si insignifiant, qu'il serait passé inaperçu si je ne l'eusse cherché avec attention. Je constate de nouveau le peu de distance qui sépare les tubérosités ischiatiques.

Je détache l'os des iles du côté droit, pour étudier les rapports du rectum dans le bassin, et je trouve la cavité pelvienne très-peu profonde et très-évasée du côté du ventre, presque toute occupée par le rectum. La vessie, petite et vide, est située presque entièrement hors le bassin, au-dessus du pubis. *Le cul-de-sac vésico-rectal du péritoine se trouve à la hauteur de la marge du bassin.* Il n'y a pas de méso-rectum. Le rectum décrit une courbe à concavité antéro-supérieure. La partie de sa face antéro-supérieure qui n'est pas recouverte par le péritoine est contiguë aux parois postérieure et inférieure de la vessie. La convexité postéro-inférieure de l'organe s'accommode à la concavité du sacrum et à la face supérieure du plancher musculo-fibreux du bassin. L'organe est uni à ces parties par un tissu cellulaire assez lâche; il passe au-dessus de la région où s'ouvre ordinairement l'anus, sans adhé-

rer à ce point plus qu'aux autres. Arrivé au-dessous de la vessie, il se rétrécit et se termine en un cône dont le sommet s'engage entre le col de la vessie et la prostate.

J'incise d'une part le rectum par sa face latérale, d'autre part l'urètre et la vessie à leur partie supérieure et antérieure, et introduisant un stylet délié, bien flexible et arrondi à son extrémité, dans le fond du cône vésico-prostatique du rectum, je vois arriver l'instrument dans l'urètre, au devant du verumontanum, dans le fond d'une petite fossette qui occupe la place de l'extrémité antérieure de cette petite éminence charnue, qui est plus courte que de coutume et comme tronquée.

Le bassin est ensuite disséqué avec soin; il est très-petit; l'ossification en est peu avancée; la lame ischio-pubienne est toute cartilagineuse; l'interligne cartilagineux qui sépare le pubis de l'iléon et de l'ischion est large. Il n'existe pas de coccyx, et le sacrum, très-court et presque droit, n'est formé que de quatre fausses-vertèbres, et n'a sur ses deux faces que trois paires de trous sacrés; ainsi, il manque de chaque côté un trou sacré, et le trou ou l'échancrure profonde que forme l'articulation de la base du coccyx avec le sommet du sacrum, et très-probablement les deux dernières paires de nerfs sacrés qui les traversent.

Ce dernier fait diffère beaucoup de celui qui précède. Tandis que, dans ma troisième observation, il existe un bassin et un périnée régulièrement développés, ici nous constatons une dépression remarquable du périnée, un rapprochement anormal des tubérosités ischiatiques, et à l'autopsie nous trouvons un bassin peu profond dont l'excavation, de forme conique, est très-évasée du côté de l'abdomen, très-rétrécie au détroit inférieur. Nous trouvons le squelette du bassin incomplet, un sacrum formé de quatre fausses vertèbres seulement, et pas de coccyx.

L'absence du coccyx dans l'atrésie de l'anus avait déjà été constatée par M. le docteur Villeneuve, de Marseille (Thèse inaugurale de M. Roux, de Narbonne. Montpellier, 1844); mais, différence singulière! chez mon petit opéré, bien qu'il eût prospéré jusqu'à l'âge de 10 mois et demi, que ses membres fussent bien développés, bien nourris, l'ossification du bassin était très-retardée, la lame ischio-pubienne était toute cartilagineuse; les interlignes cartilagineux qui séparent les trois portions de l'os des îles étaient très-larges, tandis que, chez le nouveau-né dont parle M. Villeneuve, qui mourut cinq jours après sa naissance, l'ossification du bassin était très-avancée, les trois pièces des os des îles étaient confondues, le bassin était formé de trois pièces seulement.

Le sphincter anal se compose de deux parties distinctes, une interne, circulaire continue, à la couche musculaire de l'intestin dont elle fait partie; l'autre, externe, elliptique, qui du coccyx et des deux côtés d'un raphé aponévrotique né du sommet de cet os s'étend jusqu'au devant de l'anus et se termine, dans ce dernier point, derrière le muscle transverse du périnée et l'origine du bulbo-caverneux, dont elle est séparée par une intersection fibreuse. La portion externe est formée de deux faisceaux qui, nés du même point en arrière, se portent en avant, en divergeant, pour embrasser l'anus, et au devant de cette ouverture se rapprochent de nouveau et se confondent à leur extrémité antérieure. Ces deux faisceaux forment donc une ellipse dans laquelle l'anus se trouve compris.

Quand l'anus manque, le faisceau annulaire ou intrinsèque manque aussi forcément; mais la partie extrinsèque existe encore; seulement elle n'est plus alors elliptique, mais forme un faisceau unique, à fibres parallèles, situé sur la ligne médiane, faisceau que j'ai trouvé large et épais chez le sujet de ma troisième observation, chez qui je l'ai utilisé dans mon opération; que M. Roux (de Brignolles) a aussi trouvé bien développé et a également respecté et utilisé chez l'enfant dont il a publié l'observation; mais si le faisceau charnu s'est montré fort et volumineux dans ces deux cas, où l'anus seul manquait, le rectum étant bien développé, ainsi que le périnée, le bassin et l'appareil osseux sacro-coccygien, il n'en était pas ainsi chez le petit enfant auquel j'ai fait un anus iliaque, et dont je viens de donner l'autopsie, ni chez le petit enfant qui fut disséqué par M. Villeneuve. Dans ces deux cas, ce faisceau charnu était très-mince. Chez le petit enfant de M. Villeneuve, il était arrondi et du volume d'une plume de corbeau; chez le mien, ce faisceau charnu, aussi arrondi, était très-délié et tout à fait insignifiant.

Cette disposition du sphincter a de l'importance au point de vue de l'opération à la région ano-périnéale.

L'absence de la dernière vertèbre sacrée et du coccyx, que j'ai constatée, implique l'absence des deux dernières paires de nerfs sacrés, et probablement aussi celle du dernier ganglion sacré du grand sympathique et d'un assez grand nombre de filets nerveux de la vie organique; or ces parties du système nerveux contribuent beaucoup à la formation du plexus hypogastrique, dont les filets se distribuent aux organes pelviens. Existe-t-il quelque rapport de causalité entre l'absence de cette partie du système nerveux et la non-formation de l'anus et d'une partie du rectum? C'est à la physiologie qu'il faut demander la solution de cette question.

Quand l'atrésie tient à un arrêt de développement, et non à une oblitération survenue pendant la vie fœtale, le cul-de-sac rectal descend ordinairement jusque sur le plancher fibro-musculeux du bassin, et arrive chez l'enfant mâle jusqu'au-dessous de la prostate ou du col de la vessie; chez la petite fille jusqu'au contact du vagin. Dans ces cas-là, si le rectum a peu de longueur, le plancher de la cavité pelvienne se trouve très-rapproché du détroit supérieur. L'excavation du bassin est alors très-peu profonde, et la vessie est presque toute située hors de la cavité pelvienne.

On a cependant vu aussi le rectum ne point se former et l'intestin se terminer par un cul-de-sac à la hauteur de la marge du bassin. Telles étaient les dispositions constatées dans deux faits qui ont été communiqués, au mois de février dernier, à la Société de biologie, par M. Godard (GAZ. MÉD., 10 mai 1856, p. 293, 294).

Dans les deux cas, le colon iliaque formait, à la hauteur de l'articulation sacro-vertébrale, un cul-de-sac volumineux entièrement fermé, dans un cas où il existait à peine quelques vestiges du rectum sans communication avec le colon, et donnant naissance, dans l'autre, à un canal ayant à peine le volume d'une plume de pigeon, aplati d'avant en arrière, qui ne renfermait pas de méconium et qui venait s'ouvrir dans la vessie, sur la ligne médiane, à 4 millimètres en arrière de la crête urétrale.

Dans ces diverses variétés d'atrésie, le cul-de-sac de l'intestin présente avec le péritoine des rapports différents. Si le rectum, ayant son calibre normal, occupe la cavité pelvienne, le cul-de-sac recto-vésical du péritoine se trouve situé très-loin de la partie de l'intestin qui doit être ouverte dans l'opération pratiquée par la région ano-périnéale. Ainsi il était à 10 lignes de la surface cutanée de cette région, chez le sujet de ma troisième observation, dont le rectum avait été ouvert à une profondeur de 3 lignes. Chez l'enfant à qui j'avais fait un anus artificiel iliaque (obs. VI), je le trouvai à la hauteur de la marge du bassin; mais dans les cas de transformation fibreuse du rectum, et dans ceux où cet intestin ne s'est pas formé, et où le tube intestinal se termine à la hauteur de la marge du bassin, le péritoine, avant de se réfléchir sur la vessie, coiffe souvent le cul-de-sac terminal de l'intestin; ainsi, dans le fait qu'il a publié, M. Forget a vu les rapports du péritoine avec le cul-de-sac intestinal, et a même noté que le cordon faisant suite à l'intestin était lui-même recouvert, dans une étendue de 3 lignes par le péritoine, qui adhérait fortement à ce cordon. Ces rapports de la membrane séreuse avec le cul-de-sac intestinal ont aussi été constatés et notés avec grand soin par M. Godard, dans les deux derniers faits de son intéressante communication à la Société de biologie (*Loc. cit.*)

(*La suite au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

(Suite.)

V. ANNALES ET BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

On trouve dans les livraisons du mois d'octobre 1855 au mois de février 1856 les mémoires originaux suivants : 1° *De l'albinisme;* par M. Édouard Cornaz. 2° *Méningo-encéphalite, à la suite de l'avulsion d'une dent;* par M. Van Leynseele. 3° *Sur une nouvelle méthode de traitement du lupus ou dartre rongeante;* par M. A. Valérius. 4° *Iléus compliqué de delirium tremens, guéri par les lavements laudanisés;* par M. Lesseliers. 5° *Plaie contuse du pouce suivie d'un phlegmon diffus de l'avant-bras; ligature de l'artère brachiale;* par M. Burggraeve. 6° *Considérations sur le thé et sur son acclimatement en Belgique;* par M. Boonewyn, pharmacien. 7° *Fracture multiple de la tête et des extrémités; amputation et ligature préalable de l'artère fémorale droite;* observation recueillie dans le service de M. Burggraeve, par M. Ingels, interne.

MÉNINGO-ENCÉPHALITE, A LA SUITE DE L'AVULSION D'UNE DENT MOLAIRE A LA MACHOIRE INFÉRIEURE (service de M. BURGGRAEVE); observation recueillie par le docteur VAN LEYNSEELE.

Cette observation est remarquable par la cause que l'autopsie seule pouvait révéler. Voici ce que l'on constata.

« L'os, à l'endroit où la dent avait été arrachée, était fracturé comminutivement. Le pus avait fusé le long de la mâchoire inférieure, qui était dénudée ; il avait contourné cet os et était monté le long de la branche du côté interne, jusqu'à la base du crâne, dans lequel il avait pénétré, par les trous ovale, grand et petit rond, s'y était épanché et y avait déterminé une méningo-cérébrite. »

M. Burggraeve pense que cette dernière affection était bien ici le résultat de la migration du pus depuis l'endroit où la dent avait été arrachée jusqu'au crâne lui-même. C'est là, du reste, une cause assez rare de méningite, peut-être unique dans la science. A ce titre, elle nous a paru mériter l'attention des praticiens.

PLAIE CONTUSE DU POUCE SUIVIE D'UN PHLEGMON DIFFUS DE L'AVANT-BRAS ; LIGATURE DE L'ARTÈRE BRACHIALE (service de M. BURGGRAEVE) ; par M. INGELS, élève interne.

OBS. — Le 21 août 1855, un homme entra à l'hôpital pour une plaie à bords contus, s'étendant depuis le sommet du pouce jusqu'au delà de l'articulation de la première phalange avec la deuxième. (Pansement simple.)

Le 24, on constate une dénudation de la phalangette. On en pratique l'extirpation.

Le 25, le pouce fut pris d'un gonflement inflammatoire, qui s'étendit les jours suivants à la paume de la main. Bientôt on y reconnaît la présence du pus. Une large incision lui donne issue.

Malgré cette opération, le pus fuse entre les muscles de l'avant-bras, où l'on pratique une ouverture le 29, et l'on passe un séton.

Le 31 août, troisième débridement ; application d'un deuxième séton.

Le 1er septembre, on place un troisième séton.

Le 3, nouvelle collection purulente. On pratique une longue incision.

4 et 5. Deux nouvelles incisions ; suppuration abondante. Le tissu celluleux intermusculaire se détache par lambeaux mortifiés.

L'état du malade s'améliore, et le 12 septembre la plaie était vermeille, l'état général excellent. Les muscles commencent à se couvrir de bourgeons charnus.

Le 15 septembre au matin, hémorrhagie abondante par la plaie, qui s'arrête bientôt pour se renouveler le soir et s'arrêter d'elle-même. (Application du tourniquet sur l'humérale ; boulettes de charpie portées au fond de la plaie.)

Le 16, nouvelle hémorrhagie. Le sang sort par jets saccadés d'entre les muscles. Évidemment il s'agit d'une hémorrhagie artérielle. (Compresses graduées sur le trajet de l'humérale, assujetties par un bandage compressif ; flexion forcée de l'avant-bras.)

Malgré ces moyens, il y eut une nouvelle hémorrhagie le 17. On lève le pansement et l'on essaye d'aller à la recherche du vaisseau lésé, dont on ne peut trouver l'ouverture bien que l'opérateur soit remonté jusque près de l'articulation du coude.

Le malade était exsangue. M. Burggraeve se décide alors à pratiquer la ligature de l'artère humérale. Aussitôt l'écoulement sanguin s'arrête.

Les suites de cette opération furent si heureuses que, le 27 septembre, le malade pouvait se lever, faire quelques tours dans la salle ; la plaie de l'avant-bras ne fournissait plus de pus même à la pression ; enfin, les lambeaux de la paume de la main commençaient à se recoller.

Cette observation présente ceci de remarquable que la ligature de l'artère brachiale, au lieu d'élection, n'a point été suivie d'hémorrhagie par le bout inférieur, malgré les larges communications de la radiale et de la cubitale, soit entre elles à la paume de la main, soit avec les collatérales à l'avant-bras. A quoi ce fait tient-il ?

Peut-être à cette circonstance que le phlegmon de l'avant-bras aurait, après l'ouverture artérielle, contribué à oblitérer le bout inférieur en y favorisant la formation d'un caillot sanguin qui aurait servi de tampon.

Quoi qu'il en soit de l'explication, l'observation n'en est pas moins remarquable, mais elle ne suffit point pour faire dévier de la règle commune, c'est-à-dire de la ligature des deux bouts artériels, toutes les fois qu'on le pourra.

ILÉUS COMPLIQUÉ DE DELIRIUM TREMENS, GUÉRI PAR LES LAVEMENTS LAUDANISÉS ; par le docteur LESSELIERS.

OBS. — Le sujet de cette observation, âgé de 40 ans, avait, depuis nombre d'années, contracté l'habitude des boissons alcooliques et des stimulants de toute espèce, ce qui avait amené une excessive irritabilité de tout le système nerveux.

Au commencement du mois d'août, il remplaça l'usage des spiritueux par celui d'un vin jeune : ce changement de régime amena des coliques, du dévoiement, puis une constipation opiniâtre suivie de vomissements continus et de coliques violentes.

La maladie résista à l'emploi des bains tièdes, des lavements, des boissons purgatives et des narcotiques (nicotiane, belladone), 4 grammes de la racine de cette dernière substance en infusion pour un lavement.

Le malade s'affaiblissait et des symptômes graves d'hallucinations se manifestèrent. C'est alors que M. Lesseliers eut l'idée de recourir au laudanum à la dose de *quatre grammes* par lavement, d'heure en heure, et de donner un peu de vin du Rhin pour boisson.

Le malade garda facilement les lavements, et une demi-heure après avoir pris le second, il survint du calme et il put bientôt s'endormir d'un sommeil paisible pendant cinq heures environ : à son réveil, il était bien, les coliques avaient cessé. Des lavements huileux lui firent évacuer des matières dures, globuleuses.

Cinq jours plus tard, la guérison était complète.

Pour expliquer les effets si prompts et si heureux du laudanum, l'auteur de l'observation suppose qu'il avait sous les yeux un iléus spasmodique, et que c'est en combattant directement le spasme intestinal que l'opium a pu réussir.

Cette opinion pourrait peut-être prêter matière à discussion ; mais nous nous bornerons ici à faire une seule remarque en faveur du laudanum : c'est que les buveurs supportent généralement beaucoup mieux les opiacés, et en sont plus favorablement influencés dans leurs maladies que la plupart des individus.

VI. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE BRUGES.

Les livraisons du mois de septembre 1855 au mois de mars 1856 contiennent les mémoires originaux suivants : 1° *Description d'un fœtus monstrueux péracéphalien* ; par M. Retsin. 2° *Observation d'une paralysie idiopathique de la face* ; par M. Caytais. 3° *Du diagnostic de la grossesse double par l'auscultation et le toucher se servant de contre-épreuve* ; par M. de Seré. 4° *Tumeur énorme développée à la partie supérieure de la jambe ; amputation de la cuisse ; variété très-rare d'enchondrome* ; par M. Verhaeghe. 5° *Observation de coxalgie hystérique* ; par le même. 6° *Opération de bec-de-lièvre chez un enfant nouveau-né ; alimentation par les injections nasales* ; par M. Retsin. 7° *Angine couenneuse ; symptômes de croup ; trachéotomie ; mort vingt-sept heures après l'opération* ; par M. Verhaeghe. 8° *Note sur l'emploi topique de la teinture d'iode comme moyen de traitement de la pourriture d'hôpital* ; par M. L. Saurel. 9° *Calcul vésical volumineux ; taille bilatérale ; guérison* ; par M. Verhaeghe. 10° *Modification au procédé opératoire du bec-de-lièvre* ; par le même.

DU DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE DOUBLE PAR L'AUSCULTATION ET LE TOUCHER SE SERVANT DE CONTRE-ÉPREUVE ; par M. le docteur DE SERÉ. (Mémoire couronné par la Société médico-chirurgicale de Bruges.)

L'application de l'auscultation à la détermination des grossesses doubles n'est point chose nouvelle ; cependant cette question n'a été bien élucidée que depuis le travail complet publié en 1847 par M. Depaul et dont les idées suivies à l'école de Paris ont été adoptées en Allemagne par Nœgelé, Vyrrish, etc., mais sans y rien ajouter. Le mémoire de M. de Seré a pour but de faire progresser cette question en corroborant les signes fournis par l'auscultation par ceux que peut donner le toucher vaginal. Voici le résumé de sa méthode de diagnostic dans la grossesse gémellaire.

Lorsqu'on a reconnu la position du fœtus par l'auscultation (le point où bat le cœur fœtal indiquant, d'après les lois des auteurs, quelle doit être cette position), on contrôle par le toucher vaginal si la position qu'il fait reconnaître est bien celle qu'indiquait l'auscultation. Voici les conclusions que l'auteur tire de cette double exploration :

« 1° Si l'auscultation donne pour résultat une position et une présentation que le toucher confirme, il n'y a qu'un seul enfant, et il est dans la position désignée.

» 2° L'auscultation ayant établi une position ou une présentation quelconque, si le toucher lui sert de contre-épreuve et vient contredire ce premier diagnostic, on a affaire à une grossesse double ou à un monstre. »

Ce n'est pas à dire que le diagnostic soit toujours aussi facile que semblent l'indiquer ces deux conclusions ; les principales causes qui peuvent jeter du doute sur l'existence d'une grossesse double sont, d'une part, l'*isochronisme* des pulsations fœtales, et, d'autre part, la mort d'un des fœtus. L'auteur indique avec détail comment on peut encore parvenir à pouvoir éliminer en partie et parfois en totalité ces deux causes d'erreur. Nous ne pouvons le suivre dans ces longues et minutieuses explications ; mais il est une remarque générale qui s'applique à tous les cas simples ou difficiles, c'est que l'utérus soit assez dilaté pour que le toucher puisse distinguer la partie qui se présente : ce moment varie beaucoup suivant les femmes, et ne saurait être bien précisé ; toutefois ce n'est pas avant cinq mois et demi qu'on peut espérer tirer parti de ce signe.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 11 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE.

DU SIÉGE ET DE LA NATURE DE LA COQUELUCHE; par M. BEAU.

(Commissaires : MM. Serres, Andral, Bernard.)

La coqueluche est caractérisée symptomatiquement par une sorte de toux convulsive qui ressemble, à s'y méprendre, à l'état momentané de suffocation que l'on éprouve quand on a avalé, comme on dit *de travers*. Cette maladie, propre à l'enfance qu'elle affecte souvent épidémiquement, est encore inconnue dans son siége et sa nature. Suivant quelques auteurs, c'est une forme de bronchite; pour d'autres, c'est une névrose pure et simple des voies respiratoires; pour d'autres enfin, c'est une maladie complexe qui tient à la fois des affections catarrhales et des névroses. Le but de cette lecture est de montrer que la coqueluche est une phlegmasie des voies respiratoires, c'est ce que m'ont appris les différentes nécroscopies que j'ai pratiquées. Je montrerai de plus que cette phlegmasie occupe un point assez étroit et singulièrement circonscrit; et c'est justement, comme nous le verrons, le siége particulier de cette phlegmasie qui nous expliquera facilement les symptômes caractéristiques de la coqueluche.

La coqueluche, avons-nous dit, ressemble à l'état momentané de suffocation que produit la pénétration d'une goutte de liquide dans le larynx. Il ne reste plus, pour la parfaite justesse de l'assimilation, qu'à trouver dans les circonstances matérielles de la maladie la goutte qui vienne tomber de temps en temps dans le larynx et détermine, comme celle qui s'y introduit quelquefois pendant l'acte de la déglutition, les accidents de suffocation que nous avons signalés. Or la possibilité d'une chute de liquide existe aussi dans la coqueluche, comme nous allons le prouver.

Le point de la membrane muqueuse des voies respiratoires, qui comme nous l'avons annoncé, est enflammé dans la coqueluche, est cette zone assez étroite qui existe entre l'orifice supérieur du larynx et les cordes vocales supérieures. Cette région sus-glottique assez peu étendue, comme l'on sait, va progressivement en s'élargissant à mesure que l'on remonte de l'hiatus glottique vers l'orifice supérieur du larynx, de telle sorte que sa forme générale ressemble assez à un *infundibulum* ou entonnoir dont la base est en haut à l'orifice supérieur du larynx, et le sommet en bas à l'orifice glottique. Voilà le point que les investigations anatomiques auxquelles je me suis livré m'ont démontré de la manière la plus positive être affecté d'inflammation. La membrane muqueuse qui constitue cet entonnoir sus-glottique est rouge, légèrement gonflée et souvent enduite d'un peu de muco-pus. Maintenant, le produit de cette sécrétion muco-purulente, lorsqu'il est en suffisante quantité, doit tomber ou couler sur la glotte, et elle ne peut manquer d'y être reçue en véritable corps étranger. C'est en effet ce qui arrive, c'est-à-dire que tout à coup la glotte se resserre, et qu'il en résulte un sifflement aigu à l'inspiration: puis se fait un mouvement de toux quinteuse et saccadé à l'expiration, et cette toux donne lieu au rejet d'une assez grande quantité de liquide pituiteux extemporanément sécrété, dans lequel la goutte muco-purulente, cause de tous ces symptômes, est délayée et entraînée.

Il nous reste maintenant à démontrer par l'ensemble des autres caractères de la coqueluche la réalité de la symptomatogénie que je viens de développer.

On partage généralement en deux périodes la durée de la coqueluche, une période *catarrhale* et une période *nerveuse*, et l'on part même de là pour lui reconnaître une nature complexe qui tient à la fois des affections catarrhales et des névroses. La période catarrhale, en sus des symptômes de suffocation intermittente et caractéristique, est marquée par des phénomènes généraux, tels que du malaise, de l'abattement, de l'anorexie, de la courbature et même quelquefois de la fièvre. La période nerveuse, beaucoup plus longue que la précédente, est constituée seulement par les symptômes de suffocation caractéristiques qui, dans cette période, sont à la fois très-marqués et très-fréquents. On doit voir que ces deux périodes sont parfaitement intelligibles au point de vue de la laryngite sus-glottique. En effet, dans la première période, dite catarrhale, il y a malaise, courbature, fièvre même, parce que la laryngite sus-glottique est à l'état aigu. Dans la seconde période, dite nerveuse, il n'y a plus de symptômes généraux, parce que la phlegmasie est passée à l'état chronique; et les symptômes locaux de suffocation caractéristique sont à la fois plus intenses et plus rapprochés, parce que la sécrétion du muco-pus qui va tomber sur la glotte, est tout à la fois plus facile et plus abondante.

Les quintes de coqueluche sont souvent hâtées par une cause morale, telle qu'une émotion, une colère, etc. Cette circonstance étiologique qu'on considère comme un cachet de névrose, s'explique très-bien par la nature phlegmasique de la maladie. En effet, on voit habituellement les individus affectés d'une dartre humide de la face, présenter une recrudescence subite de sécrétion dartreuse sous l'influence d'une vive émotion; pourquoi ce qui arrive dans l'inflammation sécrétante de la peau de la face, n'arriverait-il pas dans l'inflammation sécrétante de la laryngite sus-glottique, en provoquant plus facilement un paroxysme de coqueluche?

On a dit jusqu'à présent que les paroxysmes de coqueluche sont précédés par une sensation particulière de gêne au gosier ou à la partie supérieure du cou. Voilà un prodrome qui s'explique tout naturellement par le siége de la coqueluche à la région sus-glottique du larynx.

Enfin reste la question de contagion qui est admise dans la coqueluche, et qui se comprend facilement d'après les idées qui font l'objet de cette lecture. En effet, l'analogie porte naturellement à admettre que la laryngite sus-glottique qui donne lieu aux symptômes de la coqueluche, peut être contagieuse, comme la laryngite pseudo-membraneuse, comme certaines stomatites et conjonctivites. Des corpuscules ténus et en quelque sorte volatils de la matière inflammatoire peuvent très-bien, après avoir été expulsés dans l'expiration, être inspirés par d'autres individus, et se déposer dès lors sur un larynx sain qui s'enflamme ainsi par influence contagieuse.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 26 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

1° Le rapport de M. le docteur Matter, médecin inspecteur des eaux minérales de Castéra-Verdnzan, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1854. (Comm. des eaux minérales.)

2° Les tableaux des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements des Pyrénées-Orientales, de la Haute-Loire, du Loiret, du Cher, de l'Hérault, des Hautes-Alpes et des Landes. (Comm. de vaccine.)

— M. BRACHET écrit pour demander le titre d'associé national.

— M. POGGIALE adresse la note suivante :

ACTION DES ALCALIS SUR LE SUCRE DANS L'ÉCONOMIE ANIMALE.

Je demande à l'Académie la permission de lui présenter quelques observations sur la lettre que M. Mialhe lui a adressée dans la séance du 19 de ce mois, et dans laquelle, au lieu de répondre directement à mes objections, il s'écarte entièrement des termes du débat et insiste sur des faits admis par tout le monde.

Je remercie cependant M. Mialhe d'avoir reconnu que mes expériences d'injections de glucose avec les alcalis ont été exécutées dans les mêmes conditions que celles de MM. Bernard et Lehmann. Il regrettera, je pense, d'avoir rapporté d'une manière incomplète les expériences de M. Bernard, et d'avoir cherché à combattre les conclusions de mon travail par des faits qui n'ont aucune relation avec la théorie qu'il soutient.

M. Mialhe n'ayant point d'arguments à opposer à la citation textuelle contenue dans ma dernière lettre, a essayé de mettre M. Bernard en opposition avec lui-même; il a rapporté pour cela deux expériences en apparence contradictoires, mais qui en réalité ont été faites l'une et l'autre dans les conditions physiologiques. En effet si, dans ces expériences, qui n'avaient pas le même but, M. Bernard n'a pas obtenu les mêmes résultats en injectant 5 décigrammes de glucose dans la veine jugulaire d'un lapin, cela tient tout simplement à la rapidité avec laquelle se fait l'absorption, suivant que la solution sucrée est plus ou moins concentrée. M. Bernard a établi, par de nombreuses recherches, que M. Mialhe connaît, « que toutes les fois qu'on injecte plus d'un » gramme de glucose *dissous dans 25 centimètres cubes d'eau*, il en passe dans » les urines où il apparaît d'autant plus vite que la liqueur est plus concen- » trée. » (LEÇONS DE PHYSIOLOGIE, p. 216.)

Plus loin, p. 219, M. Bernard ajoute :

« Dans les expériences précédentes, nous avions toujours une solution » d'un gramme de sucre pour 25 centimètres cubes d'eau. Dans ces circon- » stances, le *sucre n'apparaissait pas au dehors*. Si, au lieu de cela, nous pre- » nons 1 gramme de sucre dissous dans 8 centimètres cubes d'eau, le sucre » *passe dans les urines*, bien qu'on n'en ait injecté sous la peau que 1 *gramme* » *seulement, comme dans le premier cas*.

» Ainsi, il peut se faire que, sans rien changer du côté des conditions phy- » siologiques de l'animal, *ni dans la quantité de sucre injectée*, l'apparition de » cette substance dans les urines ait lieu par l'influence seule de la *propor-* » *tion d'eau* de l'injection. »

Ces faits, et d'autres que je pourrais relater dans cette note démontrent qu'il n'existe aucune contradiction dans les deux expériences de M. Bernard, et que, dans l'une comme dans l'autre, on ne s'est pas mis en dehors des conditions physiologiques. J'affirme donc, avec ce physiologiste, qui au besoin me donnerait l'appui de son nom, que, malgré les dénégations de M. Mialhe, un demi-gramme de glucose introduit dans le sang disparaît on passe dans les urines suivant la proportion d'eau employée.

M. Mialhe semble avoir oublié la question principale, la théorie du diabète, pour ne s'occuper que de faits secondaires qui nous intéressent peu dans cette discussion. Il ne s'agit pas, en effet, de savoir ici que, d'après les expériences de MM. Bouchardat et Sandras, Bernard, Lehmann, etc., le sucre de canne est éliminé par les urines, et que le glucose, au contraire, disparaît dans l'économie. Nous ne demandons pas à M. Mialhe de nous apprendre que, suivant M. Bernard, si l'on fait pénétrer du sucre dans le sang d'un animal, jusqu'à une certaine limite, ce sucre pourra être détruit et n'apparaîtra pas au dehors, que le sucre du foie est celui dont on peut injecter les plus grandes quantités, et enfin que les sucres, qui sont destructibles, ont cependant leurs

limites de destructibilité. Ce sont des faits que la science a acceptés depuis longtemps et pour lesquels nous ne réclamons pas de nouvelles preuves.

Mais nous contestons, avec M. Bernard et tous les physiologistes, que le sucre n'est transformé en eau et en acide carbonique, dans l'organisme, que par les alcalis, et qu'il se détruit en *plus grande quantité* lorsqu'il est introduit dans le sang avec des carbonates alcalins. C'est ainsi que j'ai démontré, avec MM. Lehmann, Bernard et de Becker, qu'en injectant dans la veine jugulaire d'un lapin une solution de sucre et de bicarbonate de soude, on retrouve dans les urines *autant de sucre* que lorsque l'injection se fait avec une dissolution sucrée seulement. J'ai reconnu également que le sang des animaux *nourris à la viande*, avec ou sans bicarbonate de soude contient sensiblement *la même quantité de sucre;* qu'en augmentant considérablement l'alcalinité du sang, le sucre ne diminue pas, et qu'en dehors de l'économie animale, les carbonates alcalins n'agissent pas sur le glucose au-dessous de 95°. D'un autre côté, il résulte des expériences de MM. Bernard, Leconte et Reynoso, que les urines se chargent de sucre, sous l'influence du curare, ne l'azotate d'uranium, des vapeurs éthérées, ou en piquant la moelle allongée, certains muscles de la poitrine, etc. Dans toutes ces expériences, la quantité d'alcali n'est ni augmentée ni diminuée, et ce n'est pas par le défaut d'alcalinité du sang que le glucose est éliminé par les urines. D'ailleurs, la faible proportion d'alcali du sang ne permet pas de comparer les réactions de ce liquide à celles de la potasse caustique, par exemple.

Il est difficile de concevoir comment M. Mialhe a pu trouver, dans les travaux de M. Lehmann la confirmation de sa théorie. En effet, les analyses quantitatives faites par ce chimiste sur le sang de divers diabétiques prouvent que ni dans le sérum, ni dans la cendre provenant de la calcination, la proportion d'alcali ne se trouve pas diminuée.

M. Lehmann a voulu étudier d'une manière plus intime l'action des alcalis sur le sucre dans le sang de divers animaux, et il a fait, avec M. Uhle, des expériences nombreuses desquelles il résulte :

1° Que le carbonate de soude *favorise plutôt* qu'il n'arrête la sécrétion du sucre par l'urine. Ainsi, avec une solution de sucre simple, l'excrétion par l'urine ne se continue pas au delà de la quatrième heure après l'injection; le sucre mêlé d'alcali, au contraire, se montre encore même après dix-huit heures;

2° Qu'en injectant dans le sang d'un lapin de l'acide tartrique au lieu de carbonate de soude, on arrête presque complètement l'excrétion du sucre par l'urine. Après la seconde injection, l'urine devenait acide et elle ne renfermait pas la moindre trace de sucre. On continua cette injection pendant quinze jours, et on observa le même effet sur la composition de l'urine.

Ainsi, suivant M. Lehmann, l'alcali du sang ne détermine pas l'oxydation du sucre, et, au lieu d'empêcher son passage dans l'urine, il semble le favoriser. M. Mialhe dira-t-il encore que sa théorie a reçu la sanction de M. Lehmann?

Les expériences physiologiques d'un grand nombre d'observateurs, et celles que nous avons présentées à l'Académie, nous autorisent donc à considérer comme erronée la théorie de M. Mialhe. Nous défendrons cette opinion jusqu'au moment où il prouvera, par la *méthode expérimentale* et non *par des hypothèses*, que l'oxygène n'agit pas sur le glucose sans l'intervention des alcalis. (Renvoi à la commission nommée.)

— M. Colin réclame contre l'interprétation que M. Henri Bouley a voulu donner de ses expériences. Il cherche à établir que le prétendu traitement hydrothérapique a consisté à jeter sur la tête de l'un des chiens, et précisément de celui qui a succombé, une bassine d'eau froide; que si M. Bouley n'a pas vu l'autopsie de cet animal, c'est qu'il ne l'a pas voulu.

M. Colin a entrepris de nouvelles expériences qui confirment pleinement celles dont il a précédemment rendu compte à l'Académie. Elles démontrent, comme les autres, que la ligature de l'œsophage, convenablement exécutée, n'a pas de conséquence fâcheuse.

— M. le professeur Sédillot (de Strasbourg) adresse à l'Académie une lettre accompagnée de deux dessins, et dans laquelle il rappelle ses recherches sur le rétablissement spontané de la continuité de l'œsophage, à la suite de la section complète de cet organe par la ligature. Il a toujours constaté, dans ses expériences, de grands efforts de vomissement, dus selon lui à la section ou à la blessure des nerfs pneumogastriques et de leurs branches, lésion qui laisse libres et sans antagonisme les mouvements antipéristaltiques de l'estomac.

— M. Follin transmet à l'Académie le résumé de deux séries d'expériences qu'il a entreprises au sujet de la ligature de l'œsophage.

Dans la première série, le museau des chiens a été maintenu serré au moyen de quelques tours de ficelle; dans la seconde, les animaux ont été placés dans des conditions telles que l'expulsion de la salive ait pu se faire facilement. Les chiens de la première série ont tous succombé; des trois chiens de la seconde, un seul est mort.

M. Follin, en interrogeant les poumons des chiens qui sont morts, pense que l'un est admis à supposer que ces animaux ont succombé à une asphyxie rapide ou lente, et que cette asphyxie a été produite par la salive épaisse et gluante qui est venue boucher la partie supérieure des voies respiratoires. Chez les animaux dont le museau est laissé libre, il peut se trouver certaines conditions de faiblesse, certaines idiosyncrasies qui sont rebelles à cette expulsion de la salive et favorisent ainsi l'asphyxie.

Il résulte de ces faits l'enseignement, pour ceux qui expérimentent dans un but toxicologique, de pratiquer l'opération sur de gros animaux, et de telle sorte que l'écoulement de la salive soit toujours laissé libre. (Commission nommée.)

— M. le docteur Vigier (de Pontoise) adresse un mémoire sur une épidémie de variole et de varioloïde qu'il a observée dans cette ville, pendant les cinq premiers mois de l'année 1856. (Comm. de vaccine.)

— M. le docteur Becquet (d'Abbeville) adresse un mémoire sur une épidémie de rougeole observée dans cette ville en 1855. (Comm. des épid.)

— M. Festal, vétérinaire à Sainte-Foy, adresse une note sur quelques effets de la saumure sur le porc. (Comm. nommée.)

— M. Guilhou, officier démissionnaire, adresse un mémoire intitulé : Observations raisonnées sur la manière de traiter les cholériques. (Commission du choléra.)

— M. le professeur Retzius (de Stockolm) associé de l'Académie, adresse une lettre accompagnant l'envoi d'un moule en plâtre d'après le bassin de la fameuse géante laponienne.

— M. Velpeau présente à l'Académie, en son nom et au nom de M. Barth, un ouvrage intitulé : Leçons cliniques, dont M. Bennett fait hommage à l'Académie.

M. le Président annonce que M. Saucerotte, membre correspondant de l'Académie, assiste à la séance.

MALADIE DE BRONZE OU D'ADDISON.

M. Trousseau : Messieurs, je désire entretenir un instant l'Académie d'une maladie bizarre à laquelle M. le docteur Addison, médecin de l'hôpital de Guy, à Londres, a donné le nom de *peau bronzée*, de *maladie de bronze*, etc., et à laquelle appartiendra désormais le nom de maladie d'Addison, si l'on attache à cette affection le nom de celui qui l'a découverte.

Cette maladie cachectique, très-bien décrite par M. Addison, mène nécessairement à la mort, et, à l'autopsie, on a invariablement trouvé de très-graves lésions *des capsules surrénales*.

On a donc pu établir que la maladie d'Addison s'accompagne toujours d'une grave lésion des capsules surrénales, bien que de graves lésions des capsules n'amènent pas nécessairement la maladie bronzée.

Au même titre, par exemple, qu'invariablement dans la fièvre putride (*febris putrida genuina*, de Stoll), il y a des lésions des glandes dites de Peyer et de Brunner, bien que des lésions graves des glandes de Peyer et de Brunner n'amènent pas nécessairement les accidents de la fièvre putride.

Au même titre que les fièvres intermittentes légitimes s'accompagnent invariablement de lésions de la rate, sans que l'on soit en droit d'affirmer que les lésions de la rate donnent nécessairement lieu à la fièvre intermittente.

Il semblerait que les capsules surrénales, mises également dans l'oubli par les anatomistes, les physiologistes et les pathologistes, ont droit à un peu plus de place, et que désormais il faudrait compter avec elles.

M. Addison aura beaucoup fait pour leur rendre leur importance pathologique, M. Brown-Séquard pour leur donner en anatomie pathologique le rang qui leur appartient.

Les faits principaux observés par M. Brown-Séquard sont les suivants :

1° Les capsules surrénales sont très-sensibles.

2° Les capsules surrénales gagnent considérablement en poids et en volume depuis la naissance jusqu'à l'âge adulte (chez l'homme et chez les mammifères examinés) : d'où il suit que ces organes n'appartiennent pas exclusivement, comme on l'a dit, à la vie embryonnaire.

3° L'extirpation des deux capsules surrénales tue plus rapidement et aussi constamment que l'extirpation des reins. En moyenne, la survie n'a été que de onze heures et demie environ sur plus de 60 animaux dépouillés de leurs capsules surrénales (lapins, chiens et chats adultes, cochons d'Inde et souris).

4° Jusqu'ici, il n'a pas vu un plus survivre définitivement un seul animal après l'extirpation d'une seule capsule surrénale. La survie, en moyenne, a été de dix-sept heures.

5° Il s'est assuré que la mort, dans ces expériences, ne peut être attribuée ni à une hémorrhagie, ni à une péritonite, ni à une blessure des reins, du foie ou d'un autre organe voisin des capsules.

6° Les phénomènes qu'il a observés après l'ablation des deux capsules sont les suivants : affaiblissement graduel, excessif dans les dernières heures; respiration d'abord activée, puis notablement diminuée, irrégulière, saccadée, convulsive; battements du cœur affaiblis, mais plus rapides qu'à l'état normal, pendant plusieurs heures après la première; abaissement graduel de la chaleur animale. Enfin, dans les dernières minutes de la vie, vertiges, tournoiement, convulsions cloniques (le plus souvent) ou toniques. De l'éclampsie quelquefois, du tétanos plus rarement; souvent un état comateux.

7° Après l'extirpation d'une seule capsule surrénale, tous les phénomènes que nous venons d'indiquer s'observent, mais après une période durant laquelle l'animal a paru se rétablir à la suite des premiers effets de l'opération. Quand les convulsions existent, elles sont souvent plus violentes du côté de l'opération que de l'autre côté. Quelquefois l'animal roule ou vrille, comme après la piqûre des pédoncules cérébelleux moyens, et ce roulement commence par le côté du corps opposé au côté de l'opération.

8° Les lapins, à Paris, sont dit-on décimés par une maladie enzootique ou épizootique, qui semble être toujours mortelle et dans laquelle on trouve une inflammation des capsules surrénales produisant les mêmes symptômes que l'extirpation de ces organes.

9° Le sang des lapins sur le point de mourir après l'extirpation des capsules détermine, quand on l'injecte dans les vaisseaux, une mort prompte sur des

lapins dépouillés d'une seule capsule, depuis quelques heures seulement. Du sang pris sur un lapin en bonne santé fait revivre pendant quelques heures des lapins à l'agonie à la suite de l'extirpation des capsules.

10° Les plaies de la moelle épinière, dans certaines régions, ainsi que M. Brown-Séquard l'a expérimenté en 1851, sont suivies d'une hyperémie des capsules, et plus tard d'une hypertrophie. En outre, ainsi qu'il l'a reconnu récemment, il arrive quelquefois qu'à la suite des plaies de la moelle épinière, une inflammation violente survienne dans les capsules et tue l'animal en très-peu de temps.

Les conclusions à tirer de ces faits sont nombreuses. Les principales sont :

1° Les capsules surrénales paraissent être absolument essentielles à la vie.

2° Leurs altérations ou leur extirpation semblent agir de deux manières sur l'organisme : d'une part, leur fonctionnement, comme glande sanguine, manque, et le sang ne subit plus la modification que ces organes, à l'état normal, lui font subir; d'une autre part, leurs nerfs sont irrités et causent différents phénomènes, tels que les convulsions limitées à une moitié du corps, qu'on ne peut considérer comme dépendant de l'état du sang.

On a observé en France deux cas de maladie de bronze : le premier à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Cazenave; l'interne du service, M. Second-Ferréol, a très-soigneusement recueilli cette observation. Le second cas a été observé dans mon service, à l'Hôtel-Dieu.

Le nommé Lavallée, âgé de 30 ans, entré à la salle Sainte-Agnès, était avant son séjour à l'hôpital dans de bonnes conditions. Il était cocher du ministre de l'intérieur et ses fonctions n'avaient rien de bien pénible. Avant la maladie qui l'amène à l'Hôtel-Dieu, il a toujours été robuste. Cependant il a été rachitique dans son enfance, ainsi que l'attestent des déformations caractéristiques des tibias et des fémurs.

Il y a cinq mois, il commença à maigrir; il dit lui-même qu'il a *diminué des trois quarts*. Puis sa femme lui fit remarquer que ses mains étaient noires, ce qu'il attribuait d'abord à ses travaux; mais plus il les lavait et plus la couleur brune devenait manifeste. Sa figure et tout son corps prenaient la teinte d'un quarteron. Il avait de temps en temps des douleurs vagues dans la région lombaire. Il voyait ses forces diminuer chaque jour et tombait dans un alanguissement général. Il se décida le 30 juillet à entrer à l'hôpital.

A son entrée, on remarque chez lui une coloration bronzée de la peau du corps, surtout au mamelon, au creux de l'aisselle, au pénis et aux bourses; les lèvres et les gencives participent à cette coloration. Les ongles seuls forment un contraste par leur blancheur; ils présentent la décoloration de l'anémie avancée. Quoiqu'il ait beaucoup maigri, les chairs sont encore assez fermes, les muscles ne sont pas trop atrophiés. Les digestions sont bonnes; il a peu d'appétit et il éprouve pour la viande un profond dégoût. Sa poitrine est en bon état; le pouls régulier; bruit de souffle dans les gros vaisseaux. Le sang, examiné par M. Robin, est celui d'une personne légèrement anémique.

Éclairé par l'excellent résumé que M. Lasègue a publié des travaux d'Addison, je soupçonnai la maladie de bronze, que j'eusse probablement sans cela laissé passer inaperçue.

Le traitement du malade consista surtout en des toniques, du vin de quinquina, de la tisane vineuse, du fer. Il mange selon son appétit; la viande lui répugne.

Il éprouve bientôt de bons effets de ce traitement; il sent ses forces renaître, et il est heureux d'une guérison qu'il espère prochaine. Mais ce bien n'est pas de longue durée. Le 13 et le 14 août, il survient quelques douleurs de ventre sans colique, sans dévoiement. Le 15 août, le malaise augmente, le malade a un frisson de quelques heures; il refuse tout aliment; le soir, il est pris d'une diarrhée assez abondante. Le 16, la diarrhée continue, la peau se refroidit, les traits s'altèrent, le pouls est petit et fréquent; la teinte bronzée paraît plus prononcée. Le délire survient dans l'après-midi. Le 17, une prostration extrême fait place à l'agitation de la veille; l'intelligence est obtuse; les forces diminuent; la diarrhée ne cesse pas. Rien de cholériforme cependant. Le 18, à onze heures du matin, le malade meurt tranquillement, au dire de la sœur.

A l'autopsie, on ne trouva rien de particulier dans le cerveau; dans le poumon seulement quelques noyaux tuberculeux. Le foie, la rate et les reins n'offraient rien de remarquable. Les capsules surrénales, au contraire, transformées en tumeurs grosses comme un œuf de poule, étaient criblées de noyaux blancs, que M. Brown-Séquard a reconnus pour des dépôts tuberculeux; quelques-uns étaient ramollis.

L'observation recueillie par M. Second-Féréol, dans le service de M. Cazenave, est relative à un homme de 35 ans, dans les antécédents duquel on ne remarque guère autre chose qu'une blennorrhagie soumise à un mauvais traitement et quelques excès alcooliques. Des troubles digestifs survinrent; puis la coloration bronzée se montra d'abord au visage. Après des améliorations et des rechutes successives, la teinte brune parut se prononcer davantage et s'étendit aux mains. Le malade entra d'abord à l'hôpital Necker où il fut mis à l'usage de l'eau d'Enghien et de l'infusion de quinquina, ce qui permet de supposer qu'on avait reconnu chez lui la présence de tubercules. Enfin, au commencement de l'année 1856, il était entré à l'hôpital Saint-Louis. Là on constata très-positivement l'existence d'une phthisie pulmonaire assez avancée. Le malade quitta l'hôpital Saint-Louis, dans une période de soulagement, vers le milieu de février; puis il revint y mourir le 17 avril, après trois semaines de diarrhée, accompagnée de vomissements fréquents.

A l'autopsie, on trouva les deux capsules surrénales manifestement altérées; elles étaient volumineuses, très-dures et comme bosselées; M. Robin, qui les examina au microscope, n'y trouva cependant que des globules graisseux et quelques globules de pus.

La peau bronzée, soumise à l'examen microscopique, a offert, comme celle du nègre, une couche sous-épidermique de granulations pigmentaires très-abondantes. Et, chose remarquable, on a observé aussi que, chez les nègres, les capsules surrénales sont ordinairement plus volumineuses que chez les hommes de la race blanche, ce qui serait en rapport avec l'hypertrophie de ces organes invariablement signalée dans la maladie d'Addison.

(Nous publierons dans notre prochain numéro l'observation détaillée de coloration bronzée de M. Féréol avec les remarques de l'auteur.)

INJECTIONS IODÉES DANS DEUX KYSTES CONGÉNIAUX DU COU.

M. Jules Roux, chirurgien en chef de la marine à Toulon, membre correspondant de l'Académie, lit un travail sur la guérison des kystes congéniaux du cou par les injections iodées.

M. Roux ne se dissimulait pas les accidents et les dangers même d'une injection iodée dans une poche séreuse énorme, placée dans une région importante. Mais il céda à cette considération que si l'injection d'iode ne séjourne que peu de temps dans la cavité séreuse et qu'elle soit complètement évacuée, l'inflammation devra être affaiblie; la modification morbide, que les nerfs et les gros vaisseaux pourront en recevoir, sera atténuée; les dangers de la compression inévitable des vaisseaux, des nerfs, de la trachée, de l'œsophage seront sûrement conjurés; enfin la crainte de l'empoisonnement iodique sera éloignée.

La première observation de M. Roux est relative à un enfant de huit jours qui porte sur le côté gauche du cou un kyste multiloculaire, volumineux comme la tête d'un fœtus à terme.

M. Roux plongea profondément dans la tumeur une sonde cannelée en fer de lance, glissa rapidement dans sa cannelure un ténotome mousse et délié qu'il porta dans diverses directions, afin d'ouvrir le plus de poches possibles, sans courir risque cependant d'intéresser les gros vaisseaux. Mais il s'échappa environ 100 grammes de sérosité filante par l'ouverture du kyste. Celui-ci s'affaissa beaucoup et devint pâteux. La sonde cannelée retirée, M. Roux injecta dans la poche un liquide composé de : eau distillée, 50 gr.; teinture d'iode, 50 gr.; iodure potassique, 2 gr. Au bout de cinq minutes, la moitié de l'injection seulement fut chassée par de douces pressions. Un carré de taffetas gommé, une compresse et deux tours de bande composèrent le pansement.

Les suites de l'opération furent sans gravité, et aujourd'hui, six mois après l'injection iodée, l'enfant est bien portant, et il ne reste au cou nulle trace de la maladie.

La seconde observation a pour sujet une petite fille de 15 mois, affectée aussi d'un kyste congénial du cou et guérie par la même opération.

— M. le Président informe l'Académie que MM. Larrey et Delafond ont été invités à s'adjoindre à la commission chargée d'expérimenter la ligature de l'œsophage chez les animaux.

M. Bussy fait aussi savoir à l'Académie que le conseil a décidé, relativement à la communication faite dans la dernière séance par M. Piorry, sur un *lait artificiel*, que l'invention de MM. Choumara et Gaudin ne pouvait devenir l'objet d'un rapport qu'à la condition que ces messieurs en adresseraient la demande à l'Académie, en soumettant à son examen un travail manuscrit sur le lait de leur composition.

DISCUSSION SUR LA COMMUNICATION DE M. TROUSSEAU.

M. Bouillaud : Il y a dans la communication de notre savant confrère M. Trousseau deux choses principales, un travail sur une nouvelle maladie et une espèce de prologue de physiologie; mais qu'il me permette de le dire, c'est là de la physiologie amusante plutôt que de la physiologie instructive. Il faudrait de nombreuses expériences contrôlées par de nombreux témoins avant de tirer des conclusions comme celles de M. Brown-Séquard, dont M. Trousseau nous a donné lecture. Il n'est pas étonnant que nous ne sachions pas grand chose sur le rôle des capsules surrénales; généralement on a fait peu de recherches à ce sujet. Il y aurait à examiner deux choses : quelle peut être l'importance physiologique de ces capsules et à quelles formes de maladie correspondent leurs altérations. Si l'on s'en rapporte aux choses exposées, les capsules surrénales joueraient un grand rôle.

Je viens à l'observation de M. Trousseau, qui m'a paru très-intéressante et très-complète, mais jusqu'ici plus curieuse que féconde en résultats. Quant à moi, je trouve que M. Trousseau a attaché trop d'importance aux altérations des capsules surrénales. Un médecin, chargé par le ministre de l'intérieur d'examiner le malade de M. Trousseau, nous disait tout à l'heure dans la bibliothèque que ce malade s'était laissé mourir de faim par avarice; il ne mangeait que des légumes, non pas par dégoût de la viande, mais par intérêt. Dans les affections cachectiques, c'est une chose extrêmement rare qu'il n'y ait d'altérations que dans un organe, et je m'étonne de voir une cachexie nouvelle se présenter sans autre lésion pathologique qu'une altération des capsules surrénales. Je me borne à ces réflexions.

M. Trousseau : Je demande la parole pour répondre à mon honorable ami M. Bouillaud. Il m'a paru trop sévère lorsqu'il a parlé des observations de M. Brown-Séquard comme d'expériences de physiologie amusante. M. Brown-Séquard est un de ces observateurs sérieux pour lesquels il ne doit tomber que des paroles encourageantes du haut d'une tribune académique. Les expériences de M. Brown-Séquard ont été faites sur plus de 60 animaux, en pré-

nant toutes les précautions possibles pour ne léser ni les reins, ni les plexus nerveux, ni le foie à droite, ni la rate à gauche; il y aurait quelque chose d'étrange à ce qu'on ne pût rien déduire de ces expériences. Il est certain que quand on enlève les capsules surrénales, il se produit des désordres terribles.

Mon observation est curieuse, dit M. Bouilland, mais il croit que j'ai tiré de mon observation des conséquences que je n'ai pas voulu tirer. Je ne prétends pas qu'une hypertrophie, que des tubercules des capsules surrénales soient des désordres très-graves. J'ai dit seulement que M. Addison n'avait trouvé que très-rarement les capsules surrénales attaquées en dehors de la maladie de bronze. Je n'ai jamais pensé qu'un homme puisse mourir d'une altération des capsules surrénales ou d'une lésion des glandes de Peyer, pas plus que d'une angine couennense. Mais on peut imaginer que dans l'altération des capsules surrénales, aussi bien que dans les lésions que je viens de citer, il se forme une altération lente du sang qui occasionne la mort.

Il paraît que le malade soumis à mon observation était un avare et que, comme tous les avares, il cachait son défaut; c'était par intérêt qu'il se refusait à manger de la viande. Mais nous voyons tous les jours, dans nos hôpitaux, des hommes soumis à un détestable régime, et nous ne trouvons pas chez eux d'altération des capsules surrénales lorsqu'ils viennent à mourir. Il y a donc là une lésion spéciale, spécifique des capsules surrénales. L'importance que je trouve à ce fait est celle-ci: nous sommes souvent embarrassés dans le diagnostic des maladies cacochymiques; nous trouvons chez ceux-ci une altération des ganglions lymphatiques, chez ceux-là un engorgement de la rate, une lésion des reins. Ce que nous savons, c'est qu'à côté de certaines altérations anatomiques, il existe un état irremédiable. Voici une nouvelle altération anatomique avec une nouvelle forme de cachexie; ceci nous permet de porter un diagnostic utile. Il faut que le médecin puisse distinguer des maladies guérissables les maladies inguérissables, et c'est rendre service à la profession et à la science que de signaler celles-ci. Il était important de savoir que dans certains cas, quelque médication qu'on puisse employer, tous les efforts seront impuissants. Je ne crois pas qu'une lésion des capsules surrénales amène nécessairement la mort; car Addison ne l'a pas dit lui-même, mais quand la maladie de bronze existe, il y a une lésion grave des capsules surrénales.

M. Bouillaud : Je reviendrai seulement sur le mot de sévérité que mon honorable collègue M. Trousseau applique au jugement que j'ai porté au sujet des expériences de physiologie dont il a été question. Je ne veux d'autre preuve de mon appréciation que celle-ci: que M. Trousseau me dise quelles sont, d'après M. Brown-Séquard, les fonctions des capsules surrénales? L'extirpation de la rate, chez les animaux, amène aussi la mort; qu'est-ce que cela nous apprend des fonctions de cet organe?

M. Ségalas : L'extirpation de la rate n'entraîne pas toujours la mort; j'ai vu des chiens survivre à cette opération.

M. Gibert : Je me tiens en défiance contre ces faits nouveaux et extraordinaires qui nous viennent de l'étranger; j'y croirais davantage, je l'avoue, s'ils avaient été observés en France. Je suis étonné qu'un médecin ait recueilli un assez grand nombre d'observations de ce genre....

M. Trousseau : Onze.

M. Gibert : ... pour dire que la coloration bronzée amène nécessairement la mort. La coloration bronzée de la peau est excessivement rare; j'ai observé moi-même un fait analogue; mais non pas semblable à celui de M. Trousseau. Cette coloration peut être de deux espèces: l'une passagère; l'autre permanente, celle dont vient de parler M. Trousseau et qu'il ne faut pas confondre avec la teinte brune causée par des substances médicamenteuses, comme le nitrate d'argent. C'est chez une femme que j'ai vu se développer cette coloration bronzée, accompagnée de purpura; il n'y avait pas de lésions du côté des voies urinaires. Cette femme n'a pas succombé; je l'ai perdue de vue.

M. Trousseau : M. Gibert accueille défavorablement ce qui vient de l'étranger. Il conviendra cependant que M. Bright, collègue de M. Addison à l'hôpital de Guy, a rendu un grand service à la pathologie par ses travaux sur les lésions des reins. Je dis que les médecins qui appellent l'attention sur des maladies même incurables méritent bien de la science. M. Addison est un observateur consciencieux; il a été un des collaborateurs de M. Bright dans ses travaux sur les maladies des reins. Quant au nombre des observations qu'il a recueillies, il y a très-peu d'années que M. Addison a fixé son attention sur la coloration bronzée de la peau. Mais elle existait inaperçue avant lui, comme il y avait des endocardites avant les beaux travaux de M. Bouilland. Il y a toujours eu des hydropisies, les unes guérissables, les autres rebelles au traitement. Nous savons aujourd'hui qu'il y a des hydropisies que nous guérissons et d'autres que nous ne guérissons pas. J'en veux arriver à ce point que nous devons de la reconnaissance à M. Bright et à M. Addison pour leurs travaux sur des maladies chroniques, à M. Bright surtout, pour les travaux qui lui ont valu l'immense réputation dont il jouit dans le monde entier.

De l'iritis et de son traitement.

M. Quadri fils (de Naples), donne lecture à l'Académie d'un mémoire sur l'iritis et sur son traitement.

Il résulte des recherches de cet ophthalmologiste que l'iritis a beaucoup moins de gravité dans nos pays de l'Europe centrale que sous les latitudes méridionales de l'Italie. A Naples, la vue est abolie d'ordinaire après la première semaine; les douleurs sont si violentes que le malade préfère la cécité à la prolongation de ses souffrances.

M. Quadri a remarqué que l'iritis est plus grave dans les yeux noirs que dans les yeux bleus, même à Naples, et comme les yeux bleus sont plus communs dans le Nord, il se demande si ce n'est pas là une des causes qui font qu'on observe dans le Nord des guérisons plus rapides et des accidents moins nombreux. L'influence de la lumière plus vive du climat napolitain est sans doute aussi pour une assez grande part dans la persistance de la maladie. Dans l'Italie méridionale, les saignées, le traitement antiphlogistique échouent ordinairement.

M. Quadri fait consister son traitement en des frictions prolongées sur la face dorsale du pied avec une petite quantité de pommade de Cirillo; ce traitement doit ordinairement être continué pendant plusieurs semaines. Il a recours, en même temps, à des frictions sur le front et sur les tempes avec une pommade composée de sublimé, d'extrait de belladone et de graisse. Dans les cas de synéchies, il fait usage de l'atropine. Il se sert de l'opium et des sangsues pour calmer les paroxysmes des douleurs. Mais il faut être très-réservé, dit-il, dans l'emploi des émissions sanguines, si l'on ne veut pas voir survenir une amaurose incurable.

Sur 100 iritis, M. Quadri fils dit en guérir 95 par ce procédé; il y a 5 insuccès par le fait d'atrophie de l'œil ou d'abcès. (Commissaires : MM. Velpeau, Ricord.)

Anévrisme de l'artère dentaire.

M. Rufz présente à l'Académie une pièce pathologique : c'est un maxillaire inférieur creusé par un véritable anévrisme de l'artère dentaire.

Une jeune mulâtresse avait des crachements de sang que leur coloration ne permettait pas d'attribuer à des hémoptysies; l'examen de la bouche sur laquelle elle appelait elle-même l'attention fit reconnaître à M. Rufz l'existence d'une fongosité d'une ligne de diamètre à l'une des faces externes du maxillaire inférieur. Derrière cette fongosité était une molaire très-mobile. On percevait des pulsations en appuyant le doigt sur la surface fongueuse.

Le jour ayant été pris pour une opération, pour laquelle M. Rufz avait réclamé l'assistance de deux confrères, ce chirurgien appuya le doigt sur la dent mobile; il s'échappa un peu de sang; il exerça une pression plus grande, mais aussitôt des flots de sang jaillirent. M. Rufz incisa largement avec le bistouri la commissure de la lèvre, afin de faire les tentatives convenables pour arrêter l'hémorrhagie, mais la malade avait succombé.

L'examen du maxillaire fit reconnaître que l'artère n'existait plus dans la cavité dont il était creusé; les deux extrémités du vaisseau venaient aboutir à une véritable poche anévrismale à parois osseuses.

M. Broca, à qui M. Rufz a communiqué cette observation, ne pense pas qu'on ait jamais décrit rien de semblable.

— M. Bonnafont présente quelques instruments destinés à donner plus de facilité et de précision à l'opération du phymosis.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches sur la digestion des matières grasses, suivies de considérations générales sur la nature et les agents du travail digestif; par M. Blondlot.

Tous les êtres vivants ont besoin de puiser continuellement dans le monde extérieur des substances propres à réparer les pertes que l'action vitale leur a fait subir. Ces substances, auxquelles on donne le nom d'aliments ne sont absorbées qu'après avoir été modifiées soit dans leur composition, soit dans leur nature, en d'autres termes, qu'après avoir été digérés. La digestion est donc l'acte qui, élaborant les aliments, les soumettant à des agents particuliers, sépare les parties nutritives, de celles qui ne le sont pas, envoie dans l'économie, sous forme de chyle, les principes assimilables, et rejette à l'extérieur, sous forme de fèces, ceux qui sont impropres à la nutrition.

D'après leur classification physiologique, les aliments sont rangés en aliments albuminoïdes, en aliments amylacés et en aliments gras auxquels viennent se joindre les principes fixes. Comment se fait la digestion? Par quels agents la nature transforme-t-elle en chyle le bol alimentaire? Quels sont, dans l'économie, les organes destinés à ce changement? Dans son ouvrage de chimie, M. Dumas dit que la digestion ne s'opère que par réaction chimique; et en effet, comment expliquer avec la mécanique seule les nombreux phénomènes qui se passent dans le tube digestif? Grâce aux savantes recherches et aux ingénieuses expériences de Spallanzani, la parfaite connaissance de la digestion des aliments albuminoïdes est un fait acquis à la science. Le suc gastrique, et dans celui-ci une substance particulière à laquelle Schwann a donné le nom de *pepsine*, sont les agents qui transforment en chyme les matières albumineuses.

Ces faits ont été confirmés par les expériences de Beaumont, de Tiedemann et Gmelin, de Leuret et Lassaigne, etc. Les digestions artificielles que ces physiologistes ont obtenues en sont des preuves irrécusables, et le moyen thérapeutique conseillé il y a quelque temps par

M. Corvisart, vient encore ajouter un fait de plus aux importantes recherches que la science possède sur cette partie si intéressante de la physiologie. Mais la pepsine n'exerce pas, selon Schwann, son action digérante sur tous les aliments. L'amidon et la graisse ont besoin, pour être transformés en chyle, du concours d'autres liquides. Quels sont ceux destinés à la digestion de ces matières? M. Blondlot, dans deux mémoires importants, l'un présenté à l'Académie des sciences, l'autre à la Faculté des sciences de Paris, pour obtenir le grade de docteur ès sciences, fait commencer et terminer la digestion dans l'estomac. Les substances amylacées ne seraient pas, il est vrai, digérées par l'action du suc gastrique, mais celui-ci, en dissolvant les matières azotées, qui servent à réunir les granules de fécule, les rend susceptibles d'être entraînés dans les vaisseaux chylifères. Pour M. Blondlot, le suc gastrique mérite seul la dénomination de fluide digestif, car tous les autres ne sont que des fluides muqueux, des produits excrémentitiels, et s'ils ont une action, ce ne peut être qu'une action mécanique; tels sont la salive, la bile, le suc pancréatique. Ce que M. Blondlot disait en 1853, à propos des matières amylacées, il vient de le compléter en ajoutant dans la même catégorie les matières grasses, qui sont émulsionnées dans l'estomac au moyen des liquides visqueux et albuminoïdes que contient cet organe, au moyen de la propriété péristaltique qu'il possède.

M. Blondlot cite l'expérience d'un chien qu'il a fait vivre avec une fistule au pancréas. Mais la nature a ses anomalies; en 1836, Mondière soutenait que, parce qu'il avait observé une atrophie du pancréas, ce n'était pas une preuve de son inutilité; et M. Blondlot se récrie contre les expérimentateurs d'autrefois, qui donnaient si ample carrière à leur imagination, et il cherche à détruire, par le raisonnement, les faits que l'expérience a conduit M. Cl. Bernard à admettre. Si le suc pancréatique est inutile dans la digestion, comment expliquer ce fait signalé par Bright, d'excréments chargés de graisse trouvés à l'autopsie d'un malade mort par suite d'une affection du pancréas, et celui dont le docteur Gross a entretenu la Société de médecine de Boston, et qui révélait un fait analogue?

Les expériences de M. Bernard ont fort heureusement engagé les médecins à suivre la route tracée par ces deux observateurs, et les journaux allemands nous apportent les résultats obtenus par des médecins qui, se servant des indications fournies par le physiologiste français, sont parvenus à diagnostiquer des maladies du pancréas. C'est Lussana le premier, et après lui Lisenmann, qui appliquèrent à la pathologie la découverte de M. Bernard. Ils citent huit observations dans lesquelles on est forcé d'admettre la nécessité du suc pancréatique dans la digestion des graisses.

M. Blondlot combat les résultats des travaux de M. Bernard; pour lui le suc pancréatique normal dont se sert ce physiologiste ne jouit pas des propriétés qui lui sont reconnues; et par le raisonnement plutôt que par l'expérience, il affirme qu'il possède des propriétés contraires. Un liquide ne peut pas, ne doit pas être normal quand il provient d'un organe lésé, et par conséquent atteint d'inflammation. Mais M. Bernard donne les caractères du suc pancréatique normal et met en opposition ceux du suc morbide, c'est la partie coagulable par la chaleur qui établit la différence entre les deux liquides.

Quant à la quantité du suc pancréatique que M. Bernard a retiré par le procédé qu'il indique, M. Blondlot le trouve insuffisant pour émulsionner même une faible proportion de matières grasses. Cette objection, bien qu'elle paraisse plus sérieuse que la première, tombe d'elle-même. En effet, d'après les expériences de M. Bernard, l'écoulement du suc pancréatique et de la bile se fait en quelque sorte d'une manière passive par la compression des organes sécréteurs abdominaux au moment de l'inspiration, et cesse quand on tire le pancréas hors de l'abdomen. Aussi M. Bernard recommande-t-il d'opérer avec célérité et de laisser le moins possible le suc pancréatique au contact de l'air.

M. Bernard cite ses expériences sur l'action spéciale du suc pancréatique sur les matières grasses neutres étudiée en dehors de l'animal, et il a observé que, à la température de 35 à 38 degrés, le suc pancréatique normal fait avec plusieurs espèces de corps gras des émulsions persistantes, persistance qui tient à ce que la graisse n'est pas simplement divisée et émulsionnée, mais qu'elle est en outre modifiée chimiquement. En effet, elle se dédouble en acide gras et en glycérine.

Les expériences faites sur l'animal vivant ont conduit M. Cl. Bernard à admettre que la digestion des matières grasses, c'est-à-dire la formation d'un chyle blanc, laiteux, homogène, contenant des matières grasses émulsionnées et modifiées ne se produit que dans l'intestin audessous des conduits pancréatiques. M. Blondlot admet le même chyle, c'est-à-dire qu'il lui reconnaît les mêmes caractères, mais c'est l'estomac seul qui l'a produit.

Il n'est pas admissible que des causes aussi différentes puissent produire des effets aussi semblables, et puis les expériences de M. Bernard faites et renouvelées tant de fois ont toujours donné des résultats tellement identiques, qu'elles ne peuvent être contre-balancées par celles qu'a entreprises M. Blondlot; aussi nous croyons pouvoir assurer que la théorie de la digestion telle que ce dernier physiologiste la comprend et l'explique n'est pas dans les règles générales de la physiologie, car si la nature dans la distribution des différents organes servant aux fonctions animales ne s'est pas montrée parcimonieuse, on ne peut pas non plus lui reconnaître une prodigalité telle, que le foie et le pancréas soient complétement inutiles. L'homme n'est pas le seul animal chez qui le pancréas existe; presque tous les animaux vertébrés, les mammifères, les oiseaux, les reptiles et les poissons en sont pourvus.

Si le suc pancréatique ne sert ni à la digestion des matières amylacées, ni à la digestion des matières grasses, à quoi pourrait-il servir? Un jour viendra peut-être où M. Blondlot nous le fera savoir; en attendant, nous croyons, avec MM. Bouchardat et Sandras, Bernard et Lassaigne, à l'action du fluide pancréatique.

E. Fégueux.

VARIÉTÉS.

— Dans la dernière séance de l'Académie des sciences, le président, M. Despretz, a annoncé dans les termes suivants la mort de M. Gerhardt :

« J'ai la douleur d'annoncer à l'Académie la mort de l'un de ses plus jeunes et de ses plus actifs correspondants, M. Gerhardt, professeur à la Faculté des sciences et à l'École de pharmacie de Strasbourg.

» Les hommes compétents s'accordaient à placer Gerhardt au rang des chimistes les plus savants et les plus habiles de l'Europe.

» Gerhardt a eu le sort de son malheureux ami et collaborateur Laurent, il a été enlevé à la science, dans la force du talent, quand il allait mettre la dernière main à la publication d'un ouvrage très étendu sur l'ensemble de la chimie organique.

» Il laisse une veuve et quatre enfants en bas âge et sans fortune. Il est à désirer que les amis de la science réunissent leurs efforts pour protéger cette famille si digne d'intérêt, et pour alléger le fardeau très-lourd qui pèsera sur la veuve de Gerhardt. »

— M. le docteur E. Barthez, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, vient d'être nommé médecin ordinaire du prince impérial.

— Le concours pour deux places d'aide d'anatomie, ouvert à la Faculté de médecine de Paris, vient de se terminer par la nomination de MM. Guyon et Eugène Nélaton.

— Mortalité de la ville de Londres. — Semaine du 9 au 16 août 1856. Mortalité générale, 1,250, savoir :

760 individus au-dessous de 10 ans.
150 de 10 à 40 ans.
145 de 40 à 60 »
156 de 60 à 80 »
39 de 80 et au-dessus.

1,250

275 individus ont succombé à la suite de diarrhées violentes et de choléra sporadique. Ce nombre, au point de vue de l'âge, se répartit comme il suit :

Au-dessous de 10 ans,	242
De 10 à 60 »	11
De 60 et au-dessus,	22
	275

— Par suite de la mort d'un assez grand nombre de médecins de l'armée d'Orient, des veuves et des orphelins se trouvent actuellement dans le plus grand dénûment. Afin de leur venir en aide, une commission s'est formée et a décidé qu'une souscription serait ouverte en leur faveur chez

MM. le baron Paul Dubois, doyen de la Faculté de médecine, président de la commission, 12, rue Monsieur-le-Prince.

le docteur Maheux, secrétaire de la commission, 39, rue des Jeûneurs.

On acceptera les souscriptions des personnes étrangères à la profession médicale.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : MALADIE D'ADDISON. — EFFETS DE LA LIGATURE LE L'ŒSOPHAGE. — ACADÉMIE DES SCIENCES : NOUVELLE ET HEUREUSE APPLICATION DE L'AUSCULTATION AUX ORGANES DE L'OUÏE.

L'intérêt principal des dernières séances de l'Académie a porté sur une communication du professeur Trousseau relative à la maladie des capsules surrénales, et sur diverses observations des effets de la ligature de l'œsophage.

Le nombre des expérimentateurs qui étudient les effets de la ligature de l'œsophage devient de jour en jour plus grand; quelques-uns des résultats qu'ils ont obtenus et communiqués à l'Académie sont intéressants, et dès aujourd'hui on peut dire que les assertions de MM. Boulay et Reynal gagneront à cette révision plus de précision sans rien perdre de leur importance générale.

Nos lecteurs savent déjà que *Thomas Addison*, médecin de l'hôpital de *Guy*, à Londres, a publié, au commencement de cette année, un livre intéressant sur les symptômes généraux et locaux des maladies des capsules surrénales. Pénétré de l'importance de ce travail, nous l'avons analysé dans un article bibliographique étendu (1), où nous avons donné le résumé des 27 observations citées tant par Addison que par les autres observateurs. Nous avons ainsi fait voir que dans les cas pathologiques jusqu'alors confondus sous les dénominations vagues ou trop générales d'anémie, de cachexie, de tuberculisation, de cancer, de dyspepsie, Addison avait cherché à distinguer une forme morbide spéciale, caractérisée par des symptomes particuliers : 1° *une couleur bronzée de la peau* due à une augmentation du pigment cutané, formant dans certaines régions, celles où normalement la matière pigmentaire est plus développée, des plaques plus foncées, et donnant ainsi lieu à un aspect tacheté; 2° l'*amaigrissement* et la *flaccidité des chairs*; 3° l'anémie; 4° un *affaiblissement* marqué caractérisé par la prostration du corps et de l'esprit avant toute usure du système musculaire; 5° l'*anorexie*, l'*épigastralgie*, des *nausées* plus ou moins persistantes, quelquefois des *vomissements*; 6° une *douleur lombaire* dont les caractères ont besoin d'être précisés; 7° des *convulsions*, des *accès épileptiformes*. Cette maladie, dont le caractère principal et pathognomonique serait la teinte bronzée de la peau, reconnaîtrait pour cause constante, suivant Addison, tantôt une inflammation aiguë ou chronique, tantôt différentes altérations et dégénérescences des capsules surrénales.

Il y a là, comme on le voit, une espèce pathologique nouvelle; des symptomes bien distincts, des altérations anatomiques bien localisées, tout ce qu'il faut pour légitimer la création d'un genre nouveau de maladies. Quelques esprits des plus sérieux et des plus distingués pouvaient faire obstacle pendant quelque temps à l'adoption de ces faits qui nous venaient tous d'Angleterre. Mais on en a observé deux cas analogues, chez nous, dans les hôpitaux de la capitale; celui dont la Gazette rapporte aujourd'hui les détails est le premier qui ait été reconnu à Paris. M. Trousseau en a observé un autre à l'Hôtel-Dieu et il en a fait l'objet de sa communication à l'Académie. Ces observations ne laissent rien à désirer; elles sont complètes sur tout ce qui regarde l'histoire de la maladie et la recherche des lésions anatomiques; elles coïncident parfaitement avec les faits déjà cités en Angleterre : coloration de la peau, amaigrissement, troubles gastriques divers; prostration et accidents nerveux que rien n'explique, issue nécessairement fatale, lésion des capsules surrénales.

(1) Gazette médicale, p. 276 et 296.

Ainsi, une maladie assez rare du reste, à ce qu'il paraît, n'est pas décrite, les observateurs, et les meilleurs cliniciens comme les autres, la voient sans la distinguer; ce qu'elle offre de spécial est pris pour une exception, une anomalie, une complication; ou bien ces symptômes caractéristiques ne sont pas même aperçus. Les malades vomissent, ont de l'anorexie, de la diarrhée: complications assez fréquentes de certaines cachexies, dira-t-on; l'amaigrissement, la prostration des forces, l'anémie, seront les conséquences d'une tuberculisation; la douleur lombaire sera l'effet direct de l'affaiblissement; les convulsions, les accès épileptiformes, le délire, trouveront leur cause dans l'état d'appauvrissement du liquide sanguin. C'est là ce qu'on enseigne et ce qu'on croit encore généralement.

Mais qu'un observateur plus heureux ou plus perspicace vienne à reconnaître l'analogie de ces cas en apparence exceptionnels, qu'il les rassemble, les compare entre eux, les groupe dans une même catégorie, alors les ressemblances, qui tout à l'heure passaient inaperçues, seront saisies facilement, des caractères identiques seront découverts à travers l'apparente confusion des symptômes.

Cette prompte et facile reconnaissance du progrès est un des traits les plus caractéristiques de l'esprit scientifique de notre époque. On enregistrait les faits sous un nom particulier; qu'importe qu'on change quelques mois après leur dénomination, l'essentiel n'est-il pas, après tout, de les mieux connaître, de les mieux étudier, d'en pénétrer la nature.

Sous ce rapport Addison et les observateurs qui ont suivi sa trace ont fait faire un progrès véritable à cette partie de la pathologie. Que les faits observés par l'observateur anglais se vérifient: que les conséquences qu'il en a tirées se confirment ou non, il faudra toujours lui reconnaître le mérite d'avoir mieux étudié quelques-uns des cas les plus difficiles de la clinique, les plus vagues de la pathologie, et d'avoir essayé d'en rendre compte en les ralliant à une lésion pathologique nouvelle.

Peut-on dire dès aujourd'hui quel sera le résultat de la révision et de la vérification sur une grande échelle du travail d'Addison? Il est prudent peut être de ne pas se prononcer sous ce rapport. Comment, en effet, asseoir un jugement critique sur des observations qui ont été recueillies toutes au point de vue de la doctrine qu'elles sont destinées à confirmer. Ce qui manque à ces faits, et ce qu'on peut légitimement leur reprocher, c'est l'oubli si prompt de l'interprétation ancienne.

Avant Addison, l'analyse clinique ne portait-elle pas sur des cas analogues à ceux qu'il a observés? On les commentait, on les étudiait à un autre point de vue. On se demande s'il ne serait pas d'un exemple utile de discuter comparativement les faits au point de vue de la veille et

FEUILLETON.

LE DOCTEUR HENRY SCHEDEL.

Le Constitutionnel du 9 août dernier contenait un petit article ainsi conçu :

« Un journal suisse dit que l'on a découvert, lundi dernier, sur le mont » Pilate, le cadavre d'un étranger qui paraissait s'être tué en tombant d'un ro- » cher. Une carte trouvée sur lui portait le nom de Henry Schedel. Un rou- » leau d'or de mille francs était dans l'une de ses poches. »

Les journaux sont hons à quelque chose, on ne peut le nier; ils récoltent partout des nouvelles gaies ou sinistres; ils enregistrent dans leurs pages indifférentes des événements qui frappent certains cœurs d'un vrai coup de poignard; mais encore faut-il les remercier de ces cruautés utiles, car il vant mieux savoir qu'ignorer; la certitude est préférable au doute; on plaint celui qui est mort lorsqu'on aurait pu accuser un absent d'ingratitude et d'oubli.

Donc cette annonce du Constitutionnel, jetée au hasard de ses longues colonnes, est allée tout droit à l'adresse d'une famille, de quelques amis; ceux qui savaient que Schedel était parti tout récemment pour la Suisse ont reçu le coup le plus sensible; ils ont cherché à douter d'un malheur aussi cruel; ils ont pris des informations, ils ont écrit partout où ils pouvaient espérer un renseignement, et bientôt la cruelle vérité est apparue entière, il a fallu subir cette conviction désolante; le cadavre trouvé au pied de la montagne était bien celui de *Henry Schedel*, et il ne nous restait plus qu'à pleurer un homme digne de tous nos regrets.

Nous n'avons pas la prétention d'imposer au public nos tristesses, si amères qu'elles soient, un deuil privé n'a pas le droit d'aspirer aux honneurs d'une oraison funèbre; cependant il est des hommes dont l'obscurité volontaire renferme d'utiles leçons, qui méritent qu'on s'occupe de leur vie, parce qu'elle a été utile, qui ne doivent pas être oubliés quand la science a recueilli de leur travail des fruits dont la valeur n'est pas contestable. Nous croyons sincèrement que le docteur Henry Schedel est un de ces hommes qu'on ne peut laisser disparaître sans oser essayer de leur rendre justice. Qu'on nous permette de le démontrer.

Nommé élève interne des hôpitaux en 1824, il avait vingt ans à peine. Schedel ne tarda pas à entrer à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de Biett. Il se passionna pour l'étude des maladies de la peau; il rédigea les leçons cliniques de son chef de service, partageant avec son collègue, M. le docteur Cazenave, le soin de recueillir les matériaux d'un ouvrage qui a pris depuis longtemps dans la science un rang distingué, et que quatre éditions successives ont rendu européen. Schedel, par un heureux concours de circonstances, parlait avec une égale facilité le français, l'anglais et l'allemand; il était fort au courant de la littérature médicale de ces contrées diverses et donnait à

à celui du lendemain. En voyant ainsi le genre d'erreurs commises, non-seulement on les éviterait, mais on éviterait aussi les erreurs analogues. Ce rapprochement serait, du reste, le seul moyen de juger la doctrine proposée et d'en apprécier, à leur juste valeur, les avantages ou les inconvénients.

En l'absence de ces données, le problème si intéressant posé par Addison ne sera point complètement résolu.

Pour déterminer si les altérations des capsules surrénales, jusqu'ici à peine connues, mal définies par les anatomistes, ignorées des pathologistes, donnent naissance à un état morbide particulier, il faudrait étudier l'état des capsules non-seulement chez les sujets qui présentent la peau bronzée, l'affaiblissement, la dyspepsie, les nausées, les vomissements opiniâtres, les convulsions, mais encore chez d'autres sujets atteints de maladies aiguës ou chroniques différentes. Addison paraît avoir fait ce travail ; à ceux qui voudraient marcher sur ses traces, nous conseillerons un examen anatomique semblable. Si l'on démontre ainsi que, dans tous les cas ou dans la plupart des cas de maladie bronzée, les capsules surrénales sont altérées ; et d'autre part si l'on prouve par des recherches nécroscopiques suffisamment variées que les lésions des capsules ne se rencontrent pas avec d'autres groupes de symptômes, force sera d'admettre avec Addison les *effets généraux produits par les maladies de ces organes.*

M. le professeur Trousseau ne va pas aussi loin ; pour lui de graves lésions des capsules n'amènent pas nécessairement la maladie bronzée. « Au même titre, par exemple, qu'invariablement dans la fièvre putride » (*febris putrida genuina*, de Stoll), il y a des lésions des glandes dites » de Peyer et de Brunner, bien que des lésions graves des glandes de » Peyer et de Brunner n'amènent pas nécessairement les accidents de » la fièvre putride. Au même titre que les fièvres intermittentes lé» gitimes s'accompagnent invariablement de lésions de la rate, sans » que l'on soit en droit d'affirmer que les lésions de la rate donnent » nécessairement lieu à la fièvre intermittente. » Nous voilà déjà en dehors de l'idée fondamentale inscrite au titre même du livre d'Addison : *Des effets constitutionnels et locaux des maladies des capsules surrénales.* Selon M. Trousseau, si nous avons bien compris la pensée de l'éloquent professeur, les maladies des capsules surrénales se développent parallèlement aux symptômes de la maladie bronzée, n'ayant avec eux que des rapports de coïncidence. Ce serait une relation plus éloignée que celle qui existe entre l'altération des plaques de Peyer et la fièvre typhoïde. Dans ce cas, l'altération intestinale est, en effet, bien distincte dans l'espèce de ce qu'elle est dans toutes les autres maladies : phthisie, typhus, dyssenterie, choléra, etc. Tandis que dans la *maladie bronzée*, on voit figurer indifféremment parmi les altérations des capsules, sur 19 cas où elles furent examinées, 1 fois leur suppuration, 7 fois leur atrophie accompagnée de dépôts fibrino-calcaires, 2 fois leur augmentation de volume avec induration ; 3 fois des dépôts tuberculeux ou fibrineux, 6 fois des transformations cancéreuses ; dans la *fièvre typhoïde* l'altération anatomique est toujours la même, elle dépend du même processus pathologique, c'est une seule et même lésion sous des formes quelquefois un peu différentes à première vue.

Si la restriction apportée ainsi par M. Trousseau se confirme, il pourrait bien arriver que la découverte d'Addison ne fût pas aussi complète qu'on l'avait d'abord pensé. Si les symptômes énoncés ne sont pas l'effet de la maladie des capsules surrénales, si des lésions semblables de ces organes se rencontrent sans les symptômes de la maladie bronzée, C. Addison aura seulement découvert un groupe symptomatique nouveau, sans avoir réussi à déterminer les lésions qui le caractérisent.

Les nombreuses expériences tentées par M. Brown-Séquard sur les animaux pour déterminer le rôle physiologique des capsules, et les résultats auxquels est arrivé ce savant et infatigable expérimentateur, nous font penser qu'il y a plus qu'un rapport de coïncidence entre les lésions capsulaires et quelques-uns des symptômes de la maladie bronzée. Si les capsules, comme le pense M. Brown, sont des organes qui jouent un rôle important dans l'économie animale, toutes leurs lésions sont importantes à relever. On ne connaît pas leurs fonctions, mais on paraît être sur la voie de leur importance physiologique. N'oublions pas qu'avant Addison et Brown-Séquard, les capsules surrénales étaient considérées comme des organes d'une importance très-secondaire, et d'un rôle physiologique plus que douteux.

THOLOZAN.

— La lettre suivante révèle une nouvelle et heureuse application de l'auscultation aux organes de l'ouïe pour reconnaître les lésions profondes de ces organes ; elle est adressée à M. le président de l'Académie des sciences, par M. le docteur Gendrin.

« Monsieur le président,

» Tous les médecins savent qu'il est le plus souvent impossible de reconnaître les lésions profondes des organes de l'ouïe. J'appelle l'attention de l'Académie sur un mode d'exploration qui donne pour ces lésions des signes diagnostiques dont j'ai vérifié bien des fois l'exactitude depuis dix ans. Je recueille, à l'aide du stéthoscope ou même par mon oreille appliquée immédiatement sur celle du malade, les bruits que fait naître dans l'oreille moyenne de la personne que j'examine la propagation des vibrations sonores de la respiration, de la toux, de la voix, du sifflement labial, modifiées à dessein de diverses manières. Je prends le soin de rendre la propagation de ces vibrations sonores plus complète, en fermant les narines du malade. Comme les qualités de ces bruits varient avec les conditions physiques des cavités et des membranes qui les transmettent, j'en déduis des signes pathognomoniques pour les diverses régions des organes.

» Dans l'état physiologique, chaque expiration fait retentir dans l'oreille moyenne un bruit de souffle grave, doux, éloigné, qui s'éteint avant la fin du mouvement expiratoire. Si la membrane du tympan est perforée, ce bruit devient aigu, sec, parfois même sibilant, et plus prolongé. La trompe est-elle rétrécie ? Il devient intermittent et le souffle expiratoire semble alors formé de plusieurs souffles successifs, qu'accompagnent d'ailleurs, dans le plus grand nombre des cas, des bulles crépitantes dues à des mucosités contenues dans le pavillon de la trompe ou dans la caisse du tympan. On entend aussi des crépitations dans la carie de l'oreille interne ou lorsqu'il s'est formé, soit dans l'oreille interne même, soit dans les cellules de l'apophyse mastoïde, un foyer communiquant avec la caisse et la trompe non oblitérées ; mais, dans ces cas, les crépitations sont graves et humides.

» Les secousses expiratoires de la toux rendent plus brefs, plus

---

ses moindres travaux l'autorité d'une érudition bien rare chez nous et surtout chez les hommes de son âge.

Travailleur intrépide, il obtint la médaille d'or des hôpitaux en 1827, se fit recevoir docteur en médecine le 23 avril 1828, et tout annonçait que notre jeune confrère parcourrait dignement une carrière où il entrait avec un certain éclat ; mais une autre destinée lui était réservée. Biett lui confia un poste médical très-important qui devait absorber tous ses soins, et dès lors Schedel fut perdu pour la pratique ordinaire de notre art. Soustrait aux préoccupations de la clientèle, il se résigna aux travaux de cabinet, il composa une partie du TRAITÉ DES MALADIES DE LA PEAU, il se tint au courant de tout ce qui paraissait sur ce sujet, enrichit chaque édition nouvelle d'articles fort intéressants ; et cependant il s'affligeait presque du succès d'un livre dont il aurait voulu reporter tout l'honneur à Biett, auquel il appartenait réellement, à Biett qui, trop modeste et trop occupé, s'était généreusement dépouillé en faveur de ses deux élèves, de travaux approfondis sur cette matière, des résultats d'une pratique heureuse et d'un enseignement alors sans rival.

Schedel voyageait beaucoup ; il lui fut donné de parcourir successivement l'Italie, l'Angleterre et l'Allemagne ; il visita les universités les plus célèbres, se lia d'amitié avec les praticiens ou les professeurs les plus renommés, et chaque retour à Paris s'accompagnait d'un surcroît de richesses, de livres nouveaux, d'observations recueillies avec un soin patient, une précision consciencieuse.

Mais cette vie laborieuse et retirée ne devait pas durer longtemps ; la mort moissonna autour de lui les personnes entre lesquelles il partageait son temps, ses soins, son affection, et dès lors, seul, il commença une carrière nouvelle, pleine de labeurs et d'ennuis. En proie à une mélancolie profonde, portant au cœur une blessure cruelle, il eut recours à un travail opiniâtre pour remplir des journées qui lui pesaient. Quelques atteintes de rhumatisme vague l'ayant porté à user de lotions et frictions d'eau froide, il voulut connaître la valeur de cette médication, et le voilà parti pour Græfenberg, dans le but d'étudier l'hydrothérapie à sa source, c'est-à-dire dans le vaste établissement fondé par Priessnitz lui-même. Il a raconté les difficultés sans nombre qu'il rencontra, les obstacles qu'il lui fallut surmonter pour obtenir de ce médicastre jaloux la permission de suivre cette étrange clinique où la hardiesse et la sagacité de l'inventeur exploitaient la crédulité des malades et instituaient une des plus vastes expériences qu'on ait jamais tentées en faveur d'une méthode excentrique. Priessnitz ne pouvait croire qu'un homme vînt s'établir dans son désert, passât des semaines, des mois, à étudier le bizarre traitement auquel il soumettait tous ses clients, sans d'autres motifs que de constater des résultats, sans arrière-pensée de lucre ; il voyait dans tout médecin un rival, le fondateur d'un nouvel établissement hydrothérapique, et par conséquent une cause de diminution de l'affluence des malades vers sa maison.

Mais Schedel n'abandonnait pas facilement une voie dans laquelle il apercevait un but utile ; il tint bon, il dompta cette nature sauvage et cupide, et revint à Paris avec les matériaux d'un ouvrage qui parut en 1843, sous le titre d'EXAMEN CLINIQUE DE L'HYDROTHÉRAPIE. L'introduction, travaillée avec soin, forme sans contredit un des meilleurs chapitres qu'on ait écrits sur l'hydria-

nets, et par conséquent plus faciles à percevoir, les bruits anormaux qui se rapportent aux diverses lésions internes de l'oreille, dans les expirations simples.

» L'inspiration ne produit pas de vibrations sonores perceptibles dans les organes de l'ouïe sains. Mais si le tympan est percé, la trompe restant d'ailleurs perméable, on constate dans l'oreille, pendant l'inspiration, un souffle sibilant fort aigu et mêlé de crépitations humides, dont le malade lui-même a souvent conscience.

» La voix, entendue dans l'oreille, paraît plus grave et un peu vibrante; elle est entrecoupée de fréquentes intermissions, qui séparent brusquement les mots et même les sons syllabiques. Elle dégénère en un murmure confus et inarticulé si la trompe est rétrécie ou si la caisse est remplie par des mucosités, par du pus ou par l'exostose centrale du rocher. Elle s'éteint et ne s'entend plus si la trompe est bouchée. Elle est sifflante et s'accompagne de bulles crépitantes, quand la membrane du tympan est rompue.

» Dans l'état physiologique, le sifflement labial est transmis par l'oreille moyenne comme un souffle sibilant aigu venant de très-loin. Il arrive affaibli et entrecoupé d'intervalles silencieux ou presque muets si la trompe est rétrécie; et si elle est obstruée, il ne s'entend plus du tout. Au contraire, dans les cas où la membrane du tympan est détruite, le canal de la trompe demeurant d'ailleurs libre, le sifflement devient très-aigu et paraît très-rapproché : il semble au médecin que le malade lui siffle dans l'oreille.

» Dans la plupart des cas, on peut vérifier les bruits anormaux en auscultant comparativement l'une et l'autre oreille; car il est bien rare de rencontrer des deux côtés et au même degré la même lésion.

» J'espère, monsieur le président, que l'Académie trouvera dans cette lettre un exposé suffisant, quoique succinct, des nouveaux signes diagnostiques que je propose pour les maladies internes de l'oreille. Je la prierai donc d'en décider le renvoi à la commission des prix, si toutefois elle le juge digne d'examen.

» J'ai l'honneur, etc. »

PATHOLOGIE INTERNE.

NOTE SUR UN CAS DE COLORATION BRONZÉE DE LA PEAU COINCIDANT, CHEZ UN PHTHISIQUE, AVEC UNE DÉGÉNÉRESCENCE GRAISSEUSE DES DEUX CAPSULES SURRÉNALES; présentée à la Société de biologie, dans sa séance du 19 avril 1856; par F. SECOND-FÉRÉOL, interne à l'hôpital Saint-Louis.

L'attention du monde médical a été appelée, dans ces derniers temps, sur l'étude des lésions des capsules surrénales, et des troubles graves que ces lésions paraissent entraîner dans certains cas. C'est en Angleterre que la question a été soulevée par le docteur Thomas Addison; et c'est en étudiant certaines formes d'anémie que le doyen des médecins du GUY'S HOSPITAL a été amené à reconnaître une forme particulière, caractérisée par un allanguissement général, l'affaiblissement des mouvements du cœur, l'irritabilité de l'estomac, mais surtout par une coloration de la peau toute spéciale et qu'il appelle *bronzée*. Dans tous les cas de cette espèce, les malades étaient atteints de lésions graves des deux capsules surrénales. L'éminent médecin a publié sur ce sujet, à Londres, en 1855, un grand travail, fruit d'observations qui remontent déjà à de longues années, et qu'il intitule : ON THE CONSTITUTIONAL AND LOCAL EFFECTS OF DISEASE OF THE SUPRARENAL CAPSULES.

La GAZETTE HEBDOMADAIRE, du 8 février 1856, a, la première en France, je crois, parlé de ce beau travail; et, peu de temps après, dans le numéro des ARCHIVES du mois de mars 1856, paraissait un remarquable article de M. le docteur Lasègue, qui faisait l'historique de la découverte et présentait l'état de la science sur ce point encore très-peu connu chez nous.

Au même moment se trouvait dans le service de M. Cazenave le malade dont l'observation suit : Mon savant maître restait indécis sur le nom qu'il convenait de donner à la coloration tout à fait singulière que présentait la peau de ce malade. L'article de M. Dechambre, qui me fut indiqué par M. le docteur Chausit, et surtout celui de M. Lasègue, me parurent de nature à lever toute incertitude; et je pensai, dès lors, que c'était là un cas de peau bronzée avec lésion des deux capsules surrénales. Le 19 avr., l'autopsie confirma ce diagnostic.

Depuis cette époque, la question a été agitée par M. Bouchut, dans la GAZETTE DES HÔPITAUX du 24 avril; et M. Tholozan, dans les numéros des 3 et 10 mai de la GAZETTE MÉDICALE, a donné un résumé de toutes les observations d'Addison, en promettant de ces faits une appréciation critique qui n'a pas encore paru.

Enfin, tout récemment, M. le professeur Trousseau a observé dans son service un nouveau cas de peau bronzée qui lui servit de texte pour deux savantes cliniques, et qui fit l'objet d'une communication à l'Académie de médecine, dans sa séance du 26 août dernier. Le diagnostic avait pu encore être porté du vivant du malade, et l'autopsie démontra l'existence de masses tuberculeuses dans les deux capsules surrénales.

Voici l'observation que j'ai recueillie en avril dernier, et qui est la première qu'on ait eu l'occasion de publier en France. Sans doute, aujourd'hui que l'attention est éveillée sur ce point, on reconnaîtra cette coloration toute spéciale de la peau, qui a pu passer inaperçue jusqu'ici, ou que du moins on a pu confondre avec des altérations pigmentaires sans gravité ou sans durée; et il est possible que ces faits, qui sont encore aujourd'hui, du moins en France, à l'état de rareté scientifique, deviennent demain, grâce à une observation prévenue et attentive, beaucoup plus nombreux.

OBS. — Le 4 décembre 1855 entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Napoléon n° 46, dans le service de M. Cazenave, un nommé J. F., âgé de 35 ans, exerçant la profession de frotteur de parquets, atteint depuis vingt mois de cette coloration spéciale de la peau qu'Addison a désignée, sous le nom de *peau bronzée (bronzed skin)*.

ANTÉCÉDENTS. — Sa mère est morte en couches il y a vingt ans. Son père, âgé de 65 ans aujourd'hui, est d'une bonne santé. Une sœur est morte à l'âge de 12 ans de la fièvre typhoïde; un frère et quatre sœurs sont d'une bonne santé habituelle.

Né et élevé dans un village des Vosges, il n'a présenté dans son enfance aucun signe de scrofules. A l'âge de 7 ans il eut une *fièvre tremblante* (fièvre intermittente) qui dura un an, mais dont il ne s'est point ressenti par la suite.

Il y a une douzaine d'années il eut une fièvre typhoïde assez grave, et depuis lors sa santé paraît avoir été moins bonne. Il s'enrhumait facilement,

---

trie. Cet ouvrage est resté dans la science comme un document de haute valeur, c'est une enquête sévère et pleine de clarté sur une méthode curative générale, occupant de nos jours une grande place dans la thérapeutique, et digne de l'attention des plus sages praticiens. On doit à Schedel d'avoir montré le parti qu'on en peut tirer, les ressources inespérées qui se trouvent là et qui permettent de lutter avec succès contre des lésions morbides, le désespoir des médecins les plus consciencieux.

Quelques années plus tard, Schedel, frappé du mouvement des esprits vers la chimie organique, bien convaincu que cette science renferme le dernier mot de quelques points de la pathologie, partit tout à coup pour Giessen, entra en relation avec l'illustre professeur Liebig, et passa près d'une année dans le laboratoire de ce maître. Poursuivant avec une ardeur opiniâtre l'étude des questions d'hygiène générale, les causes qui influent sur la composition chimique de l'air, la nature des effluves qui déterminent l'intoxication paludéenne, il voulut bientôt après se rendre compte de l'effet de ces miasmes en parcourant un pays où les fièvres sont endémiques. Il publia dans ce journal un article intéressant sur la topographie de l'île de Walcheren, et fournit des arguments contraires à la thèse de M. le docteur Boudin, c'est-à-dire l'absence du tubercule pulmonaire là où règnent les fièvres intermittentes.

Mais ces travaux ne suffisaient pas à l'activité d'esprit de Schedel, il lui fallait un aliment plus substantiel, quelque chose de plus rare, de plus difficile, un sujet abstrait, capable d'absorber dans des méditations profondes toutes les pensées d'un homme pour qui les plaisirs ordinaires étaient un ennui, les distractions une fatigue.

Donc, il arriva qu'un jour Schedel trouva dans une feuille anglaise l'annonce d'un prix proposé à l'ouvrage le plus satisfaisant sur une question de haute philosophie. Il s'agissait de rechercher les origines de la théologie, de voir jusqu'à quel point cette science concordait avec les systèmes philosophiques anciens et modernes, d'établir les bases de cette alliance, et de montrer comment la liberté de conscience de l'homme peut subsister au milieu des circonstances morales qui le dominent. L'auteur de ce programme, zélé partisan de l'église anglaise, cherchait évidemment à susciter un travail confirmatif de ses opinions, c'était l'œuvre d'un de ces méthodistes qui veulent le libre examen pour eux, d'abord, et qui s'appuient sur ce principe pour déployer une intolérance absolue envers ceux qui réclament le privilége d'examiner à leur tour les prétentions de la suprématie anglicane.

Aux termes du testament qui léguait une grosse somme à l'auteur de la meilleure réponse à cette question litigieuse, quatre années étaient accordées à ceux qui voudraient concourir, et le jugement devait être prononcé par un collége de savants choisis parmi les hauts dignitaires de l'université d'Oxford auxquels on devait adjoindre des membres de l'église réformée. Comment Schedel s'avisa-t-il de tenter une pareille fortune, comment eut-il la pensée de quitter les sentiers de l'observation médicale, pour s'enfoncer dans les ténèbres de cette scolastique du moyen âge, cela n'étonnera que ceux qui ne connaissaient pas la vigueur de cet esprit méditatif, la force de contention de ce cerveau habitué aux pensées abstraites, l'opiniâtreté de cette intelligence aimant à lutter contre les obstacles. Schedel avait étudié l'arabe, l'hébreu, il apprenait en se jouant une langue ancienne ou moderne; fils

et même sans avoir de rhume bien caractérisé il toussait et crachait souvent. Deux ans plus tard il fut pris d'une jaunisse qui dura assez longtemps. Puis il se maria et eut quatre enfants dont trois sont morts, l'un d'une rougeole, les deux autres en bas âge de maladie indéterminée.

Début de la maladie actuelle. — Enfin il y a vingt mois commença la maladie actuelle dont le début coïncida avec de nombreuses contrariétés de ménage et d'argent. Sa femme l'avait quitté. Il se fit garçon de café. Sa conduite se dérangea; il eut une gonorrhée intense, qu'il garda d'abord sans modifier ses habitudes alcooliques favorisées par sa profession, puis qu'il traita ensuite plus qu'énergiquement d'après les conseils d'un pharmacien. Il prit des doses énormes d'huile de copahu et d'ammoniaque, et des quantités considérables de tisanes, sirops, etc. (jusqu'à 12 litres par jour, à ce qu'il assure). Une semaine de cette médication le rendit fort malade; il ne pouvait plus rien avaler sans le vomir immédiatement. Il cessa donc ce régime et alla consulter un autre pharmacien qui le guérit par des injections; cependant, plusieurs fois depuis cette époque, il a vu l'écoulement reparaître.

C'est à la suite de ces traitements que la teinte brune commença à se montrer au front, d'où elle descendit petit à petit sur la figure, et en même temps apparaissaient des troubles digestifs, diminution de l'appétit, dégoûts, vomissements, et une faiblesse musculaire accompagnée de vertiges, étourdissements, etc. Par moments la santé paraissait se rétablir: la coloration brune du visage diminuait, s'effaçait presque et l'appétit revenait. Puis venaient des rechutes nouvelles; et, en fin de compte, le malade constatait lui-même que la teinte brune se prononçait de plus en plus et qu'elle commençait à paraître sur les mains.

Huit mois se passèrent ainsi. Il y a environ un an, le malade eut une première hémoptysie qui dura plusieurs jours. Le sang était vermeil, peu abondant et mélangé par filets aux crachats. Depuis lors les hémoptysies ont reparu très-souvent, une ou deux fois par mois, et toujours avec les mêmes caractères.

C'est seulement il y a huit mois que le malade se décida à voir un médecin, et il s'adressa à un homœopathe dont il suivit les prescriptions pendant trois semaines.

Son état empirait: la faiblesse, le dépérissement, l'émaciation se prononçaient de plus en plus; les vomissements continuaient, mais à d'assez grands intervalles. Il y a quatre mois il entra à l'hôpital Necker et n'y resta que douze jours. On lui donnait des eaux-bonnes et de l'infusion de quinquina coupée avec du lait.

Enfin il entra à Saint-Louis, et voici l'état que je constatai au commencement de janvier 1856:

État actuel. — La coloration brune du visage est si intense, qu'à distance, n'étaient la conformation des traits et le type occidental de la face, on prendrait le malade pour un mulâtre. Cette coloration n'a point la teinte gris plombé que donne l'usage interne du nitrate d'argent, ni la teinte jaune terreuse du *masque* des femmes enceintes. Elle est d'un brun de sépia assez foncé, net et pur, sans mélange de nuance olivâtre. Son maximum d'intensité est au front; en haut elle se termine par une ligne assez nettement accusée, à un demi-centimètre de la racine des cheveux; elle descend, en s'atténuant un peu, sur tout le reste de la face, s'étend aux oreilles, et se perd insensiblement sur le cou et les épaules. En l'examinant de près et à la loupe, on voit que cette coloration est due: 1° à une teinte égale, uniforme, plate, comme lavée, d'un brun pâle; 2° à une multitude de petites taches d'un brun très-foncé, parfois même d'un brun noir, très-confluentes, parfaitement arrondies, d'inégale grandeur, mais ne dépassant guère le diamètre d'une grosse tête d'épingle. Ces taches, absolument semblables aux *nævi pigmentaires*, ne font aucune saillie sur la peau et ne sont couvertes d'aucune desquamation. La peau en est comme mouchetée; on dirait une espèce de granit.

La teinte brune pâle, plate et unie, se retrouve aux mains, prononcée surtout aux doigts, et plus du côté de l'extension que du côté de la flexion; par une dégradation insensible, elle se perd aux poignets. Il n'y a que fort peu de ces taches que j'ai comparées aux nævi pigmentaires.

Sur la muqueuse des lèvres, il y a trois ou quatre taches irrégulières, pas très-grandes, bien limitées sur leurs bords, sans saillie, de nuance brun foncé un peu ardoisée, mais d'une teinte plate uniforme et n'offrant pas le piqueté granitique. Elles sont absolument semblables à celles qu'on observe sur la muqueuse palatine de certains chiens de race.

La face dorsale de la langue offre une coloration d'un gris bleuâtre qui tranche avec le rose de la muqueuse sur les bords de la face inférieure. Les papilles sont grosses et saillantes et offrent à leur sommet un point noirâtre.

La muqueuse palatine est d'une teinte sombre et pâle, mais sans taches limitées.

Sur le reste du corps la peau est d'une teinte un peu brune, mais qui n'a rien d'extraordinaire; elle est flasque, sèche et d'apparence anhémique. On y remarque un grand nombre de ces petites taches pigmentaires déjà décrites, mais très-petites et très-clairsemées.

Les cheveux et la barbe bien plantés et assez fournis sont d'un beau noir; ils sont droits et n'ont aucune tendance à friser. Les ongles convexes et recourbés sur l'extrémité du doigt sont blancs et normaux.

L'iris est de couleur grise; les sclérotiques sont d'un blanc bleuâtre; on dirait qu'on voit par transparence le pigment de la choroïde, comme chez les jeunes enfants. Pas de teinte ictérique.

Le malade éprouve une faiblesse générale, la parole est lente, sans fermeté dans l'articulation et à timbre un peu enfantin. Debout, la sueur lui perle sur le front au bout de quelques instants; il ne peut rester levé plus d'une heure par jour et garde souvent le lit plusieurs jours de suite. Quand il est levé, il ressent des douleurs dans les articulations, dans les reins et à l'épigastre; couché, ces douleurs disparaissent. Il est sujet à une céphalalgie très-irrégulière dans son siége, son intensité et ses apparitions. Appétit nul, dégoût, vomituritions, mais il n'a point vomi depuis près d'un mois. Plusieurs fois par jour, il est pris d'un hoquet qui dure de cinq à quinze minutes et qui le fatigue beaucoup. Borborygmes, flatuosités, éructations nidoreuses. Point de diarrhée. Le ventre est souple, plat et indolent, si ce n'est à l'épigastre où la percussion est un peu douloureuse; on n'y sent que le lobe gauche du foie qui est plane et uni. Les urines sont abondantes, de couleur normale, sans albumine ni sucre.

Le pouls est sans fréquence pour l'ordinaire; mais souvent le malade est pris vers la fin de la journée de frissons irréguliers avec horripilations, sans tremblement; à ce stade succèdent une légère accélération du pouls, puis un peu de sueur. Ces accès n'ont aucune régularité; quelquefois ils se reproduisent plusieurs jours de suite, et même deux fois en vingt-quatre heures, tandis qu'à d'autres temps le malade reste jusqu'à une semaine sans en avoir. Il tousse un peu en ce moment et rejette, le matin surtout, quelques crachats muqueux, épais, nummulaires mais non striés de sang. A l'auscultation il y a sous les deux clavicules un peu d'expiration soufflante et la sonorité est moins bonne en ces mêmes points que trois travers de doigt au-dessous. En arrière la sonorité est médiocre partout, et un entend des râles sibilants à timbre musical, mélangés en haut de quelques craquements humides.

M. Cazenave prescrit: tisane amère avec bicarbonate de soude 1 gr.; une goutte d'ammoniaque dans une cuillerée d'eau tous les matins; deux portions.

Marche et terminaison. — Le malade reste à l'hôpital jusqu'au 18 février dans l'état que nous venons de décrire avec quelques alternatives de mieux et de rechutes; et M. Cazenave remarque un rapport évident entre l'état des voies digestives et la coloration de la peau, celle-ci augmentant et diminuant selon que les phénomènes dyspeptiques s'aggravent ou s'amendent.

---

d'un père allemand, et d'une mère anglaise, venu très-jeune en France, il savait sans s'être donné la peine de les apprendre, des langages qui coûtent tant d'efforts à ceux qui veulent les étudier, il avait de prime abord un point d'appui excellent et qui lui rendait facile tout travail de linguistique; aussi se trouva-t-il en mesure de lire, dans le texte original, la plupart des ouvrages que bien des érudits ne citent que sur la foi de traductions souvent infidèles.

Dès lors, et pendant quatre années consécutives, notre laborieux confrère poursuivit sans relâche le projet à l'accomplissement duquel il avait consacré tous ses efforts. Confident de cette œuvre gigantesque, entreprise avec autant de simplicité que de résolution, j'ai vu Schedel dévorer tous les grands travaux des plus éminents philosophes, analyser, extraire et condenser dans quelques pages la substance intime, la moelle de ces productions que l'Allemagne, l'Angleterre, la France montrent avec orgueil, et un beau jour, arrivé à la conclusion de son livre, il le signa aussi simplement qu'il en avait écrit la première ligne, sans paraître se douter de l'immensité du labeur qu'il venait d'accomplir.

Quelle a été la destinée de cet ouvrage, quel avenir lui est réservé, sera-t-il jamais publié et serons-nous appelés à constater l'apparition d'une œuvre de haute portée, montrant la force de cet esprit fécond, la puissance de la méthode adoptée, la fermeté des déductions logiques, enfin tout ce qui constitue un livre digne des regards de notre siècle? Peut être un jour nous sera-t-il donné de signaler à l'attention du corps médical un travail qui l'honore, et dans lequel se rencontre l'influence de nos études sur l'homme physique, et vienne l'instant favorable, nous ne faillirons pas à ce devoir de l'amitié.

Laissons ces hardies spéculations de la pensée de notre infortuné confrère, le moment arrive où la plus cruelle destinée va clore cette vie si bien remplie, où un accident fortuit va nous priver à tout jamais d'un compagnon de voyage auquel trente années d'intimité nous avaient uni de la manière la plus étroite. Schedel quittait souvent Paris, il allait toujours vers l'Allemagne, berceau de sa famille paternelle, il accomplissait religieusement un pèlerinage annuel à Baden-Baden, où reposent les restes de sa femme, puis il continuait sa route vers quelques solitudes de la Suisse, cherchant non pas une distraction à ses tristesses, car il l'a dit lui-même dans ce journal: *Post equitem sedet atra cura*, mais un aliment à sa pensée active, des sujets de méditations, tout ce qui élève l'âme et lui inspire un recueillement salutaire. Au commencement de juillet, il vint me faire ses adieux, partit pour Baden, y resta quelques jours, revint en France par Strasbourg, écrivit de cette ville à sir Robert Carswell, médecin de S. M. le roi des Belges, une lettre dans laquelle il lui traçait l'itinéraire qu'il comptait suivre à travers la Suisse, les Alpes françaises et les Pyrénées, puis il s'arrêta à Bâle chez un ami où il reçut une douce et cordiale hospitalité pendant une semaine. Enfin il partit, se dirigeant vers Lucerne, avec l'intention d'escalader le mont Pilate, mais seul, sans guide, suivant sa coutume; marcheur intrépide, touriste infatigable, insoucieux du danger, se plaisant au milieu de ces sites sauvages, cherchant toujours quelque désert où nulle trace d'un pied humain ne paraît, et là, dans un isolement sublime, bravant la tempête, il oubliait le monde, rêvant au passé qu'il déplorait, à l'avenir qu'il espérait.

On a su qu'il fut rencontré dans la montagne par des ouvriers de la ville

Le 18 février, le malade se trouvant dans une période de soulagement quitte le service.

Il y rentre le 12 mars avec un aggravation de tous les symptômes.

La coloration de la face et des mains est plus marquée. Une légère teinte brune, sans piqueté granitique, s'est montrée à la face dorsale des orteils et s'étend un peu sur le dos du pied. Une teinte semblable existe aussi dans les deux aines, remonte sur les crêtes iliaques, s'étend sur les régions iliaques externes dans la largeur d'un travers de main et se continue en s'élargissant et se perdant insensiblement sur les fesses; celles-ci sont en outre mouchetées de petites taches brunes, lenticulaires, nombreuses.

La douleur épigastrique a augmenté; toute pression est insupportable; le malade ne peut supporter que son pantalon soit boutonné à la ceinture. Il s'y joint de la douleur dans les régions lombaires, surtout à gauche, et descendant en ceinture vers les aines, douleur profonde, contusive, augmentant et devenant lancinante par les mouvements, par la toux.

Le matin le malade a eu un vomissement, ce qui ne lui était pas arrivé depuis trois mois. Il a une diarrhée qui remonte à huit jours; depuis la même époque, il tousse davantage et crache un peu de sang. L'auscultation et la percussion donnent les mêmes signes qui ont été notés en janvier. Le pouls, petit, sec et dur, marque 80. Chaleur sèche à la peau. (Prescription : tisane de mauve sucrée, julep gom. avec sirop de sapon. 50, et bic. de soude 1, une pilule de cynoglosse.)

15 mars. Pas de vomissement nouveau; un peu d'appétit, mais le malade ne peut manger que très-peu à la fois; le dégoût arrive très-vite, puis bientôt la sensation de besoin se reproduit. Hoquet fréquent; langue un peu sale à la base. La diarrhée s'est un peu calmée; chaleur sèche à la peau; le pouls varie de 80 à 90. Toux fréquente et grasse; crachats verdâtres, épais, nummulaires, mélangés de stries d'un rouge vif et de grumeaux de sang épais et noir comme celui qui a séjourné longtemps dans l'arrière-gorge. Respiration rude et soufflante, avec quelques craquements sous les clavicules, et matité relative.

19. Chaleur sèche à la peau; pouls 104, fort et plein; frissons irréguliers; douleur lombaire, surtout à gauche, au niveau du rein, s'irradiant dans l'aine du même côté; un peu aussi à droite, mais moins. Douleur épigastrique; quelques nausées, pas de vomissements; inappétence absolue. Pas de hoquet dep is quatre jours; pas de diarrhée. (On retranche le sirop alcalin.)

20 mars. Diarrhée abondante; pas de vomissements. (Eau de gomme sucrée avec le sirop de coings; décoction blanche; quart de lavement amidonné avec six gouttes de laudanum.)

21. Diarrhée; un vomissement le matin avant d'avoir mangé; vomiturition dans l'après-midi; toujours mêmes crachats sanguinolents. Insomnie, agitation. Le pouls marque 108; il est dur et plein. Une teinte brune, comme lavée, s'est montrée aux coudes. Les autres altérations pigmentaires restent ce que nous les avons décrites.

22. Légère teinte ictérique des sclérotiques.

23. La coloration ictérique se montre sur tout le tégument. Douleur à l'épigastre. Le foie déborde légèrement les fausses côtes à droite. Urines rouges et douloureuses moins abondantes que d'habitude, offrant par l'acide nitrique la coloration verdâtre, ne contenant ni albumine, ni sucre.

24. Diarrhée jaunâtre, non décolorée. Un vomissement par jour, tantôt le matin, tantôt dans l'après-midi. (Julep gommeux, avec six gouttes de teinture de Rousseau.)

25. Vomissement; diarrhée. L'ictère se prononce de plus en plus et sa teinte modifie la teinte brune du visage, qui devient un peu olivâtre. Le foie déborde les fausses côtes à droite, de deux travers de doigt, et est douloureux à la percussion. On n'y sent point de tumeur, non plus que dans la région épigastrique. Faiblesse croissante.

26. Sueurs copieuses depuis hier; amaigrissement notable; yeux caves. Pouls 90, petit et sec. Mêmes crachats sanguinolents qui, du reste, n'ont plus cessé jusqu'à la mort. (Six sangsues à l'anus.)

27. Moins de diarrhée; pas de vomissement. Le pouls est un peu plus large et marque 96. L'ictère est très-foncé et persistera ainsi jusqu'à la fin.

28. Un vomissement. Un peu d'appétit. Les forces semblent se relever un peu. Une seule selle moulée et colorée en brun.

29. Trois vomissements; diarrhée; hoquet fréquent. Le malade est très-abattu.

30. Même état; un seul vomissement.

31. Pas de vomissement; diarrhée. (On retranche la décoction blanche et le julep laudanisé; eau de gomme sucrée; sous-nitrate de bismuth, trois prises de 0,25.)

4 avril. Pas de vomissement, pas de diarrhée depuis trois jours; un peu d'appétit. Le malade semble encore une fois reprendre un peu de forces.

Du 4 au 9 avril, la diarrhée ne s'est pas reproduite; mais les vomissements ont recommencé une ou deux fois par jour; faiblesse. Pouls 80, petit et sec; douleur épigastrique. Le malade ne se plaint plus des reins.

10 avril. Trois vomissements.

11. Deux vomissements. Ces vomissements, qui n'étaient jamais composés que de matières alimentaires, ou de boissons, ou de liquide incolore et filant, contiennent actuellement en outre de la bile. (Un vésicatoire de la largeur d'une pièce de 5 francs est appliquée au creux épigastrique pour l'absorption de 0,10 d'acétate de morphine.)

12. Un vomissement.

13. Pas de vomissement.

14 et 15. Un vomissement par jour.

16. Le malade a vomi toute la nuit. Grande faiblesse; prostration douleur épigastrique; parole à peine articulée; ventre rétracté; un peu de diarrhée chaleur sèche à la peau. Pouls 90, petit, dur et sec. (Bicarbonate de soude, 1 gr.; julep diacodé. Continuer le sous-nitrate de bismuth et la morphine.)

17. Vomissements continuels. Le malade ne peut prendre une cuillerée de tisane sans la vomir l'instant d'après; diarrhée; chaleur à la peau. Pouls 110. Intelligence entière. A deux heures il cause avec sa famille, et à quatre heures il s'éteint sans agonie.

AUTOPSIE le 19 avril.

Le cerveau n'a pu être examiné.

Poitrine. Nombreuses adhérences très-résistantes, ligamenteuses, des deux côtés. Un peu de sérosité roussâtre dans les plèvres.

Les deux poumons sont criblés de petits tubercules durs et gris, gros comme des têtes d'épingle, en très-grand nombre dans les deux lobes supérieurs, disséminés et rares dans les autres. En outre, les deux sommets contiennent une grande quantité de petites masses tuberculeuses jaunâtres et ramollies, de la grosseur d'un noyau de cerise; et tout à l'entour le tissu pulmonaire est fortement congestionné et gorgé d'un sang noir. Nombreux ganglions bronchiques très-gros, d'un noir bleuâtre, sans matière tuberculeuse.

Cœur d'aspect normal, mais remarquablement petit.

Abdomen. Le foie, assez volumineux et dur, dépasse les fausses côtes de deux travers de doigt; son tissu est de teinte ictérique, et les canaux biliaires sont très-remplis. La vésicule, fortement distendue, dépasse le bord libre du foie d'un travers de doigt. Dans l'épaisseur de l'épiploon gastro-hépatique, à la jonction du col de la vésicule avec le canal cystique, on remarque un ganglion très-volumineux, gros comme l'extrémité du pouce, qui appuie sur le canal et paraît avoir, par compression mécanique, déterminé l'arrêt de la circulation bilique. Ce ganglion énucléé et ouvert en son milieu, ne renferme point de matière tuberculeuse; il paraît formé de matière graisseuse très-compacte.

L'estomac est petit, rétracté; ses parois semblent un peu épaissies; sa muqueuse n'offre pas trace d'ulcération, ni de cicatrice, ni d'injection. Elle pré-

---

de Stanz qui l'avertirent du danger qu'il courait, car la nuit était proche et les chalets hospitaliers étaient loin de là; mais il se fiait à sa force, à son adresse, à la mort qui ne voulait pas de lui, disait-il, et le lendemain 29 juillet son corps fracassé par une chute terrible, gisait sans vie au pied des roches escarpées. Des deux pistolets chargés qu'il portait toujours en voyage, l'un était brisé par la violence de la chute. Comment expliquer cet événement? un vertige, une congestion cérébrale, un faux pas? Dieu le sait. Schedel avait le pressentiment d'une mort soudaine, il portait toujours son adresse et un petit billet adressé aux personnes qui trouveraient son corps et le rapporteraient chez lui. Ses domestiques avaient en main une somme destinée à récompenser ce service, mais en voyage il ne prenait pas tant de précautions.

Ceux qui ont recueilli son cadavre l'ont rapporté au village le plus voisin, à Hergiswyl, où il a été inhumé. L'ambassade anglaise, à Berne, a été avertie, toutes les formalités légales ont été remplies, et si une modeste pierre, portant le nom d'Henry Schedel frappe les regards distraits d'un médecin de notre pays voyageant par hasard dans le canton de Lucerne, qu'il honore cette tombe solitaire, qu'il salue de l'œil et de la main, sinon du cœur, les restes d'un homme qui a payé son tribut à la science, qui a vécu dans les plus étroites limites de l'honneur et de la sagesse, qui a compris l'amitié dans ce qu'elle a de plus pur, de plus tendre, d'un homme, enfin, qui mérite les respects et les sympathies de tous les honnêtes gens!

P. MENIÈRE.

SOUSCRIPTION EN FAVEUR DES VEUVES ET DES ORPHELINS DES MÉDECINS DE L'ARMÉE ET DE LA FLOTTE MORTS EN ORIENT.

Souscriptions recueillies depuis le 22 août jusqu'au 2 septembre. — MM. Natalis Guillot, professeur à la Faculté de medecine, 40 fr.; Rostan, id., 40 fr.; Jobert (de Lamballe), id., 100 fr.; Bouchardat, id., 40 fr.; Moquin-Tandon, id., 20 fr.; Piorry, id., 25 fr.; Cruveilhier, id., 50 fr.; Gavarret, id., 20 fr.; Dumas, 20 fr.; Moissenet, 40 fr.; Moynier père, 25 fr.; Tardieu, 20 fr.; Guersant, 20 fr.; sir John Hall, inspecteur général des hôpitaux anglais en Orient, 100 fr.; David Deas, inspecteur médical des flottes et des hôpitaux maritimes de l'Angleterre dans la mer Noire, 100 fr.; John Wyatt, médecin dans la garde de la reine d'Angleterre; 50 fr.; Chailly-Honoré, 50 fr.; Vigla, 20 fr.; Hervez de Chégoin, 40 fr.; Montanier, 20 fr.; Barbin (de Droué, Loir-et-Cher), 20 fr.; le chevalier Comisetti, médecin en chef du corps expéditionnaire sarde, 50 fr.; Mazzolino, médecin de régiment de 1re classe près le 6e régiment d'infanterie sarde, 50 fr.; Trousseau, professeur à la Faculté, 100 fr.; Roger, 40 fr.

Liste précédente, 1,680 fr. — Total au 2 septembre, 2,790 fr.

Par erreur du copiste, le nom de M. le professeur Nélaton se trouve omis dans la première liste, bien que sa souscription (100 fr.) ait été comprise dans le total.

sente seulement un état mamelonné qui paraît dû au gonflement des glandules stomacales.

Rien à noter dans le duodénum et le jéjunum.

Psorentérie abondante dans l'iléon et dans le gros intestin ; en outre, on remarque dans l'iléon les diverses formes d'ulcérations si communes dans la phthisie, et dont quelques-unes sont très-profondes.

Ganglions mésentériques volumineux, les uns rouges et mollasses, les autres durs, jaunes et offrant la dégénérescence graisseuse déjà notée sur le ganglion hépatique.

Rate un peu grosse, molle, sans tubercules.

Rien dans le pancréas.

Reins volumineux, notablement congestionnés et offrant la teinte ictérique. Ils mesurent :

	En hauteur.	En largeur.
Le gauche	0,140	0,070
Le droit	0,125	0,065

Les *capsules surrénales* sont toutes deux manifestement altérées. Mesurées extérieurement et sur leur face postérieure, elles ont :

	En largeur.	En hauteur.	En épaisseur.
La gauche	0,065	0,045	0,025
La droite.	0,050	0,035	0,020

Elles sont très-dures et paraissent comme bosselées lorsqu'on les serre entre les doigts. Elles sont entourées d'une grande quantité de tissu cellulo-adipeux, qui, à gauche surtout, semblent faire corps avec elles.

Les rapports de chaque rein avec sa capsule sont changés. Celle-ci, au lieu de coiffer le sommet du rein en s'étendant un peu sur la face convexe de l'organe, a subi une sorte de mouvement de bascule en dedans, et est venue se loger dans le hile du rein, en s'appliquant sur les vaisseaux. Ce déplacement est sensible, surtout à gauche.

La structure des deux capsules est complétement modifiée et de la même manière des deux côtés. On n'y reconnaît plus ni substance corticale, ni substance centrale ; elles forment deux masses, d'apparence graisseuse, d'une coloration jaune intense à laquelle la présence de la bile n'est pas étrangère. En faisant une coupe médiane, cette masse paraît parcourue par des tractus filamenteux, d'un blanc rosé, durs, comme fibro-cartilagineux, décrivant des courbes sinueuses et circonscrivant des espaces de formes très-irrégulières ; ces sortes de cavités sont remplies d'une substance jaune, ayant la consistance et l'aspect de la graisse ; quelques-unes de ces cavités qui semblent canaliculées contiennent une matière semi-fluide, épaisse, jaunâtre, qu'on fait sortir à la pression et qui ressemble absolument à du pus concret.

Les capsules surrénales ont été examinées au microscope par M. Robin, qui n'y a trouvé que des globules graisseux et quelques globules de pus. Il n'y avait point de matière tuberculeuse.

J'ai pu prendre sur les doigts du cadavre quelques minces lanières de peau ; celle-ci, examinée au microscope, sur une coupe verticale, a présenté une parfaite analogie avec la peau du nègre ; on voit une énorme quantité de granulations pigmentaires déposées dans toute l'épaisseur de la couche épidermique, dont la coloration brune tranche avec la couleur jaunâtre un peu rosée du corps papillaire. Cette préparation a été faite par M. Vulpian pendant une séance de la Société de biologie.

Je n'ai pas voulu interrompre cette observation par les hésitations dont le diagnostic fut l'objet. On avait pensé d'abord à un *pityriasis nigra ;* mais un examen attentif répété tous les jours pendant un mois démontra qu'il n'y avait aucune desquamation. On songea alors à des *éphélides* qui auraient été sous la dépendance de l'état de dyspepsie et d'anémie du malade. Mais l'intensité de la coloration, son aspect granitique, les taches des lèvres, etc., donnaient à la maladie une physionomie toute spéciale, qui faisait de ce cas l'objet d'un doute et d'une attention particulière.

Vers le mois de février, M. le docteur Chausit, qui voyait le malade de temps en temps, me signala l'article que M. Dechambre venait de publier dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE sur la peau bronzée. Il avait été frappé de l'analogie qui existait entre la description d'Addison et le cas que nous avions sous les yeux. Le remarquable article publié par M. Lasègue, dans le numéro de mars des ARCHIVES, vint confirmer le soupçon que nous avions déjà, et dès lors il me parut certain que les capsules surrénales devaient être le siége d'une lésion grave ; seulement, eu égard à l'état des poumons, je pensai que cette lésion pouvait être de nature tuberculeuse ; l'autopsie, en me donnant raison sur le premier point, m'a donné tort sur le second ; elle a révélé une altération que je n'ai encore vue décrite dans aucune des observations de *peau bronzée*, et qu'on peut, je pense, appeler une *cirrhose* des capsules surrénales.

Toujours est-il que l'altération de ces capsules a pu être diagnostiquée pendant la vie, bien que le fait fût entièrement nouveau pour M. Chausit et pour moi ; et ce diagnostic a été porté d'après la comparaison du fait que nous avions sous les yeux avec les observations d'Addison.

On peut se demander, à propos de ce fait, si le malade a succombé à l'ensemble des symptômes décrits par Addison plutôt qu'à la phthisie pulmonaire, et si même la couleur de la peau ne dépendait pas chez lui de la phthisie. Ce dernier point ne me paraît pas soutenable : on a bien mentionné chez quelques phthisiques une coloration terreuse de la face qui offre beaucoup d'analogie avec le *masque* des femmes enceintes ; mais jamais, que je sache, on n'a constaté que cette coloration ait eu les caractères de celle que j'ai décrite, ni qu'elle ait été assez intense pour justifier une comparaison avec la peau d'un mulâtre.

Je pense aussi que la phthisie pulmonaire n'a eu qu'une influence éloignée sur le développement et la terminaison de la maladie. Les premiers crachements de sang n'ont eu lieu que huit mois après l'apparition de la coloration brune, qui s'est accompagnée dès le début des symptômes de dyspepsie et d'une dépression des forces tout à fait singulière. Ces symptômes ont été, à toutes les époques, le point culminant de l'observation ; la faiblesse musculaire, la langueur, le dépérissement n'étaient point en rapport avec les signes stéthoscopiques de l'affection pulmonaire : celle-ci paraissant d'abord stationnaire, puis ne prenant qu'un accroissement très-lent ; ceux-là, au contraire, s'augmentant de jour en jour, assez lentement d'abord, très-rapidement ensuite. On n'observe point, dans la phthisie pulmonaire, ces vomissements incoercibles et de si longue durée. Enfin, l'ensemble des symptômes, la physionomie générale du malade rapprochent tout à fait ce cas de ceux qui ont été décrits par Addison.

Quant à l'ictère, ce n'a été qu'un épiphénomène dont l'autopsie a parfaitement rendu compte.

Je pense donc, malgré la complication des tubercules dans les poumons, que le malade a succombé à l'ensemble des symptômes qu'Addison rapporte ici à l'altération des capsules surrénales.

Ce fait, rapproché de ceux qui existent aujourd'hui dans la science et qui, plus ou moins complets, plus ou moins concluants, sont maintenant au nombre d'une trentaine, peut servir de matière à une foule de questions fort importantes que je n'ai pas la prétention de résoudre ni même de prévoir toutes, mais que je m'efforcerai d'agiter dans la mesure de mes forces.

D'abord, le groupe symptomatique décrit par Addison correspond-il à une maladie particulière inconnue jusqu'ici et qui aurait droit à une place spéciale dans le cadre nosologique ?

Au premier abord, il paraît possible qu'il en soit ainsi ; car l'ensemble des symptômes offre, dans certains cas, une frappante similitude, et, dans les autres, des analogies évidentes. Toutefois, cela ne suffit point pour qu'on soit autorisé à créer une nouvelle espèce morbide. Il faudrait, en outre, pour cela, que le groupe symptomatique pût être rapporté à une seule et même cause. Et cette cause se traduirait par des lésions d'un ordre constant, comme seraient, par exemple, des inflammations, ou une dégénérescence tuberculeuse, cancéreuse, etc. Or, dans les autopsies qui ont été faites, on a trouvé des altérations très-diverses des capsules surrénales ; ici du cancer, là du tubercule ; là une dégénérescence fibreuse ou fibro-cartilagineuse, ou fibrino-calcaire ; une fois on a trouvé une inflammation pure terminée par suppuration ; l'observation qui précède mentionne une espèce de cirrhose toute particulière avec formation de pus. Des lésions si multipliées, si diverses, ne peuvent pas jouer le rôle de cause pour constituer une maladie à part. Il se passe là quelque chose d'analogue à ce qui a lieu pour l'ictère symptomatique des différentes lésions du foie et des voies biliaires. Au point où en est la science, il n'est plus possible de considérer cet ictère comme une maladie ; ce n'est plus qu'un symptôme commun à plusieurs maladies, et reconnaissant une foule de causes, l'hépatite, le cancer du foie, les calculs biliaires, etc., etc. Il est vrai qu'on admet bien encore certains ictères essentiels et idiopathiques, mais la science tend à en diminuer le nombre tous les jours. Et rien de pareil n'existe pour la coloration bronzée de la peau.

Mais maintenant, faut-il considérer comme de simples coïncidences la coloration de la peau et les altérations des capsules surrénales, et nier toute connexion entre ces deux phénomènes ? Plusieurs arguments peuvent être invoqués à l'appui de cette manière de voir ; et dans la GAZETTE DES HÔPITAUX du 24 avril dernier, M. Bouchut, tout en faisant ses réserves pour la démonstration ultérieure de ce rapport, a nié qu'il fût aujourd'hui suffisamment établi.

D'abord, suivant M. Bouchut, la teinte bronzée de la peau se rencontre chez quelques phthisiques qui succombent sans offrir aucune lésion des capsules. Cette assertion ne me paraît pas bien prouvée. Pour qu'elle le fût, il faudrait : 1° qu'on eût bien établi que la coloration de la peau chez ces phthisiques avait les caractères et l'intensité de ce qu'on a appelé la teinte bronzée ; 2° qu'on eût, à l'autopsie, pris le soin de vérifier l'état des capsules surrénales. Ce dernier soin est souvent omis ; et quant à la *teinte bronzée*, elle est bien différente de celle qu'on remarque, assez rarement d'ailleurs, chez les phthisiques.

M. Bouchut s'appuie ensuite sur ce qu'il a vu à l'hopital Sainte-Eugénie plusieurs exemples de tubercules des deux capsules chez des enfants dont la peau avait gardé sa teinte naturelle. Ces faits ne sont pas tout à fait concluants. Car, dans la majorité des cas observés jusqu'ici, la condition pour la production de la *teinte bronzée* paraît être que le tissu des deux capsules soit tellement modifié par la lésion, que la fonction de l'organe, quelle qu'elle soit, en semble devenue impossible. Or rien de pareil n'est avancé par M. Bouchut. Et en effet on sait que chez les enfants la tuberculisation peut envahir des organes très-importants, le cerveau par exemple, sans donner lieu à aucun trouble fonctionnel.

Quant à l'influence que l'altération des capsules a pu avoir sur la mort du malade, M. Bouchut la nie également en se fondant sur ce que cette altération n'a jamais existé seule, et qu'il y avait en même temps des lésions suffisantes pour expliquer la mort. Ceci n'est point suffisamment exact; d'après un relevé publié par M. le docteur Hutchinson, dans le MEDICAL TIMES du 8 mars dernier, relevé qui a été analysé par M. Tholozan, dans les numéros 18 et 19 de la GAZETTE MÉDICALE, l'autopsie n'a révélé aucune autre lésion appréciable que celle des capsules surrénales, chez les malades qui font le sujet des observations 4, 6, 12, 15 et 16. Je laisse de côté l'observation 2 où on trouve des signes de gastrite assez mal définis pourtant et qui pourraient être discutés; et l'observation 5 où on trouve un *abcès de la poitrine* (sic) ce qui certes est loin d'être clair.

D'ailleurs en admettant même que la lésion des capsules surrénales, fût toujours accompagnée d'autres lésions, cela ne suffirait point à trancher la question. Dans les cas complexes, l'étude approfondie des symptômes et de leur marche peut seule révéler la part qui revient à chaque lésion, dans l'ensemble des phénomènes produits. C'est ce que j'ai essayé de faire dans les quelques lignes qui suivent immédiatement l'observation que j'ai rapportée plus haut. Je ne puis faire le même travail sur tous les faits aujourd'hui connus de teinte bronzée. Il en est beaucoup qui sont trop incomplets pour cela. Mais il en est aussi de très-concluants, ainsi que l'a fait ressortir M. Lasègue, dans le n° 3 des ARCHIVES.

Quant à nos confrères d'Angleterre, ils sont beaucoup plus empressés que nous à admettre la relation qui existe entre la lésion capsulaire d'une part, et de l'autre la coloration bronzée de la peau, et la mort du malade; et M. Hutchinson pose à son travail les deux conclusions suivantes :

1° Il n'est pas un seul cas de *coloration bronzée bien marquée* de la peau dans lequel le malade soit revenu à la santé, et pas un dans lequel, après la mort, on ait trouvé l'intégrité des capsules surrénales.

2° Il n'existe pas un seul cas dans lequel, l'autopsie ayant révélé une désorganisation complète des deux capsules surrénales par suite d'une maladie chronique, on n'ait eu à constater pendant la vie la coloration bronzée de la peau.

Ces conclusions peuvent paraître au premier abord trop absolues. Addison lui-même rapporte un cas récent (mai 1855) où en faisant une autopsie, il a trouvé un dépôt cancéreux dans chacune des deux capsules, chez un sujet atteint de cancers multiples, sans que la couleur de la peau eût été modifiée. Mais il est ajouté que « les productions cancéreuses étaient d'ailleurs réduites aux plus minimes proportions; » ce qui ne rentre plus dans les conditions posées par le docteur Hutchinson qui exige une *désorganisation complète des deux capsules.*

Le mémoire publié en 1837 par M. Rayer dans le journal L'EXPÉRIENCE, sur les apoplexies des capsules surrénales, contient six observations, dont deux seulement originales, à propos desquelles l'auteur est frappé « de l'aspect cyanosé de la face, qui est d'une coloration lie de vin » chez le premier malade, tandis que le second a « un teint jaune verdâtre, qui fit admettre l'existence d'une affection organique. » Les quatre autres faits empruntés à divers auteurs ne mentionnent aucune lésion de coloration.

Ces faits ont leur importance; cependant il faut remarquer déjà que sur ces six faits, il y en a trois où l'une des deux capsules était saine. Ensuite quelle que soit l'altération produite par une apoplexie, ce n'est pas là encore la complète désorganisation de l'organe. Enfin quelque doute est permis sur les caractères de cette coloration cyanosée dans un cas, jaune verdâtre dans l'autre. Ces faits ne sont donc pas aussi absolument contraires qu'on pourrait le croire d'abord aux conclusions posées par le docteur Hutchinson.

Tout récemment un journal américain (THE NEW YORK'S MED. TIMES, sept. 1855) a rapporté l'observation d'un homme qui *de blanc devint nègre* (*sic*). Tous les organes furent examinés à l'autopsie, *à l'exception des capsules surrénales*, et tous furent trouvés sains. L'auteur M. H. D. Bulkley, qui ne connaissait point alors les travaux de M. Addison, n'avait point pensé à cet organe, et frappé des symptômes d'affaiblissement progressif des forces et de l'intelligence, de la tendance au sommeil et de quelques convulsions des lèvres et de la bouche observées à la fin de la maladie, il avait dirigé ses recherches principalement du coté des centres nerveux. Ce fait qui aurait pu être du plus haut intérêt ne peut donc être invoqué ni pour ni contre la question qui nous occupe.

Dans le relevé de M. Hutchinson, on remarque un cas (obs. 21) d'épilepsie causée par un tubercule de la moelle allongée où la coloration de la peau fut notée, et où, à l'autopsie, on trouva les deux capsules parfaitement saines, et un autre cas où le malade revint à la santé. Mais, ainsi que le fait remarquer l'auteur dans une note, ces colorations n'avaient pas les caractères de la *peau bronzée;* elles étaient d'un brun sale (*brown muddy teint*), sans taches, c'était une teinte terreuse et diffuse (*diffused muddiness*). Ces cas restent donc encore en dehors de la question.

Ces difficultés levées, si on examine le résumé sous forme de tableau publié par M. Hutchinson, on y trouvera toutes raisons, je pense, d'accepter ses conclusions qui, en fin de compte, ne tendent qu'à affirmer l'existence d'un rapport entre la coloration bronzée de la peau et les lésions des capsules surrénales.

Maintenant ce rapport encore mystérieux une fois admis, il s'agirait de le définir; sans pousser si haut nos prétentions, nous pouvons essayer au moins de poser sur ce point les *desiderata* de la science.

La première question qui se présente est celle de savoir laquelle des deux lésions précède l'autre. Est-ce la coloration de la peau? est-ce la lésion capsulaire? Ici, à défaut d'observations, impossibles d'ailleurs, le raisonnement suffit à amener la certitude. Il est de toute évidence que si l'altération pigmentaire de la peau était le phénomène primitif qui tînt sous sa dépendance la lésion capsulaire, cette dernière lésion serait toujours la même. Il est impossible que les dégénérescences tuberculeuse, cancéreuse, fibreuse, graisseuse, etc., les abcès, les apoplexies, etc., des capsules surrénales soient les effets multiples d'une lésion cutanée constante dans son aspect et sa disposition. Il est plus logique de penser que le dépôt exagéré du pigment dans les couches épidermiques est sous la dépendance des lésions capsulaires. Celles-ci, en effet, quelque variées qu'elles soient, peuvent avoir un même résultat, celui d'abolir la fonction de l'organe. Nous touchons ici à la question si obscure jusqu'à présent de la physiologie des capsules surrénales.

La pathologie, qui a tant de fois servi à la solution des plus difficiles problèmes de la physiologie, ne nous mettrait-elle pas, une fois de plus, sur la trace de la vérité? Y aurait-il trop de témérité, en face des faits que nous étudions, à avancer que la fonction des capsules surrénales sur laquelle on est encore réduit à des conjectures, a trait à l'élaboration de la matière pigmentaire? Ces organes, si importants à ne consulter que la richesse de leur texture, ne seraient-ils pas destinés à faire subir au sang certaines modifications relatives au pigment? Je me borne à poser la question aujourd'hui. Si j'osais la résoudre, je dirais que ces organes sont peut-être destinés à fixer, dans le sang, tout ou partie de la matière colorante; et que, lorsque par une désorganisation quelconque la fonction devient impossible, la matière colorante se dépose là où elle existe d'ordinaire en grande quantité, dans le corps muqueux, dans le reste de l'épiderme, et surtout aux régions où la coloration de la peau est d'ordinaire la plus foncée, au visage, aux mains, aux aisselles, autour du mamelon, aux parties génitales. Ce qui tendrait à confirmer cette idée, c'est que presque toutes les observations de peau bronzée constatent chez les malades une altération du sang, traduit ordinairement par le mot *anémie,* deux fois par le mot *leucémie*. C'est même, ainsi que le dit Addison lui-même, en étudiant certaines formes d'anémie générale, qu'il a été amené à s'occuper de la peau bronzée; toutefois de nouvelles recherches sont nécessaires pour autoriser cette explication que je propose seulement aujourd'hui au contrôle d'observateurs plus capables que moi de la vérifier. Il serait à désirer à cet égard que, dans les faits pathologiques qui pourront se présenter on recherchât s'il n'y aurait pas de dépôts de pigment ailleurs qu'à la peau, à la surface des poumons par exemple, et dans les autres viscères.

Reste encore la question des symptômes généraux. Y a-t-il lieu de rattacher à la suppression de la fonction des capsules surrénales un certain ensemble particulier de symptômes? Ou bien faut-il rattacher ces symptômes aux diathèses diverses qui ont tant de fois accompagné et causé la lésion capsulaire? Ce qui paraît certain, c'est que le groupe symptomatique existe. Il semble très-bien constitué par la dyspepsie, l'amaigrissement, l'anémie, quelquefois la douleur lombaire, mais surtout et toujours par des troubles nerveux très-remarquables

et par la coloration de la peau. C'est déjà quelque chose que l'existence de ce groupe, de ce *syndrôme*, comme auraient dit les anciens, qui n'appartient en propre à aucune des diathèses connues.

Mais examinons à part celui de ces symptômes qui, avec la coloration de la peau, se rencontre le plus souvent : je veux parler des troubles nerveux. Le plus souvent ce trouble nerveux est constitué par une débilité tout à fait singulière, et qui se fait sentir dès le début; les malades perdent toute activité de corps et d'esprit; la parole devient faible, prend un timbre enfantin, quelquefois il s'y joint des convulsions générales, des accès épileptiformes ou des convulsions partielles, ainsi que cela a été noté dans l'observation du docteur américain M. Bulkley. Le hoquet persistant, dont était si souvent agité le malade de qui j'ai rapporté l'observation, me paraît être aussi un phénomène du même ordre; et maintenant que l'attention est éveillée sur ce point, peut-être notera-t-on plus souvent ces accidents convulsifs partiels.

Ces symptômes nerveux qui, comme le fait remarquer M. Tholozan, ne paraissent pas avoir fixé suffisamment l'attention de nos confrères d'outre-Manche, avaient particulièrement frappé le docteur Bulkley, ainsi que je l'ai dit plus haut.

Si nous rapprochons de ces faits pathologiques une série d'expériences instituées par M. Brown-Séquard sur les effets réciproques des lésions de la moelle et des lésions capsulaires, et publiées antérieurement au livre d'Addison, nous trouverons entre ces deux ordres de faits de remarquables analogies. Dès 1850 M. Brown-Séquard avait remarqué que la section d'une moitié latérale de la moelle épinière, au niveau des dernières vertebres dorsales, était suivie dans les premiers jours d'une congestion sanguine des capsules surrénales, et au bout de quelques mois d'une hypertrophie considérable de ces organes. Ce fut pour lui le point de départ de nouvelles recherches; sur plusieurs animaux il enleva ces capsules, opération plus facile et accompagnée de moins de désordres que l'on ne se l'imagine. Sur d'autres animaux il fit de simples piqûres. Les premiers mouraient très-vite, au bout de sept à huit heures; quelquefois mais rarement ils survécurent dix à douze heures. Tous mouraient dans une adynamie croissante avec de la paralysie, des convulsions et quelquefois de la diarrhée. Les seconds survivaient plus longtemps, ordinairement de vingt à vingt-quatre heures, mais mouraient avec les mêmes symptômes, dont la marche était seulement moins rapide; un phénomène constant était le ralentissement très-marqué des mouvements du cœur et de la respiration dans les dernières heures de la vie. Voici l'explication proposée par M. Brown-Séquard pour ces intéressants résultats.

Les capsules surrénales sont tellement riches en nerfs, que plusieurs anatomistes n'ont pas hésité à en faire un ganglion nerveux, dépendant du grand sympathique. Henle décrit même certains corpuscules d'une forme particulière ressemblant beaucoup aux corpuscules ganglionnaires qui ont été reproduits par Kœlliker et qui sont aujourd'hui généralement admis. Quoi qu'il en soit de cette vue théorique et de cette description, les capsules surrénales reçoivent leurs nerfs d'un grand nombre d'origines très-importantes; en arrière, par l'intermédiaire du petit splanchnique, elles se rattachent au grand sympathique et par conséquent à la moelle; du plexus solaire elles reçoivent un très-grand nombre de filets qui, en les reliant au grand centre nerveux de la vie nutritive, peuvent être aussi considérés, au moins pour partie, comme des moyens de communication avec le nerf vague; plusieurs anatomistes, Bergmann entre autres, ont même décrit une anastomose directe entre le dernier nerf et le plexus capsulaire. Une anastomose décrite par tous est celle qui se fait sur le diaphragme avec les filets terminaux du nerf phrénique; et le plexus diaphragmatique inférieur, ainsi que le plexus rénal, pour ne rien omettre, envoient encore leur tribut au plexus capsulaire.

De ces anastomoses, celles qui se font avec le nerf vague, directement ou indirectement, avec le nerf phrénique et avec le grand sympathique peuvent servir à expliquer, d'après M. Brown-Séquard, les troubles de la circulation, de la respiration et de la digestion, qui succèdent aux lésions artificielles ou spontanées, des capsules surrénales. Pour les mouvements du cœur notamment, M. Brown-Séquard, d'après une autre série d'expériences, avance que toute irritation du nerf vague et aussi du grand sympathique, a pour résultat de ralentir les battements de l'organe. Sans parler ici de l'explication donnée par l'auteur de ce phénomène, ce qui nous entraînerait à aborder la question du mécanisme et de la cause des mouvements du cœur, on conçoit, si le fait est exact, qu'il rend compte de ce qui se passe dans les lésions des capsules surrénales. Toute lésion siégeant dans ces organes peut être considérée comme une cause d'excitation qui, par voie réflexe, se transmet au nerf vague et au grand sympathique; cette excitation exerce son influence ordinaire sur les mouvements du cœur, dont elle diminue la force toujours, et la vitesse souvent (1).

Cette manière d'expliquer les choses pourra séduire les uns et par conséquent faire entrer en méfiance les autres, par ce qu'elle a de neuf et d'original. Le temps prononcera sur sa vraie valeur.

Toujours est-il qu'il n'y a rien que de très-naturel à rapporter à la lésion d'un organe les troubles qu'on observe dans le système nerveux, dans les fonctions digestives, dans les fonctions circulatoires et respiratoires, lorsque cet organe a une structure nerveuse très-riche et fort complexe et se trouve dans des rapports intimes avec les deux grands centres nerveux, et avec les organes de la digestion, de la circulation et de la respiration.

En résumé et sous toutes les réserves que nous avons faites plus haut, nous dirons comme conclusions de ce qui précède :

1° Le groupe symptomatique, décrit par Addison comme pathognomonique d'une lésion des capsules surrénales, ne correspondant pas à un genre de lésion unique et toujours le même, il n'y a pas lieu d'en faire une maladie à part.

2° Ce groupe existe néanmoins et paraît être l'expression d'un trouble fonctionnel de ces organes.

3° Les deux signes prédominants de ce groupe sont : les troubles nerveux et la coloration dite bronzée de la peau, auxquels les autres signes, tels que l'anémie, la dyspepsie, l'amaigrissement, la douleur lombaire, paraissent devoir être rapportés secondairement.

4° Le premier de ces signes, par sa gravité, par son pronostic fatalement mortel, restitue aux capsules surrénales une importance physiologique digne de celle que depuis longtemps l'anatomie leur avait déjà reconnue.

5° Le second tend à faire admettre que la fonction des capsules surrénales a trait principalement à l'élaboration de la matière pigmentaire et à celle du sang.

Ces conclusions me paraissent découler naturellement et des faits pathologiques et des expériences de M. Brown-Séquard, et je prends occasion ici de remercier ce savant expérimentateur à la bienveillance duquel je dois la plupart des idées qui font le sujet des remarques qui précèdent.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DU TRAITEMENT DE L'ARTHRITE SYNOVIALE SIMPLE ET RHUMATISMALE PAR LE VÉSICATOIRE; par le professeur FORGET (de Strasbourg).

« L'homme se lasse du bien, cherche le mieux et rencontre le pire. » Cette belle pensée me vient en mémoire au sujet de ce qui se passe aujourd'hui en thérapeutique. A voir l'espèce d'acharnement avec lequel nous courons après les remèdes nouveaux, il semble que jusqu'ici l'art soit resté dépourvu de tout moyen efficace. Les principes les plus avérés, les médications les mieux établies sont mis complétement en oubli; comme si la science était née d'hier, comme si la tradition était entièrement perdue, comme si l'art de guérir n'avait produit jusqu'à ce jour que des résultats négatifs. Car, remarquez bien que l'ambition des inventeurs ne se borne pas à introniser leurs propres conceptions, ils veulent encore faire table rase de toutes les notions acquises, de tous les remèdes autres que les leurs, phénomène qui démontre admirablement la légèreté, les inconséquences et autres infirmités de l'esprit humain.

Mais après avoir expérimenté l'inanité de la plupart de toutes ces créations éphémères qui, du jour au lendemain, roulent pêle-mêle dans l'abîme de l'oubli, force nous est pourtant d'en revenir aux traditions séculaires. Veuillez faire attention aux procédés de ces hommes éminents, blanchis dans la pratique, et dont quelques-uns ont eux-mêmes sacrifié pendant longtemps à la manie des innovations : vous les voyez, comme honteux de leurs égarements, revenir tacitement à ce que Bacon appelle les voies antiques, et leurs méthodes actuelles contrastent singulièrement par leur simplicité, par leur vétusté, pourrais-je dire, avec cette mobilité fiévreuse de la jeune génération.

(1) Nous devons faire remarquer que ce mémoire date du mois d'avril dernier. Depuis cette époque, M. Brown-Séquard a fait de nouvelles expériences, et il est arrivé à une théorie différente, à plusieurs égards, de celle exposée dans le texte.

Avec moins d'étonnement que de tristesse, nous avons vu naguère l'Académie agiter cette grande question de la révulsion qui, depuis plus de vingt siècles, régissait la pratique médicale, à l'ombre de quelques axiômes inébranlables, en apparence, tels que l'*ubi stimulus ibi fluxus*, et le *quò natura vergit* du dogme hippocratique. Combien de subtilités, de paradoxes, de sophismes et d'erreurs ont été produits par des esprits éminents, sans contredit, mais qui font gloire de s'inscrire en faux contre les dogmes les plus révérés, semblables à ces athées qui font parade de leur incrédulité, sauf à brûler un cierge au moment du danger. Ainsi font, en effet, ces fanfarons de scepticisme, lorsqu'aux prises avec les faits on les voit suivre trivialement la voie commune, profitant clandestinement des bienfaits de l'art classique, tout en usurpant la renommée qui jaillit des opinions excentriques dont l'éclat éblouit le pauvre vulgaire.

Supprimez la révulsion ou la dérivation (car ces deux mots sont radicalement synonymes, n'en déplaise aux puristes et aux esprits pointus et quintessenciels); supprimez la révulsion et vous déshéritez l'art d'une grande partie de ses moyens: vomitifs, purgatifs, rubéfiants, vésicants, caustiques, exutoires, etc., disparaissent d'emblée, ou à peu près, de la matière médicale; et je demande à vos esprits forts eux-mêmes s'ils souscriraient volontiers à pareille réforme.

Après tout, il faudrait bien se résoudre au sacrifice, s'il était démontré qu'il fût nécessaire. Mais, heureusement, il n'en est rien, et l'observation journalière vient protester contre un radicalisme harbare. Si, au lieu de s'égarer dans des discussions historiques, philologiques et théoriques à perte de vue; si, au lieu d'invoquer ces cas de maladies chroniques et de cachexies profondes, où l'action nécessairement lente et obscure d'un modificateur quelconque, est toujours plus ou moins problématique et sujette à contestation; si, dis-je, l'Académie eût argué de ces cas simples, rapides, flagrants, où la puissance de l'art se révèle dans toute sa clarté, la discussion eût été moins orageuse et plus concluante. Ainsi, on peut contester et nier, à la rigueur, l'efficacité du séton qui s'applique généralement aux affections chroniques et constitutionnelles, bien que la plupart des praticiens aient pu se convaincre de son efficacité dans certains cas; mais comment nier l'action résolutive du vésicatoire dans bon nombre d'épanchements séreux, de névralgies et même de phlegmasies? L'interprétation du *modus agendi* peut varier, il est vrai; la perturbation, la substitution, l'hyposthénisation, la spoliation, peuvent aspirer à renverser la révulsion; mais qu'importe la théorie si le fait existe? et ce que vous niez, c'est le fait; sans compter que toutes ces explications, de plus ou moins fraîche date, n'ont aucun droit, dans bien des cas, à supplanter celle qui a pour elle, non-seulement l'antiquité, ce qui est un titre, quoi qu'on en dise, mais encore la raison médicale, physiologique, le rationalisme en un mot. Cela dit, entrons en matière.

En ce temps-là Boyer, de vénérable mémoire, trônait à la clinique chirurgicale de la Charité. C'était vers l'année 1828 ou 1829. Une fille de 20 ans, de constitution forte, sanguine-lymphatique, entre à la clinique pour ce qu'on appelle une coxalgie. La hanche droite est douloureuse, surtout pendant les mouvements de la cuisse qui sont très-bornés; le membre pelvien, du même côté, présente une élongation manifeste; l'articulation coxo-fémorale n'est ni rouge, ni sensiblement gonflée; mais le grand trochanter est plus éloigné de l'épine iliaque, et la fesse est plus aplatie de ce côté que de l'autre. L'affection ne date que de quelques jours; elle a pour cause l'action de frotter les parquets avec le pied garni d'une brosse. Bref, c'est une arthrite avec commencement de luxation spontanée, de cause mécanique.

Rangés autour du lit de la malade, nous discutions sur les moyens à mettre en usage et la majorité des assistants, considérant la nature inflammatoire de l'affection, opinait pour une application de sangsues. Boyer arrive, examine un instant la malade et prescrit un *large vésicatoire* sur la hanche (étonnement général); le vieux professeur motive la prescription sur son expérience qui lui a démontré que cette médication est la plus prompte et la plus certaine, en pareil cas, n'en déplaise à la doctrine physiologique.

En effet, deux ou trois jours après, le vésicatoire n'était pas guéri que la douleur avait cessé; le membre avait recouvré sa longueur et ses mouvements naturels; la malade était convalescente.

Ce fait me frappa vivement, et depuis j'en ai souvent fait mon profit. Néanmoins, je réservais le vésicatoire d'emblée, pour les cas d'arthrite simple, isolée, sans gonflement inflammatoire ni rougeur prononcés, sans mouvement fébrile, et surtout pour les cas d'hydarthrose, c'est-à-dire caractérisés essentiellement par un épanchement de synovie. J'ai souvenance de cas assez nombreux de ces arthrites synoviales simples, enlevées promptement par le vésicatoire. Quelquefois il m'a fallu répéter une ou deux fois l'application; mais je ne me souviens pas que jamais cette médication ait produit de fâcheux résultats.

Lorsque l'arthrite est déjà chronique, lorsqu'elle est accompagnée de rougeur et de gonflement des parties molles périphériques et surtout d'altération des surfaces articulaires, les effets du vésicatoire sont plus incertains et plus lents dans tous les cas.

J'ai souvent employé comparativement d'autres topiques très-vantés, tels que la teinture d'iode, la pommade au nitrate d'argent, etc.; mais ces moyens m'ont paru généralement bien inférieurs au vésicatoire; je les considère d'ailleurs comme appartenant tous à la médication révulsive, et ne puis leur reconnaître aucune action spécifique sous cette forme, nonobstant clameur de haro.

Ainsi, dans ma pensée, deux circonstances principales contre-indiqueraient le vésicatoire d'emblée: ce sont l'intensité et la multiplicité des inflammations articulaires, telles qu'on les observe ordinairement dans le rhumatisme articulaire aigu, généralisé et fébrile. Je crois que, dans ces cas, il est rationnel et prudent de débuter par les antiphlogistiques directs, généraux et locaux. Cependant, il est bien difficile de poser la limite précise de ces contre-indications; et j'ai fait, dans ces derniers temps, quelques tentatives qui, malgré les circonstances défavorables, ont tourné en faveur du vésicatoire.

Les faits suivants, pris parmi un plus grand nombre, suffiront pour donner une idée complète de la manière dont agit le vésicatoire dans la généralité des cas d'arthrite synoviale subaiguë.

Un homme de 27 ans, de forte constitution, jouissant ordinairement d'une bonne santé, douanier, entre à la clinique le 20 novembre 1843. Il y a huit jours, qu'à la suite d'un refroidissement, il ressentit de la douleur dans la hanche et dans le genou droit; quinze ventouses scarifiées ont été appliquées à la cuisse.

Aujourd'hui la douleur persiste dans le genou, qui est très-peu tuméfié, sans rougeur; point de fièvre. (Bain tiède; chiendent nitré, cataplasme émollient.)

Le lendemain, même état. (Douze ventouses scarifiées autour du genou, liniment d'huile de jusquiame.)

Le 22, moins de douleurs; mais le genou est plus volumineux; la rotule, soulevée par le liquide, est séparée des condyles fémoraux par un intervalle d'un centimètre mesuré par la pression; la fluctuation est manifeste à la périphérie de l'articulation qui mesure 3 centimètres de circonférence de plus que celle du genou gauche. (Large vésicatoire sur le genou, chiendent nitré, trois soupes.)

Trois jours après, le 25. le vésicatoire est sec. Point de changement appréciable. (Nouveau vésicatoire.)

Les jours suivants, diminution rapide.

Le 29, le genou droit est revenu à son volume normal et mesure 31 centimètres, comme le gauche. Cependant, le malade assure qu'il augmente de volume le soir.

Le 3 décembre, l'épanchement s'est reproduit en partie. (Troisième vésicatoire, chiendent nitré.)

Le 6, le genou a repris son volume normal; la guérison se confirme, mais l'articulation est un peu douloureuse pendant la marche; ce phénomène disparaît graduellement et le malade sort guéri vers la fin de décembre.

Ainsi voilà une hydarthrose rhumatismale sub-aiguë, qui résiste aux antiphlogistiques, modérés, il est vrai, et qui cède en six jours à l'application de deux vésicatoires. Si l'on pensait que la guérison a paru spontanée, on changerait d'avis en voyant cette récidive, qui cède immédiatement à un troisième vésicatoire. Ce résultat n'est pas un des plus brillants que puisse procurer le vésicatoire qui, assez souvent, amène la résolution en deux ou trois jours, sans récidive; mais je l'ai choisi exprès pour épargner à nos imitateurs ces mécomptes qui amènent la méfiance et discréditent les meilleures médications.

Il est deux choses essentielles à observer: la première c'est d'employer de larges vésicatoires qui enveloppent l'articulation en presque totalité; la seconde, c'est de faire que le malade conserve l'immobilité et ne se lève pas trop tôt. Il est arrivé très-fréquemment que l'omission de l'une ou de l'autre ou de ces deux conditions, compromet, ou du moins altère le résultat. C'est ce qui arrive presque toujours, surtout dans les hôpitaux.

Le cas précédent était des plus simples, quoique de nature rhumatismale; les suivants sont plus compliqués.

Un enfant de 13 ans, de constitution assez grêle, entre à la clinique le 28 mars 1856, affecté depuis longtemps de rhumatisme articulaire chronique, vague, erratique, peu prononcé, sans fièvre, hors le temps des exacerbations. Le 7 avril, il accuse une douleur assez vive dans le genou gauche. A l'examen, nous constatons du gonflement, sans rou-

genu, de l'articulation; c'est une hydarthrose d'origine récente qui soulève la rotule autour de laquelle on constate une fluctuation manifeste. Douleur notable à la pression. Quelques autres articulations sont également douloureuses, sans gonflement ni rougeur. Pouls à 80, sans développement ni résistance.

Cette arthrite rhumatismale généralisée, mais qui n'est bien prononcée que dans une seule articulation, se rapprochant autant que possible de l'hydarthrose simple, me donne l'idée d'appliquer le vésicatoire formellement indiqué par les symptômes locaux. J'annonce aux assistants que très-probablement l'hydarthrose du genou sera modifiée, mais qu'il est fort douteux que les autres articulations en soient favorablement influencées.

Cependant, deux jours après l'application d'un large vésicatoire autour du genou, l'arthrite synoviale était à peu près complètement résolue, et, chose remarquable, la douleur avait cessé dans les autres articulations, et le jeune malade s'est vu délivré de ce rhumatisme vague qui depuis quinze jours le retenait au lit. Il s'est levé le quatrième jour, marchant sans douleur et sans gêne, et a pris son *exeat* peu de jours après. Ajoutons, pour être complet, qu'une légère cystite cantharidienne avait suivi l'application du vésicatoire.

Bien que le sujet eût eu, à plusieurs reprises, divers gonflements articulaires qui se résolvaient plus ou moins promptement, sans médication très-active, la coïncidence de l'effet avec la cause fut ici trop marquée pour qu'on puisse révoquer en doute l'action curative du vésicatoire. Aussi croyons-nous pouvoir offrir ce fait comme un spécimen des plus beaux résultats de cette médication.

J'avais le cas précédent présent à la mémoire lorsque, le 22 mai 1856, vint à la clinique un jeune homme de 16 ans, de constitution forte mais lymphatique, affecté, pour la première fois, de rhumatisme articulaire depuis quatre jours.

Douleur assez vive dans les articulations des pieds, des genoux, des hanches, des coudes et des épaules. Mais, de toutes ces articulations, celles des genoux sont seules tuméfiées. Le genou droit n'offre qu'un peu de rénitence des parties molles, avec fluctuation appréciable, mais sans rougeur, sur les côtés et au-dessus de la rotule, qui n'est pas sensiblement soulevée. Le genou gauche, au contraire, est notablement tuméfié, déformé par la saillie de la rotule et des parties molles environnantes. La fluctuation est manifeste, surtout en dedans et au-dessus de la rotule.

En déprimant brusquement celle-ci, on la sent heurter contre les condyles fémoraux, dont elle est séparée par une couche de liquide de plus d'un centimètre d'épaisseur. Cette manœuvre est douloureuse. Les téguments articulaires sont sensiblement rosés; la peau est chaude, le pouls fréquent (à 100), peu développé, mais assez résistant. Il s'agit donc d'un rhumatisme articulaire aigu, récent, généralisé, modérément fébrile, plus prononcé au genou gauche, affecté d'hydarthrose considérable.

Nous avions à opter parmi une douzaine de traitements généraux et locaux, qui se disputent aujourd'hui la préférence. Mais frappé de l'hydarthrose de l'articulation tibio-fémorale gauche, la plus affectée, la seule qui fût le siége d'un notable épanchement, l'idée nous vint d'essayer d'un large vésicatoire, *loco dolenti*, plus tisane de chiendent nitrée (à 4 grammes) et 5 centigrammes d'opium, le soir; diète.

J'espérais bien voir l'hydarthrose s'amender; mais je craignais que les autres articulations ne se prissent plus vivement et que l'état fébrile n'augmentât. Ce que j'attendais de plus heureux, c'était le dégagement du genou, sans aggravation des autres éléments; mais, à ma grande surprise, dès le lendemain les articulations étaient dégagées, le mouvement fébrile était tombé, le genou présentait une amélioration sensible.

Le second jour, la tuméfaction du genou est encore diminuée, cependant la rotule n'est pas en contact avec les condyles.

Le troisième jour, le vésicatoire est sec; la rotule n'est plus mobile: un peu de fluctuation existe encore à la circonférence, mais le malade meut sa jambe presque sans douleur et se considère comme guéri. Il sort complétement rétabli douze jours après son entrée.

Que de réflexions se présentent au sujet de cette observation! Et, d'abord, n'est-il pas possible que la guérison ait été spontanée? Bien que la marche du rhumatisme soit fort capricieuse, et qu'on le voie quelquefois se résoudre inopinément, alors même que tout annonçait une longue durée, il n'est guère vraisemblable qu'un rhumatisme généralisé, fébrile, ne datant que de quatre jours, se résolve du jour au lendemain et de lui-même, juste au moment où on applique un remède. En second lieu, est-ce bien le vésicatoire qui a produit la guérison? Cela, je crois, ne peut faire question pour les praticiens. Certes, ce n'est pas une pincée de nitre et un grain d'opium administrés concurremment et comme palliatifs qui peuvent être considérés comme ayant produit une solution aussi rapide; la probabilité, l'analogie, répugnent à cette hypothèse, tandis que la probabilité, les faits antécédants sont tous en faveur du vésicatoire.

Maintenant, comment un vésicatoire peut-il guérir si rapidement un rhumatisme articulaire aigu, généralisé et fébrile? J'avoue tout ce qu'il y a d'obscur et de paradoxal, au point de vue de la théorie, dans ce fait qui peut être exceptionnel. Mais on se demande si souvent le pourquoi de faits qui ne sont pas démontrés, qu'on peut bien admettre pour une fois un fait démontré dont le pourquoi nous échappe. Au demeurant, les explications ne manqueraient pas, au besoin, même sans démolir le système de la généralité et de la spécificité du rhumatisme. En effet, combien d'affections générales, voire même spécifiques, soi-disant, que nous combattons victorieusement par des moyens locaux et non spécifiques? La fièvre typhoïde, par les purgatifs; la scarlatine, par l'eau froide; la variole, par l'expectation; le rhumatisme lui-même, par la saignée, le nitre, l'opium, etc.

Et puis, n'avons-nous pas pour nous, indépendamment de la révulsion, n'avons-nous pas la spoliation, la substitution, et même l'hyposthénisation? car la cantharide est un hyposthénisant, si l'on veut bien en croire l'école italienne.

Enfin, ce n'est pas à l'époque où l'on divinise l'empirisme, où la thérapeutique vit de miracles journaliers, qu'on voudrait nous marchander une toute petite invraisemblance théorique, alors surtout que le fait est flagrant, le fait que l'on substitue si bravement à tant de principes au moins aussi solides que la généralité et la spécificité du rhumatisme articulaire.

Parlons sérieusement. Quelle est, je le demande, la méthode qui nous eût mieux servi dans les cas précédents? Le dernier spécifique en date, le sulfate de quinine lui-même, que, par parenthèse, nous avons expérimenté concurremment avec des chances assez malheureuses, le sulfate de quinine, non plus que le colchique, la vératrine et autres, ne produit pas beaucoup de succès aussi nettement accentués. Est-ce à dire que le vésicatoire doive faire oublier tous les autres moyens? A Dieu ne plaise que nous ajoutions pareille extravagance à toutes celles de même espèce qui se produisent chaque jour, et que nous combattons de toute notre énergie. Ce que nous voulons déduire, c'est tout simplement un principe de sagesse éternelle contre lequel on s'insurge vainement, à savoir que les maladies ne sont pas des êtres concrets, homogènes, des unités absolues, comme le prétendent les empiriques et les néo-vitalistes: ce sont des groupes d'éléments variables en nombre, en intensité, dont la subordination même est loin d'être immuable. Ainsi, sans sortir de l'espèce, il y a dans le rhumatisme aigu et fébrile au moins deux éléments positifs: la fièvre qu'on suppose représenter un état général, inconnu dans son essence, car le vice rhumatismal est encore à l'état d'idée spéculative, et l'excès de fibrine est une lésion banale dont la primitivité n'est rien moins que démontrée; puis la lésion articulaire, dont on veut faire également une lésion spéciale, mais secondaire. Eh bien! ces deux grands éléments ont, au point de vue pratique et de par l'expérience, leurs indications propres et culminantes, selon les cas. La théorie peut indiquer d'attaquer la maladie par l'élément prétendu général et primitif; d'où les traitements par la saignée, le colchique, le nitre, le sulfate de quinine, etc.; mais la pratique ne commande pas moins de prendre en considération l'état local réputé secondaire; d'où saignée locale, émollients, onctions mercurielles, rubéfiants et vésicants. Car tous ces moyens, généraux et locaux, peuvent revendiquer, chacun en particulier ou diversement combinés, d'incontestables succès. Reste à déterminer les cas où chacune de ces modifications réclame la préférence, œuvre ardue, trop généralement mise en oubli, grâce aux tyranniques prétentions de l'empirisme, et que la doctrine des éléments peut seule nous aider à conduire à bonne fin.

Ainsi, conformément à l'expérience acquise non moins qu'aux principes généraux de la science, on peut établir, au moyen de l'analyse pathologique, la rationalité de chaque remède, et partant la probabilité du succès, selon certaines données déduites de chaque fait en particulier. Ainsi l'intensité de la réaction milite évidemment pour la saignée et pour les hyposthénisants (colchique, nitre, digitale, quinine, etc.); la vivacité de l'élément douleur appelle immédiatement les sédatifs directs (opium et ses composés, aconit, etc.); la fluxion locale indique les antiphlogistiques locaux (sangsues, topiques émollients, onctions mercurielles, etc.); enfin si l'inflammation locale est modérée, si surtout l'élément épanchement synovial est dominant, apparaît l'indication des révulsifs et notamment du vésicatoire. Pas n'est besoin d'ajouter que toutes ces indications peuvent se combiner suivant la combinaison des éléments eux-mêmes, éventualité qui se

présente le plus souvent ; ce qui n'empêche pas, en fin de compte, que quelques moyens ne réussissent en dépit des contre-indications patentes ; car il y a toujours dans les faits médicaux quelques éléments occultes qui nous échappent et trompent nos prévisions ; ce qui constitue la part aléatoire de l'art, sans porter atteinte à la suprématie du rationalisme ; car le hasard doit toujours être un pis-aller. Remarquez que le hasard cesse d'exister quand l'expérience a parlé, et que les médications empiriques éprouvées deviennent par le fait rationnelles au premier chef. Peut-être en est-il ainsi du vésicatoire dans les cas où nous l'avons vu réussir complétement malgré nos appréhensions.

Nous n'avons fait allusion jusqu'ici qu'au rhumatisme articulaire aigu ; que si nous l'envisageons à l'état chronique, d'autres moyens pourront et devront entrer en ligne, soit comme agents généraux, soit comme modificateurs locaux. Ainsi, à l'intérieur les mercuriaux, les iodés, les alcalins, les sulfures, etc.; à l'extérieur les topiques dits résolutifs, teinture d'iode, pommade de nitrate d'argent, acides minéraux, vésicatoires volants ou suppurants, cautérisation actuelle, douches excitantes, compression, appareil inamovible, etc. Il y aurait trop à dire pour justifier, critiquer, contrôler ces divers moyens au point de vue de leurs indications spéciales, tout ce que je puis affirmer ici, c'est que le vésicatoire ne le cède à aucun d'eux comme moyen général et qu'il l'emporte sur tous peut-être, même à l'état chronique, alors que prédomine l'élément hydrarthrose. Toujours sans préjudice des moyens adjuvants et des contre-indications spéciales ; car, encore une fois, nous nous sommes constitués l'ennemi juré des panacées.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR LA NATURE RÉELLE DES MOUVEMENTS DE DÉPLACEMENT DU CŒUR ; par M. GIRAUD-TEULON, D. M. P., ancien élève de l'École polytechnique.

A M. le rédacteur de la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

Monsieur,

Vous avez bien voulu donner place l'an dernier, dans vos colonnes, à plusieurs mémoires relatifs à la nature réelle des mouvements de déplacement du cœur. La locomotion de cet organe avait été attribuée, si vous vous le rappelez, dans le plus ancien en date de ces travaux (celui de M. le docteur Hiffelsheim) (1), à une force de réaction de liquide sur l'enveloppe qu'il évacuait, à la force connue en hydrostatique sous le nom de *force de recul*.

Au nom des lois de la physique, je m'étais permis de combattre cette opinion (2), démontrant que les conditions fondamentales de l'action expulsive du sang excluaient absolument la possibilité d'un effet de ce genre. Enfin, le résumé d'une longue série de patientes expérimentations entreprises par MM. Chauveau et Faivre, et communiquées par eux à l'Académie des sciences (3), avait paru clore cette discussion en donnant aux principes théoriques que j'avais rappelés la sanction du fait *vu*, et non pas seulement *imaginé, conçu*.

La publication qui se poursuit en ce moment, dans votre savant recueil, du travail complet de ces derniers physiologistes tend à remettre en question un sujet qui ne semblait pas devoir prêter matière à tant de controverses. Dans le paragraphe XII de leur travail (n° du 5 juillet), les deux habiles et consciencieux expérimentateurs sont revenus sur cette question de recul du cœur.

Après avoir rappelé l'objet en litige, la propulsion ou la non-propulsion du cœur en arrière par la force de réaction du liquide qui s'en échappe, ils disent, avec quelque apparence de raison :

« Or la question n'est pas de savoir si le fait *peut ou ne peut pas* être, » mais s'il *est* véritablement ; et c'est à l'expérimentation à le ré» sondre. »

On pourrait peut-être bien objecter quelque chose à cette façon de procéder ; néanmoins nous l'acceptons pleinement.

Or voici le résultat de leur expérimentation (et pour nous bien renfermer dans cette sage méthode expérimentale, nous prenons chez ces messieurs le fait tout nu et dégagé des commentaires théoriques qui l'accompagnent) :

« Explorant le cœur avec la main introduite par l'abdomen à travers » le diaphragme, *on sent le sommet du cône ventriculaire rester con*» *stamment en rapport avec le fond du sac péricardien.* »

C'était aussi ce que ces physiologistes avaient constaté l'an dernier (1), et j'y avais vu une démonstration positive, *ipso facto*, de l'absence ici de la force dite *de recul*, comme cause du mouvement observé. Je n'avais dû voir en effet, ainsi que l'a fait M. Desgranges, dans la descente de la scissure coronaire, cercle de suspension des ventricules, que la conséquence de l'élasticité des cordes de la suspension, c'est-à-dire des troncs artériels distendus par l'afflux nouveau du sang.

Ces tuyaux suspenseurs de l'organe venant à s'allonger, il est bien nécessaire, en effet, que l'objet qu'ils supportent descende.

Mais est-ce là un phénomène de l'ordre de ceux compris en physique dans la loi du recul?

MM. Chauveau et Faivre prennent soin eux-mêmes de reconnaître que non. Se mettant à un point de vue théorique et général : « Le re» cul, disent-ils, provient de ce que la pression devenant moindre au » niveau des orifices artériels chargés de donner écoulement au sang, » le point de paroi opposé à ces orifices, c'est-à-dire la pointe du cœur, » supporte un excès de pression qui *peut* (il faudrait, à leur propre » point de vue, qui *doit*) entraîner l'organe dans le sens de son grand » axe, c'est-à-dire lui imprimer un mouvement de recul, le cœur étant » suspendu librement, dans le sac fibro-séreux qui l'enveloppe, par » les troncs élastiques des gros vaisseaux. »

C'est parler d'or ; si un recul hydrodynamique a lieu, c'est ainsi qu'il doit effectivement se produire. MM. Chauveau et Faivre le décrivent et l'expliquent à la fois d'une manière parfaite.

Mais comment, ayant du principe théorique une idée si nette, peuvent-ils le reconnaître dans des expériences où ils constatent expressément eux-mêmes que « le *point de paroi opposé à l'orifice, la pointe du cœur*, NE BOUGE PAS? »

Quelle cause l'arrête donc ce fond du vase, quel obstacle s'oppose à sa fuite en arrière? L'orifice, le reste de l'organe marchent eux-mêmes vers lui, et il ne fuit pas ! Et c'est lui pourtant qui supporte cette prétendue force de recul !

Votre expérience à vous-même dément ici visiblement vos conclusions.

Mais, pourrait-on m'objecter : je n'ai pas rapporté *in extenso* toute l'expérimentation.

« Si l'on ouvre la paroi latérale de la poitrine d'un cheval, on peut » suivre avec l'œil lui-même le mode de locomotion du cœur. Non» seulement on constate que l'extrémité des ventricules ne remonte » pas vers la masse auriculaire, mais on voit *quelquefois* cette extré» mité se porter *très-légèrement* en arrière vers l'appendice xyphoïde, » sans s'éloigner ou se rapprocher sensiblement de la face supérieure » du sternum. »

Et d'abord, je m'assure que ce n'est pas ce très-léger mouvement de la pointe du cœur en arrière qui s'observe *quelquefois*, que les adversaires de notre opinion désignent sous le nom d'effet de recul. Il est évident qu'il est trop en disproportion avec l'intensité de la force systolique pour lui avoir été assigné comme effet principal de réaction. J'ajouterai que, dans l'esprit même de MM. Chauveau et Faivre, ce n'est certainement pas ce léger mouvement, *non constant*, loin de là, mais observé seulement *quelquefois*, qui constitue le recul. Son inconstance suffirait, si c'était lui qu'ils eussent en vue, pour l'exclure du tableau comme indépendant des principes fixes et invariables qui président à l'évolution du phénomène.

D'ailleurs, ces messieurs expliquent eux-mêmes, dans le même paragraphe, ce qui pour eux constitue nettement le recul.

« C'est le mouvement manifeste de la scissure coronaire, de la base » des ventricules vers la *pointe qui demeure fixe.*

» Mouvement qui s'accompagne d'un allongement des troncs arté» riels, lesquels se courbent en même temps davantage. »

Ainsi c'est donc seulement dans le retrait des orifices vers la pointe, quand ils s'attendaient à rencontrer le mouvement relatif contraire que MM. Chauveau et Faivre croient reconnaître le recul proprement dit du cœur.

Il est clair en effet que, pour que le cœur se vide, il faut que sa pointe se rapproche de sa base, ou celle-ci de la pointe. Mais il est clair aussi que celle-là marchera vers l'autre qui sera relativement moins fixe.

Or quelle est la circonstance qui détermine la situation, le rapport

(1) Académie des sciences, séance du 27 novembre 1854.
(2) *Ibid.*, 13 août 1855.
(3) *Ibid.*, 10 septembre 1855.

(1) « La pointe du cœur reste à peu près immobile dans la portion du péri» carde qui lui correspond. » (Mémoire de MM. Chauveau et Faivre, du 10 septembre 1855.)

de lien de chaque extrémité du cœur? Évidemment, avant tout mouvement produit, c'est le poids du système et de son contenu, puisque ledit système est suspendu à des tuyaux fixés supérieurement (1).

Maintenant, un mouvement du sang est opéré : une certaine quantité de ce liquide passe des ventricules dans les tuyaux. Quel effet suit ce déplacement? La distension en tous sens des tuyaux suspenseurs. An premier instant, le poids du système ne change pas, au moins ne change-t-il pas par accroissement. L'ensemble général ne saurait donc descendre plus bas qu'il n'est. Partant la pointe du cœur, appelée du reste par la contraction ventriculaire, on montera on demeurera fixe.

Mais en est-il de même de la base? Non, évidemment. Les tuyaux s'allongeant, elle doit forcément descendre ou se porter en arrière. Il est visible que ces deux effets sont connexes, proportionnels, égaux même, pourrait-on dire en une certaine mesure.

C'est donc la base du cœur qui est mobile relativement à la pointe. C'est donc elle qui se déplacera vers celle-ci.

Rien de plus, rien de moins.

Mais ce n'est pas là le recul comme il s'entend en physique. Ce mouvement, opéré sous l'empire de la distension, de l'allongement des tuyaux supérieurs, n'est pas plus le recul hydrodynamique que ne l'est le mouvement en arrière d'un homme, au bruit d'une pièce de canon. Celle-ci recule par réaction, l'homme par surprise ou frayeur.

Il y a tout autant de différence entre le recul de la fusée d'artifice et celui du cœur (pardon pourtant de l'exagération; mais nous désirons nous faire bien comprendre). Le premier est l'image de la réaction hydrodynamique; non le scond. Le cœur ne recule que parce que les supports s'allongeant, il est repoussé par leur effort ou entraîné par la gravité. C'est bien sans doute un recul physique partiel, mais non hydrodynamique.

Toute la confusion peut venir de ce simple malentendu. On a vu une *réaction* dans l'*action* due à l'afflux du sang sur les arbres artériels, et un recul hydrodynamique dans un mouvement en arrière ou en bas, dû à l'abaissement des points de suspension de l'organe.

Concluons donc que tout s'explique, dans le mouvement scrupuleusement décrit par MM. Chauveau et Faivre, par le fait tout simple, tout uni de la distension, de l'allongement des tuyaux artériels; et qu'il n'y a nul besoin d'appeler à l'aide ici, pour se rendre compte des faits, la force dite de recul.

Disons que cette force, du ressort de l'hydrodynamique, ne peut, dans le cas dont il s'agit, produire aucun effet réel.

Premièrement, vu les faits; parce que si elle existait, elle se manifesterait au moins par un mouvement en arrière notable de la pointe du cœur. On sait que c'est l'élément même de la surface interne du cœur auquel elle devrait s'appliquer; et celui-ci est libre, indépendant, rien ne le retient, ne l'attache, ne peut porter obstacle à son mouvement. Les parois opposées semblent courir elles-mêmes au-devant de cette action. *Et pourtant la pointe ne bouge pas.*

Deuxièmement, vu les lois physiques.

La force de recul (hydrodynamique) est une réaction; elle ne saurait donc dépasser l'action en grandeur. Or l'action, c'est la tendance de la pointe du cœur vers les orifices. La réaction ne saurait donc la porter en arrière plus loin que l'action directe ne lui communique de tendance en avant. Partant elle ne saurait reculer.

En deux mots, la théorie avait démontré qu'il ne pouvait être observé dans le battement du cœur de mouvement dépendant de la force de recul, celle-ci étant immédiatement, préalablement annulée par la force qui l'aurait engendrée.

Les expériences de MM. Chauveau et Faivre montrent aujourd'hui que non-seulement ce mouvement n'est pas observé, mais qu'il *n'existe pas.*

Pardonnez-moi, monsieur le rédacteur en chef, ce retour sur une question qui semblait jugée et jugée même par les travaux dont je viens d'attaquer dans ces lignes une conclusion partielle.

L'importance même de ces travaux m'a semblé me faire un devoir de rectifier cette conclusion mise imprudemment à la place de la conclusion contraire. Malentendu fâcheux qui pouvait infirmer les conséquences ultérieures de ces intéressantes recherches.

Agréez, etc.

(1) Pour tout dire, il faudrait parler aussi des limites d'emplacement tracées au cœur par les organes voisins. Mais il est clair que c'est une considération de même ordre que celle que nous envisageons ici, et comme elle, indépendante du recul.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

(Suite et fin.)

VI. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE BRUGES.

MODIFICATION AU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE DU BEC-DE-LIÈVRE; par M. VERHAEGHE.

L'opération du bec-de-lièvre, quelque habileté qu'on ait mise à la pratiquer, laisse souvent après elle une cicatrice à angle rentrant, espèce d'encoche qui augmente encore avec le temps. De tous les procédés employés jusqu'ici, celui qui remédie le mieux à cet inconvénient est l'avivement elliptique que nous trouvons décrit pour la première fois par M. Pétrequin (GAZ. MÉD., 1842, et ANAT. MÉDICO-CHIRURG., 1re éd., 1844) et adopté par Dieffenbach. Suivant M. Verhaeghe, ce procédé qui « *constitue un véritable progrès* » ne paraîtrait pas cependant réaliser toutes les espérances de son inventeur. Il croit donc devoir préconiser un nouveau mode opératoire suivi par M. Langenbeck et dont voici la principale modification :

M. Langenbeck enlève obliquement, d'un coup de ciseau, l'angle obtus qui résulte de la rencontre du bord externe du bec-de-lièvre avec le bord libre de la lèvre. Il avive ensuite ce côté de bas en haut. Sur l'angle opposé du bec-de-lièvre, il fait avec les ciseaux une entaille légèrement oblique en bas et en dehors, et qui intéresse toute l'épaisseur de la lèvre; puis il avive ce côté de bas en haut. Il ne reste plus qu'à rapprocher les bords avivés, à faire pénétrer dans l'encoche la portion opposée coupée obliquement, et à maintenir le tout réuni. M. Verhaeghe prétend que par cette nouvelle modification, il ne peut rester aucune difformité après l'opération. Il dit avoir eu l'occasion de la mettre à exécution sur trois enfants très-jeunes, et que chaque fois le résultat a été on ne peut plus satisfaisant.

VII. ANNALES MÉDICALES DE LA FLANDRE OCCIDENTALE.

Les 7e, 8e, 9e, 10e, 11e et 12e livraisons du semestre de 1855-1856 contiennent les mémoires origioaux suivants : 1° *De la pneumonie aiguë*; par le docteur Macario. (Suite.) 2° *Du traitement du choléra par l'arsenic et le veratrum album*; par M. Imbert-Gourbeyre. (Suite et fin.) 3° *Coup d'œil sur le traitement de la fistule salivaire*; par M. Vandenkieboom. 4° *De l'examen du ventre considéré au point de vue obstétrical*; par M. Hubert. 5° *Note sur le traitement de la coqueluche*; par M. Ancelon. 6° *Rétrécissement infranchissable du canal de l'urètre; fistule urinaire; incision au périnée pour rétablir le canal; succès de l'opération et réapparition des mêmes désordres*; par M. Lesueur. 7° *Expérimentations cliniques sur un nouveau traitement de la fièvre intermittente et de la dyssenterie*; par M.-L. Berthierand. 8° *Note sur un moyen d'empêcher sûrement l'écoulement de l'urine dans l'incontinence chez l'homme*; par M. Plouviez. (Ce moyen n'est autre chose qu'une compression exercée sur deux points opposés du canal de l'urètre vers sa partie spongieuse, au moyen de deux petites pelotes. L'auteur n'indique pas, du reste, la confection de cet anneau qu'il appelle élastique.)

RÉTRÉCISSEMENT INFRANCHISSABLE DU CANAL DE L'URÈTRE; FISTULES URINAIRES; INCISION AU PÉRINÉE POUR RÉTABLIR LE CANAL; SUCCÈS DE L'OPÉRATION ET REAPPARITION DES MÊMES DÉSORDRES; par le docteur LESUEUR (de Vimoutiers).

Dans les cas où le canal de l'urètre, trop rétréci, ne permettrait pas d'y faire pénétrer une sonde, l'on a proposé et exécuté dans ces derniers temps avec succès l'opération de la boutonnière, sur les parties mêmes rétrécies, et l'on a pu ainsi, non-seulement pénétrer dans la vessie, mais encore, par ce moyen on a obtenu des guérisons radicales de ces rétrécissements.

L'observation de M. Lesueur vient prêter un nouvel appui à cette méthode, et encourager les chirurgiens dans cette voie. Nous croyons donc utile d'en faire connaître les principales circonstances.

OBS. — Le sujet de l'observation est âgé de 42 ans. Il a eu dans sa vie trois chaude-pisses, la dernière à l'âge de 28 ans; celle-ci n'a pas encore disparu. Il y a plusieurs années, à la suite d'une injection avec le sulfate de zinc, il éprouva une rétention complète d'urine, qui résista au cathétérisme, mais qui céda à un traitement antiphlogistique.

Trois ans plus tard, nouvelle rétention. Même impossibilité de le sonder; guérison par un traitement antiphlogistique.

Enfin, il y a un an, après avoir travaillé plusieurs semaines dans l'eau et fait des excès d'eau-de-vie, il fut pris d'une troisième rétention, qui cette fois se termina par un abcès ulcéreux suivi d'autres fistules vers le périnée, et aujourd'hui (1855), cet homme en porte trois, par lesquelles l'urine s'écoule continuellement.

Le cathétérisme ne peut être pratiqué.

M. Lesueur crut devoir alors tenter l'incision périnéale pour pénétrer dans la vessie et plus tard dans le canal de l'urètre, d'arrière en avant.

Nous ne décrirons pas l'opération, qui n'offrit rien de particulier; mais voici le moyen ingénieux auquel il eut recours pour ramener une sonde à travers le rétrécissement.

Il se servit, dans ce but, de deux sondes en gomme élastique : la première, assez grosse (n° 21), fut coupée à son extrémité, et ses angles adoucis avec la pierre ponce; elle permettait à l'autre sonde, plus petite, de circuler librement dans son ouverture.

La petite sonde portait à son extrémité ouverte une anse de fil solidement fixée avec la cire à cacheter.

Ces deux instruments ainsi disposés, il procéda de la manière suivante :

La petite sonde fut introduite dans la vessie par la partie postérieure du canal, ce qui offrit assez de peine, à cause de la difficulté de découvrir cette ouverture. Ce résultat obtenu, la sonde n° 21 fut poussée dans le canal de l'urètre et pénétra jusqu'à l'incision. Alors, au moyen d'un mandrin crochu en fer passé dans son calibre, on suivit l'anse de fil de la petite sonde, et en tirant à soi le mandrin, on la fit pénétrer dans la grosse. Cette petite sonde servit alors à son tour de conducteur et de mandrin à la grosse, qui fut ainsi conduite avec sûreté dans la vessie. On la fixa convenablement, et le malade fut replacé dans son lit, les cuisses rapprochées et une petite éponge sur la plaie pour tout pansement.

Le douzième jour après l'opération, l'incision au périnée était guérie, l'engorgement de la verge beaucoup diminué; les fistules paraissaient vouloir se tarir; en un mot, tout allait si bien que M. Lesueur crut pouvoir retirer la sonde pendant deux heures, et apprit au malade à la replacer lui-même, ce qu'il fit cinq ou six fois; mais tout à coup il ne put plus la faire pénétrer. M. Lesueur ne peut plus lui-même retrouver le passage, et le malade retombe dans son premier état.

Bien qu'ici le succès n'ait pas été complet, on voit cependant que l'opération a eu d'heureux résultats pendant au moins douze jours. D'où vient la récidive? Il serait possible que le malade, en se sondant, ait produit une déchirure de la cicatrice mal affermie encore; de là obstacle à retrouver le canal. Peut-être, comme le pense M. Lesueur, aurait-il fallu laisser plus longtemps en place la sonde. Quoi qu'il en soit, ce fait ne doit pas être perdu pour la science.

VIII. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

Les livraisons du mois de juin au mois d'octobre 1855 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Observations d'empoisonnement par les champignons*; par M. Broeckx. 2° *Observation de luxation du pied en arrière*; par M. Journez. 3° *Observation de dégénérescence graisseuse du placenta*; par M. J. Mertens. 4° *Ulcères syphilitiques de la gorge et du larynx; trachéotomie; usage de la canule laryngienne pendant quatre mois et demi; guérison*; par M. Rul-Ogez. 5° *De la fistule dentaire*; par M. Giebens. 6° *Considérations sur la nature de l'apoplexie*; par M. Ramaez.

ULCÈRES SYPHILITIQUES DE LA GORGE ET DU LARYNX; TRACHÉOTOMIE; USAGE DE LA CANULE LARYNGIENNE PENDANT QUATRE MOIS ET DEMI; GUÉRISON; par le docteur RUL-OGEZ.

OBS. — Il s'agit, dans cette observation vraiment remarquable, d'une femme âgée de 47 ans, chez laquelle des ulcères syphilitiques accompagnés de tuméfaction du larynx avaient tellement mis obstacle au passage de l'air, que l'on dut en venir à la trachéotomie, pour éviter une suffocation imminente.

La canule une fois introduite, la malade put respirer librement, et l'on eut ainsi le temps de traiter méthodiquement et les ulcères et la tuméfaction des environs de la glotte.

M. Rul-Ogez employa la méthode préconisée par le docteur Ebert, qui assure avoir guéri ainsi des ulcères syphilitiques en quinze ou vingt jours. Voici en quoi elle consiste :

On fait une poudre composée de 3 gros de sucre de lait et d'un grain de nitrate d'argent. Une pincée de ce mélange est placée à l'extrémité d'un tube solide de la grosseur d'une plume d'oie et porté au fond de la bouche; alors le malade se pince les narines et ferme les lèvres sur le tube; puis il aspire l'air par celui-ci : de cette manière, la poudre est portée dans le larynx lui-même et touche sûrement les ulcères. On répète cette opération deux fois par jour.

Au moyen de cette insufflation, les ulcères finirent par se cicatriser, la tuméfaction de la glotte s'évanouit, et quatre mois et demi après l'opération, la canule put être définitivement retirée, la malade respirant librement par l'ouverture laryngienne.

Depuis, cette époque, la guérison s'est maintenue.

Cette observation prouve combien l'art est parfois tout-puissant dans la cure d'affections menaçant prochainement la vie des individus : elle est remarquable par le temps assez long pendant lequel la canule laryngienne a été portée, et par la méthode d'insufflation adoptée pour faire pénétrer avec facilité dans le larynx des médicaments propres à modifier ses ulcérations. Nous appellerons ici l'attention des praticiens sur l'heureux changement produit par le nitrate d'argent dans ces cas rebelles.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 18 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA TEMPÉRATURE ANIMALE; par M. CLAUDE BERNARD.

Les expériences dont les résultats sont contenus dans le travail de M. Cl. Bernard, établissent :

1° Que l'appareil digestif fait éprouver au fluide sanguin un réchauffement constant, de telle sorte que dans cet appareil le sang veineux est plus chaud que le sang artériel;

2° Le sang qui sort de l'appareil digestif par les veines hépatiques est une source constante de calorification pour le sang qui va au cœur par la veine-cave inférieure. Nous pouvons même ajouter dès à présent que c'est la principale; car nulle part dans le système circulatoire le sang n'est aussi chaud que dans les veines hépatiques, et nos tableaux d'expériences montrent que chez les animaux les plus vigoureux cette température peut atteindre 41°,6 centigrades;

3° Parmi les organes qui concourent au réchauffement du sang dans l'appareil digestif, le foie occupe le premier rang. D'où il résulte que cet organe doit être considéré comme un des foyers principaux de la chaleur animale.

Dans une très-prochaine communication, j'entretiendrai l'Académie des modifications de température que le sang éprouve en traversant l'appareil respiratoire.

RAPPORT SUR UN MÉMOIRE DE M. A. FABRE SUR L'EMPLOI DE L'ÉTHER COMME ANTIDOTE DU CHLOROFORME.

(Commissaires : MM. Flourens, Jobert (de Lamballe), Jules Cloquet, rapporteur.)

Un jeune physiologiste, M. Augustin Fabre, a lu devant l'Académie, dans sa séance du 28 juillet dernier, un mémoire sur l'emploi de l'éther comme antidote du chloroforme.

« L'éther, dit l'auteur, détermine dans l'économie animale des effets opposés suivant la dose qu'on emploie, suivant la fréquence et la durée des inhalations : il est d'abord excitant; ce n'est que par des inhalations prolongées, à des doses élevées, qu'il devient anesthésique; sa principale propriété est d'être excitant..... »

D'après ces faits bien connus de l'action de l'éther sur l'économie animale, l'auteur a pensé « qu'il était rationnel d'employer cet agent comme stimulant pour neutraliser les effets hyposthénisants, pour remédier aux défaillances et aux syncopes que détermine le chloroforme. »

« Les prévisions de la théorie, dit-il, ont été réalisées par l'expérience, » et il croit l'avoir démontré dans son travail, qui est basé sur cent dix-sept expériences.

La lecture de ce mémoire et sa publication par extrait dans vos COMPTES RENDUS et dans les journaux de médecine ont vivement impressionné l'Académie, les savants, et surtout les chirurgiens, qui font un usage journalier du chloroforme comme moyen anesthésique pour la pratique des opérations et dans celle des accouchements.

Il était donc urgent de prendre connaissance des faits contenus dans le mémoire de M. Fabre et d'en apprécier la valeur par des expériences répétées par l'auteur sous les yeux de vos commissaires.

L'importance du sujet, qui touche de si près aux intérêts les plus sacrés de l'humanité, vous expliquera l'empressement qu'a mis votre commission à s'acquitter du devoir dont vous l'aviez chargée, et à savoir si réellement l'éther pouvait être proclamé, ainsi qu'on l'avait dit, comme l'antidote du chloroforme; si l'on pouvait trouver dans cet agent anesthésique lui-même un moyen puissant d'arrêter, en les neutralisant, les effets parfois pernicieux du chloroforme. La commission s'est donc réunie dans le laboratoire de M. Flourens, au Muséum d'histoire naturelle, le 9 et le 12 août. Elle avait convoqué M. Fabre pour lui faire répéter devant elle les principales expériences qui servent de base à tout son travail.

Les expériences répétées par M. Fabre devant la commission sont loin de répondre aux résultats annoncés dans son mémoire. Peut-être ce jeune physiologiste, au zèle, à la candeur, à la persévérance duquel nous aimons à rendre justice, n'a-t-il pas encore acquis cette dextérité, cette précision que donne seule une longue habitude des expériences tentées sur les animaux.

Il a paru, par exemple, à vos commissaires que M. Fabre, en faisant inspirer le chloroforme à ses animaux, bouchait trop hermétiquement leurs narines avec son éponge et ne laissait pas pénétrer dans les poumons une quan-

tité d'air atmosphérique suffisante pour entretenir la respiration, de sorte que l'anesthésie dans laquelle tombaient ces animaux dépendait peut-être autant, sinon plus, de l'asphyxie que de l'action directe du chloroforme sur le système nerveux ; ce qui change nécessairement les éléments de la question, et a dû tromper M. Fabre dans ses observations.

Vos commissaires ont donc cru pouvoir conclure :

1° Que les fonctions vitales se rétablissent plus promptement chez un animal anesthésié par le chloroforme quand on l'abandonne à lui-même, que lorsqu'on lui fait inspirer de l'éther, soit d'une manière continue, soit à de certains intervalles ;

2° Que l'éther, loin d'être un antidote du chloroforme, ne fait qu'en prolonger, peut-être aggraver les effets anesthésiques, et que, par conséquent, on doit se donner de garde de l'employer pour neutraliser et arrêter les effets du chloroforme, dans les cas où l'action de cet agent aurait été poussée au delà des limites qu'enseigne la prudence dans son administration.

— M. Poggiale lit un travail intitulé : Recherches sur la composition chimique et les équivalents nutritifs des aliments de l'homme, que nous avons publié textuellement. (Voy. le n° 33, p. 506.)

(Commissaires : MM. Boussingault, Payen et Cl. Bernard.)

— M. S. Massola, médecin militaire, lit une note sur l'emploi de l'ergotine dans la diarrhée épidémique des troupes sardes, en Orient, pendant l'été de 1855.

(Commissaires : MM. Andral et J. Cloquet.)

SÉANCE DU 25 AOUT.

— M. Brown-Séquard lit un travail intitulé : Recherches sur la physiologie et la pathologie des capsules surrénales.

Nous avons publié ce travail au compte rendu de l'Académie de médecine, séance du 26 août. (Commissaires : MM. Flourens, Rayer, Cl. Bernard.)

NOTE SUR L'EXISTENCE FRÉQUENTE D'UNE POCHE AMNIO-CHORIALE JUSQU'A UNE ÉPOQUE AVANCÉE DE LA GROSSESSE.

M. le docteur Mattei adresse la lettre suivante :

Monsieur le président,

J'aurai l'honneur de lire plus tard devant la docte Académie que vous présidez un travail détaillé sur le sujet important que je lui soumets aujourd'hui. En attendant, je vous prierai de lui donner lecture de ces quelques lignes qui sont le résumé de mes recherches.

Il n'est pas admis, en obstétrique, qu'à une époque avancée de la grossesse la membrane amnios soit assez séparée du chorion pour faire une poche où peut se réunir du liquide assez abondant.

Cette poche, j'ai eu lieu de la constater plusieurs fois, et elle paraît être même assez fréquente. Elle existe :

1° Dans les cas où la femme enceinte perd tout à coup des eaux assez abondantes pour faire croire à un accouchement imminent, tandis que la grossesse va encore très-loin, ou bien alors on constate par le toucher qu'il existe encore une poche amniotique intacte.

2° Elle existe dans les cas d'hydrorrhée pendant la grossesse ;

3° Dans les cas où, au moment du travail, on est obligé pour un seul œuf de percer successivement deux poches distinctes, qui donnent chacune un liquide de même couleur ou de couleur différente.

Dans ces cas, la poche externe qui se rompt la première est composée du chorion et de la caduque. La deuxième ou interne est formée par l'amnios. Le sac amniotique peut être alors tellement isolé, qu'il n'adhère même pas à la surface fœtale du placenta. Il ne tient au cordon ombilical que par son insertion au point où cette tige s'implante sur le gâteau placentaire.

Depuis que mon attention a été attirée sur ce sujet, j'ai constaté plusieurs fois l'existence de cette cavité, même en dehors des cas que je viens de citer, et où, probablement, l'amnios se rongeant avant le chorion, il était impossible de constater d'avance l'existence de la poche *amnio-choriale*.

Ces faits, par leur fréquence, me prouvent que cette cavité, qui existe dans les premières semaines de la grossesse, ne s'oblitère pas toujours ; ils peuvent même faire revenir sur quelques points du développement de l'œuf. En attendant, ils expliquent de la manière la plus naturelle ce qu'on appelle les fausses eaux, l'hydrorrhée, la poche supplémentaire et la diversité de couleur du liquide épanché ; phénomènes sur lesquels on n'avait jusqu'ici que des données incertaines. (Commissaires : MM. Cl. Bernard et J. Cloquet.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 2 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

Les états des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements du Morbihan, de la Somme, des Bouches-du-Rhône. (Commission de vaccine.)

— La correspondance non officielle comprend :

Une lettre de M. le docteur Laffargue, professeur à l'École de médecine de Toulouse, qui sollicite le titre de membre correspondant dans la section de chirurgie et d'accouchements. (Commission des correspondants.)

Une lettre de M. le docteur Brown-Séquard relative à ses expériences sur les capsules surrénales, expériences dont les résultats ont été exposés par M. Trousseau dans la dernière séance et qui ont été critiquées par M. Bouillaud.

Voici un résumé de cette lettre :

M. Bouillaud avait dit que l'extirpation des capsules était, à ses yeux, de la physiologie *amusante*. M. Brown-Séquard déclare que si cette appréciation n'avait froissé que sa personne, il aurait gardé le silence ; mais croyant que les paroles de M. Bouillaud ne tendent à rien moins qu'à nier la valeur d'une grande méthode d'investigation scientifique, celle de l'extirpation des organes, il essaye de montrer, par des faits, les services que cette méthode a rendus à la science. Sans doute cette méthode, mal employée, peut conduire à l'erreur, et la pathologie a souvent démenti les conclusions prématurées que quelques expérimentateurs avaient tirées des résultats de l'extirpation de certains organes ; mais les méthodes d'investigation ne peuvent être responsables des erreurs de ceux qui s'en servent.

Après ce préambule, M. Brown-Séquard dit qu'il croit, avec M. Bouillaud, que ses expériences avaient besoin d'être répétées un très-grand nombre de fois et en présence de témoins nombreux. C'est parce qu'il est de l'avis de M. Bouillaud sur ces deux points qu'il a fait plus de 150 expériences, qu'il a déjà fait constater plusieurs fois à la Société de biologie, et, enfin, que l'Académie des sciences, sur sa demande, a désigné trois de ses membres les plus compétents pour assister à ses expériences.

Il mentionne ensuite les principaux résultats de ses recherches, et il signale surtout ce fait capital, que l'ablation des deux capsules surrénales amène la mort en moyenne au bout de onze heures et demie, tandis que l'ablation des reins ne tue qu'après un, deux ou trois jours, suivant ses propres expériences et celles de plusieurs expérimentateurs éminents. Il est très-remarquable que l'extirpation d'une seule capsule tue aussi, en général, plus vite que l'extirpation des deux reins.

Cette lettre se termine par les conclusions suivantes :

1° L'étude des accidents qui succèdent à l'extirpation d'un organe ou de portions d'organes appartient à la physiologie *sérieuse*.

2° Les fonctions des capsules surrénales, bien qu'encore indéterminées, sont indispensables à l'entretien de la vie et paraissent même être plus importantes que celles des reins.

3° La précédente proposition, appuyée sur un nombre considérable d'expériences, est un premier pas fait vers la connaissance des fonctions des capsules surrénales.

— M. Delafond écrit une lettre dans laquelle il prie l'Académie de désigner un de ses membres pour le remplacer dans la commission chargée d'examiner la question de la ligature de l'œsophage.

— M. Depaul donne lecture d'une note de M. Orfila neveu sur la ligature de l'œsophage. Dix-huit expériences nouvelles ont convaincu l'auteur que la mort des animaux, après la ligature de l'œsophage, doit être attribuée à l'action de ce liquide blanc, spumeux, gluant, qui s'accumule dans le pharynx et dans le larynx, et qui pénètre même dans la trachée et dans les bronches.

M. Orfila fonde cette conviction sur les observations suivantes :

1° Lorsque la ligature a été convenablement appliquée, les chiens qui ne salivent pas ne meurent point, alors même que le lien constricteur reste appliqué sur l'œsophage pendant vingt-quatre heures ;

2° Les chiens, qui salivent et qui ne peuvent se débarrasser de leur salive, meurent à un moment plus ou moins éloigné de l'opération, après avoir présenté les symptômes les plus caractéristiques de dyspnée et de suffocation ;

3° Enfin, lorsqu'on pratique une ouverture à l'œsophage au-dessus de la ligature, la salive s'écoule par cette ouverture ; les animaux alors ne présentent d'autres symptômes que de l'abattement et vivent au moins trois jours, souvent jusqu'à sept ou huit jours après l'opération.

M. L. Orfila fait ressortir l'importance de cette condition et rappelle que l'auteur de la toxicologie, avant de pratiquer la ligature, recourait souvent à l'incision de l'œsophage pour introduire la substance dont il voulait étudier l'action. (Commission nommée.)

— M. le Président annonce que, sur la demande adressée à l'Académie par les inventeurs, l'examen du *lait artificiel* de MM. Gaudin et Choumara est renvoyé à une commission composée de MM. Bérard, Guérard, Boudet et Piorry.

LIGATURE DE L'ŒSOPHAGE.

M. Bouley : Messieurs, dans une lettre adressée mardi dernier à l'Académie, M. Colin nie qu'il ait eu recours, dans une de ses expériences, à une espèce de traitement hydrothérapique, dans le but de contrarier et d'entraver la marche ordinaire des phénomènes qui accompagnent la ligature de l'œsophage ; il affirme qu'il s'est contenté de verser une bassine d'eau froide sur la tête du chien. Suivant M. Colin, j'en aurais donc imposé à l'Académie. Nos assertions contradictoires soulèvent une grave question de moralité scientifique. Comme l'Académie n'a pas de raison pour croire plutôt l'une que l'autre, et qu'il s'agit ici d'une expérience qui s'est passée sous les yeux de plusieurs assistants, j'ai l'honneur de déposer sur le bureau un certificat signé par les témoins du fait et qui pourra servir à éclairer la religion de l'Académie.

Cette pièce est renvoyée à la commission chargée des expériences sur la ligature de l'œsophage.

OPÉRATION DU PHIMOSIS.

M. RICORD demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

M. Bonnafont, dit M. Ricord, a mis sous les yeux de l'Académie, à la fin de la dernière séance, des instruments propres à pratiquer la circoncision par un procédé nouveau. Je crois que celui que j'ai adopté depuis vingt ans présente, aussi bien que le procédé de M. Bonnafont, l'avantage de faire la section de la peau et de la muqueuse sur le même plan; et il n'a point l'inconvénient d'exiger des instruments spéciaux. Une aiguille, une pince et un bistouri suffisent à le pratiquer.

Je tends, autant qu'il le faut, le prépuce, et je trace à l'encre sur la peau la ligne elliptique que doit suivre l'incision. Je traverse ensuite le prépuce de bas en haut avec une aiguille, au niveau de la ligne tracée à l'encre, de manière à fixer la peau et la muqueuse. J'introduis la pince entre le gland et le prépuce, et je distends les tissus en écartant les mors de la pince; je coupe enfin avec la plus grande facilité le prépuce ainsi distendu, en faisant suivre au tranchant du bistouri la ligne préalablement tracée. J'obtiens constamment, en opérant de cette manière, une incision elliptique de la couronne du gland au frein, et les lèvres de cette incision, formées par la peau et la muqueuse, sont et demeurent sur un même plan.

M. GIBERT s'étonne que les chirurgiens pratiquent aujourd'hui plus volontiers, dans les cas de phimosis, la circoncision, plutôt que l'incision du prépuce pure et simple. Quant à lui, il a toujours retiré de grands avantages de l'incision chez les individus affectés d'eczéma chronique du prépuce, et c'est à l'incision qu'il donne encore la préférence.

M. MALGAIGNE observe que c'est encore l'incision qui se pratique le plus souvent, et que ce n'est qu'exceptionnellement que les chirurgiens ont recours à la circoncision.

M. RICORD : Je reconnais qu'il est des cas où l'on peut se dispenser de la circoncision. Pourtant, c'est, à mon avis, chez l'adulte surtout, l'opération la plus rationnelle. Si le prépuce est long, exubérant, l'incision simple fournit de mauvais résultats ; le phimosis se reproduit quelquefois, ou bien il reste une difformité à laquelle on est obligé de remédier plus tard. Or les opérations qui se pratiquent dans ces régions sont de celles pour lesquelles nos clients ont le moins de vocation. Il faut, autant que possible, recourir à un procédé qui guérisse infailliblement et n'expose point le malade à subir une seconde fois une opération, qui lui inspire une grande répugnance. Le procédé que j'ai décrit ne réclame pas plus d'instruments, ne cause pas plus de douleurs et ne demande pas un plus long temps pour être exécuté que l'incision préconisée par M. Gibert. Il a l'immense avantage de procurer une guérison définitive, sans laisser une difformité disgracieuse.

M. LARREY déclare qu'il donne la préférence à l'incision.

M. MALGAIGNE : La circoncision doit être préférée à la simple incision chez les enfants et chez les adultes dont le prépuce est fort long; mais, je le répète, c'est une opération à laquelle on ne recourra qu'exceptionnellement, et seulement dans les cas où l'incision serait nécessaire et devrait laisser après elle une difformité choquante ; car après la circoncision, tandis que la peau se rétracte fortement et jusqu'à la couronne du gland, la muqueuse, au contraire, à cause de sa faible extensibilité, s'avance encore sur le gland, le recouvre plus ou moins et reproduit une espèce de phimosis qu'il faudra détruire encore plus tard. Aussi, dans les opérations de ce genre, est-il bon d'imiter les rabbins et de couper, comme eux, la muqueuse préputiale jusqu'à la couronne du gland.

M. RICORD est surpris d'entendre ce langage dans la bouche du professeur de médecine opératoire. Dans le procédé qu'il a imaginé, la ligne elliptique tracée sur la peau du prépuce et qui sert à diriger l'incision, l'aiguille enfoncée à travers les tissus, afin de maintenir les rapports exacts de la peau et de la muqueuse, sont autant de précautions qui écartent sûrement les inconvénients signalés par M. Malgaigne et qui s'opposent surtout à la production d'un phimosis consécutif.

LIT DESTINÉ AUX ENFANTS DU PREMIER AGE.

M. LONDE donne lecture d'un rapport officiel sur un lit destiné aux enfants du premier âge et réclame pour cette invention l'approbation de l'Académie.

M. TROUSSEAU pense qu'il n'est pas de la dignité de l'Académie d'accorder son approbation à une invention purement industrielle, d'autant plus que le lit en question n'offre véritablement aucun avantage réel sur les berceaux ordinaires.

Sur la proposition de M. Trousseau, appuyée par MM. Bussy, Moreau et Renault, le rapport de M. Londe est renvoyé à la commission déjà nommée, à laquelle M. Trousseau est prié de s'adjoindre.

DES MATIÈRES GRASSES DE LA BILE.

M. GOBLEY, candidat à la place vacante dans la section de pharmacie, donne lecture d'une lettre intitulée : RECHERCHES SUR LA NATURE CHIMIQUE ET LES PROPRIÉTÉS DES MATIÈRES GRASSES CONTENUES DANS LA BILE. L'auteur résume son travail dans les conclusions suivantes :

1° Les acides oléique et margarique ne préexistent pas dans la bile, comme on l'admet généralement ;

2° Ils résultent du dédoublement de la lécithine, sous l'influence des agents chimiques ou de la putréfaction ;

3° L'oléine, la margarine, la cholestérine et surtout la lécithine sont au nombre des principes gras de la bile;

4° Les matières grasses de la bile, lorsqu'elles se répandent avec cette dernière dans l'intestin, sont presque en totalité absorbées par cet organe, puisqu'on ne retrouve dans les matières excrémentitielles qu'une petite quantité d'huile fixe (oléine et margarine) avec des traces de cholestérine ;

5° Il est difficile par suite d'admettre que la bile soit sans utilité et absolument sans usages, puisque les matières grasses qu'elle renferme sont presque complétement absorbées par l'intestin, et qu'il faut à l'animal qui en est privé une plus forte proportion de nourriture et des aliments plus substantiels. (Renvoi à la section de pharmacie.)

NOUVELLES RECHERCHES SUR L'IODOFORME.

M. MORÉTIN lit, au nom de M. E. Humbert et au sien, un travail intitulé : RECHERCHES CHIMIQUES, PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR L'IODOFORME.

Ce corps, découvert par Sérullas, et que les travaux de MM. Dumas et Bouchardat ont surtout fait connaître, se présente à l'état de corps solide, en paillettes nacrées d'un jaune de soufre, friables, douces au toucher, d'une odeur aromatique très-persistante. Il renferme plus des neuf dixièmes de son poids d'iode et n'a rien de corrosif.

Administré à des chiens, il tue à doses plus faibles que l'iode, après avoir donné lieu à un abattement plus ou moins prononcé, rarement à des vomissements. A l'abattement succède une période d'excitation : convulsions, contractures, etc.

L'iodoforme est totalement dépourvu d'action locale irritante; il ne donne pas lieu à la plus légère vascularisation de la muqueuse de l'estomac et des intestins.

Quant aux propriétés thérapeutiques de l'iodoforme, les auteurs les ont consignées dans les propositions suivantes :

1° En raison de la grande quantité d'iode que renferme l'iodoforme, ce médicament peut remplacer l'iode et les iodures dans toutes les circonstances où ces derniers agents sont indiqués;

2° L'absorption de l'iodoforme se fait avec la plus grande facilité; en effet, l'iode étant combiné avec l'hydrogène et le carbone pour le constituer, on a, pour ainsi dire, un composé organique;

3° L'iodoforme, appliqué à la thérapeutique, a sur les autres iodiques l'avantage de ne déterminer aucune irritation locale et aucun des accidents qui forcent, dans certains cas, de suspendre l'emploi de ces derniers ;

4° Outre les propriétés qui lui sont communes avec l'iode, l'iodoforme jouit de vertus spéciales : il calme les douleurs dans certaines affections névralgiques et détermine une sorte d'anesthésie locale et partielle du rectum, lorsqu'il est déposé dans cet organe;

5° Les doses auxquelles on peut l'administrer sont de 5, 10, 15, 25, 50 centigrammes par jour. M. Bouchardat l'a porté jusqu'à 60 centigrammes;

6° Les principales maladies dans lesquelles les auteurs l'ont employé avec avantage sont le goître endémique, la maladie scrofuleuse, le rachitisme, la syphilis, certaines affections du col de la vessie ou de la prostate, quelques névralgies.

Sans nul doute, entre les mains de M. le professeur Piorry, il aurait toute l'efficacité de l'iode dans la phthisie pulmonaire;

7° Enfin, l'iodoforme se prête avec la plus grande facilité aux formes pharmaceutiques les plus importantes. (Commissaire : MM. Grisolle, Wurtz et Bouchardat.)

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS D'AVRIL 1856; par M. le docteur A. VULPIAN, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — PHYSIOLOGIE.

DE L'INFLUENCE DE L'ASPHYXIE SUR LA CHALEUR ANIMALE ; par M. E. BROWN-SÉQUARD.

En asphyxiant des animaux à sang chaud, M. Brown-Séquard a trouvé que la température du rectum et des membres s'élève ordinairement d'une manière manifeste. L'élévation dans le rectum est souvent de 1 à 2° c. Dans les membres l'élévation varie excessivement et elle est quelquefois très-considérable. Voici quelques-unes des expériences :

Sur un pigeon le cloaque était à la température de 43°,1 avant l'asphyxie, on le trouve trois minutes après la ligature de la trachée à 43°,2, 3' 30'' après cette opération à 43°,3, deux minutes plus tard à 43°,9.

Sur un autre pigeon, le rectum avant l'asphyxie était à 43°,4; cinq minutes après à 44°,7, dix minutes après à 43.3.

Sur un chien, avant l'asphyxie le rectum était à 40°,2 ; quatre minutes et demie après il était à 41°,7.

Sur le même animal la membrane interdigitaire d'un des membres postérieurs était à 24°,5 avant l'asphyxie et cinq minutes après elle était à 31°,3.

Sur un lapin, le rectum était à 40°,6 avant l'asphyxie; cinq minutes après il était à 41°,8.

Sur un cochon d'Inde, sur lequel on avait abaissé la température en em-

ployant l'insufflation pulmonaire, le rectum était à 35°; on asphyxia l'animal par la ligature de la trachée; la température du rectum en trois minutes trois quarts s'éleva à 37°. En général environ six ou sept minutes après l'asphyxie, la température commence à s'abaisser.

Beaucoup d'autres expériences ont donné des résultats analogues aux précédents. Comment s'expliquer l'élévation de température du rectum, des membres et de la peau du tronc, dans ces conditions? Dépend-elle d'une augmentation réelle de la chaleur du sang ou seulement de ce que les vaisseaux se relâchant au moment où la mort survient, après les convulsions qui accompagnent l'asphyxie, il arrive alors plus de sang dans les parties extérieures du corps et des membres? M. Brown-Séquard ne veut pas entrer ici dans la discussion de ces différents points: il se borne à dire qu'il a constaté que ces deux causes existent simultanément alors. (Séance du 5 avril.)

II. — Pathologie.

RAMOLLISSEMENT DES FAISCEAUX POSTÉRIEURS DE LA MOELLE; SYMPTÔMES PRÉDOMINANTS DU CÔTÉ DE LA SENSIBILITÉ; par M. Luys.

Obs. — La malade qui fait l'objet de cette observation était entrée à l'infirmerie de la Salpêtrière le 11 juillet 1855, service de M. Moissenet; elle y mourut le 22 octobre de la même année; elle était âgée de 47 ans et exerçait la profession de marchande foraine; elle nous donna les renseignements suivants:

Elle a toujours eu une bonne santé, pas de convulsions pendant son enfance, ni de maux de nerfs à une époque plus avancée de sa vie; sa mère existe encore; son père est mort à 90 ans d'une fluxion de poitrine. La menstruation s'est établie régulièrement; elle a eu deux enfants; les couches n'ont pas été suivies d'accidents; jamais d'affection syphilitique.

Il y a environ trois ans et demi, elle éprouva une impression morale très-vive, et, à la suite du saisissement qui en résulta, elle commença à ressentir des engourdissements et des fourmillements dans les deux membres supérieurs, plus prononcés dans le bras gauche; puis les membres inférieurs furent envahis à leur tour. Néanmoins, quoique très-faible dans tout le côté gauche, elle pouvait encore aller et venir, et ce n'est qu'au bout de huit mois qu'elle fut obligée de s'arrêter, elle ne pouvait plus rien faire avec le bras gauche qui laissait tout tomber, tandis que le droit, quoique affaibli, lui rendait encore quelques services. En même temps, les douleurs spontanées, qui dès le début avaient été faibles le long de la colonne vertébrale, prirent de plus en plus une extrême acuité; elles s'irradiaient le long des côtes et du rachis et lui donnait tantôt des sensations de brûlure, tantôt celles d'un *corset de fer qui l'étouffait*. La sensibilité cutanée était alors exaspérée, au point de lui faire appréhender la présence des personnes qui passaient à côté d'elle.

La malade resta pendant neuf mois à la Pitié, y fut traitée par l'iodure de potassium (dont elle prit jusqu'à 8 grammes par jour) et par des applications réitérées de ventouses. Son état ne fut pas amélioré; elle rentra chez elle: on lui conseilla alors de se faire électriser.

L'application de l'électricité lui apporta quelque soulagement; les douleurs rachidiennes devinrent supportables; elle recouvra ses forces, put s'habiller elle-même, marcher et vaquer aux soins de son ménage. Elle se considérait alors comme guérie.

Mais à cette époque des phénomènes assez insolites du côté de l'intestin vinrent amener une rechute.

La dernière hémorrhagie menstruelle avait été remplacée mois pour mois par une évacuation de sang par l'anus, et cela pendant cinq ou six jours. Elle rendait ainsi des quantités assez considérables de sang, qu'elle évaluait à peu près à la valeur d'un pot de nuit chaque jour. Ce fait se répéta pendant sept à huit mois, et dès lors sentant qu'elle perdait de plus en plus ses forces et que les douleurs reparaissaient dans les bras et les jambes, elle se décida à entrer à la Salpêtrière.

A son entrée, nous constatâmes l'existence de douleurs spontanées très-vives dans le bras gauche et s'irradiant jusqu'aux extrémités des doigts qui étaient le siége de picotements continus. Elles étaient aussi très-violentes le long du rachis et entre les deux épaules. Au toucher, la peau de ces régions est d'une sensibilité extrême, et lui fait pousser des cris quand elle se touche elle-même.

La peau du bras droit est moins sensible; elle est plutôt le siége d'un endolorissement général que de douleurs intenses, comme à gauche.

La sensibilité *tactile*, particulièrement à gauche, est perdue, au point que la malade ne sent pas ce qu'elle tient entre ses doigts.

L'hyperesthésie est aussi marquée dans les deux membres inférieurs; cependant elle prédomine dans le côté gauche. Les pieds sont sujets à des engourdissements presque continus. La peau de la face est aussi le siége de fourmillements dont la malade fait remonter le début à un an.

Les mouvements sont exécutés facilement à gauche, la malade lève le bras, mange elle-même, elle serre avec force, mais elle ne sent pas ce qu'elle touche, et si elle ne se guidait pas avec la vue, elle laisserait tomber ce qu'elle tient entre les doigts. Les mouvements du bras droit sont parfaitement libres. Il en est de même des membres inférieurs, la malade étant couchée, elle lève alternativement l'un et l'autre. La marche est encore possible, mais il faut que la malade soit soutenue avec le bras d'un aide; les jambes sont faibles et vacillantes.

Le côté gauche de la face est légèrement effacé, il est flasque et sans vigueur, la mastication est pénible et exige des efforts; la commissure de la bouche est déviée vers la droite; la salive s'écoule involontairement. Les deux joues font saillie entre les arcades dentaires.

La vue a perdu considérablement de sa force depuis environ un an; la malade ne peut plus lire sans fatigue; du reste, pas de douleur de ce côté, pas de mouches volantes; les pupilles sont égales.

Rien à noter du côté du goût et de l'odorat, si ce n'est une sécheresse prononcée de la narine gauche.

Enfin, l'organe de l'ouïe est aussi exaspéré, au point que les moindres bruits lui sont pénibles.

Les fonctions intellectuelles sont parfaitement intactes.

Un symptôme remarquable que cette malade nous a présenté est l'existence de sueurs très-abondantes qui nécessitaient qu'on la changeât de linges trois et quatre fois et jusqu'à cinq fois dans les vingt-quatre heures. Les sueurs augmentaient d'intensité lorsque les crises douloureuses étaient terminées; elles n'étaient pas précédées de chaleur.

Dans les derniers temps, elle perdit peu à peu ses forces, par suite de l'intensité de douleurs qui au lieu d'être intermittentes et précédées comme avant de chatouillements dans la région dorsale, prirent peu à peu un caractère continu: de plus une diarrhée incoercible vint compliquer sa situation et l'amena à un état de débilitation générale au bout duquel elle succomba.

Autopsie. — Les méninges cérébrales sont saines; il en est de même du cerveau et du cervelet qui ont été examinés avec beaucoup d'attention. On note seulement une vascularisation très-manifeste dans toute la portion blanche du tissu cérébelleux, incluse dans le corps olivaire gauche.

Dans le canal rachidien, on remarque un peu plus de liquide sous-arachnoïdien qu'à l'état normal, mais pas de vascularisation extérieure.

La moelle à l'extérieur présente, au niveau du renflement brachial et s'étendant à 2 ou 3 centim. au-dessus, une apparence jaune ambrée de ses faisceaux postérieurs avec interposition de liquide céphalo-rachidien infiltré dans leur épaisseur. A la coupe, on voit que cette altération occupe d'une manière tranchée toute la région du renflement brachial et qu'elle se prolonge tout le long des faisceaux postérieurs jusqu'à la limite inférieure de la moelle.

Sur une coupe transversale, la lésion occupe tout l'espace intercepté entre les cornes postérieures droite et gauche de la substance grise; de sorte qu'il est difficile de dire ce qui appartient en propre à cette substance grise et aux faisceaux postérieurs; tout est confondu en une seule et même coloration jaune ambrée; l'inspection microscopique nous a montré que ces deux substances n'existent pas à l'exclusion l'une de l'autre, puisque, d'une part, nous y avons retrouvé tous les éléments de la substance grise, et, d'autre part, des tubes nerveux très-abondants. La substance des faisceaux antérieurs et des faisceaux latéraux nous a paru parfaitement saine.

Les racines tant antérieures que postérieures ne nous ont rien offert d'anormal.

Voici maintenant les résultats de l'examen micrographique que M. Bobin et moi avons fait isolément et dont les conclusions sont tout à fait identiques.

Nous avons noté:

1° Une quantité considérable de corps granuleux jaunâtres, sphériques, interposés entre les fibres nerveuses des cordons postérieurs. Ces fibres sont en général brisées, mais on en retrouve encore un certain nombre dont la continuité est assez prolongée.

2° Une matière amorphe interposée pareillement aux fibres nerveuses et contenant beaucoup de granulations tant élémentaires que graisseuses.

3° La substance grise nous a paru offrir ses caractères normaux consistant en myélocytes, en matière amorphe; de plus des granulations graisseuses isolées et plus abondantes qu'à l'ordinaire. Les grandes cellules nerveuses que nous rencontrâmes étaient toutes plus ou moins envahies par les granulations graisseuses.

4° Enfin un fait qui nous a paru important, c'est l'état des capillaires de la moelle. Ces vaisseaux nous ont présenté une infiltration tantôt générale, tantôt par amas, de granulations graisseuses dans leurs parois; et ce qu'il y a de particulier ici, c'est que cette altération vasculaire n'occupait que la face postérieure de la moelle, là où était la lésion; et qu'à la face antérieure où nous avons répété plusieurs fois cet examen, nous n'avons pas trouvé le même genre d'altération.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE MAI 1856; par M. le docteur Vulpian, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — Anatomie.

SUR LA STRUCTURE DE L'ŒIL ET EN PARTICULIER SUR L'APPAREIL IRIO-CHOROÏDIEN; communication de M. Rouget.

M. Rouget indique la manière dont il a été amené à faire des recherches sur les vaisseaux de l'œil. Après avoir vu qu'il n'y a pas de tissu érectile, à proprement parler, mais bien des appareils érectiles formés de vaisseaux et de tissu musculaire disposé d'une certaine façon; après avoir étudié très-spécialement les appareils érectiles des organes de la génération, il a voulu vérifier les idées générales nées de ces recherches, par une étude des tissus qui entrent dans la composition des membranes de l'œil. On sait que depuis longtemps déjà on avait attribué des propriétés érectiles à certaines de ces membranes. Ainsi Haller avait admis que l'iris est susceptible d'une véritable érection, et plusieurs anatomistes avaient exprimé une opinion ana-

logne à propos des procès ciliaires. M. Rouget a voulu voir si l'appareil irido-choroïdien était bien un appareil érectile, et s'il retrouverait là cette disposition qu'il a constatée dans les organes génitaux. Or il fallait avant tout étudier la nature de l'iris, de la choroïde, et voir s'il y avait des tissus musculaires annexés; car, comme on l'a déjà vu plus haut, un appareil érectile n'est autre chose qu'un tissu musculaire avec des vaisseaux ayant une disposition spéciale.

Les anciens ont considéré l'iris et la choroïde comme un seul appareil; on a abandonné cette idée depuis, et cependant cette idée exprimait fidèlement la nature de l'appareil irido-choroïdien, comme le démontrent l'anatomie comparée et l'embryogénie. En effet, les observations de Baër, acceptées par Bischoff, font voir que l'iris se développe du bord antérieur de la choroïde; d'autre part, chez certains animaux la continuité de ces deux membranes ne peut pas être révoquée en doute. Ainsi chez les poissons ces deux membranes sont en parfaite continuité et les paillettes brillantes de l'une se prolongent sans interruption sur l'autre.

M. Rouget considère l'appareil oculaire comme composé de trois appareils:
1° L'appareil de protection, constitué par la sclérotique et la cornée.
2° L'appareil d'adaptation, formé par la choroïde et l'iris.
3° L'appareil de vision, représenté par la rétine.

La choroïde et l'iris pour le sujet en question méritent surtout d'être étudiés avec détails. La choroïde se compose d'un tissu fondamental et de vaisseaux. On ne peut distinguer dans la choroïde deux régions bien distinctes: la région postérieure et la région antérieure. Le tissu propre de la choroïde est une membrane anhyste qui occupe la couche interne, au-dessous du pigment. Cette membrane rappelle les autres membranes anhystes de l'œil, la membrane de Descemet, la capsule du cristallin, l'uvée, etc. On trouve de plus dans la choroïde des fibres. Que sont ces fibres? sont-ce des fibres de tissu cellulaire? mais l'acide acétique ne les dissout pas. Sont-ce des fibres contractiles? Rainey a décrit dans la choroïde de quelques mammifères et Wittich dans la choroïde des oiseaux (de la grive), des faisceaux musculaires qui, d'après ces anatomistes, seraient striés en travers. J'ai trouvé, en effet, dans la choroïde de beaucoup d'oiseaux et aussi des mammifères des faisceaux assez semblables à des faisceaux musculaires, mais sur lesquels il me reste encore des doutes: ces faisceaux, du reste, ne sont pas striés en travers, mais finement granulés et parsemés de noyaux ovales. Ils résistent à l'action des acides et se rapprochent beaucoup des faisceaux élastiques ou des faisceaux de fibres lisses.

La partie antérieure de la choroïde est constituée par les procès ciliaires et le ligament ciliaire. M. Rouget pense que chez l'homme les procès ciliaires ne s'arrêtent pas à la choroïde. Ils se continueraient avec des plis situés à la face postérieure de l'iris. On constate de véritables procès ciliaires iridiens chez les oiseaux, et bien que cette disposition soit moins prononcée chez l'homme, on peut cependant l'y constater. Quant au ligament ciliaire, quelle est sa structure? Est-ce un simple renflement fibreux? est-ce un renflement entièrement nerveux? est-ce enfin du tissu cellulaire? Pour M. Sappey, le ligament ciliaire serait constitué par du tissu cellulaire et du tissu nerveux. M. Sappey semble s'étonner que Brücke ait admis que ce ligament est principalement musculaire. Or Brücke n'est ni le premier ni le seul anatomiste qui ait émis cette opinion. Képler admettait déjà que les procès ciliaires étaient contractiles; plus tard, en Angleterre, Porterfield avait dit la même chose. M. Cl. Wallace (de New-York) est le premier qui ait donné des preuves à l'appui de cette opinion, en 1836. Chez les oiseaux on trouve à la partie antérieure de la choroïde un véritable muscle, indiqué déjà par Crampton. Comment croire que ce muscle n'existerait pas chez les mammifères, lorsqu'il est manifeste que le mécanisme de la vision est le même chez les mammifères et chez les oiseaux. Du reste, l'observation directe avait fait reconnaître à Wallace qu'il y a dans la choroïde des éléments tout à fait semblables à ceux de l'iris. Après Wallace, sont venus des anatomistes, entre lesquels il faut citer Brücke, Bowman, Van Recken, Kœlliker, qui ont trouvé dans le ligament ciliaire des éléments musculaires incontestables, que ces anatomistes ont figurés comme des fibres-cellules analogues à celles des muscles lisses. M. Sappey croit que l'on a pu commettre une erreur au sujet de ces éléments, à cause de la ressemblance qu'il y a entre les noyaux des fibres-cellules et ceux des fibres nerveuses; mais il semble difficile d'admettre que cette erreur ait pu être commise par des hommes aussi compétents en histologie que ceux qui viennent d'être cités, aussi compétents que Wagner qui, après avoir beaucoup étudié cette question, s'est rangé à l'opinion des précédents. Il y a, à la vérité, des fibres nerveuses dans le ligament ciliaire; mais il est certain qu'il y a aussi des fibres contractiles à noyaux. Voici la disposition de ces derniers éléments.

Dans la couche externe du ligament ciliaire, il y a des fibres radiées venant se perdre dans la choroïde. M. Rouget a pu détacher ces fibres et les conduire par la dissection jusqu'à la réunion du tiers antérieur de la choroïde avec les deux tiers postérieurs. Brücke avait appelé l'ensemble de ces fibres, le tenseur de la choroïde. Au-dessous de ces fibres, on trouve des fibres à direction circulaire; mais ces fibres ne sont pas parallèles, elles forment des arcs de cercle plus ou moins obliques, les uns par rapport aux autres, et par conséquent s'entre-coupant plus ou moins. Cette couche a été vue et figurée assez exactement par Van Reeken. C'est au milieu des éléments de cette couche que passent une grande partie des veines de l'iris qui vont se rendre aux *vasa verticosa*.

M. Rouget expose ensuite le résultat de ses études sur la structure de l'iris. tissu propre de l'iris est ce qu'il s'agit d'étudier tout d'abord; or, malgré grand nombre des travaux faits sur ce sujet, il règne un vague très-grand sur la véritable nature de ce tissu. Sœmmering ne parlait pas de fibres musculaires comme faisant partie de l'iris. Depuis, plusieurs anatomistes les ont niées. De nos jours, Hyrtl a déclaré que ces fibres n'existaient pas. M. Robin doutait encore récemment de leur existence. M. Sappey a représenté ces fibres dans deux figures, et, d'après lui, ces fibres y sont vues à la loupe ou à un grossissement de 4 diamètres. Or les apparences de fibres que l'on voit dans ces figures sont-elles bien dues à des fibres musculaires? M. Rouget pense que ce sont des plis ou des vaisseaux; et les deux formes sous lesquelles M. Sappey a figuré ces prétendues fibres musculaires sont: l'une, les plis de l'iris; l'autre, les vaisseaux de l'iris. Il paraît peu acceptable que les fibres musculaires soient vues aussi nettement à un grossissement de 4 diamètres.

M. Rouget, après avoir cherché inutilement pendant longtemps la disposition générale des faisceaux musculaires de l'iris, dont il avait constaté la disposition élémentaire, avait compris que pour arriver à la reconnaître il lui fallait d'abord se rendre un compte exact des autres éléments de l'iris, c'est-à-dire des vaisseaux et des nerfs, et il était déjà dans cette voie lorsqu'une circonstance heureuse lui permit de voir cette disposition qu'il cherchait. En examinant l'iris d'un chien chez lequel cette membrane était peu riche en pigment, il a aperçu par lumière directe, sur la face antérieure de l'iris, des fibres qui tranchaient par leur couleur sur le fond chargé de pigment. Ces fibres ont une disposition toute spéciale, non radiée. Déjà M. Rouget avait vu ces fibres chez les oiseaux, et il savait bien qu'un élément faisant partie intégrante essentielle d'une fonction, ne pouvait pas exister dans une classe et manquer dans une autre: la disposition seule peut varier. Chez le chien, à un grossissement de 30 à 40 diamètres, ces fibres apparaissent, couvrant toute la face antérieure de l'iris et se croisant les unes les autres du bord de l'ouverture pupillaire à la grande circonférence de l'iris. A cette disposition est dû un fait observé par Zinn et revu par plusieurs anatomistes. Chez certains sujets (hommes), on aperçoit sur la face antérieure de l'iris, des creux, des sortes de cryptes. Le fond de ces cryptes est parcouru par de nombreux vaisseaux; les bords sont formés par les fibres musculaires, et la disposition croisée de ces fibres explique la configuration losangique que présentent les petits creux. On peut remarquer aussi que le pigment offre dans sa disposition une certaine régularité due à ce qu'il se dépose le long des fibres musculaires. Enfin, il y a des fibres musculaires, non-seulement au voisinage de la petite circonférence de l'iris, mais dans toute l'étendue de cette membrane.

Les fibres obliques de l'iris se condensent au voisinage du bord ciliaire en un grand nombre de petits faisceaux très-nettement isolés chez certains animaux (chien, bœuf, mouton), moins distincts chez d'autres (homme, chat, lapin).

Ces petits faisceaux ne s'insèrent pas au sillon kérato-sclérotical; mais s'épanouissant de nouveau, ils se continuent avec la couche profonde (à direction circulaire) du muscle ciliaire.

De cette disposition, il résulte que l'appareil musculaire de l'*iris* n'est en quelque sorte que le prolongement de l'appareil choroïdien (*ciliaire*).

L'ensemble de ces appareils constitue un sac musculo-élastique qui contient les milieux de l'œil et réagit sur eux de manière à les adapter à la vision à différentes distances.

Ces mouvements ayant lieu dans l'intérieur du globe oculaire, il est naturel d'y rencontrer des espaces, des cavités séreuses, dont l'existence est liée dans tout l'organisme à celle de mouvements de nature diverse.

C'est à ce point de vue qu'il faut envisager la cavité qui existe entre la partie antérieure de la sclérotique et la choroïde (arachnoïde oculaire d'Arnold). L'objection basée sur l'absence d'épithélium séreux dans cette cavité, tombe devant ce fait que, dans toutes les bourses séreuses sous-cutanées, et dans beaucoup de bourses séreuses musculaires, cet épithélium, ou manque complétement, ou est rare et disséminé.

Le canal circulaire décrit par Fontana, qui est très-marqué dans l'œil du bœuf, où il est situé dans l'épaisseur du corps ciliaire entre la ligne d'insertion du muscle ciliaire radié et le ligament pectiné de l'iris, ce canal, qui ne communique aucunement avec les vaisseaux, qui est tout à fait distinct des canaux veineux kérato-sclérotidiens (sinus de Hovius, canal de Schlemm, canal de Fontana antérieur (Hueck); ce canal de Fontana n'est autre chose qu'une bourse séreuse circulaire, liée aux mouvements de l'iris et du muscle ciliaire.

Au canal circulaire du bœuf, du mouton, etc., répond, chez le chat, le chien, l'homme, etc., une série d'espaces, d'intervalles communiquant entre eux, et avec la chambre antérieure, entre les faisceaux du ligament pectiné, et situés, comme le canal de Fontana, au bord antérieur du muscle ciliaire.

Chez les oiseaux, où l'appareil musculaire choroïdien est si développé, on observe des espaces analogues à ceux qui viennent d'être mentionnés chez les mammifères; ils y sont même plus nombreux, ce qui résulte de ce que le muscle ciliaire est composé d'un plus grand nombre de couches que chez les mammifères.

Il faut en effet rapporter au muscle ciliaire le muscle de Crampton, qui n'est pas un muscle distinct du muscle ciliaire (Brucke), mais bien une couche de ce muscle.

Ce muscle de Crampton se fixe en avant au sillon de la cornée, et paraît se continuer, comme le muscle ciliaire radié des mammifères, avec la membrane de Descemet: mais en arrière, l'adhérence que décrit Crampton au bord de l'anneau osseux n'est qu'apparente et résulte de ce que, en ce point, il y a à la fois *continuité* du muscle de Crampton *avec la choroïde*, et *insertion* d'un muscle choroïdo-ciliaire postérieur, au bord de l'anneau osseux.

VAISSEAUX DE LA SCLÉROTIQUE ET DE LA CORNÉE. — Un réseau vasculaire

très-riche occupe la partie antérieure de la sclérotique au pourtour de la cornée.

Les artères de ce réseau sont des divisions des ciliaires antérieures, qui atteignent le bord même de la cornée, où elles forment par leurs anastomoses un cercle analogue aux cercles artériels de l'iris. De ce cercle émane un nombre infini d'anses vasculaires communiquant avec les vaisseaux propres de la conjonctive, et enchâssant comme une série de dentelures le bord même de la cornée.

Ces vaisseaux communiquent également avec le réseau de sinus capillaires qui occupe l'extrémité antérieure de la sclérotique, et le sillon correspondant à l'union de cette membrane avec la cornée. Ce plexus, d'où émergent les veines ciliaires antérieures, forme une zone de 2 à 4 millimètres d'étendue; les mailles polygonales en arrière se resserrent dans le sens antéro-postérieur, à mesure qu'elles approchent du sillon kérato-scléroticál. Dans le sillon même, elles sont allongées transversalement et deviennent tout à fait linéaires, de telle sorte que les vaisseaux du plexus, accolés les uns aux autres, semblent à l'œil nu, et même encore à de faibles grossissements, ne former qu'un vaisseau unique (le canal de Schlemm?). Ce plexus n'a aucune communication avec les vaisseaux de l'iris. Il appartient uniquement au système vasculaire de la sclérotique et de la cornée qui, dépourvue de vaisseaux propres, a concentré à sa périphérie l'appareil vasculaire destiné à sa nutrition. Cette disposition est identique à celle que l'on rencontre au voisinage d'autres tissus sans vaisseaux, les cartilages articulaires, par exemple (franges vasculaires synoviales, extrémités spongieuses des os, etc.).

Le système vasculaire de l'appareil de l'adaptation se subdivise naturellement en trois régions, qui ne sont point distinctes, mais connexes, et ne forment qu'un seul tout comme l'appareil lui-même.

Ces trois régions sont :

1° La région de la choroïde proprement dite;
2° La région ciliaire (muscles et procès ciliaires);
3° La région de l'iris.

Région choroïdienne. — On trouve là deux couches distinctes : l'externe est formée par l'ensemble des troncs vasculaires artériels et veineux (*tunica vasculosa* Halleri); l'autre par les capillaires (membrane de Ruysch ou chorio-capillaire); les artères (la plus grande partie des artères ciliaires courtes postérieures) situées d'abord en dehors se portent vers la face interne. Au moment où elles vont se ramifier dans la membrane chorio-capillaire, les ramifications artérielles courtes, nombreuses, formant de brusques inflexions, rappellent la disposition des divisions artérielles dans le bulbe de l'urètre et la racine des corps caverneux.

La membrane chorio-capillaire tapisse toute la face interne de la couche des troncs vasculaires, elle recouvre les artères aussi bien que les veines. Les cellules pigmentaires la séparent seules de la rétine, contrairement à l'opinion de M. Sappey, qui place les artères à la face interne de la choroïde, et les capillaires plus en dehors, entre les artères et les veines.

Non-seulement les injections complètes ou incomplètes démontrent cette couche de capillaires continue, et à mailles plus petites que le diamètre des vaisseaux, mais l'inspection microscopique permet d'y constater une disposition et une structure tout à fait spéciales. On ne trouve pas là en effet des tubes capillaires distincts et isolables, mais une membrane continue; anhyste et parsemée de noyaux comme la membrane des capillaires, elle est creusée dans toute son étendue d'innombrables sinus capillaires qui, distendus par l'injection ou par le sang sont presque accolés les uns aux autres, tandis que vides, ils disparaissent complétement, ou ne sont plus indiqués que par un réseau de lignes obscures très-étroites.

Les troncs veineux dont l'ensemble forme les tourbillons des *vasa verticosa* naissent de la membrane chorio-capillaire par des racines plus courtes et plus nombreuses encore que les divisions artérielles correspondantes.

Dans la partie postérieure de la région, en dedans et en dehors du nerf optique, les troncs vasculaires, les veines surtout, forment un réseau admirable qui double presque l'épaisseur de la membrane et répond au réseau choroïdien des poissons.

Au pourtour de l'entrée du nerf optique, les troncs veineux s'infléchissent sur eux-mêmes, forment des anses brusques, à convexité tournée vers le tronc nerveux, se portent d'arrière en avant, constituent, par leurs divisions et enroulements, le réseau admirable; puis redevenant réguliers et parallèles, ils vont se réunir aux *vasa verticosa* et former avec eux les veines ciliaires courtes.

Région ciliaire. — La membrane chorio-capillaire semble, chez l'homme, s'arrêter précisément à l'origine des procès ciliaires; mais il est facile de constater chez presque tous les animaux une continuité parfaite entre cette membrane et les procès ciliaires, comme entre ceux-ci et les plis ciliaires de la face postérieure de l'iris. Non-seulement le réseau capillaire est partout continu, mais la structure histologique est la même, et il est évident que les procès ciliaires ne sont autre chose qu'une exagération en quelque sorte de la membrane chorio-capillaire : ce ne sont ni des *plexus artériels*, ni des *plexus veineux*, mais des plexus capillaires, ainsi que le démontrent leur structure élémentaire et leur communication également facile avec les deux ordres de vaisseaux.

Situés entre la *choroïde* proprement dite et *l'iris*, accolés au *muscle ciliaire*, les procès ont des communications avec les vaisseaux de ces trois organes. A leur extrémité postérieure se rendent quelques divisions des plus longues des artères ciliaires *courtes postérieures*; de cette même extrémité naissent des troncs veineux qui se rendent aux *vasa verticosa*; par leur bord adhérent, les procès ciliaires communiquent avec des divisions artérielles émanées du grand cercle artériel de l'iris, et spécialement des artères ciliaires longues; enfin, à l'extrémité antérieure ou tête des procès ciliaires, se rend un faisceau de veines iriennes.

Un réseau de vaisseaux à mailles allongées transversalement se voit dans l'intervalle des procès ciliaires et les fait tous communiquer ensemble.

L'extrémité antérieure des procès ciliaires est au contact immédiat du cristallin, qu'ils enchâssent comme une couronne de griffes. Cette disposition est très-marquée chez les oiseaux, chez le chien, le lapin, etc., et elle l'est aussi chez l'homme, quand les procès ciliaires sont bien distendus par l'injection.

Le muscle ciliaire reçoit ses artères de quelques divisions des artères ciliaires courtes postérieures, des branches postérieures des artères ciliaires longues, et surtout de six à huit troncs émanés des artères ciliaires antérieures. Le réseau capillaire qui en résulte est riche et à mailles *allongées* dans le sens antéro-postérieur, dans la couche superficielle; transversalement, dans la couche profonde; il communique, au bord postérieur du muscle, et dans la profondeur au niveau des procès ciliaires, avec des troncs veineux qui se rendent aux *vasa verticosa*.

J'ai rencontré exceptionnellement quelques veinules très-grêles qui traversent la sclérotique au même niveau que les divisions des artères ciliaires antérieures, et établissent une communication entre les veines du muscle ciliaire et les veines ciliaires antérieures.

Vaisseaux de l'iris. — L'origine des artères de l'iris au grand cercle artériel et les arcades anastomotiques qu'elles forment dans la portion périphérique de ce diaphragme sont bien connues; à peu de distance du bord pupillaire, ces artères communiquent entre elles par une série d'anastomoses *régulières* plus ou moins nombreuses, et constituent ce que l'on a, avec raison, appelé *petit cercle artériel de l'iris*.

Au bord pupillaire même, les artères forment des anses nombreuses dont la convexité fait saillie, comme dentelures de ce bord.

A la face interne de l'iris, immédiatement sous l'enduit pigmentaire de l'uvée, les divisions des artères forment une couche de capillaires à mailles transversales et très-serrées au niveau du sphincter pupillaire, plus espacées et irrégulières dans la partie périphérique, aux limites de laquelle ils communiquent avec les capillaires des procès ciliaires.

Nées de ces réseaux et d'autres capillaires interstitiels, les veines de l'iris, extrêmement nombreuses, forment avec les artères une couche serrée de vaisseaux qui, à l'œil nu, semblent ne laisser entre eux presque aucun intervalle.

Ces vaisseaux, à direction radiée et à flexuosités brusques et anguleuses, ont été décrits à l'état de vacuité, comme fibres radiées de l'iris.

Contrairement à ce qu'avance M. Sappey, les veines de l'iris peuvent être injectées, et non-seulement par les artères, mais aussi directement par les veines (par la veine jugulaire interne); et cela très-complétement dans des cas où il n'y a pas trace d'injection dans le plexus veineux kérato-scléroticál, tandis que, d'autre part, ce plexus (canal de Fontana, prétendu *cercle veineux de l'iris*) peut être injecté sans que pour cela les veines de l'iris soient injectées.

Ce résultat des injections et l'examen direct démontrent que non-seulement ce cercle veineux n'est pas le *confluent unique* des veines de l'iris (Sappey), mais qu'il ne communique même en rien avec le système veineux irien.

Les injections démontrent au contraire les communications immédiates de ce système veineux de l'iris avec les procès ciliaires: les procès et les veines de l'iris qui leur correspondent étant toujours injectés simultanément par la même voie.

Le plus grand nombre des veines de l'iris se rend à la tête des procès ciliaires. C'est au fond de l'espèce de gouttière qui, chez l'homme, sépare les procès ciliaires de l'iris, que ces communications ont lieu, et on les voit très-distinctement en renversant de côté les procès ciliaires.

D'autres veines de l'iris, dont le trajet est plus difficile à suivre, correspondent au dos et à l'intervalle des procès, communiquent avec le réseau à mailles transversales, et avec les vaisseaux du muscle ciliaire annulaire dont elles traversent les faisceaux, et s'abouchent enfin avec les *vasa verticosa*.

DISCUSSION SUR LA PRÉCÉDENTE COMMUNICATION ENTRE MM. SAPPEY, GIRALDÈS ET ROUGET.

M. Sappey divise les faits énoncés par M. Rouget en deux catégories, ceux qui sont secondaires, ceux qui sont importants. Il ne s'occupera que de ces derniers, et, pour les examiner avec ordre, il les formule sous la forme de six propositions qu'il passera successivement en revue.

1re *proposition*. La choroïde et l'iris forment-elles deux membranes distinctes ou une seule, comme le dit M. Rouget?

2e *proposition*. Quelle est la disposition des fibres de l'iris?

3e *proposition*. Doit-on admettre un muscle tenseur de la choroïde?

4e *proposition*. Quelle est la disposition des artères et des veines de la choroïde?

5e *proposition*. Quelle est la disposition des artères et des veines de l'iris?

6e *proposition*. Quels sont les canaux qui se trouvent au point de jonction de la sclérotique et de la cornée? De quelle nature sont-ils?

1re proposition. — En faveur de son opinion, M. Rouget a employé quatre ordre de preuves: 1° Il apporte des pièces sèches qui montrent la continuité des deux membranes; 2° la choroïde et l'iris se continueraient à l'aide des procès ciliaires; 3° ces deux membranes sont de même nature; 4° elles ont

même fonction. M. Sappey ne comprend pas qu'on puisse appuyer sur des pièces sèches une opinion ayant trait à une question de continuité entre deux membranes. Pour lui, les procès ciliaires ne se continuent pas avec l'iris. Ruysch et Ténon avaient déjà admis une continuité entre l'iris et les procès ciliaires. Il y a là une erreur qui tient à ce que de la tête de chaque procès ciliaire, on voit une strie s'avancer vers le bord pupillaire. Or ces stries ne sont autre chose que des lignes formées par le pigment.

M. Sappey a cherché des prolongements avec le désir de les trouver et ne les a pas rencontrés. Les têtes des procès ciliaires dépassent de très-peu, sur la face postérieure de l'iris, la grande circonférence de ce diaphragme. Sur le lapin, les procès ciliaires s'avancent beaucoup plus près du bord pupillaire; mais il n'y a pas non plus chez cet animal, comme l'admet M. Rouget, continuité entre les procès ciliaires et l'iris: la choroïde et l'iris ne sont pas musculaires l'une et l'autre. L'iris est essentiellement musculaire, la choroïde essentiellement vasculaire; M. Sappey nie formellement que cette dernière membrane soit musculaire. M. Sappey ne pense pas non plus que ces deux membranes servent à l'adaptation: la choroïde a pour fonction principale d'absorber les rayons lumineux, et, quant à l'iris, c'est un diaphragme qui joue un rôle analogue aux diaphragmes des instruments d'optique.

IIe PROPOSITION. — M. Sappey est d'accord avec M. Rouget sur la disposition des fibres circulaires du petit cercle de l'iris, fibres qui servent à la constriction de la pupille; mais il croit que cet anatomiste s'est trompé à propos de la disposition des fibres dilatatrices, en prenant pour disposition type une disposition exceptionnelle. Les fibres de l'iris affectent des directions multiples: les unes sont radiées, les autres obliques dans différents sens, et celles-ci ont, par conséquent, une disposition réticulaire. M. Sappey maintient que ce qu'il a représenté comme les fibres radiées, ce que M. Rouget dit être des plis soutenus par des vaisseaux, est bien constitué par des fibres musculaires. C'est à la lumière transmise et non à la lumière réfléchie, comme l'a fait M. Rouget, qu'on doit examiner et étudier les fibres musculaires de l'iris. M. Sappey maintient aussi que les deux états différents sous lesquels il a représenté les fibres musculaires de l'iris sont très-exacts et rapprochent ces fibres des autres fibres musculaires Quand on regarde un objet petit et rapproché, la pupille se resserre; à ce moment les fibres s'allongent: si on regarde ensuite un objet éloigné, la pupille se dilate et les fibres prennent une disposition en zig-zag.

IIIe PROPOSITION. — Y a-t-il un muscle tenseur de la choroïde?

M. Sappey regarde ce seul nom de *tenseur* comme indiquant une vive préoccupation de la part des auteurs, le désir d'expliquer l'adaptation. Or ce phénomène reste encore inexpliqué, et M. Sappey n'admet pas plus ce moyen d'explication que les autres. Pour faire du ligament ciliaire un muscle, M. Rouget a été obligé de regarder comme une aponévrose, une toile cellulaire extrêmement mince appliquée sur la face postérieure de la choroïde. Cette prête due aponévrose pourrait être tendue par le muscle qui, agissant en même temps sur les procès ciliaires, les appliquerait sur le cristallin et repousserait celui-ci en arrière. M. Sappey n'admet ni l'aponévrose ni le muscle. Pour lui le ligament ciliaire est formé surtout par du tissu cellulaire, des fibres nerveuses et des vaisseaux; il n'y a que quelques fibres musculaires lisses. M. Sappey cherche à démontrer ensuite que les procès ciliaires ne peuvent pas s'appliquer sur le cristallin, dont ils sont séparés par un demi-millimètre, ce que démontre l'expérience dans l'opération de l'abaissement du cristallin.

Et d'ailleurs, quand cela pourrait se faire, le cristallin pourrait-il être repoussé en arrière? Se fera-t-il un changement dans la forme de l'œil? Mais pour cela il faudrait admettre: 1° ou que le corps vitré est comprimé; or, de sa nature, il est incompressible; 2° ou qu'une partie de l'humeur aqueuse passe en avant du cristallin; pendant qu'une partie de l'humeur aqueuse passe en arrière; mais cette hypothèse est inadmissible; 3° ou qu'enfin, par suite de la contraction du prétendu muscle tenseur de la choroïde, il peut se faire un allongement de l'œil dans son sens antéro-postérieur.

On comprend bien un allongement du globe oculaire produit par les muscles droits de l'œil, mais rien de semblable ne peut se produire au moyen de la choroïde, des procès ciliaires et du ligament ciliaire, dont d'ailleurs M. Sappey, ainsi qu'il l'a déjà dit, nie la nature musculaire.

IVe PROPOSITION. — M. Rouget a dit que les artères choroïdiennes étaient longues et flexueuses, qu'elles se terminaient directement dans des vacuoles, point de départ des *vasa verticosa*. M. Sappey nie ce mode de terminaison; les artères se terminent, suivant lui, en étoiles, comme l'a montré Wiaslow, et les premières radicules des veines naissent de la même manière. L'erreur de M. Rouget provient de plusieurs causes; il y a eu des épanchements de la matière injectée; d'ailleurs, l'inégale répartition de cette matière dans les vaisseaux, la dilatation qui en résulte dans certains espaces suffit pour produire artificiellement des vacuoles. M. Sappey indique un procédé qu'il a suivi et par lequel il a pu éviter des erreurs.

En résumé, il n'a point vu que les vacuoles fussent les origines des *vasa vertcosa*.

Ve PROPOSITION.—M. Rouget prétend que les artères de l'iris ont un mode de distribution qui rappelle celui des artères mésentériques; M. Sappey, en rappelant que Zinn a déjà émis cette opinion, la conteste et avance que les artères suivent un trajet parallèle, en s'envoyant seulement quelques ramuscules anastomotiques. M. Rouget a dit que les artères, arrivées au petit cercle, donnent naissance aux veines qui constituent un véritable tissu érectile: M. Sappey n'a rien vu d'analogue. Les veines de l'iris succèdent aux artères, en présentant la disposition ordinaire.

VIe PROPOSITION.— M. Rouget a considéré avec raison le canal de Fontana comme un plexus veineux; une partie des veines iriennes viennent s'y jeter, mais pas toutes; car quelques-unes, selon M. Sappey, se rendent dans les *vasa verticosa*. Quant aux canaux de Hueck, dont M. Rouget admet l'existence, M. Sappey avance formellement qu'il y a là une erreur, et qu'il ne les a jamais rencontrés dans les points où on les a indiqués.

M. GIRALDÈS désire opposer à quelques-unes des propositions de M. Sappey autant de contre-propositions.

1° M. Sappey dit: L'iris n'est pas la continuation de la choroïde. M. Giraldès soutient que l'iris est la continuation de la choroïde. 2° M. Sappey a avancé que les procès ciliaires ne se rencontrent pas directement avec l'iris; M. Giraldès va démontrer le contraire, et faire voir également que les procès ciliaires embrassent exactement le cristallin. 3° Enfin, M. Giraldès veut prouver que le ligament ciliaire est un organe musculaire, et qu'il a toute l'apparence de jouer un rôle actif dans la vision.

Ire PROPOSITION. — L'anatomie comparée et l'examen direct en donnent une rigoureuse démonstration. L'anatomie comparée montre que chez les poissons osseux, la choroïde se continue avec l'iris; on peut, par la macération et la dissection, constater aisément cette continuité. Il en est de même chez les poissons cartilagineux, les reptiles et les oiseaux. L'examen des vaisseaux et de cette membrane particulière, appelée *tapis*, qui double la face interne de la choroïde chez certains animaux, amène à la même conclusion, puisqu'il n'y a jamais discontinuité marquée entre les portions choroïdienne et irienne.

Suivant M. Giraldès, la disposition des fibres musculaires de l'iris n'est pas telle que l'a exposée M. Sappey dans sa communication.

IIe PROPOSITION. — Les procès ciliaires se continuent avec l'iris, non pas par de simples tractus pigmentaires, mais bien par des colonnes charnues nettement visibles chez le bœuf, le chevreuil, le lapin et l'homme. A la loupe, sous l'eau, en s'aidant d'une mince aiguille, on voit même les vaisseaux qui se rendent à l'iris.

Il est visible aussi que l'iris frotte, en se contractant contre le cristallin, et que, par conséquent, l'espace dont parle M. Sappey, et dans lequel le chirurgien pourrait introduire une aiguille, n'existe réellement pas.

IIIe PROPOSITION. — M. Sappey nie la contractilité du ligament ciliaire: il y a cependant, dit-il, quelques fibres musculaires lisses dans cette partie. Au lieu de prouver directement que le ligament ciliaire n'est pas un muscle, il croit pouvoir tirer une preuve, contre l'opinion adverse, de l'incertitude où l'on serait encore aujourd'hui, d'après lui, sur la meilleure explication à adopter au sujet du phénomène de l'adaptation de l'œil pour la vue à différentes distances. Or on ne voit pas ce que prouverait cette incertitude, si elle existait, contre la présence de fibres musculaires dans le ligament ciliaire.

Pourquoi passer sous silence les travaux tout récents de Crampton, Bowman, Koelliker, Donders? Mais voici les preuves directes. Par les réactifs, le ligament ciliaire ne se comporte pas comme du tissu cellulaire. Au microscope, sur des pièces injectées, les fibres lisses sont parfaitement distinctes dans le ligament ciliaire. Chez les oiseaux, non-seulement dans le ligament ciliaire, les fibres musculaires striées sont très-visibles, mais on suit encore les détails d'un appareil nerveux composé de plusieurs troncs, se rendant soit à l'iris, soit à la cornée. Examine-t-on des animaux plus simples, chez lesquels le ligament ciliaire a disparu, on trouve alors un appareil particulier qui semble suppléer à l'existence du ligament. On est donc aussi bien fondé sur les caractères histologiques que sur les données de l'anatomie comparée, à proclamer la nature musculaire du ligament ciliaire.

M. Giraldès fait encore une observation sur le canal de Fontana. Ce canal, que Fontana a fait connaître, n'occupe pas la place qu'on lui assigne ordinairement aujourd'hui. Fontana l'a décrit chez le bœuf, dans l'épaisseur de la zone ciliaire. Or, si on examine cette partie chez le bœuf, on n'y reconnaît pas d'orifice ni de cavité naturelle; mais, en coulant du mercure ou en insufflant de l'air, on détermine artificiellement ce canal que Fontana a vu et qu'il décrit dans une de ses lettres à Murray, professeur d'anatomie à l'Université d'Upsal.

M. ROUGET déclare qu'il ne prolongerait pas, en répondant aux objections de M. Sappey, une discussion déjà trop longue, s'il n'avait à rétablir des faits et des opinions présentés ou interprétés dans un sens tout à fait contraire à celui qui leur appartient.

La première objection opposée par M. Sappey aux résultats annoncés par M. Rouget, est que ces résultats ne s'appuient que sur des pièces sèches; M. Rouget ne saurait assez s'étonner d'une telle objection; non pas seulement parce que M. Sappey n'a lui-même présenté à l'appui de ses opinions autre chose qu'une dizaine de pièces sèches; mais bien parce que, au milieu d'une centaine de préparations mises par M. Rouget sous les yeux de la Société, il ne se trouve qu'une seule pièce sèche (montrant l'enduit argenté de la choroïde et de l'iris des poissons). Toutes les autres pièces sont des préparations microscopiques ou des injections conservées dans l'eau alcoolisée, entre deux lames de verre; c'est là sans doute ce que M. Sappey a pris pour des pièces sèches.

STRUCTURE DE LA CHOROÏDE. — M. Rouget n'accepte pas l'opinion de M. Sappey relativement à l'existence du tissu cellulaire dans la choroïde: il n'a trouvé du tissu cellulaire véritable que dans les couches du tapis des ruminants.

Tout le reste du tissu propre de la choroïde lui a paru constitué par un stroma anhyste parcouru de fibres élastiques fines: en dilacérant la choroïde

dans sa partie postérieure, fréquemment ou obtient des faisceaux striés dans le sens longitudinal, et parsemés de noyaux et de très-fines granulations moléculaires chez les oiseaux surtout.

Ces faisceaux, qui résistent aux acides acétique et nitrique au 20e, sont probablement ceux que Rainey, chez le mouton, et Wittich, chez les oiseaux, ont considérés comme des faisceaux striés en travers. M. Rouget ne partage pas cette opinion; il croit néanmoins probable que ces faisceaux sont contractiles et appartiennent *aux parois des vasa verticosa*.

Procès ciliaires et continuité de la choroïde avec l'iris.—M. Sappey a contredit l'opinion de M. Rouget sur les rapports immédiats des procès ciliaires avec le cristallin, et sur l'existence de plis de l'iris continus avec les procès ciliaires.

Sur le premier point, M. Rouget établit que les observations de M. Giraldès sont entièrement conformes aux siennes; qu'il est très-facile de constater chez le lapin, le chien, la plupart des animaux, et surtout les oiseaux, que le cristallin est immédiatement embrassé par les procès ciliaires, comme un diamant par les griffes de la monture.

Si, chez l'homme, il parait exister quelquefois entre les bords de la lentille cristalline et la tête des procès ciliaires un intervalle de 1 à 2 millimètres, c'est seulement quand les plis vasculaires sont vides et affaissés; mais lorsqu'ils ont été convenablement remplis et érigés par l'injection, ils sont exactement appliqués aux bords et un peu à la face antérieure de la lentille.

Sur le second point, M. Sappey avoue qu'en effet, chez le lapin, il existe, comme l'a dit M. Rouget, des plis qui se continuent avec les procès ciliaires; il nie néanmoins que ces plis établissent une continuité entre la choroïde et l'iris; ce que l'on observe chez le lapin est pour M. Sappey un cas particulier.

Mais ces plis saillants de la face postérieure de l'iris existent avec la même disposition, également continus avec les procès ciliaires, chez le chien, le chat, le bœuf, le mouton, etc., chez l'homme même, bien que moins prononcés. Les plis ciliaires de la choroïde et ceux de l'iris sont toujours continus, donc, par là au moins, les deux membranes sont continues. Mais cette continuité est évidente entre les deux couches de pigment de la choroïde et celles de l'iris, entre les nerfs, entre les artères des deux membranes. M. Rouget a montré sur ses préparations que les veines de l'iris se jettent dans les veines de la choroïde.

Pour les muscles, il résulte des recherches de M. Rouget que les faisceaux musculaires de l'iris ne sont que la continuation de la couche profonde du muscle ciliaire de la choroïde. En vain persistera-t-on à nier dans l'ensemble ce que l'on est forcé de reconnaître dans les détails; la choroïde et l'iris ne sont qu'une même membrane, constituant un même appareil, l'appareil de l'adaptation.

M. Sappey avance, il est vrai, que les deux membranes sont entièrement différentes; l'une, l'iris, est musculaire; l'autre, la choroïde, est vasculaire; mais M. Sappey n'a vu ni les vaisseaux de l'iris, tels qu'ils sont, ni les muscles de la choroïde. S'il avait étudié des injections comme celles que M. Rouget présente à la Société, s'il avait reconnu la nature véritablement musculaire du ligament ciliaire, il eût été forcé de reconnaître que les deux membranes sont à la fois musculaires et vasculaires, c'est-à-dire érectiles.

Quelle est la disposition des fibres de l'iris? — M. Rouget a dit que les deux figures que M. Sappey donne comme représentant les fibres radiées de l'iris, représentent l'une les vaisseaux, l'autre les plis de l'iris. S'il y a là une contradiction, elle vient tout entière de M. Sappey qui, en effet, a donné d'une seule et même chose deux représentations qui concordent très-peu entre elles, et concordent surtout très-peu avec la vérité.

M. Sappey suppose que, si M. Rouget n'a pas vu les fibres radiées de l'iris, c'est qu'il n'a eu recours qu'à la lumière réfléxe, qui ne permet pas d'employer d'assez forts grossissements. Mais c'est après avoir constaté l'existence d'éléments musculaires dans toute l'étendue de l'iris, à l'aide de grossissements de 3 à 400 diamètres, que M. Rouget, n'ayant pu parvenir, par ce même procédé, à voir nettement la disposition générale des faisceaux ou du tissu musculaire, a eu recours à la lumière réfléxe, avec laquelle il a pu encore employer un grossissement de 100 à 150 diamètres.

Comment M. Sappey peut-il dire que ce moyen n'était pas suffisant pour voir les fibres radiées de l'iris, si elles existaient, lorsque lui-même prétend avoir vu ces mêmes fibres à travers la cornée, à l'œil nu, ou avec une loupe grossissant quatre fois?

M. Rouget croit, d'ailleurs, pouvoir établir que la description que donne M. Sappey des prétendues fibres radiées de l'iris, s'applique aux vaisseaux de cette membrane, et ne peut s'appliquer à des faisceaux musculaires.

Les vaisseaux de l'iris sont radiés, serrés les uns contre les autres, et présentent dans l'état de dilatation de la pupille des inflexions angulaires, des zigzags très-prononcés; caractères qui se rapportent aux figures et à la description que M. Sappey a données des fibres musculaires. D'après lui, les fibres musculaires radiées recouvrent le sphincter de la pupille en avant et en arrière, et forment des anses au bord pupillaire. Or les vaisseaux forment incontestablement au bord pupillaire des anses que M. Sappey n'a ni décrites ni figurées; d'autre part, rien ne recouvre en arrière le sphincter de la pupille, qu'un réseau de capillaires et l'enduit pigmentaire.

Enfin, il n'est possible de distinguer certains faisceaux musculaires, ceux de l'iris entre autres, des cordons nerveux ou vasculaires, qu'en constatant les caractères histologiques de l'élément contractile.

Or le caractère que M. Sappey donne à ses fibres musculaires de l'iris, c'est qu'elles sont régulièrement calibrées et assez semblables aux fibres de tissu cellulaire. Comment, à l'aide de pareils caractères, distinguer les vraies fibres musculaires des fibres de tissu cellulaire, et spécialement de celles de la tunique adventice des vaisseaux des veines, surtout si nombreuses dans l'iris.

Les fibres musculaires de l'iris ne sont pas régulièrement calibrées, elles portent toutes, ce dont M. Sappey ne fait pas mention, ces noyaux allongés, ovalaires, de 0mm,008, à 0mm,01 de long sur 0mm,002 de largeur, véritablement caractéristiques des fibres musculaires; les faisceaux finement granulés diffèrent du tissu cellulaire par leur manière de se comporter avec les réactifs.

M. Sappey a d'ailleurs pris les vraies fibres musculaires du muscle (ligament) ciliaire pour des *fibres nerveuses* ou pour des fibres de tissu cellulaire, comment aurait-il pu reconnaître les faisceaux musculaires de l'iris, constitués par des éléments absolument semblables à ceux des muscles ciliaires.

Existe-t-il un muscle tenseur de la choroïde? — Relativement à ce dernier organe, M. Sappey continue à nier son existence, bien que, revenant sur sa première opinion, il avoue qu'il y a quelques fibres musculaires dans le *ligament* ciliaire; mais il faut laisser de côté toute réticence: quelques tubes nerveux sont un nerf, quelques fibres musculaires un muscle.

Ce n'est pas, d'ailleurs, quelques fibres musculaires qui existent dans le prétendu ligament ciliaire. Que l'on soumette à l'examen microscopique une partie, si petite qu'elle soit, de cet organe, et on y trouvera constamment des fibres musculaires.

M. Sappey a critiqué la théorie de l'accommodation, en supposant que le cristallin devait se déplacer en totalité, ce qu'il considère comme impossible; mais dans la théorie de l'adaptation proposée par M. Rouget, pas plus que dans celles de Kramer et d'Helmholtz, dont elle n'est qu'un complément, il n'est question d'un changement de position du cristallin. Ce que les deux physiologistes précités ont constaté, et ce que M. Rouget croit expliquer par l'action combinée de l'iris, du muscle ciliaire radié, du muscle ciliaire annulaire et des procès ciliaires, c'est simplement l'augmentation de courbure des faces, et par suite l'allongement de l'axe antéro-postérieur de la lentille.

Disposition des vaisseaux de la choroïde. — M. Rouget a comparé la terminaison des artères ciliaires courtes dans la partie postérieure de la choroïde à celle des artères bulbeuses et caverneuses dans le bulbe, et la racine des corps caverneux de la verge. M. Sappey n'admet pas cette opinion.

M. Rouget présente à la Société des injections des artères de la choroïde, et d'autres des artères des corps caverneux. On pourra, en comparant ces préparations, s'assurer que dans les deux cas les troncs artériels s'épanouissent brusquement en bouquets de ramuscules nombreux, courts et brusquement contournés.

La membrane de capillaires décrite par M. Rouget à la face interne de la choroïde sous la couche pigmentaire, n'est pas le résultat d'une illusion causée par un épanchement de la matière injectée, comme le suppose M. Sappey, qui persiste à croire que les capillaires de la choroïde forment une couche interposée aux veines et aux artères.

La couche des capillaires de la choroïde, vue et décrite par la plupart des anatomistes sous le nom de membrane Ruyschienne, ou mieux de membrane chorio-capillaire, cette couche qui reçoit toutes les artères, et d'où naissent toutes les veines de la choroïde, est comme creusée, d'après M. Rouget, dans une membrane anhyste, située sous les cellules pigmentaires. Il n'y a point d'autres capillaires que ceux-là dans la choroïde.

M. Rouget met sous les yeux de la Société des injections de la membrane chorio-capillaire chez l'homme, le chien, le chat, le bœuf, le hibou, etc. Chez les animaux qui ont un *tapis*, la situation de la membrane capillaire est des plus évidente, le tapis sur lequel elle s'étale la sépare des artères et veines de la choroïde.

Disposition des vaisseaux de l'iris. — La description des artères et des veines de l'iris, donnée par M. Sappey, est incomplète d'après M. Rouget. La figure d'Arnold lui semble beaucoup plus exacte.

M. Sappey n'a pas vu les anses formées par les artères au bord pupillaire; il nie également l'existence du petit cercle artériel de l'iris. Or ces deux dispositions peuvent être constatées sur les pièces présentées par M. Rouget.

Des anses artérielles, les unes paraissent se continuer directement avec les veines, les autres descendent dans l'iris et s'y terminent dans les capillaires de la face postérieure. Le petit cercle artériel existe constamment après la naissance; mais avant la naissance, ou plus généralement avant la disparition de la membrane pupillaire, il n'existe pas. Les observations de M. Rouget confirment pleinement en cela les recherches intéressantes du professeur Jules Cloquet: le petit cercle artériel est un débris de l'état fœtal, et résulte du retrait vers l'iris des anses vasculaires de la membrane pupillaire.

La question des veines de l'iris a été très-controversée. M. Sappey avait d'abord affirmé qu'aucune des veines de l'iris ne communiquait avec la choroïde; M. Rouget a montré sur ses injections les veines de l'iris se jetant dans les *vasa verticosa* et dans les procès ciliaires. M. Sappey reconnaît avoir été trop exclusif, mais il persiste à soutenir que la plupart des veines de l'iris se jettent dans un sinus creusé à l'union de la cornée et de la sclérotique; il a montré à l'appui de cette opinion un vaisseau de l'iris qui aurait été injecté au mercure par ce sinus.

Les injections mercurielles sont, dit M. Rouget, trop grossières pour décider une question si délicate; le mercure, comme cela se voit si fréquemment, a pu pénétrer dans quelque rameau des artères ciliaires antérieures et de la

dans l'iris. A cela M. Rouget oppose des pièces dans lesquelles les veines de l'iris et le plexus veineux kérato-scléroticaI (prétendu canal de Fontana, cercle veineux de l'iris), ont été injectés par la veine jugulaire.

On peut constater qu'il n'existe aucune communication entre les deux systèmes. Tout le sang qui revient de l'iris se jette dans le système veineux de la choroïde.

M. Rouget regarde comme érectile, non pas seulement le petit cercle de l'iris, mais l'iris tout entier.

Cette opinion, que la vue du développement extraordinaire de l'iris avait suggérée à Haller, Sœmmering, Prochaska, Langenbeck, etc., M. Rouget la partage et la complète, en montrant que dans l'appareil érectile de l'iris, de même que dans ceux des organes génitaux, le tissu musculaire se combine aux formations vasculaires érectiles, pour produire des mouvements complexes dus à la contraction des muscles et à la tension des vaisseaux.

Les injections cadavériques ont démontré à M. Rouget ces mouvements par distension des vaisseaux. Dans plus de trente cas, il a constaté avec soin chez l'homme, les mammifères, les oiseaux même, ce que Grimelli avait observé déjà chez les enfants, c'est que l'injection complète des vaisseaux peut, *lorsque la pupille est dilatée*, diminuer d'un tiers ou même de moitié le diamètre de cette ouverture.

DES CANAUX EXISTANT AU POINT DE JONCTION DE L'IRIS AVEC LA CORNÉE ET LA SCLÉROTIQUE. — Enfin, sur la question des canaux qui se trouvent au niveau de l'union de la cornée avec la sclérotique, M. Sappey reconnaît que ce qu'it avait décrit sous le nom de canal de Fontana comme un canal veineux, unique, est, en réalité, comme M. Rouget croit l'avoir le premier montré et figuré, un plexus veineux à vaisseaux très-serrés.

Il suffit de constater ce fait; il importe peu, du reste, que M. Sappey continue à donner, comme il prétend le faire, le nom de *canal* à ce plexus. C'est ce plexus que l'on connait en Allemagne, où on le croyait aussi formé par un vaisseau unique, sous le nom de canal de Schlemm. Mais les canaux décrits par Fontana et par Hüeck sont tout autre chose, et ne sont pas du tout, comme l'a cru M. Sappey avec Arnold, identiques aux canaux de Schlemm et de Hovius.

Le canal décrit par Fontana chez le bœuf existe réellement, et a été avec raison admis chez l'homme par Hüeck, qui le désigne sous le nom de canal de Fontana antérieur. Ce canal, ou plutôt cet espace est limité par le sillon cornéo-sclérotical, les attaches du muscle ciliaire radié et le ligament pectiné de l'iris, à travers les faisceaux duquel il communique avec la chambre antérieure; ce sont les parois de ce canal, et non pas, comme l'a dit Helmholtz, celles du canal de Schlemm (plexus veineux), qui s'écartent pour recevoir l'humeur aqueuse, quand le cristallin, plus convexe, fait saillie dans la chambre antérieure, pour l'adaptation à la vue de près. Quand on détache l'iris et la choroïde, de leur union à la sclérotique, on détruit ce canal de Fontana ou de Hüeck, tandis que le canal de Schlemm (plexus veineux kérato-sclérotical) reste entier dans l'épaisseur de la sclérotique.

M. Rouget a apporté, à l'appui de l'opinion de Hüeck, ses observations sur l'homme, les carnassiers, les ruminants, les oiseaux, pour rappeler et fortifier une vérité méconnue, et non pas comme le lui reproche M. Sappey pour relever une erreur oubliée.

M. Rouget n'admet pas d'ailleurs et regarde comme artificiels les canaux de Fontana moyen et postérieur, décrits par Hueck.

Quant au canal de Hovius, mal à propos confondu avec les précédents, c'est une disposition particulière du système veineux de la choroïde. Il n'existe pas chez l'homme.

M. SAPPEY se propose de répondre spécialement à M. Giraldès et d'examiner s'il est vrai qu'il n'y ait pas de chambre postérieure.

M. Giraldès a nié la chambre postérieure en se fondant sur le raisonnement suivant : la face antérieure de l'iris est convexe, la face postérieure est concave; elle est concave, parce qu'elle se moule sur la face antérieure du cristallin; donc la chambre postérieure n'existe pas.

1° Loin d'être convexe, la face antérieure de l'iris est plane, comme l'a très-bien fait voir Pourfour du Petit. Si la face antérieure de l'iris semble convexe, c'est un phénomène dû à la réfraction : si on supprime cette réfraction; comme l'a fait Petit dans plusieurs expériences ingénieuses, l'iris paraît plan.

Voilà donc une première raison qui démontre que l'iris a une surface plane.

2° La congélation des yeux faite à l'air libre fait voir un petit glaçon dans la chambre particulière et démontre l'existence de celle-ci.

3° L'iris forme une ombre sur le cristallin cataracté. Petit a trouvé l'ombre avant l'autopsie, et il a vu ensuite, en ouvrant l'œil, que le cristallin était opaque dans toute son épaisseur.

4° M. Sappey a institué l'expérience suivante : il pique un œil d'arrière en avant avec une fine épingle, et en regardant sous l'eau, après avoir fait une petite fenêtre à la cornée et à la sclérotique, il constate l'existence de la chambre postérieure traversée par l'épingle.

M. GIRALDÈS répond que M. Sappey lui a prêté, pour les combattre, des arguments qu'il n'avait pas employés, car il n'a pas dit si l'iris est convexe ou plan chez l'homme; il n'a pas parlé non plus d'épreuves par l'ombre projetée sur un cristallin cataracté. Il a soutenu tout simplement que la chambre postérieure est virtuelle, et que ce fait est facile à vérifier dans les opérations de cataracte par kératonyxis.

On peut constater que, dans l'état normal, il n'existe aucun espace entre le cristallin et l'iris, mais simplement un adossement, par l'expérience suivante :

Peu de temps après la mort, sur un œil frais, plongé et maintenu dans l'eau, on enlève le segment supérieur de l'œil; on constate que l'iris s'adosse au cristallin sans qu'il y ait, entre ces deux organes, un espace qui mérite un nom spécial et une description particulière.

BIBLIOGRAPHIE.

RACCOLTA DI OSSERVAZIONI CLINICO-PATHOLOGICHE (RECUEIL D'OBSERVATIONS CLINIQUES ET PATHOLOGIQUES); par MM. BORELLI et GARELLI. — Cinq fascicules in-8°. — Turin, 1851 à 1854.

DEL REUMATISMO (DU RHUMATISME); mémoire par le docteur JOSEPH PARMEGGIANI. — Reggio et Modène

DELLE FEBRI A PROCESSO DISSOLUTIVO (DES FIÈVRES A MARCHE DISSOLUTIVE). — Quatre mémoires du docteur RANIERI BELLINI. — Florence, 1854. In-8° de 108 pages.

La multiplicité et la variété des faits qui se présentent journellement dans les hôpitaux, ouvrent à l'homme studieux un vaste champ d'observations cliniques sur la marche et le traitement le plus convenable des diverses maladies. Ces asiles créés par la bienfaisance, au sein desquels tant de misères viennent chercher un soulagement ou la guérison, sont encore une source intarissable où l'on puise une instruction pratique solide, et d'où découlent d'incessants progrès.

I. Placés à la tête du grand hôpital de Saint-Maurice et Lazare, à Turin, MM. Borelli et Garelli ont vu passer sous leurs yeux des faits intéressants qui leur ont fourni le sujet de mémoires nombreux, successivement publiés soit dans la GAZETTE MÉDICALE DES ÉTATS SARDES, soit dans le JOURNAL DE L'ACADÉMIE MÉDICO-CHIRURGICALE DE TURIN. Ainsi dispersées dans les feuilles périodiques, ces observations restent souvent perdues par la difficulté que l'on éprouve à les retrouver et la perte de temps que ces recherches entraînent; mais surtout plusieurs d'entre elles qui, mises en regard, offriraient beaucoup d'intérêt et éclairant quelques points obscurs de la science, perdent, isolées, une grande partie de leur valeur. Telles sont les réflexions qui ont engagé MM. Borelli et Garelli à réimprimer leurs anciens travaux en les réunissant sous forme de fascicules.

Le nombre, l'étendue et le défaut de nouveauté de ces observations ne nous permettant pas de les analyser toutes dans ce compte rendu, nous avons dû faire un choix parmi celles qui renferment quelques faits ou plus rares, ou soumis encore aux discussions scientifiques, afin de faire connaître à ce sujet l'opinion des chirurgiens du Piémont.

Depuis que les recherches sur les cavités closes de M. J. Guérin et de M. Velpeau (1843), confirmant celles de M. Bonnet (de Lyon), ont fait voir combien étaient exagérées les craintes qu'inspiraient les iojections iodées, des praticiens se sont enhardis jusqu'à les faire pénétrer dans les grandes cavités séreuses (péritoine, plèvres) et même dans le péricarde (Aran 1855). Les succès et les revers se sont à peu près balancés; mais il ressort, des observations recueillies, cette conclusion, à savoir : qu'il est des malades auxquels l'on a évidemment sauvé la vie par cette hardie méthode dont il reste à déterminer, avec plus de précision peut-être, les indications et les contre-indications.

M. Borelli essaye à son tour de faire servir sa propre expérience à la solution de cette importante question. Cet opérateur a eu recours un grand nombre de fois, et avec succès, à la méthode des iojections iodées dans le goitre enkysté, dans diverses tumeurs siégeant sur les membres et enveloppées d'un kyste, dans un vaste abcès lymphatique de la région pubienne inguinale, dans plusieurs cavités articulaires affectées d'hydarthrose; dans l'hydrocèle de la tunique vaginale; dans les tumeurs appelées ganglions, et deux fois dans la grenouillette. Voici le résumé de la doctrine de l'auteur sur ces points de pratique :

1° Les injections iodées ne provoquent point la suppuration dans les cavités articulaires et ne sont point suivies de l'adhérence et de la soudure complète de leurs surfaces, parce que les produits fibrineux et plastiques qui en sont le résultat sont toujours résorbés en grande partie plus tard.

2° Les hydarthroses compliquées de lésions des cartilages articulaires ou des os, ou qui s'accompagnent encore d'un état inflammatoire aigu, repoussent les injections iodées.

3° Pour la cure des tumeurs enkystées, quel que soit leur siége, les injections iodées doivent être répétées tous les deux ou trois jours,

jusqu'à expulsion complète de la membrane du kyste qui se détache par lambeaux. Ces injections sont généralement faites avec la teinture d'iode pure.

4° La compression sur la tumeur après l'opération lui semble à peu près inutile. (Nous n'insisterons pas sur la méthode des injections iodées répétées, que M. Borelli dit avoir inventée, parce qu'elle a déjà été exposée dans ce journal (1850. p. 12.)

5° Quant à la grenouillette, l'auteur en admet trois : celle produite par la dilatation du conduit de Warthon (grenouillette salivaire), la plus fréquente de toutes; celle qui est formée par un kyste; enfin la grenouillette que M. Jobert (de Lamballe) a nommée muqueuse, et qui a son siége dans la bourse muqueuse de Fleishmann. Quelle que soit celle de ces trois variétés que le chirurgien ait à traiter, la meilleure méthode à leur opposer est celle des injections iodées; si une seule injection était insuffisante, M. Borelli ne serait pas éloigné, même dans ces cas, d'avoir recours aux injections répétées.

Comme on le voit, ces observations tendent à faire rentrer les injections iodées parmi les opérations classiques, puisque bien souvent le chirurgien peut y avoir recours avec confiance, et presque en toute sécurité.

L'introduction des corps étrangers dans les voies aériennes a toujours fixé d'une manière spéciale l'attention des praticiens, à raison de la difficulté que présente trop souvent leur extraction et des dangers qu'ils font courir aux malades. Le lecteur en pourra lire de remarquables exemples dans ce journal; les fascicules de MM. Borelli et Garelli en renferment deux nouvelles observations, qui nous ont paru offrir de l'intérêt sous le rapport de la nature du corps introduit et du temps assez long qui s'est écoulé avant leur expulsion.

Dans la première, il s'agit d'une dent incisive inférieure artificielle que portait un jeune étudiant, et qui tomba pendant le sommeil dans la trachée en provoquant brusquement des accès de toux suffocante. Celle-ci persista avec des alternatives de suspension et de recrudescence, puis elle finit par s'accompagner d'une expectoration abondante, et le jeune malade présenta tous les signes d'une phthisie laryngée avec consomption générale. Enfin *treize mois* après le commencement des accidents, au moment où l'on n'attendait plus, pour ainsi dire, que son dernier soupir, le malade dans un violent accès de toux rejeta la dent artificielle, munie encore de ses quatre crochets en fer, qui l'avaient fixée et maintenue sur les cartilages du larynx. A dater de cet instant la convalescence se prononça, et bientôt ce jeune homme recouvra sa santé première.

Le second fait a trait à la dégtutition d'un petit os mêlé aux aliments, et qui fut rejeté après six mois de séjour dans le larynx; la guérison fut également rapide.

Un long et intéressant mémoire sur les blessures produites par l'explosion d'une poudrière occupe le deuxième et le troisième fascicule.

M. Borelli se loue beaucoup dans tous les cas semblables de la méthode antiphlogistique déplétive (saignées générales) comme préventive d'une réaction fébrile trop prononcée. Lorsque les coutusions de la tête sont accompagnées d'un épanchement sanguin sous-aponévrotique avec symptômes de compression cérébrale, l'auteur recommande de donner issue au liquide épanché au moyen de larges incisions. Par cette méthode il facilite d'abord les recherches ultérieures faites avec le doigt sur l'état des os fracturés, et en second lieu il diminue la compression que ces os exercent sur le cerveau. Nous ne pouvons, du reste, que mentionner rapidement ces conclusions tirées de considérations pratiques que M. Borelli a développées avec soin. D'ailleurs les faits qui y ont donné lieu remontent déjà à 1852, et ont été à cette époque publiés, avec tous les détails qu'ils comportent, dans les journaux de médecine, ce qui nous fait moins regretter de ne pouvoir y insister plus longuement.

Ces fascicules renferment encore un grand nombre d'autres mémoires cliniques ou pathologiques pleins d'intérêt. Telles sont entre autres des considérations sur la cure de la hernie ombilicale par la ligature (cinq cas de succès), sur une dilatation de tout le système artériel avec ossification des vaisseaux cérébraux, sur l'inspiration de l'éther comme moyen de suspendre temporairement les symptômes de la rage, sur l'emploi extérieur du collodion cantharidé pour la cure des hydarthroses et de quelques affections convulsives des yeux, etc.

Les limites qui nous sont imposées ne nous permettent pas de donner des détails sur tous ces points, qui, du reste, ne sont point nouveaux aujourd'hui pour la science. Ajoutons qu'ils y sont exposés avec ce talent et cette sage critique qui distinguent l'homme instruit, laborieux et véritablement praticien. A tous ces titres nous ne pouvons que donner des éloges aux travaux que MM. Borelli et Garelli ont eu l'heureuse idée de rassembler sous le titre de fascicules.

II. La question de la nature du rhumatisme a été souvent agitée de nos jours au sein des académies, dans les livres et dans les journaux scientifiques. En est-il résulté une solution qui réunisse tous les suffrages? On sait qu'il n'en est rien; et pourtant, il faut le reconnaître, elle serait d'une grande importance au point de vue d'un traitement vraiment rationnel. M. Parmeggiani, dans un mémoire substantiel, après avoir brièvement rappelé les diverses théories qui ont régné à ce sujet, et décrit les diverses altérations chimiques que subissent le sang, les urines, etc., dans cette affection, se demande à son tour quel est le vrai élément du rhumatisme.

Après avoir dit qu'on ne peut point y voir soit une inflammation, soit une hypérhémie, soit enfin une névrose, il ajoute qu'à ses yeux il est le résultat d'un trouble dans la constitution de nos humeurs, par suite de la brusque suspension de la sécrétion cutanée. « L'activité » éliminatrice de l'organe cutané, dit-il, étant enchaînée (*inceppata*) » par l'application du froid, les substances qui devaient être expulsées » du corps demeurent dans la circulation (p. 65). » Or ces substances se trouvant dans un état voisin de leur décomposition sont très-propres à se transformer en un *ferment* qui, suivant la qualité actuelle du sang, donnera lieu à des produits différents.

De là, abondance exagérée de la fibrine, ou production de l'acide urique: de là aussi naîtront des affections secondaires diverses, sous la forme d'hypercrinies séreuses, d'hyperhémies ou même de névroses. Telle est la théorie (qui est loin d'être récente) de M. Parmeggiani, et d'après laquelle il conseille un traitement qui s'adressera, suivant les cas, à l'hyperhémie, ou à la sécrétion séreuse, ou à l'état nerveux, ou bien encore à l'élément spécifique, c'est-à-dire au ferment. C'est contre celui-ci qu'il administre les alcalins, le colchique, la vératrine ou le sulfate de quinine.

Toutes ces médications sont, depuis longtemps il est vrai, conseillées avec plus ou moins de succès dans le rhumatisme. Mais agissent-elles, comme le prétend l'auteur, en détruisant l'action d'un ferment roulant dans notre corps avec le sang? Nous avouons que cette explication nous semble très-hypothétique; et nous ajouterons que le mémoire, d'ailleurs savant, de M Parmeggiani, ne nous a révélé aucun fait analytique qui puisse prouver l'existence d'un tel ferment.

III. Le travail sur les fièvres à diathèse dissolutive du docteur Ranieri est divisé en quatre mémoires, où brille une abondante érudition, mais où la théorie nous semble occuper une trop large place. Il mériterait sans doute une plus longue analyse que celle que nous lui consacrons ici, si déjà il n'avait été livré à la publicité dans la GAZETTE MÉDICALE DE TOSCANE. Nous nous bornerons donc à en présenter l'ensemble dans les propositions suivantes :

1° La diathèse dissolutive du sang ne peut point faire naître par elle-même ou soutenir le mouvement fébrile; celui-ci, quand il existe, tire son origine soit des affections locales siégeant dans les organes parenchymateux ou le tissu, soit des principes de contagion eux-mêmes, et des effets produits par eux sur les solides vivants. Elle est donc seulement un élément de ces fièvres et non point leur cause prochaine. Quant à cette cause, l'auteur se propose de la rechercher plus tard.

2° Lorsque, dans la première période de ces fièvres, il existe un mouvement fébrile, il faut employer la méthode antiphlogistique, dont on mesure l'énergie à l'intensité même de la réaction générale.

On évitera en même temps avec soin les stimulants ou les excitants.

3° Souvent ce premier traitement suffit pour la cure complète de la fièvre; mais si la circulation et les autres fonctions organiques tombent dans un collapsus profond, les stimulants à l'intérieur et à l'extérieur, seuls ou joints aux toniques astringents et aux acides, sont alors impérieusement commandés.

Tels sont les seuls points traités dans ces quatre longs mémoires, où la partie thérapeutique occupe cependant la moindre place, et nous paraît avoir trop été sacrifiée à l'érudition ainsi qu'à la théorie.

Dr S.

VARIÉTÉS.

— M. Piquot de Lamare, ancien chirurgien aide-major sous l'empire, ancien maire, et chirurgien en chef de l'hôpital d'Honfleur, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur, par décret du 21 août dernier.

— M. René, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Montpellier, vient d'être nommé, par S. M. la reine d'Espagne, commandeur de l'ordre d'Isabelle-la-Catholique.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE SANITAIRE.

MALADIES RÉGNANTES.

L'état sanitaire des principaux centres de population en France et en Angleterre ne laisse rien à désirer. Le choléra et les diarrhées cholériques qui s'étaient montrés à Londres avec une certaine intensité continuent à décroître, et le chiffre de la mortalité est actuellement au-dessous de la moyenne. Chez nous, rien de nouveau dans l'état de la santé publique.

Depuis notre dernière revue, les diarrhées ont continué à se montrer quelquefois simples, quelquefois avec un caractère dyssentérique, rarement avec le cachet cholérique. Le chiffre des malades a notablement augmenté, mais la mortalité ne s'est pas élevée au-dessus de la moyenne.

Des conditions sanitaires différentes se prononcent à l'heure actuelle dans des localités éloignées. A Moscou, à la fin d'août, le choléra faisait des ravages considérables; à la même époque, il se développait à Luheck et à Ystad (Suède). D'un autre côté, au sud de l'Europe, on trouve encore actuellement l'épidémisme cholérique en Portugal, à Lisbonne et dans les provinces. A Madère, la maladie a fait de grands ravages; sur la population de Funchal, qu'on évalue à 28,000 habitants, on comptait, au commencement d'août, 5,000 cas de choléra et 1,500 décès.

La variole s'est montrée en Écosse avec une intensité remarquable; cette maladie prend du développement à Aberdeen, à Édimhourg et à Paisley; elle a causé, à Aberdeen, 10 décès sur 100, 5/2 pour 100 à Édimbourg et 5 pour 100 à Paisley.

Tholozan.

PHYSIOLOGIE.

NOUVELLES RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES MOUVEMENTS ET LES BRUITS NORMAUX DU COEUR, ENVISAGÉS AU POINT DE VUE DE LA PHYSIOLOGIE MÉDICALE; par A. Chauveau, chef des travaux anatomiques à l'École impériale vétérinaire de Lyon, et le docteur J. Faivre, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

(Suite et fin. — Voir les nos 24, 27 et 30.)

IV.

CHOC PRÉCORDIAL.

1. Formule des questions à résoudre. 2. A quel moment se produit le choc. 3. Quelle en est la cause.

1. — C'est encore un sujet bien controversé que l'étude du choc précordial, par laquelle nous devons clore notre mémoire. Grâce à notre examen du mécanisme du cœur observé sur l'organe mis à nu, il s'élucidera de lui-même, pour ainsi dire, et en quelques mots seulement.

L'étude de la pulsation cardiaque soulève deux questions principales : *A quel moment se produit-elle? Quelle en est la cause?*

2. — Sur la réponse à faire à la première question, il existe un accord presque général : c'est pendant la systole ventriculaire qu'a lieu le choc précordial. On le prouve à pen de frais. Le premier bruit du cœur est, en effet, isochrone avec la contraction des ventricules, et le choc du cœur contre la poitrine se fait sentir en même temps qu'on perçoit le premier bruit. L'isochronisme de la pulsation cardiaque et de la systole ventriculaire est donc un fait parfaitement démontré.

3. — La solution de la seconde question est beaucoup plus difficile. Chacun a donné la sienne; et, comme il arrive presque toujours en pareil cas, la multiplicité des opinions a fini par étouffer la vérité. Voici celles qui sont le plus en vogue :

1° Le sang projeté contre le fond des ventricules par la contraction des oreillettes serait, d'après M. Beau, la cause déterminante du choc du cœur.

2° La projection du sang dans les artères aorte et pulmonaire, pendant la systole des ventricules, déterminerait un redressement de la courbure de ces deux vaisseaux; et le cœur serait ainsi lancé, soit par sa pointe seulement, soit par toute l'étendue de sa face antérieure contre la paroi thoracique. (Sénac, les deux Hunter, J. Béclard, etc.)

3° La pointe du cœur se redresserait en avant pendant la contraction ventriculaire, à cause du plus grand nombre ou de la plus grande longueur des fibres unitives antérieures, et viendrait ainsi frapper contre la poitrine, dans l'intervalle des cinquième et sixième côtes. (Borelli, Bérard, Parchappe, etc.)

4° Le choc du cœur contre la poitrine serait l'effet du recul qui s'effectue pendant la systole des ventricules. (Hope, Fatau, Hiffelsheim.)

Nous n'avons rien à dire sur la manière de voir de M. Beau. Puisqu'il est démontré que le choc du cœur n'a pas lieu pendant la diastole ventriculaire, il devient inutile de prouver que la prétendue projection du sang contre le fond des ventricules, au moment de cette diastole, n'est point la cause du choc précordial.

Les deux opinions qui suivent ne doivent pas nous arrêter davantage, l'étude du mécanisme des mouvements du cœur nous ayant démontré qu'il n'y a pendant la systole des ventricules, c'est-à-dire à l'instant du choc, ni redressement des courbures des vaisseaux artériels, ni mouvement musculaire capable de tirer la pointe du cœur en haut et en avant.

Quant à la dernière théorie, longuement développée par M. Hiffelsheim, elle a son germe dans une vue physiologique que nous avons appuyée nous-mêmes par nos expériences; mais elle n'est pas mieux fondée que les autres théories.

En effet, dans l'immense majorité des cas, la pointe du cœur reste immobile pendant le recul; et lorsqu'elle suit elle-même le mouvement rétrograde de la partie supérieure des ventricules (chose rare), elle se déplace si peu qu'on ne saurait raisonnablement lui attribuer la moindre part dans la production du choc.

Autre chose. Si l'explication du choc par le recul était fondée, la pulsation cardiaque devrait se faire sentir, chez les animaux, sous le

FEUILLETON.

ÉTUDES MÉDICALES SUR QUELQUES POÈTES ANCIENS ET MODERNES.

MARTIAL.

(Suite. — Voir le n° 34.)

Et puisque nous avons parlé de la fièvre quarte que l'homme de l'art était capable de faire durer longtemps, voyons si les pyrétologistes du premier siècle de l'ère chrétienne ont fourni quelque chose d'intéressant au poëte de Bilbilis. Voici une jolie épigramme, la dix-septième du livre XII, dans laquelle Martial donne une bonne leçon de tempérance à un voluptueux, Lentinus, qui n'avait pas besoin du docteur Carus pour éterniser ses accès fébriles :

Quare tam multis a te, Lentine, diebus
Non abeat febris, queris, et usque gemis.

Tu veux savoir pourquoi cette fièvre est si tenace; mais qu'y a-t-il là d'étonnant? Tu la mènes à la promenade, aux bains, tu la nourris de champignons, d'huîtres, de sanglier, tu l'enivres des vins fameux de Falerne, de Setine; tu ne prends le Cécube que glacé, etc.

Gestatur tecum pariter, pariterque lavatur.
Cœnat boletos, ostrea, sumen, aprum,
Ebria Setino fit sæpe, et sæpe Falerno.
Nec nisi per niveam Cæcuba potat aquam.

Et enfin Martial termine cette peinture du singulier régime de ce malade par ce trait :

Quum sit ei pulchre, quum tam bene vivat apud te,
Ad Damam potius vis tua febris eat!

Entourée de tant de délices, si bien traitée par toi, vondrais-tu que ta fièvre allât de préférence chez Damas? (Sans doute quelque pauvre diable qui n'eût pas si bien hébergé cette ennemie.) Mais voici un autre fiévreux qui attrape en passant une bonne prescription de notre grand docteur. Il s'agit d'un certain Zoïle, *ægrum se simulantem* (n° 16, livre 2e), et dont Martial révèle la manie bizarre. Ce personnage veut étaler son luxe; il faut qu'on admire ses belles couvertures, son lit égyptien, ses vêtements écarlates, son linge parfumé :

Zoilus ægrotat : faciunt hæc stragula febrem.
Si fuerit sanus, coccina quid facient?
Quid torus à Nilo, quid sindone cinctus olentis?

S'il se portait bien à quoi serviraient ces richesses? Et le poëte ajoute : A quoi bon les médecins? Congédie tous les Machaons :

sternum, c'est-à-dire à l'endroit qui répond à la pointe du cœur. Or elle se perçoit principalement du côté gauche de la poitrine et présente son maximum d'intensité au niveau de la partie moyenne du cœur. Chez le singe qui nous a servi comme sujet d'expérience, on sentait cette pulsation sur toute la portion du sternum qui correspondait à la face antérieure du cœur. On la percevait également à droite de cet os, an niveau de la base des ventricules, et très-légèrement à gauche, au niveau de la pointe.

Nous pourrions invoquer enfin la manière dont le cœur soulève la paroi thoracique chez l'homme au moment du choc. Ce soulèvement n'a point lieu, en effet, *dans le sens du recul, mais bien d'arrière en avant;* et cette objection à elle seule pourrait être considérée comme capitale. Ajoutons que ce soulèvement, chez le plus grand nombre des sujets, n'a pas lieu seulement dans le point circonscrit qui répond à l'extrémité du cœur, mais qu'il se propage sur toute l'étendue de la surface pectorale qui recouvre la portion du cœur située à gauche du sternum.

Cette théorie est donc, comme les autres, essentiellement fausse, quoique le principe sur lequel elle repose soit exactement vrai.

Qu'on nous permette maintenant de hasarder la nôtre. Les développements dans lesquels nous sommes entrés précédemment nous permettront d'être brefs. Il nous suffira de rappeler, en effet, les différences caractéristiques qui distinguent l'état diastolaire des ventricules de leur état systolaire, pour faire comprendre que le passage brusque du premier au second doive déterminer des chocs plus ou moins intenses du cœur contre les organes environnants. Nous admettrons avec tout le monde que le cœur est plus gros pendant la diastole que pendant la systole, et qu'il y a dans cette circonstance une condition défavorable à la production du choc, telle que nous cherchons à l'expliquer. Mais tout le monde reconnaîtra avec nous que les ventricules ne peuvent acquérir *instantanément* la forme particulière et la rigidité qui les caractérisent pendant leur période de contraction, sans frapper contre *quelques-unes* des parties qui les entourent. Or la paroi thoracique antérieure chez l'homme doit être nécessairement du nombre; puisqu'elle se trouve constamment en rapport avec le cœur par l'intermédiaire du péricarde, et qu'elle ne peut, *à aucun moment*, s'en trouver séparée par un vide. Est-il besoin de chercher ailleurs l'explication de la pulsation précordiale?

Voilà le principe de notre théorie. On voit qu'il réside *dans le changement de forme et de consistance des ventricules, quand ils passent de la diastole à la systole et dans l'instantanéité de cette transformation.* Il est évident que les ventricules étant serrés entre la paroi thoracique et le poumon, pendant la dépression et l'affaissement qui accompagnent leur état diastolaire, s'ils entraient en contraction par un mouvement lent et gradué, ils ne communiqueraient aucun ébranlement à la poitrine, parce que le tissu pulmonaire environnant aurait le temps de s'accommoder à la nouvelle forme et au nouvel état du cœur, en raison de sa mollesse et de son élasticité.

L'expérience démontre, du reste, sur les animaux, que cette explication porte tout à fait juste. Il y a longtemps déjà que Barry, introduisant sa main par le diaphragme dans la poitrine d'un cheval, a senti la pression du cœur contre les parois latérales du thorax, pendant la contraction ventriculaire; et il suffit d'avoir vu une seule fois le cœur de cet animal bondir dans la poitrine ouverte au moment du mouvement systolaire inférieur, pour comprendre de prime-saut que là réside la cause du choc qui ébranle la paroi thoracique.

Avec cette explication, on comprend pourquoi les battements du cœur chez notre singe se faisaient sentir sur tous les points de la poitrine qui répondaient à la face antérieure du cœur. Cet animal était devenu étique à la suite d'une paraplégie, et la minceur de la paroi pectorale permettait de saisir la pulsation cardiaque dans toute son intensité et dans toute son étendue.

On comprend également, en raison de la présence d'un sternum large et épais sur la partie droite et supérieure du cœur, pourquoi chez l'homme le choc ne peut être généralement perçu qu'au niveau de la partie gauche et inférieure des ventricules.

Cette théorie permet enfin d'expliquer la pulsation cardiaque chez tous les animaux.

V.

APPENDICE.

1. — Le travail qui précède a été présenté à la Société de médecine de Lyon et à l'Académie des sciences.

Une grande partie des expériences qui servent de base à nos conclusions ont été répétées à Alfort devant deux des membres de la commission nommée par l'Institut, MM. Rayer et Bernard; et quoique nous ne connaissions point officiellement, par les termes mêmes d'un rapport, l'opinion de ces illustres académiciens sur la valeur des faits que nous avons essayé de leur faire constater, nous croyons pouvoir affirmer, sans prétention, que cette opinion ne nous est pas défavorable, si nous nous en rapportons aux témoignages non équivoques de satisfaction qui nous ont été donnés par l'un d'eux.

Répétées également devant un certain nombre de membres de la Société de médecine de Lyon, ces expériences nous ont valu de la part de M. Foltz un rapport très-bienveillant, auquel nous devons l'honneur d'appartenir actuellement à cette savante Société à titre de membres titulaires.

Cependant, malgré ce concert d'encourageantes adhésions, nous ne pensons pas avoir convaincu tout le monde; nous croyons même n'avoir pas fait tout ce qui était nécessaire pour arriver à ce résultat. C'est ainsi qu'on a pu nous reprocher avec raison de nous être trop avancés en annonçant comme infaillible notre mode opératoire, comme constants les excellents résultats obtenus avec son aide dans la marche générale des expériences, et d'avoir laissé des doutes sur la solidité de notre théorie du choc cardiaque. Aussi avons-nous cherché depuis le dépôt de notre mémoire à lever ces quelques difficultés. Ça été l'œuvre propre de l'un des deux auteurs de ce mémoire, pendant que l'autre cherchait à faire sortir des vues physiologiques exposées ci-devant d'utiles applications à la pathologie du cœur. Celui-là parlera donc désormais en son nom seulement. Il le fera, du reste, d'une manière très-brève, d'abord parce que le temps lui manque, et peut-être encore parce que le nombre considérable de ses recherches expérimentales lui permettra de dédaigner l'abondance d'un minutieux exposé analytique et de s'attacher exclusivement à la formule de la synthèse des résultats auxquels il est arrivé.

Commençons donc.

Quid tibi cum medicis? Dimitte Machaonas omnes.
Vis fieri sanus? Stragula sume mea!

Et si tu veux te bien porter, prends mes couvertures! Où diable la vanité va-t-elle se nicher? Mais l'esprit humain, ondoyant et divers, a dit un sage, est fertile en inventions de ce genre, chacun s'ingénie à satisfaire sa passion, et si Zoïle aspire au bonheur d'être malade pour exhiber ses trésors, voici un certain Mathon (nº 81, livre 4e) qui ne veut pas avoir la fièvre ou du moins qui agit comme s'il ne l'avait pas.

Declamas in febre, Mathon : hanc esse phrenesim
Si nescis, non es sanus, amice Mathon.
Declamas æger, declamas hemitritæus.
Si sudare aliter non potes, est ratio.

Tu as la fièvre Mathon, et tu déclames, tu professes, mais c'est de la frénésie, mon cher, et, s'il faut te le dire, tu n'as pas le sens commun. Tu es malade, tu as une hémitritée, et tu déclames encore! Si tu n'as pas d'autre moyen de suer, à la bonne heure. — Martial aurait pu s'en tenir à ce trait, mais il ajoute :

Magna tamen res est. Erras : quum viscera febris
Exurit, res est magna tacere, Mathon.

Tu crois montrer en cela un grand courage. Erreur! Quand la fièvre nous brûle, il est encore plus difficile de se taire.

N'oublions pas de noter une fièvre d'un caractère particulier, Mathon est *hemitritæus*, il a une de ces formes rares que nos maîtres en clinique ne rencontrent guère dans leurs salles, mais que les médecins de l'hôpital du Saint-Esprit reconnaissent encore au milieu de cette foule de fiévreux que produit la *campagne de Rome*. Là où tout le monde a des accès de fièvre, on observe tous les types, toutes les variétés, et aujourd'hui comme autrefois la ville éternelle subit les effets de l'*aria cattiva*. Un candidat au troisième examen à qui l'on demanderait ce que c'est qu'une hémitritée, serait peut-être *collé* de fond en combe. Soyons-lui favorable! Qui sait si la lecture de cet article ne lui épargnera pas un échec? Donc cette fièvre demi-tierce se compose d'accès quotidiens, mais avec deux accès le second jour, et l'un de ces accès est marqué par un frisson initial. N'allez pas confondre l'hémitritée avec la double tierce, et encore bien moins avec la tierce doublée, ce serait une faute énorme; mais assez de cette pédagogie rétrospective, revenons à Martial qui n'en a pas fini avec l'hémitritée. On trouve dans le livre II, sous le nº 40, une épigramme fort intéressante.

Uri Tongilius male dicitur hemitritæo.

On prétend, mais à tort, que Tongilius est dévoré par une hémitrite. Je connais le personnage, *novi hominis mores*, il a faim, il a soif; on prend pour lui des grives grasses, on pêche le brochet et le barbeau :

Esurit atque sitit,
Subdola tenduntur crassis modo retia turdis.
Hamus et in mullum mittatur atque lupum.

2. — Il est bien vrai que notre procédé expérimental pour l'examen physiologique du cœur ne réussit pas d'une *manière constante*, et ne conserve pas infailliblement les mouvements du viscère avec leur rhythme normal, ainsi que nous l'avons d'abord prétendu ; il est vrai que ces mouvements présentent parfois une très-notable accélération, qui en rend l'observation aussi difficile qu'avec les procédés ordinairement employés. Au début de nos expériences, cet inconvénient s'était si rarement offert à notre observation qu'il m'avait peu frappé; mais il s'est reproduit assez souvent dans nos plus récents essais pour me faire vivement désirer d'en trouver la cause et d'y porter remède, s'il était possible.

J'avais d'abord pensé que cette accélération des battements du cœur tenait à une irritabilité plus grande des sujets, et que la plaie faite à la poitrine pour mettre le cœur à nu, déterminait alors une excitation anormale très-énergique réfléchie sur le cœur par l'axe médullaire. Mais une attentive observation ne tarda pas à me prouver que les individus les plus affaiblis comme les plus vigoureux, les plus réfractaires comme les plus sensibles aux actions réflexes, étaient exposés à l'anomalie physiologique que nous voulions éviter.

J'accusai ensuite des négligences dans la pratique de l'inspiration pulmonaire, et j'en dirigeai moi-même l'exécution, au lieu de la confier à des aides; je ne fus cependant pas plus heureux. Mais cette direction imprimée à mes recherches eut au moins l'avantage de m'amener à perfectionner mon procédé de respiration artificielle, en le simplifiant singulièrement. Aujourd'hui, grâce à l'emploi d'un tube à soupape, construit de la manière la plus élémentaire, une seule personne peut opérer l'insufflation, et la faire marcher avec la plus grande régularité. Nous faisons construire actuellement un de ces tubes qui portera dans son intérieur un diaphragme formé de plusieurs toiles métalliques. Placé au delà du trou destiné à la sortie de l'air expiré, ce diaphragme retiendra la chaleur enlevée au poumon, et la cédera à l'air froid poussé vers cet organe par le soufflet. De cette manière nous espérons pouvoir prolonger notablement la vie de nos sujets en empêchant le refroidissement, qu'il est difficile d'éviter autrement; car, malgré toutes les précautions dont on s'entoure dans l'application de l'insufflation pulmonaire, on ne peut jamais reproduire exactement les conditions du mécanisme normal qui préside à l'introduction de l'air dans le poumon. Le fluide que nous lançons artificiellement au sein de ce viscère, n'y arrive point par ce mouvement doux, lent et gradué de la respiration normale, mouvement qui permet à l'air inspiré de s'échauffer sensiblement en parcourant les canaux aérifères. Il n'y arrive point surtout en quantité proportionnelle à la masse sanguine qui traverse le réseau capillaire du poumon ; et que le rapport différentiel soit en moins ou en plus, il en résultera toujours pour cette masse un abaissement de température ; dans le premier cas par absorption insuffisante du gaz combinant, dans le second, parce que l'air, en équilibrant sa température avec celle du sang, enlèvera à celui-ci une quantité de chaleur qui n'est plus en rapport avec l'activité des actions combinantes.

J'en étais là de mes recherches, lorsqu'un heureux hasard me mit à même de constater la cause des insuccès accidentels que j'avais à cœur de pouvoir éviter, et voici dans quelles circonstances :

J'entretenais artificiellement la respiration sur un cheval paralysé par la section de la moelle, en vue d'étudier une question étrangère à celle qui nous occupe ; et je dirigeais moi-même l'opération avec le plus grand soin, pendant qu'un de mes aides constatait à intervalles réguliers l'état des fonctions, surtout celui du mouvement circulatoire. L'expérience durait depuis un quart d'heure; l'encéphale avait conservé toutes ses propriétés; la vie de cet organe se révélait par d'énergiques mouvements volontaires dans les oreilles, les paupières, le globe de l'œil, les mâchoires, la langue, etc.; et le pouls marquait environ 35 à 40 pulsations par minute; lorsqu'on m'annonça tout à coup une accélération considérable des pulsations artérielles qui dépassèrent bientôt le nombre 70. Surpris de ce brusque changement, je portai instinctivement mon attention sur la tête pour constater, par l'observation des mouvements musculaires, les modifications qui pouvaient être survenues dans l'état du cerveau. Je vis alors la langue entièrement paralysée ; bientôt suivirent les lèvres, les naseaux, les paupières, les oreilles, et les mouvements des mâchoires finirent eux-mêmes par s'arrêter complétement; le globe de l'œil conserva seul une certaine mobilité et encore une mobilité restreinte; car les mouvements d'élévation, d'abaissement, d'abduction, d'adduction, se trouvaient complétement abolis, le retrait de l'organe au fond de l'orbite était l'unique déplacement possible.

Ce tableau fut un trait de lumière pour moi. Evidemment ces phénomènes de paralysie devaient être attribués à l'hémorrhagie produite par la blessure atloïdo-occipitale, hémorrhagie que nous étions depuis quelque temps dans l'habitude d'arrêter par le tamponnement de la plaie avec des étoupes. Forcé de s'écouler à l'intérieur du canal encéphalo-rachidien, le sang s'était épanché entre la surface de l'encéphale et la boîte crânienne; il en était résulté la compression du bulbe, l'anéantissement de l'activité de cet organe, et partant la perte des propriétés des nerfs qui prennent naissance sur cette portion de l'encéphale. Or le pneumogastrique est du nombre; il se trouvait donc paralysé comme les autres et n'exerçait plus aucune influence sur l'organe central de la circulation; ce qui explique assez l'accélération des battements du cœur, l'expérience ayant démontré que la section des pneumogastriques s'accompagne toujours d'une pareille accélération.

Du reste, je ne tardai pas à avoir sous les yeux la contre-partie du tableau précédent. Au bout de douze à quinze minutes, les mouvement reparurent dans les muscles de la tête, preuve non équivoque d'une heureuse modification survenue dans l'état de l'encéphale et des nerfs encéphaliques. Entre autres choses, un signe des plus certains me prouva le rétablissement intégral des fonctions du pneumogastrique : l'animal *sentait* parfaitement l'entrée de l'air dans le poumon; car à chaque mouvement du soufflet les naseaux se dilataient surtout au moment où cessait l'insufflation, comme pour favoriser l'introduction de la colonne aérienne. Cette dilatation se faisait régulièrement, avec conscience, et pertinemment sous l'influence excitatrice d'une sensation transmise au cerveau par le pneumogastrique, puisque ce nerf était le seul lien qui rattachât le poumon au centre encéphalique. Je conclus alors que les mouvements du cœur devaient avoir repris leur cadence habituelle; j'explorai le pouls : *il était tombé à 45 pulsations; il vint même à 35, puis à 33*, et se maintint entre ces deux chiffres pendant trois heures environ. La poitrine ayant été ouverte,

---

On prépare les meilleurs vins, ceux qui ont mûri sous le consulat d'Opimius. Et cependant

Omnes Tongilium medici jussere lavari.
O stulti, febrem creditis esse? Gula est!

Tous les médecins ont ordonné des délayants on pent-être tout simplement un bain. Pauvres gens, vous croyez que Tongilius est un fiévreux ? C'est un glouton, un goinfre!

Voulez-vous un troisième cas de fièvre hémitritée? En voici un (livre 12e, n° 71) qui donne lieu à un fait assez plaisant.

Pro sene, sed clare, votum Maro fecit amico,
Cui gravis et fervens hemitritæus erat.

Pour son ami, vieillard en proie à une fièvre ardente, Marus fait à haute voix un vœu ; une noble victime sera immolée aux autels de Jupiter. Le malade va mieux, et même les médecins répondent de la guérison,

Cœperunt certam medici spondere salutem.
Ne votum solvat, nunc Maro vota facit.

Maintenant Marus fait des vœux pour n'avoir point à remplir le premier. Mais dans l'observation de Tongilius, notre poëte ne se laisse pas attraper, il se pose en grand maître, sa perspicacité dévoile ces faux semblants de maladie, et les plus habiles praticiens sont loin de posséder son coup d'œil. Il affecte un diagnostic non moins sûr à propos d'un certain Parthenopæus (n° 86, livre 11e) qui tousse terriblement. Martial ne croit ni à une bronchite ni à une pneumonie, l'asthme et la pleurésie ne l'inquiètent pas :

Leniat ut fauces medicus, quas aspera vexat
Assidue tussis, Parthenopæe tibi
Mella dari, nucleosque jubet, dulcesque placentas,
Et quidquid pueros non sinit esse truces.

Pour rafraîchir ton gosier qu'une toux fréquente déchire, le médecin t'a prescrit du miel et les pignons doux (on faisait avec ces deux choses une sorte d'électuaire vanté par Pline, et qui ressemble assez à certains *nougats* de la Provence ou des îles Baléares); il t'a même ordonné des gâteaux sucrés, enfin tout ce qui calme les enfants. Et cependant tu tousses sans cesse; ce n'est pas un rhume, c'est la gourmandise! Martial ne craint pas de se répéter, il reproduit l'épigramme contre Mathon.

Non est hæc tussis, Parthenopæe ; gula est.

Qui n'a vu dans sa pratique des malades de cette espèce? Quand, dans les hôpitaux de Paris, une économie un peu sévère remplaça le sirop de sucre par la dextrine; quand on ne donna plus à certains catarrheux de profession que de la décoction de réglisse, quelles clameurs s'élevèrent et combien de *Parthenopæus* réclamaient les douceurs supprimées administrativement! Que de peines n'ont pas les chefs de service et les médecins des bureaux de bienfaisance à trouver les équivalents de ces friandises absentes! Il est assez amusant de rencontrer, à dix-huit siècles d'intervalles, les mêmes appétits pour

le cœur continua de battre près d'une heure encore avec ce rhythme ralenti.

Une fois connue, la cause accélératrice des battements du cœur, je pensai pouvoir l'éviter en pratiquant la section de la moelle entre l'atlas et l'axis, pour éloigner davantage le point hémorrhagique des racines du pneumogastrique. Le succès vint couronner mes prévisions. Avec ce procédé la compression du bulbe et l'accélération consécutive des mouvements du cœur sont beaucoup plus rares; et quand ces deux accidents se manifestent, c'est presque toujours passagèrement. En attendant quelque temps avant d'ouvrir la poitrine pour mettre le cœur à nu, une heure et même plus s'il le faut, on est à peu près sûr de les voir cesser, sans doute parce que la substance cérébrale s'accoutume à la compression qui détruit d'abord ses propriétés, ou parce que cette compression diminue par la résorption du sérum du sang épanché.

Voilà donc déjà une difficulté résolue. Voyons la seconde.

3. — M. Foltz, dans son rapport à la Société de médecine de Lyon, n'a point trouvé suffisante notre théorie de la pulsation cardiaque. Il ne veut point admettre que la cause de cette pulsation réside dans « le changement de forme et de consistance des ventricules, quand ils passent de la diastole à la systole, et dans l'instantanéité de cette transformation. » Pour lui, la théorie du battement par le recul est encore la plus satisfaisante.

Nous avouons volontiers avoir négligé d'entourer notre explication de ce battement d'un rempart de preuves assez solides pour la mettre à l'abri de toute attaque. Mais nous pensions avoir renversé la théorie du recul et nous le pensons encore. Je ne rappellerai point les impossibilités anatomiques et physiologiques de cette théorie, impossibilités sommairement exposées dans le corps de notre mémoire. J'insisterai sur un seul point, l'immobilité de la partie inférieure du cœur au moment de la systole ventriculaire; et je demanderai à M. Foltz comment il est possible d'expliquer le battement contre la paroi thoracique par un mouvement de translation rétrograde si ce mouvement n'a pas lieu. Or, nous le répéterons, il n'y a point recul de la pointe du cœur; M. Foltz a pu s'en assurer, comme toutes les personnes qui ont assisté à nos expériences; et peut-être qu'au moment où nous écrivons ces lignes, M. Hiffelsheim en est également convaincu; que dis-je? peut-être n'a-t-il pu même constater l'immobilité de la pointe du cœur dans le sac péricardien; car tous les animaux ne se prêtent point également à cette constatation. Chez le chien, par exemple (et je pense que M. Hiffelsheim employera cet animal, comme étant plus à sa portée, pour les recherches expérimentales qu'il a reçu mission de poursuivre), chez le chien, dis-je, la poitrine étant ouverte pour l'observation du cœur, la locomotion de cet organe s'observe aisément à travers le péricarde, et non-seulement on ne voit point l'extrémité du cône ventriculaire reculer vers le diaphragme pendant le mouvement systolaire inférieur, ou garder la position qu'elle occupe pendant la diastole; mais on peut s'assurer le plus souvent que cette extrémité remonte sensiblement vers la base des ventricules; et le péricarde est à peine ouvert que ce déplacement se prononce encore davantage; ce n'est guère que par l'exploration tactile à travers le diaphragme, et en évitant l'entrée de l'air dans la poitrine, qu'on peut constater l'immobilité de la pointe du cœur au moment de la systole des ventricules.

Non, le cœur n'éprouve vers sa pointe aucun mouvement rétrograde; non, il ne vient point frapper, dans le sens du recul, contre la partie de la paroi thoracique qui avoisine cette extrémité en produisant la pulsation cardiaque; cette double proposition me semble intacte comme au premier jour; elle paraîtra telle, j'en suis sûr, aux médecins que j'ai rendus témoins des faits qui m'ont autorisé à en poser les termes. Si quelques-uns ont cru un moment au recul de la pointe du cœur, ça été chez eux une impression bien fugitive; c'est qu'ils n'avaient point la précaution, en cherchant à constater ce mouvement au moyen de l'exploration tactile, de toucher aussi légèrement que possible le sommet du cône ventriculaire; le doigt investigateur s'appuyait assez énergiquement sur la substance du cœur, en la déprimant pendant l'état diastolaire, et se sentait fortement repoussé quand cette substance acquérait la consistance et la rigidité de l'état systolaire.

Si, comme je pense l'avoir définitivement démontré, la théorie de M. Hiffelsheim n'est pas fondée (et cette démonstration, soit dit en passant, n'ôte rien au mérite qui revient à ce médecin pour avoir insisté sur le recul, considéré comme effet dynamique nécessaire des mouvements du cœur), la nôtre l'est-elle davantage? Je le crois plus fermement que jamais, et j'espère faire passer ma conviction dans l'esprit de tout le monde en comblant les lacunes de notre première démonstration par l'exposé de quelques observations nouvelles sur la diastole et la systole des ventricules, et sur les circonstances qui accompagnent le brusque passage de l'un à l'autre de ces deux états.

Nous poserons d'abord en principe que le cœur en diastole se déprime *constamment d'une face à l'autre, quelle que soit la position du sujet*. Il est vrai que nous avons dit, dans notre exposé du mécanisme du cœur, que cet organe s'affaisse sur lui-même pendant la période diastolaire, dans le sens de la pesanteur, et que partant, chez un animal posé comme en station quadrupède, les ventricules se dépriment alors vers leur sommet et leur face antérieure. Or j'ai pu me convaincre que ceci s'observe seulement sur les sujets d'expérience dont le cœur est exposé à l'influence immédiate de la pression atmosphérique. Mais les choses se passent autrement quand la poitrine et le péricarde n'ont point été ouverts. En pénétrant dans la cavité thoracique par le diaphragme, on sentira toujours l'affaissement du cœur se produire dans le sens latéral, que l'animal soit couché sur le côté, qu'il repose sur le sternum ou se trouve étendu sur le dos. Cet aplatissement d'un côté à l'autre qu'éprouve la masse ventriculaire pendant la période de diastole, et la différence remarquable qui en résulte dans l'étendue des deux diamètres antéro-posterieur et latéral constituent donc un premier fait très-important sur lequel je ne saurais trop appeler l'attention.

Quant à l'état de la masse ventriculaire pendant la systole comparé à celui que présente cette masse dans la diastole, une exploration semblable à la précédente démontre de la manière la plus évidente une augmentation du diamètre transversal et une diminution (sans doute relativement plus grande) du diamètre antéro-posterieur, diminution qui porte surtout sur le bord antérieur du cœur. Deuxième fait également fort important qu'on pourra constater aisément chez le chien, mais surtout chez le cheval, l'âne ou le mulet.

---

ces chatteries; mais cela ne surprendra que ceux qui croient à la perfectibilité du cœur et de l'estomac humain.

On s'est toujours plaint de la saveur de certains médicaments. L'épigramme n° 95, livre 9, reproche à un médecin surnommé Hippocrate l'amertume d'une potion faite avec une armoise (*Arthemisia Santonica*), et le malade indigné parle de se venger en mêlant de l'ellébore au vin doux que demande l'auteur de cette prescription diabolique :

Santonica medicata dedit mihi pocula virga.
Os hominis! Mulsum me rogat Hippocrates.

Quelle impudence! *Os hominis!* Ah! quelle tête! disent les écoliers de notre temps. Mais pourquoi le praticien demandait-il ce *mulsum* à son malade? Est-ce comme honoraires? Il y a là un fait sur lequel se taisent les commentateurs, lacune importante que je dénonce aux futurs érudits. Quoi qu'il en soit, le malade, plein de rancune, affirme qu'il ne sera pas aussi sot que ce Glaucus dont parle Homère, et qui changea son armure d'or contre la cuirasse d'airain de Diomède :

Dulce aliquis munus pro munere poscit amaro?
Accipiat, sed si potat in helleboro.

Il veut du doux pour de l'amer. D'accord, mais il le boira avec de l'ellébore; on bien, suivant certains traducteurs : Je lui donnerai ce *mulsum* (vin doux, nouveau) s'il convient qu'il est fou. Cette interprétation est ingénieuse, mais elle me paraît trop recherchée; Martial ne veut faire qu'une antithèse, il aime ces jeux d'esprit qui ne sont guère que des jeux de mots.

Virga Santonica est une absinthe venant des Gaules, de la Saintonge, du pays des *Santones*, de Saintes, en un mot; de même que l'*Arthemisia Pontica* venait du Bosphore de Thrace. Toutes ces armoises aiment les plages maritimes. Quant à l'ellébore, on sait son goût âcre, brûlant plutôt qu'amer, et la vengeance était cruelle. Pardonnez-moi cette botanique de passage et voyons à l'œuvre un de ces cliniciens dont l'espèce n'est pas perdue. Un certain Symmachus (liv. 5, n° 9), suivi d'une foule d'élèves, s'abat avec sa troupe autour du lit d'un malade. Celui-ci dit :

Languebam ; sed tu comitatus protinus ad me
Venisti centum, Symmache, discipulis.
Centum me tetigere manus Aquilone gelatæ.
Non habui febrem, Symmache, nunc habeo.

Cette épigramme est très-connue; on l'a citée bien souvent à l'occasion du zèle indiscret de certains chercheurs de symptômes et qui s'occupent trop peu du patient. Combien de *Symmachus* ont torturé de pauvres tuberculeux pour constater un tintement métallique! j'en ai vu qui pratiquaient la succession hippocratique pour obtenir le bruit dû à l'agitation du liquide d'un pneumothorax, et le malade, secoué vigoureusement, donnait le signe recherché, cela est vrai, mais il donnait aussi un peu de sa vie, et je n'oublierai jamais le regard d'un phthisique qui disait à son *Symmachus : Laissez-moi donc mourir tranquille!* Je demande la permission de renvoyer ces terribles cliniciens

Si l'on considère maintenant que ce changement dans l'étendue des diamètres du cœur s'opère d'une manière brusque et avec une force capable de faire équilibre à un poids considérable, on reconnaîtra qu'il ne peut avoir lieu sans déterminer contre les parois latérales du thorax, non pas « un simple frottement, » comme le dit l'honorable M. Foltz ; mais un choc des plus énergiques, cause de l'ébranlement communiqué à la cage thoracique au moment de la systole ventriculaire.

Chez nos animaux domestiques, ce choc se fait sentir plus vigoureusement à gauche qu'à droite, et manque même très-souvent de ce dernier côté ; ce qui s'explique très-naturellement par la grande différence qui existe entre l'énergie du ventricule droit et celle du ventricule gauche ; considération à laquelle il faut ajouter que la face droite du cœur est généralement séparée de la paroi thoracique correspondante par la substance pulmonaire dans une plus grande étendue que la face gauche. Du reste, l'intensité de ces deux pulsations droite et gauche peut varier avec la position des animaux ; nous l'avons souvent vérifié sur le chat. Dans la station quadrupède, on sent chez cet animal les battements du cœur des deux côtés à la fois, mais plus forts à gauche qu'à droite. En couchant l'animal sur ce dernier côté, on rend la pulsation droite plus intense que la gauche, ou tout au moins on équilibre les deux pulsations. Si on le retourne du côté gauche, celle-là peut être entièrement anéantie. Enfin, par la compression latérale du thorax, exercée au niveau de la partie moyenne des ventricules, on augmente l'énergie des deux chocs, et d'autant plus qu'on serre la poitrine davantage. Serait-il possible, demanderai-je incidemment, d'expliquer ces variations autrement qu'avec notre théorie ?

J'ai dû naturellement, pour compléter cette nouvelle étude de la pulsation thoracique, rechercher l'influence sous laquelle se produit la direction constante de la dépression diastolaire des ventricules, et je la trouvai dans les conditions anatomiques du cœur et du péricarde. On ne doit point oublier d'abord que la masse ventriculaire se montre sur le cadavre très-sensiblement aplatie d'un côté à l'autre dans tous nos animaux domestiques, surtout chez les grands herbivores. Quant au péricarde, il offre la même disposition, mais beaucoup plus sensible encore. Or en prenant le cœur pendant la systole ventriculaire, c'est-à-dire au moment où il est dur et globuleux, quand cet état cesse pour faire place à la flaccidité diastolaire, celle-ci permet à la masse ventriculaire de s'adapter à la forme du péricarde, de s'aplatir transversalement et de se dilater par l'agrandissement des diamètres vertical et antéro-postérieur. Quand survient une nouvelle systole, les ventricules reprennent leur première forme, c'est-à-dire qu'ils diminuent de haut en bas et d'avant en arrière pour augmenter au contraire dans le sens latéral, en écartant violemment les lames du péricarde et en frappant contre les parois latérales du thorax, soit directement, soit par l'intermédiaire du tissu pulmonaire.

Chez l'homme, la forme particulière de la poitrine amène un changement dans la conformation du cœur et du péricarde. Ces deux organes ne sont pas aplatis d'un côté à l'autre, mais d'arrière en avant. C'est donc dans cette dernière direction que doit avoir lieu l'augmentation du diamètre du cœur, au moment de la systole inférieure, ainsi que le choc de la masse ventriculaire contre la paroi thoracique. Si ce choc se fait sentir seulement à gauche du sternum, c'est que ce point se trouve seul en rapport avec le ventricule gauche. Sans doute, comme nous l'avons dit précédemment, la présence du sternum doit empêcher la perception de la pulsation due au ventricule droit ; mais il faut bien ajouter que cette pulsation ne peut avoir qu'une faible énergie, et c'est ce qui empêche principalement de la sentir.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

MÉMOIRE PRATIQUE SUR L'EMPLOI DU SILICATE ET DU BENZOATE DE SOUDE, UNIS AUX PRÉPARATIONS D'ACONIT ET DE COLCHIQUE, DANS LE TRAITEMENT DE LA GOUTTE, DE LA GRAVELLE, DU RHUMATISME CHRONIQUE ET GOUTTEUX, DU CATARRHE VÉSICALE, DE LA SCIATIQUE ET DE PLUSIEURS NÉVRALGIES ; présenté à l'Académie impériale de médecine de Paris par MM. J.-A. SOCQUET, lauréat de cette Académie, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et professeur suppléant à l'École de médecine, etc., et JOSEPH BONJEAN, secrétaire adjoint de l'Académie royale de Savoie, lauréat de la Société de pharmacie de Paris, chevalier des ordres de Saint-Maurice et Saint-Lazare, correspondant de la Société impériale et centrale d'agriculture de France, etc.

L'ensemble des moyens que nous venons proposer aux praticiens sous le nom de *préparations dialytiques* (1) nous semble appelé à rendre de grands services dans toutes ces affections qui, sous diverses dénominations, se rattachent toutes de près ou de loin à une diathèse analogue. Des médecins célèbres, parmi lesquels nous citerons Sydenham, Stolt, Sauvage, avaient depuis longtemps signalé l'affinité d'origine de ces divers états morbides. Mais l'illustre Barthez, dans son TRAITÉ DES MALADIES GOUTTEUSES, est celui qui a le mieux fait ressortir ces analogies en ramenant à une affection semblable :

1° La goutte des articulations ;

2° La sciatique goutteuse et rhumatismale ;

3° La goutte des viscères (névralgies de l'estomac, des intestins, de la tête) ;

4° La goutte des reins (néphrite goutteuse) ;

5° Enfin, en admettant l'identité complète de nature entre les concrétions articulaires des goutteux et la gravelle.

Les recherches scientifiques modernes ont d'ailleurs pleinement justifié cette manière de voir, fondée uniquement sur l'observation clinique ; et, sans vouloir faire ici une application trop exclusive de la chimie à la médecine, nous ne pouvons cependant ne pas mentionner, au moins en quelques mots, les travaux de Dumas, de Lecanu, etc., en France, de Liebig, de Vœhler, en Allemagne. Il résulte des analyses exécutées par ces chimistes que, dans toutes les maladies qui nous occupent, l'urine offre toujours une acidité très-marquée due à un excès d'acide urique. « L'urine, dit M. Rayer, est d'une acidité très-prononcée » lors même que sa couleur est peu foncée. Quelquefois, au moment » de son émission, elle tient en suspension quelques grains d'acide

(1) De *dialuo* : je dissous, je détruis, je disperse.

à ce chapitre de la pathologie générale de M. Chomel, sur lequel j'ai écrit quelques réflexions dans la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, n° du 21 juin 1856.

Je plains moins les maladies simulées, par exemple, ces prétendues hystéries dont parle Martial en plusieurs endroits de son recueil. Voyez l'épigramme n° 71 du onzième livre ; Léda dit à son vieux époux qu'elle est hystérique, qu'il lui faut un singulier remède, mais qu'elle ne peut s'y résigner, qu'elle préfère mourir :

Hystericam vetulo se dixerat esse marito,
Et queritur se fut., Leda necesse sibi ;
Sed flens atque gemens tanti negat esse salutem,
Seque refert potius proposuisse mori.

Le mari débonnaire la prie de vivre, de ne pas renoncer au vert printemps de sa jeunesse ; il lui permet de chercher ailleurs ce qu'il ne peut lui donner :

Vir rogat, ut vivat, virides ne deserat annos :
Et fieri, quod jam non facit ipse, sinit.

Le respectable M. Dubos père n'a pas osé traduire ces vers, assez jolis cependant ; *virides ne deserat annos* est une expression charmante ; mais allons jusqu'au bout, car c'est là que se trouve le trait dirigé tout à la fois contre la malade et le médecin. Donc Martial ajoute ces deux vers

Protinus accedunt medici, medicæque recedunt.
Tolluntur pedes : O medicina gravis !

Mais voici les médecins..... les matrones se retirent. *Tolluntur pedes :* comment traduire ces mots ? Un plus hardi le ferait au pied levé, mais je n'ose. Essayons cependant : On entre en danse..... Médecine redoutable ! terrible remède ! Le poete se moque de nous tout à son aise ; mais laissons-le dire et constatons seulement que ces *medicæ* qui entouraient Léda et qui sans doute avaient provoqué la consultation des docteurs, apparaissent ici pour la première fois. Je ne connais aucun passage ayant trait à ces sortes de fonctions domestiques, familières, et je dois remercier Martial de nous avoir initié à ces mystères du gynécée romain. Au reste, il ne faudrait pas remonter bien haut ni chercher bien loin pour trouver des pratiques de ce genre dans le traitement de l'hystérie vraie ou supposée ; cette maladie est une de celles dont la cure restera éternellement dans le domaine des vieilles femmes.

Voici une autre malade moins modeste ou plus courageuse que la pauvre Léda ; elle se nomme Paulla (livre 11, n° 7) ; elle a des amants, elle vole au rendez-vous ; mais comment, aux yeux de son mari, motiver une absence qui l'inquiète ? Que lui dire ? Quel prétexte alléguer ?

Au temps de Domitien, on pouvait se flatter d'avoir attiré les regards de l'empereur ; mais sous Nerva, chaque femme doit se conduire en Pénélope. Tout cela est fort bien,

Sed prohibet scabies, ingeniumque vetus.

Mais le tempérament ! disent les traducteurs officiels. (J'aime mieux démangeaison, prurit, le diable au corps ; SCABIES rappelle le *Tentigo vulvæ* de Juvénal.) Mais l'habitude ! *Vetus ingenium* est très-élégant. Les casuistes di-

» urique cristallisé.... Cette condition de l'urine des goutteux souffrant » ou non de *douleurs rénales*, est tellement inhérente à cette diathèse, » que j'ai vu plusieurs goutteux dont l'urine charriait de semblables » cristaux, après deux ans de l'usage des bains alcalins et des bois» sons alcalines (1). » Rayer, TRAITÉ DES MALADIES DES VOIES URINAIRES.)

Au reste, l'apparition d'un excès d'acide urique ou d'un urate dans l'urine est tellement liée à la diathèse goutteuse que, dans la *néphrite simple*, ce liquide, au lieu d'être acide, est au contraire alcalin ou neutre, ou présente au moins une diminution notable de son acidité normale. (Lhéritier, CHIMIE PATHOLOGIQUE, 1842.)

Ce n'est pas seulement dans l'urine que l'on voit se former des sédiments d'acide urique ou d'un urate (sédiments qui constituent l'espèce la plus fréquente de gravelle), on retrouve ces mêmes substances dans ces engorgements d'abord mous, acquérant plus tard, sous le nom de tophus, une dureté plus ou moins marquée, et qui assiègent et déforment si étrangement les articulations goutteuses. L'analyse chimique prouve qu'ils sont, eux aussi, constitués en grande partie par des urates de soude, d'ammoniaque ou de chaux, dont les molécules sont mélangées à une certaine quantité de mucus.

Enfin le sang lui-même présente à son tour, dans toutes ces affections, des modifications analogues. L'on sait, en effet, que MM. Masuger, Copland et Weatheread y ont signalé de fortes proportions d'acide urique (2).

Pour résumer en quelques mots les observations que nous venons de présenter, nous dirons avec M. Lhéritier : « La diathèse goutteuse, » dans l'intervalle même des accès, détermine l'augmentation de l'acide » urique. La même chose a lieu dans la diathèse arthritique ou rhu» matismale. » (CHIMIE PATHOLOGIQUE, 1849.)

Ces diverses diathèses se traduisent aux yeux de l'observateur, non seulement par des douleurs sur les articulations, mais encore par des accidents morbides siégeant sur d'autres appareils. De là naissent des sciatiques, des migraines, des coliques, des affections diverses des voies urinaires, etc. En effet, si, par une cause qu'il n'est pas d'ailleurs toujours facile de découvrir, le dépôt d'acide urique ou d'urates (ce qu'on appelle la *jetée goutteuse*) cesse sur les articulations pour se faire sur la vessie, les reins, la tête, les poumons, le névrilème des principaux nerfs, l'on verra apparaître tous les symptômes de la goutte rentrée ou déplacée des auteurs. Alors naîtront des coliques, des céphalées intenses, des accès d'asthme, des douleurs violentes dans les reins, des graviers, des inflammations catarrhales de la vessie, des sciatiques et diverses autres névralgies. Sauvage rapporte une observation remarquable qui vient confirmer en tous points l'étiologie que nous venons de présenter de ces diverses affections. Il dit qu'un homme, grand chasseur et pourtant goutteux, était délivré de ses attaques dès qu'il avait expectoré de petits graviers durs et semblables à du tartre. Un jour, son paroxysme se prolongeant plus que de coutume, son médecin lui fit prendre des sialagogues, et respirer des vapeurs d'eau. Dès que, sous l'influence de ces moyens, il eut de nouveau expectoré des graviers, le paroxysme cessa. Cet homme fut par la suite affecté d'une néphrite goutteuse. (NOSOLOGIA METHODICA, t. II, p. 9.)

Nous ajouterons à l'appui, comme nouvelle preuve d'identité entre la gravelle et la goutte, que des enfants nés de parents goutteux sont devenus graveleux, et réciproquement des parents sujets à la gravelle ont donné le jour à des enfants goutteux.

Nous avons divisé notre travail en deux parties, comprenant :

1° Le traitement ;

2° Les préparations pharmaceutiques.

TRAITEMENT.

D'après les observations qui précèdent, on voit que le traitement doit reposer sur les principes suivantes :

1° Détruire l'excès d'acide urique et dissoudre les urates qui existent dans l'économie ;

2° Modifier la diathèse, c'est-à-dire la prédisposition qui tend à reproduire ces corps.

Or, les préparations dialytiques, telles que nous les avons formulées, répondent complètement à ces deux buts essentiels. Afin de bien faire comprendre cette proposition et faire ressortir toute l'importance de ce traitement, nous allons donner quelques détails sur leur mode d'action et sur leur administration.

Le traitement se divise en *interne* et *externe*.

I. — TRAITEMENT INTERNE.

Les médicaments qui entrent dans la composition des deux formules que nous avons adoptées pour l'usage interne (pilules et sirop) ont été choisis parmi ceux qui possèdent au plus haut degré la faculté de décomposer l'acide urique ou les urates, de les expulser hors de l'économie ; enfin d'en prévenir le renouvellement au sein de nos humeurs. Pour se convaincre de cette assertion, il suffit d'examiner en quelques mots quelle est, en effet, l'action médicatrice intrinsèque dont jouissent les quatre substances qui se trouvent réunies dans nos deux formules. Ces substances sont : un *silicate alcalin*, un *benzoate alcalin*, le *colchique* et l'*aconit*.

A. Silicate de soude.

L'utilité des alcalins à doses modérées pour combattre les affections goutteuses, graveleuses, rhumatismales et névralgiques, est aujourd'hui hors de toute contestation. Il suffit de rappeler les succès multipliés que l'on enregistre chaque année, dens ces cas, aux eaux minérales

(1) Cette dernière observation prouve que les alcalins seuls ne suffisent pas à guérir les accidents goutteux, et qu'il faut en même temps recourir à d'autres agents capables d'arrêter ce renouvellement d'excès d'acide urique. Tel est le but qu'atteignent parfaitement nos *préparations dialytiques*, ainsi que nous le dirons plus loin.

(2) Voici l'opinion de l'illustre Liébig sur les rapports qui existent entre le sang et l'urine : « Si l'on compare, dit-il, les substances minérales de l'urine » avec celles du sang, on trouve à peine une différence entre ces deux li» quides, quant à la quantité des sels à base alcaline soluble dans l'eau. Ceci » permet d'espérer qu'à l'avenir une simple opération chimique pourra faire » connaître la composition du sang, à l'aide de la composition de l'urine. » (NOUVELLES LETTRES SUR LA CHIMIE, p. 170, 1852.) Nous sommes loin, sans doute, d'adopter dans toute sa rigueur cette opinion du célèbre chimiste; mais elle prouve du moins quelle relation intime existe entre le sang et l'urine sous le rapport de leur composition.

---

sent : *dépouiller le vieil homme.* Et si tu dis que ta mère est malade, ton mari t'accompagnera.

Quas igitur fraudes ingeniosa paras?
Dicet et hystericam se forsitan altera mœcha
In Sinuessano velle sedere lacu.

Toute autre *mœcha* se dirait hystérique, mais toi, etc.

Le lac de Sinuesse, dans la Campanie, avait, dit-on, la vertu de rendre fécondes les femmes stériles. Tous ces subterfuges ne sont pas du goût de Paulla; elle dit tout simplement à son époux qu'elle va chez son amant, ce qui prouve au moins un grand respect pour la vérité. Mais ce bienheureux lac n'était pas le seul qui eût ces qualités stimulantes, car nous trouvons dans le livre 1er, n° 63, une épigramme qui montre que, du temps de Martial, la saison des bains était fertile en aventures, et que de nos jours on ne rencontrerait pas mieux. Voici les vers adressés à la chaste Levina :

Casta, nec antiquis cedens Lævina Sabinis,
Et quamvis tetrico tristior ipsa marito,
Dum modo Lucrino, modo se permittit Averno,
Et dum Baianis sæpe fovetur aquis,
Incidit in flammas, juvenemque secuta, relicto
Conjuge, Penelope venit, abit Helene.

Ainsi les eaux du Lucrin, celles de l'Averne et même celles du golfe de Baïa, ont incendié cette matrone jusque-là chaste comme les antiques Sabines, plus sévère encore que son triste mari, la voilà qui s'enfuit avec un jeune homme; arrivée Pénélope, elle est partie Hélène! Doutez donc après cela du danger de ces thermes ; mais aussi, vous médecins judicieux et observateurs, ne doutez pas de l'efficacité d'un pareil remède quand vous aurez à traiter des constitutions débiles, des chloroses, des scrofules, tout ce qui demande une stimulation puissante. Craignez seulement que l'effet ne dépasse vos prévisions.

La Société d'hydrologie fera bien de s'occuper de Martial. On trouve à chaque instant dans son recueil des passages se rapportant aux thermes des environs de Rome; et si j'avais l'honneur d'être un des membres de cette savante compagnie, je prendrais à tâche de relever tous les documents qui se rapportent a ce sujet. Peut-être ce travail est-il tout fait dans l'immense compilation in-folio, imprimée à Venise en 1553, et qui a pour titre : DE BALNEIS, OMNIA QUÆ EXSTANT APUD GRÆCOS, LATINOS ET ARABAS, ETC. La chose est à examiner, elle en vaut la peine, et puisque je suis en train de faire de l'érudition sur cette matière, j'indiquerai un autre livre fort digne d'intérêt dont voici le titre exact : DELLE ANTICHE THERME TAURINE, ESISTENTI NEL TERRITORIO DI CIVITA-VECCHIA, *di Gaetano Torraca, dottore di medicina Roma*, 1761, in-4°. Vous apprendrez, en lisant cet ouvrage, de quelle importance étaient, sous Trajan, les *aquæ Ceretanæ*, les *aquæ Apollinaræ ;* et si Martial n'en parle pas, c'est que, depuis Néron jusqu'à Domitien et Nerva, la mode entraînait les riches oisifs de Rome vers le golfe de Naples. Pour mon compte, je trouve que les Romains avaient parfaitement raison, et les Romaines aussi.

Mais revenons à notre affaire. Martial est un fin matois, il affecte une mo-

alcalines (Vichy, etc.); or, le silicate de soude, dans des *proportions définies* (parce que la silice et la soude se combinent en un grand nombre de proportions), possède éminemment la propriété de décomposer l'acide urique, au point de rendre même les urines alcalines. Ce sel, que l'on retrouve d'ailleurs dans plusieurs eaux minérales vantées contre les maladies rhumatismales et goutteuses, a été, de la part de M. le docteur Pétrequin, ancien chirurgien en chef à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le sujet d'expérimentations très-intéressantes, consignées dans un mémoire sur les eaux minérales alcalines, et que nous allons résumer.

Cet habile observateur se mit à l'usage des eaux de Saint-Galmier pendant cinq jours, à la dose de 4 à 5 verres par jour. Les urines, qui étaient d'abord fortement acides et déposaient par le refroidissement un sédiment briqueté, s'éclaircirent et ne déposèrent plus par l'usage de cette eau gazeuse, mais elles restèrent acides.

M. Pétrequin prit alors 25 centigrammes de silicate de soude dans deux verres d'eau de Saint-Galmier, coupée avec du vin. Dans la journée, les urines furent sensiblement moins acides.

Le lendemain, même dose; trois heures après, l'urine parut *ramener au bleu* le papier de tournesol rougi par un acide.

Le quatrième jour, 50 centigrammes à déjeuner, et 25 à dîner; l'urine devient légèrement alcaline trois heures après le repas du matin.

Le cinquième jour, suspension du silicate; retour des urines à l'état acide.

Le sixième jour, l'expérimentateur reprend 50 centigrammes de silicate à déjeuner, toujours dans deux verres d'eau de Saint-Galmier; trois heures après, alcalinité des urines.

Les septième, huitième, neuvième jours, même dose, mêmes résultats, c'est-à-dire urines alcalines.

Le dixième jour, cessation du silicate; les urines restent limpides, mais elles ne tardent pas à redevenir neutres d'abord, puis acidules.

Ainsi l'eau de Saint-Galmier, impuissante pour alcaliser par elle-même l'urine, produit ce résultat *quand elle est silicatée*; preuve manifeste de l'influence exercée par le silicate de soude. M. Pétrequin a noté que, pendant l'usage de ce sel, l'urine devient plus claire, le besoin d'uriner plus fréquent, et la quantité excrétée plus grande, en un mot, que les *eaux silicates alcalines* sont digestives, toniques, diurétiques, et *probablement fondantes et résolutives*.

Cette action, exercée sur les voies urinaires et digestives par le silicate de soude *soluble*, donne evidemment à ce sel une supériorité marquée sur les eaux carbonatées à base de soude ou de potasse auxquelles on a recours cependant, avec avantage, dans toutes les affections qui nous occupent. Aussi, depuis que nous avons introduit dans leur traitement nos pilules et notre sirop silicatés, avons-nous obtenu des guérisons et plus nombreuses et plus durables.

B. Benzoate de soude.

En 1841, le docteur Ure, médecin anglais, fit la remarque importante que l'urine, rendue deux heures après l'ingestion de l'acide benzoïque ou d'un benzoate alcalin, est notablement modifiée dans sa composition.

L'acide urique disparait et se trouve remplacé par l'*acide hippurique*. Ce fait a été plus tard confirmé par Keller.

Le point vraiment important de cette transformation chimique, pour la pratique médicale, c'est que le nouvel acide formé, avec les bases ordinaires des fluides organiques (soude, potasse, ammoniaque), des sels *extrêmement solubles*, tandis que ceux de l'acide urique le sont à peine. L'application pratique de ces connaissances a produit de grands avantages chez les personnes sujettes à la goutte, à la gravelle, au rhumatisme, aux douleurs névralgiques, et dont les humeurs sont toujours plus ou moins acides.

Examinons maintenant comment agissent les substances végétales, le colchique et l'aconit, que renferment nos préparations dialytiques.

C. Colchique.

En 1814, des médecins anglais, Ware et Home, constatèrent l'efficacité du colchique dans le rhumatisme et la goutte; les succès qu'ils obtinrent furent tellement beaux et constants, qu'ils ne craignirent pas de le décorer du nom de *spécifique antigoutteux*. Depuis cette époque, les observations se sont multipliées, et les résultats en ont été si heureux, que l'on a pu écrire les lignes suivantes sans être taxé d'exagération : « Les préparations de colchique sont pour la goutte ce que le sulfate de quinine est pour les fièvres intermittentes. » (*Fièvre*, ANNUAIRE de Bouchardat, 1846.)

Des faits pratiques aussi bien constatés et mille fois répétés, suffisaient certainement pour inspirer toute confiance dans un tel moyen, bien qu'à la rigueur on ne pût en fournir la raison démonstrative chimique ou physiologique. Mais des recherches faites en Angleterre, en 1852, ont jeté un nouveau jour sur le mode d'action de cette plante.

D'après les expériences rapportées par M. Mac-Gregor Maclagan, dans sa MONOGRAPHIE PHYSIOLOGIQUE ET THÉRAPEUTIQUE SUR LE COLCHIQUE, son administration serait suivie d'une augmentation considérable dans les proportions d'urée et d'acide urique dans l'urine. Ces résultats importants et inattendus, produits par l'usage de *certaines* préparations du colchique (1), ont été confirmés en 1853 par M. le docteur Bouchardat (ANNUAIRE DE 1853, p. 109) : « J'ai pu, dit ce professeur, me convaincre » que le colchique, indépendamment de ses effets évacuants et sédatifs, agit également en éliminant l'urée et l'acide urique du sang, et » en augmentant la quantité de ces deux substances dans l'urine. »

Ainsi, voilà trois ordres de médicaments qui, chacun de son côté, par une action différente, tend à faire disparaître l'acidité des humeurs. On peut en résumer le mode d'agir dans les trois propositions suivantes :

1° *Le silicate de soude décompose l'acide urique*, et son influence peut aller jusqu'au point de rendre même les urines alcalines. En outre, par son action *tonique* sur les fonctions digestives et sa vertu diurétique, ce sel l'emporte de beaucoup sur les carbonates de soude ou de potasse, qui donnent leurs principales propriétés aux eaux minérales alcalines tant vantées, avec raison, dans les affections graveleuses, rhumatismales, goutteuses et névralgiques.

2° *Le benzoate de soude* que renferment les pilules et le sirop dialytiques, transforme l'acide urique en un autre acide (hippurique) dont

(1) Nous disons *certaines*, parce que les diverses préparations du colchique sont loin d'offrir la même efficacité.

---

destie à laquelle on peut très-bien se dispenser de croire; il se moque sans scrupule des imperfections de son prochain, physiques ou morales, réelles ou supposées, témoin ce *Nasutus*, auquel il dit :

Nasutus nimium cupis videri.
Nasutum volo, nolo polyposum.

Prenez cette plaisanterie comme vous voudrez, au propre ou au figuré (les traducteurs varient), il y aura toujours là un trait piquant, qu'il soit dirigé contre une prétention vaniteuse à la finesse, à la perspicacité, ou contre un de ces appendices dont on a dit :

C'est trop court pour être une trompe,
Et c'est trop long pour être un nez.

Je ne cite l'épigramme de Martial (n° 37, livre 12) que pour faire voir que le poëte avait observé l'étrange difformité que produit un polype développé dans les fosses nasales. Mais les Romains ne s'en tenaient pas à ces comparaisons matérielles. Horace avait dit : *Homo emunctæ naris*, pour exprimer la finesse; Quintilien disait des écrivains de la Grèce : *Attici limati et emuncti;* et Martial, renchérissant sur ces maîtres, s'écriait, en parlant de ses contemporains :

Crede mihi, nimium Martia turba sapit.
Majores nusquam ronchi, juvenesque senesque
Et pueri nasum Rhinocerotis habent.

Ces jolis vers sont adressés à son livre (n° 4, livre 1er). Crois-moi, lui dit-il, les enfants de Mars sont de trop habiles critiques, jeunes et vieux, tous ont un vrai nez de rhinocéros. On ne pouvait rien dire de plus flatteur aux Romains de ce temps-là. Il y a cependant un certain Cæcilius, à qui il dit, n° 42, livre 1er :

Non cuicumque datum est habere nasum.

Notez que cet homme si modeste faisait à son recueil tous les compliments possibles, ses vers les plus licencieux n'étaient que jeux innocents :

Innocuos censura potest permittere lusus :
Lasciva est nobis pagina, vita proba est.

Il se rendait facilement justice, mais personne n'était de son avis sur ce point, et *Stertinius* lui-même, bien qu'il eut placé dans sa bibliothèque la statue de Martial encore vivant, n'aurait pu pardonner à ce flatteur de circonstance, qui ne craignait pas de lâcher une épigramme contre Domitien mort, après avoir accablé Domitien vivant des plus basses adulations.

P. MENIÈRE.

(La suite au prochain numéro.)

les combinaisons sont extrêmement solubles, tandis que celles de l'acide urique ne l'étaient presque pas. Ce médicament, en modifiant ainsi la partie d'acide qui aurait pu échapper à l'action du silicate de soude, contribuera donc aussi, pour sa part, à en diminuer notablement la quantité.

3° Enfin, *le colchique entraînera* promptement, par la voie des urines, le reste de l'acide urique que pourrait encore contenir le sang.

Certes, en réfléchissant à cette triple action simultanée, à ces efforts combinés (ayant tous pour but d'éliminer ou de transformer l'acide urique) exercés par les médicaments dialytiques, il est impossible de leur refuser une énergique vertu curative dans les affections contre lesquelles nous les conseillons. Attaquée ainsi avec vigueur dans les points les plus essentiels, la maladie finit par céder; c'est en effet ce que nos observations nous enseignent.

Il nous reste à examiner l'influence de l'aconit dans ces maladies.

D. Aconit.

On sait depuis les travaux de Stork, confirmés par les observations récentes de MM. Teissier (de Lyon), Imbert-Gourbeyre sur la vératrine, que ce médicament est éminemment sédatif, en même temps qu'il favorise les fonctions de la peau. « L'aconit, dit M. Teissier, moins stupéfiant que l'opium, la belladone, le datura, peut rendre de grands » services dans les *maladies douloureuses*, surtout celles qui reconnaissent pour cause une fluxion *catarrhale* ou *rhumatismale*. Le » caractère essentiel de l'aconit est d'agir sur les fonctions de la » peau » (Mém. sur l'aconit., Gaz. méd. de Lyon, 1852). Au reste, les autorités ne manquent pas en faveur de ce médicament: Hufeland vante *un mélange d'extrait d'aconit et de teinture de colchique*, précisément la formule que nous recommandons; Barthez le regarde presque comme une espèce de spécifique dans toutes les maladies goutteuses, rhumatismales, et les névralgies de même nature; Double s'en loue beaucoup dans les rhumatismes chroniques; Roche et Théolier dans les névralgies (1835); Royer-Collard n'eut qu'à s'en féliciter pour lui-même dans ce cas (MM. Trousseau et Pidoux); enfin Erhmann, Erhart (de Strasbourg) ont vu des tophus, des gouttes invétérées, des tumeurs articulaires, des névralgies sciatiques, des rhumatismes accompagnés de douleurs atroces dissipés par l'extrait d'aconit (Szerlisky, Dict. de thérap., 1836).

En présence de ces faits cliniques, que nous aurions pu multiplier facilement, il faut reconnaître aux préparations d'aconit *convenablement* exécutées une faculté sédative marquée, modifiant profondément l'élément nerveux qui joue un si grand rôle chez les personnes délicates, surtout chez les femmes, et dont l'impressionnabilité est vivement surexcitée par des souffrances invétérées.

En réfléchissant avec un peu d'attention sur les preuves nombreuses que nous venons d'énumérer, nous pensons qu'on pourra difficilement douter du succès que nous revendiquons pour nos préparations *dialytiques*.

II. — Traitement externe.

Les frictions, considérées en elles-mêmes et faites avec douceur, ont déjà une grande utilité, lorsqu'il s'agit de calmer les souffrances et d'activer la résolution des engorgements. Leur efficacité devient encore plus grande si elles sont pratiquées avec des substances qui leur ajoutent leur propre action calmante et résolutive. Tels sont les principes qui nous ont guidés dans la combinaison des agents qui composent nos *liniments*. Ainsi, les essences hydro-carbonées, et en particulier celles de térébenthine et le naphte, ont été employées, même seules, avec avantage, soit contre les sciatiques, soit contre les douleurs articulaires; en les mélangeant, comme nous le faisons, avec une huile fixe chargée des parties actives de quelques plantes narcotiques, nous avons réuni dans une seule préparation tous les avantages que présentent séparément et les essences et les stupéfiants.

Quant à l'éther acétique, qui entre dans la formule de notre second *liniment dialytique*, son action calmante dans les douleurs des articulations, a été depuis longtemps parfaitement reconnue. Sédillot, dans l'ancien Journal de médecine, Récamier, Double, Martin, Desgrange et bien d'autres praticiens, n'ont eu qu'à s'en louer dans ces circonstances. Notre propre observation nous en a démontré toute l'efficacité; et uni, comme il l'est ici, aux préparations d'aconit et d'arnica, il opère encore avec plus d'énergie.

III. — Médication adjuvante.

La médication adjuvante a pour but de venir en aide, de prêter un secours non interrompu, mais doux, à celle plus active que fournissent nos préparations internes et externes. Elle se compose de plantes dites dépuratives. Nous avons formulé quatre de ces préparations, et nous recommandons de les alterner de semaine en semaine, pour éviter que l'habitude ne vienne à en émousser l'action si l'on se bornait à une seule de ces tisanes.

L'on sait, en effet, que c'est une loi de la vie d'affaiblir l'activité des médicaments, même les plus énergiques, si l'on n'a pas l'attention d'en varier les préparations après un certain laps de temps. Or cette insensibilité à l'action de nos tisanes serait bien vite acquise si l'on se bornait à une seule d'entre elles. Il est donc très-important d'en changer rapidement la composition pour obtenir une action dépurative non interrompue pendant tout le temps de leur administration.

Résumé.

Les *préparations dialytiques* constituent des remèdes qui ont la propriété :

1° De dissiper les fluxions arthritiques;
2° De résoudre les engorgements et les concrétions (rhumatisme, goutte, gravelle);
3° D'enlever les douleurs névralgiques ou rhumatismales.

Les *préparations dialytiques* s'emploient avec avantage dans les circonstances suivantes :

1° Rhumatisme chronique;
2° Rhumatisme goutteux;
3° Goutte chronique;
4° Catarrhe vésical chronique;
5° Gravelle (surtout celle d'acide urique, la plus commune de toutes);
6° Névralgies rhumatismales;
7° Sciatique;
8° Pleurodynie.

Dans les cinq premiers cas, on emploie le traitement complet, savoir : les deux liniments, les pilules et le sirop; dans les trois derniers, les liniments seuls peuvent quelquefois suffire.

Souvent le *liniment bitumineux* seul suffit dans les névralgies; en cas contraire, on l'alterne avec le *liniment éthéré*.

Nota. Pendant le traitement, on doit avoir soin d'éviter l'usage des acides en aliments et en boissons.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. Association medical journal,

By John Rose Cormack.

Les livraisons hebdomadaires d'octobre, novembre et décembre 1855 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Leçons sur la folie;* par M. Davey. 2° *Lésion du bras, suivie de la mortification de l'humérus; amputation; guérison;* par M. H. Alford. 3° *Cas d'obstétrique;* par M. Lees. 4° *Embryotomie dans la présentation des extrémités supérieures;* par M. Swayne. 5° *Nouvelle forme de membrane artificielle du tympan;* par M. Westropp. 6° *Rupture de la circonférence interne de l'iris;* par M. W. Cooper. 7° *Maladie de Bright;* par M. Jordan. 8° *Observations sur le cancer des os;* par M. Quain. 9° *Cas heureux d'ovariotomie compliquée de gestation et suivi d'abcès;* par M. Wilson. 10° *De la leucorrhée comme symptôme de phthisie;* par M. Anderson. 11° *Cas d'empoisonnement par la vapeur de charbon;* par M. Wade. 12° *Opération intéressante de bronchocèle;* par M. Hey. 13° *Traitement du delirium tremens sans l'emploi des narcotiques;* par M. Payne. 14° *Calcul de la vessie; opération; guérison;* par M. Bell. 15° *Analyse de 100 cas de céphalalgie;* par M. Sieveking. 16° *Cas d'herpès zoster;* par M. Cleveland. 17° *Des fonctions de la corde du tympan;* par M. Williamson. 18° *Cas de prolapsus et de procidence de l'utérus;* par M. Anderson. 19° *Trachéotomie pratiquée dans les cas de croup;* par M. Prior. 20° *Remarques pratiques sur le caractère et le traitement de l'ulcère serpigineux syphilitique;* par M. Oke. 21° *Cas de lithotomie présentant des difficultés non usuelles; cas de staphyloraphie;* par M. Prichard. 22° *Cas de chorée;* par M. Brown. 23° *Cas d'anévrisme de l'artère carotide interne gauche dans le crâne, diagnostiqué pendant la vie et guéri par la ligature de l'artère carotide commune gauche;* par M. Col. 24° *Deux cas d'abcès du col ouverts dans la trachée;* par M. Pound. 25° *Cas de coma avec pneumonie chez un enfant;* par M. Payne. 26° *Cas de convulsions puerpérales;* par

M. Waterland. 27° *Cas de gestation extra-utérine*; par M. Chavasse. 28° *Cas d'empoisonnement par l'acide oxalique*; par M. Barker. 29° *Du traitement non mercuriel de certaines formes de la maladie syphilitique*; par M. H. Lee. 30° *Affection singulière des organes génitaux de la femme*. 31° *Paracenthèse thoracique; quand est-elle justiciable?* par M. Tieke. 32° *Remarques sur un cas de cataracte noire*; par M. Watton. 33° *Trachéotomie dans un cas d'esquinancie et guérison rapide*; par M. Bosham. 34° *Du mal de tête*; par M. Prior. 35° *Cas de renversement de l'utérus*; par M. Léonard. 36° *Concussion cérébro-spinale*; par M. Noble. 37° *Calcul de la vessie; hémorrhagie grave survenue une heure après l'opération*; par M. Bell. 38° *Masse de cheveux trouvés dans l'estomac*; par M. May.

NOUVELLE FORME DE MEMBRANE ARTIFICIELLE DU TYMPAN; par M. WESTROPP.

La première invention qu'a fait connaître M. Jearsley (de Londres) consistait à placer un très-petit morceau de coton fin trempé dans un liquide onctueux, à la place de la membrane qui n'existe plus, ou bien là où il existe seulement une perforation. Dans certains cas de surdité partielle, l'ouïe est considérablement augmentée; dans d'autres, quoi qu'on ne puisse reconnaître aucune cause spéciale qui empêche la réussite, on n'en retire aucun avantage. En général, lorsque la perforation de la membrane est de petite étendue et lorsqu'une affection chronique n'a pas désorganisé la structure compliquée de l'oreille ou ses dépendances, on réussit. Même dans des cas où la membrane est perdue sans espoir, le coton mouillé, s'il est convenablement placé, donne des résultats plus ou moins satisfaisants. Un des avantages de ce mode de traitement est qu'un patient intelligent peut l'appliquer facilement, plus facilement même que celui qui conseille le moyen, en ce qu'il peut mieux apprécier la distance exacte à laquelle il faut le placer. Mais il doit être renouvelé souvent, parce que le coton se déplace et se salit. Ressemblant plutôt à une éponge humide qu'à une membrane vibrante, quoiqu'il améliore l'ouïe et qu'il soit meilleure que rien; cependant par ce moyen les sons qui arrivent à l'oreille sont affaiblis et perçus indistinctement, tandis que l'appareil plus parfait de M. Westropp remédie à cet inconvénient.

Cet appareil consiste en un tube très-mince, très-souple et dont la matière est très-durable. Il a une membrane unie et vibrante à une extrémité, tandis que l'autre extrémité reste ouverte pour admettre l'entrée des ondes sonores. Il est ainsi fait. Ayant examiné avec soin le méat auriculaire dans lequel on désire introduire une membrane artificielle, on doit faire un modèle en bois dur; son extrémité doit plutôt être plate et les bords circulaires parfaitement arrondis; le tout doit être lisse et poli. Ce modèle doit être trempé à plusieurs reprises, dans une solution légère de gutta-percha dans du chloroforme jusqu'à ce qu'il ait atteint une épaisseur suffisante. Si l'extrémité tympanique du modèle a un plus grand diamètre que le centre (selon la forme du méat lui-même, cependant cela n'est pas indispensable), il sera nécessaire de faire une petite échancrure par côté. L'incision doit être faite à une distance au moins d'un quart de pouce de l'extrémité où se trouve la partie membraneuse plate. Si ce tube a une épaisseur inégale quelque part, on peut y appliquer la solution pour remédier à ce défaut. Si ce modèle a été convenablement fait, la membrane coupée avec des ciseaux dans l'étendue convenable s'accommodera parfaitement au méat, lorsqu'elle sera huilée et recouverte de cérumen pour exclure l'air intérieur de la cavité du tympan. Le tube doit être coupé obliquement de façon à être contenu entièrement dans l'intérieur du méat. Lorsqu'on juge convenable de le nettoyer, le patient peut facilement l'enlever.

S'il y a un écoulement, des tumeurs fongueuses ou une obstruction des trompes d'Eustache, une altération nerveuse ou tonte autre affection de l'oreille, on doit d'abord traiter ces maladies par les moyens appropriés avant d'appliquer cet appareil.

RUPTURE DU CERCLE INTERNE DE L'IRIS; par M. W. COOPER.

Le détachement de l'iris des bords ciliaires résulte communément d'une violence extérieure; mais il y a une lésion produite accidentellement, par des coups sur l'œil dont il est peu fait mention par la plupart des ophthalmologistes; c'est la rupture du bord interne de l'iris, donnant lieu à une grande et persistante dilatation de la pupille et à un trouble sérieux de la vision. M. Cooper cite 3 cas où ce grave accident s'est présenté.

OBS. — Le 1er octobre 1854, un homme fut admis à l'hôpital Sainte-Marie, ayant reçu un coup violent sur l'œil droit. La chambre antérieure était pleine de sang, et on ne voyait plus aucune trace de l'iris. Il fut mis au lit et on fit des applications constantes d'eau froide sur l'œil; purgation et régime sévère.

Le jour suivant, l'absorption du sang épanché s'était faite si rapidement qu'on pouvait constater l'état de l'iris. On vit alors que ce sang s'était écoulé de deux fissures produites sur le bord pupillaire de l'iris, qui présentait un aspect dentelé. La pupille était largement dilatée et sans aucune mobilité. La vue était tellement affaiblie qu'il pouvait seulement distinguer les objets de grande dimension.

Toutefois, l'œil n'était pas enflammé, et le patient n'accusait pas de douleur. Au bout de deux mois, l'œil était dans l'état suivant :

La pupille était encore largement dilatée, et on voyait distinctement l'irrégularité du bord interne de l'iris. On ne pouvait produire ni la contraction ni la dilatation de l'iris. Il restait complétement insensible à l'action d'une lumière quelconque. La vue était restée obtuse, les objets paraissant comme dans un brouillard et indistincts.

La vue était plus parfaite lorsqu'il regardait à travers un trou d'épingle pratiqué sur une carte.

Comme il n'y avait pas de symptômes inflammatoires, on lui recommanda de se munir d'un diaphragme percé pour diminuer la quantité de lumière qui pénétrait dans l'œil et d'éviter tout ce qui pouvait exciter l'organe.

Les deux autres cas offrant à peu près les mêmes symptômes et les mêmes résultats, nous les passons sous silence.

Le moyen de remédier à l'inconvénient provenant de ce mydriasis permanent est d'imiter artificiellement la pupille contractée. L'œil, à moins qu'il soit endommagé par l'inflammation, peut remplir sa fonction au moyen de lunettes ayant un côté opaque, soit en acier, en corne, etc., et ayant au centre une ouverture circulaire ou transversale correspondante à la pupille.

OPÉRATION INTÉRESSANTE DE BRONCHOCÈLE; par M. R. HEY.

OBS. — Une demoiselle âgée de 20 ans, de petite taille et pas très-grosse, souffrait de dyspnée sans toux. Elle avait l'aspect pourpré et les épaules baissées comme un vieil asthmatique.

Ainsi que c'est l'habitude dans les cas chroniques de ce genre, le pouls était faible, les extrémités froides et toutes les fonctions languissantes, par suite du faible état de la circulation et de la tendance générale à la congestion veineuse. La malade éprouvait ces symptômes depuis plusieurs mois.

Après avoir fait avec soin un examen stéthoscopique, on ne trouvait rien du côté du cœur, des poumons, de la trachée et du larynx, qui indiquât quelque affection primitive d'aucun de ces organes. On fut amené à conclure que la cause de ces symptômes alarmants était un petit bronchocèle qui comprenait les deux lobes et la portion antérieure de la glande thyroïde.

Sous cette impression, on lui donna quelques remèdes qui semblèrent la soulager pendant quelques jours; mais huit jours après, la difficulté de respirer augmenta tout à coup; la respiration devint bruyante et striduleuse, résultat probable d'une affection spasmodique des muscles du larynx. Il y eut d'abord des périodes de rémission, et la patiente fut un peu soulagée; mais peu à peu les intervalles diminuèrent; le troisième jour, ils devinrent si alarmants, qu'ils firent craindre l'asphyxie.

On pensa qu'une opération immédiate offrait la seule chance de sauver la malade d'une mort imminente. Elle fut résolue après consultation M. Hall, en l'absence forcée de M. Hay, avait fait plusieurs tentatives pour ouvrir la trachée, mais sans pouvoir réussir; il avait employé le trocart et la canule, et chaque fois qu'il pressait sur la trachée, elle reculait de sorte que le trocart ne pouvait pénétrer. Alors M. Hey étancha rapidement le sang de la plaie, passa l'index de la main gauche dans le fond et sentit le cartilage cricoïde; puis avec le bistouri guidé par l'index, il fit une fente verticale à travers les deux anneaux de la trachée.

La patiente fut soulagée tout à coup. Une petite canule en zinc un peu recourbée et à larges ailes fut introduite et retenue en place par un bandage élastique.

La cure marcha favorablement. La canule resta en place environ trois mois.

Un fait digne de remarque, c'est que la plaie, tenue ouverte par la canule, agit comme un séton; la glande, hypertrophiée, fut complétement réduite, ce qui confirme l'action favorable des sétons dans le bronchocèle.

M. Hey incline à penser que la dyspnée était l'effet de la pression mécanique exercée sur la trachée. Le bronchocèle, il est vrai, était très-dur, mais il n'était pas volumineux; il est persuadé que cela provenait de l'irritation nerveuse produite par la pression de cette glande indurée sur les rameaux laryngés de la huitième paire. Cette opinion est corroborée par ce fait : c'est qu'aussi longtemps qu'une partie de la glande indurée subsista, la sortie temporaire de la canule était aussitôt suivie de tous les anciens symptômes. Dès qu'elle fut détruite, la dyspnée cessa, et la plaie guérit rapidement.

CAS DE LITHOTOMIE PRÉSENTANT DES DIFFICULTÉS INACCOUTUMÉES; par M. PRICHARD.

Les difficultés qui se présentèrent dans ce cas provenaient d'un calcul enchâtonné dans la membrane muqueuse de la face antérieure de

la vessie d'un homme âgé de 34 ans. M. Prichard n'ayant pas pu saisir le calcul avec le lithotriteur, fit l'opération de la lithotomie. Ayant porté le doigt dans la vessie aussi haut qu'il put, vers le point où se trouvait la pierre, qui était dans la position d'une tête d'enfant située dans la partie élevée de la cavité pelvienne, il fit de grands efforts pour la faire sortir de place, mais en vain. Ce ne fut qu'au moyen de tenettes et en faisant presser sur le pubis par un aide, qu'il pût la saisir et l'amener par fragments. Avec les doigts, il parvint à détacher de la membrane muqueuse, la plus grande portion qui était restée en place. Le patient fut près d'une heure sous l'influence du chloroforme et perdit une quantité considérable de sang. La plaie se ferma peu à peu, mais ce ne fut que trente-huit jours après l'opération que l'urine passa à travers l'urètre. La pierre était adhérente à la surface antérieure de la vessie. Cette circonstance et le volume considérable qu'elle avait, constituaient la difficulté de l'opération.

Le calcul pesait 2 onces et demie et 30 grains.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 1er SEPTEMBRE.—PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE.

INFLUENCE DE L'OBLITÉRATION DE LA VEINE PORTE SUR LA SÉCRÉTION DE LA BILE ET SUR LA FONCTION GLYCOGÉNIQUE DU FOIE; par M. ORÉ.

(Commissaires : MM. Andral. Rayer, Cl. Bernard.)

1° La sécrétion de la bile continuant malgré l'oblitération partielle ou complète du tronc de la veine porte, j'en conclus que ce n'est pas le sang de cette veine qui fournit les matériaux de cette sécrétion. C'est donc aux dépens du sang de l'artère hépatique que le foie sécrète ce liquide. La sécrétion biliaire, comme toutes les autres, se fait donc aux dépens du sang artériel. J'ai établi, dans mon mémoire, pourquoi les oblitérations de l'artère hépatique ne peuvent pas servir à juger la question, et comment ces oblitérations ne peuvent infirmer en rien la conclusion que je viens d'énoncer.

2° La sécrétion du sucre par le foie n'ayant pas été altérée par suite de l'oblitération de la veine, n'est-il pas évident que la production de la matière sucrée est, comme l'a établi M. Claude Bernard, une sécrétion propre du foie, et complètement indépendante de l'alimentation.

2° Les matières, albuminose et glycose, résultant de la digestion des matières féculentes et albuminoïdes, ne pouvant plus traverser le foie, ne sont cependant pas perdues pour l'organisme, à cause de cette circulation anastomotique qui s'établit entre la veine mésaraïque supérieure et la veine cave inférieure.

4° Enfin, et c'est avec la plus grande réserve que j'émets cette dernière conclusion, le sang artériel ne peut-il pas jouer un certain rôle dans la formation du sucre hépatique comme dans celle de la bile (1)?

— M. GRATIOLET lit une note sur les effets qui suivent l'ablation des capsules surrénales. (Nous publierons cette note dans notre prochain numéro.)

RECHERCHES CONCERNANT L'ACTION DE LA STRYCHNINE SUR LA MOELLE ÉPINIÈRE; par M. G. HARLEY.

(Commissaires : MM. Flourens, Cl. Bernard)

La strychnine, mise directement en contact avec la substance nerveuse, n'agit en aucune façon comme un poison. Nous remarquons ensuite qu'elle agit de la manière toxique la plus violente aussitôt qu'elle arrive dans la moelle épinière par l'intermédiaire des vaisseaux sanguins. Dans ces deux cas, le procédé mécanique qui permet le contact est toujours le même ; c'est par diosmose qu'il a lieu. Nous nous voyons donc forcés d'admettre que la strychnine agit chimiquement sur le sang, et qu'alors, ou bien elle prend elle-même les propriétés toxiques que nous lui connaissons, ou bien qu'elle en communique de semblables au sang.

Dans une deuxième partie de son mémoire, l'auteur rend compte d'expériences qu'il a faites l'année passée relativement à une des actions chimiques que la strychnine, ainsi que d'autres alcaloïdes, exercent sur le sang.

— M. KOELLIKER adresse de Wurzbourg deux opuscules qu'il désire voir admettre au concours pour le prix de physiologie expérimentale, et donne dans la lettre d'envoi une idée des résultats auxquels il est arrivé dans ses recherches sur le développement des spermatozoaires, sur leur forme et leur composition chimique. (Renvoi à l'examen de la commission du prix de physiologie expérimentale.

— M. IS. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE rend compte verbalement d'un livre qu'il vient de publier et qui a pour sujet les substances alimentaires et particulièrement la viande de cheval. (Voir GAZ. MÉD., 1856, p. 505.)

(1) A la suite de cette lecture, M. Andral a cité un fait qu'il a observé dans sa pratique médicale, et qui offre des résultats parfaitement concordants avec ceux qu'a obtenus M. Oré dans les expériences rapportées ci-dessus. Un malade chez lequel des signes extérieurs faisaient soupçonner une oblitération de la veine porte (oblitération qui existait en effet, et de la manière la plus complète, ainsi que le prouva l'autopsie), non-seulement ne présentait point les symptômes qui indiquent une suspension de la sécrétion biliaire, mais encore fournissait la preuve que la fonction glycogénique persistait, car il était diabétique.

ADDITION A LA SÉANCE PRÉCÉDENTE.

MÉMOIRE SUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA FORME DU CRANE DE L'HOMME, ET SUR QUELQUES VARIATIONS QU'ON OBSERVE DANS LA MARCHE DE L'OSSIFICATION DE SES SUTURES; par M. GRATIOLET.

Tous les crânes qui ont servi à ces recherches n'ont été desséchés qu'après avoir été, au préalable, remplis de plâtre; de la sorte, en se desséchant, ils n'ont pu subir aucune déformation.

La tête de l'enfant français nouveau-né est très-longue en égard à sa largeur, son diamètre transversal différant du longitudinal du quart environ de la longueur totale. Chez le Français adulte bien conformé, la différence est au plus d'un cinquième, et peut-être que le septième de cette longueur. L'enfant est donc *dolichocéphale* en égard à l'adulte, ce qui montre que, d'une manière générale, le cerveau s'accroît plus rapidement en largeur qu'en longueur.

L'auteur a essayé de préciser le détail de ces modifications, et pour cela, il a choisi, comme points fixes, les noyaux d'ossification du pariétal, du frontal et de la pièce supérieure de l'occipital. Ses recherches lui ont appris qu'en acquérant des formes définitives, le crâne s'accroît plus en haut et en avant qu'en bas et en arrière, ce qui se trouve parfaitement en rapport avec les résultats fournis par l'étude du développement relatif des différents groupes des plis cérébraux.

L'étude des sutures donne des éléments précieux à la comparaison des différentes races entre elles.

Dans la plupart des races sauvages, la direction générale de la suture fronto-pariétale sur le profil du crâne est à peu près parallèle à celle de la ligne faciale, prise à la manière de Camper, et le sommet de la grande aile du sphénoïde dépasse à peine le niveau de l'apophyse orbitaire externe. Dans la race blanche, au contraire, le sommet de la grande aile du sphénoïde s'élève et repousse l'angle antéro-inférieur du pariétal qui, rejeté en arrière par un mouvement de bascule, anticipe sur la face postérieure du crâne, en refoulant en bas l'occipital. Ainsi, que le front soit droit ou fuyant, un plus grand champ est ouvert, chez le blanc, aux accroissements possibles du frontal.

Dans l'homme blanc, les sutures s'ossifient d'une manière tardive. Dans les races éthiopienne et alforienne, au contraire, l'oblitération des sutures est précoce. Chez le blanc, le crâne se ferme d'abord en arrière; chez le nègre et chez l'alfourou, il se ferme d'abord en avant. On observe surtout le même fait sur les crânes d'idiots appartenant à la race blanche.

Les sutures sont-elles simples, elles se soudent de bonne heure; sont-elles compliquées, leur oblitération est tardive. Les crânes, dont les sutures se soudent prématurément, sont fort épais et manquent, en général, de sinus aérien.

M. Gratiolet, en terminant, se demande si la longue persistance des sutures dans la race blanche, n'aurait pas quelque rapport avec la perfectibilité presque indéfinie de l'intelligence dans les hommes de cette race, et si cette durée d'une des conditions organiques de l'enfance ne semblerait pas indiquer que le cerveau doit, chez ces hommes perfectibles, demeurer capable d'un accroissement lent, mais continu ? (Commissaires : MM. Velpeau, Cl. Bernard.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 9 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

1° Un rapport de M. le docteur Chalerand, médecin inspecteur des eaux minérales de Monestier (Hautes-Alpes), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1854.

2° Un rapport de M. Fuzet-Dupouget, médecin inspecteur des eaux minérales de Saint-Laurent-les-Bains (Ardèche), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1854. (Comm. des eaux minérales.)

3° Les états des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements de la Marne, de l'Eure, de la Moselle. (Comm. de vaccine.)

— M. PUTÉGNAT (de Lunéville) sollicite la faveur d'être placé sur la liste de candidature pour les places de membre associé.

— M. GOBLEY adresse un travail intitulé : ESSAIS ANALYTIQUES SUR LA LIQUEUR LACTESCENTE DE MM. GAUDIN ET CHOUMARA.

Cette liqueur, dit M. Gobley, ressemble au lait ordinaire par son aspect, mais elle en diffère par ses propriétés physiques et chimiques, et par sa composition. (Comm. nommée.)

— M. MIALHE adresse une nouvelle lettre relative à sa théorie du diabète, en réponse aux objections dont elle a été l'objet de la part de M. Poggiale.

La lettre de M. Mialhe, ainsi que la note de M. Poggiale à laquelle elle répond, sont renvoyées à la section.

— M. PUECH, chirurgien chef interne à l'hôpital de Toulon, adresse une note intitulée : QUELQUES FAITS A PROPOS DE LA MALADIE D'ADDISON. (Commissaire : M. Trousseau.)

— M. LANDOUZY (de Reims) transmet un mémoire intitulé : DE LA RESPIRATION AMPHORIQUE DANS LA PLEURÉSIE.

— M. le docteur LUCIEN PAPILLAUD, de Saujeon (Charente-Inférieure), adresse un travail sur l'inoculation post-vaccinale. (Comm. de vaccine.)

OPÉRATION DU PHIMOSIS.

M. BONNAFONT adresse, au sujet de l'opération du phimosis, une lettre dont voici l'extrait :

Dans la dernière séance de l'Académie, l'honorable M. Ricord a cru devoir prendre la parole pour défendre son procédé opératoire contre le phimosis, que je n'avais nullement attaqué. J'avais dit seulement que le petit instrument que j'ai imaginé rendait cette opération beaucoup plus simple, et surtout plus rapide. Je maintiens un fait que l'expérience confirmera sans aucun doute.

Du reste, le procédé de M. Ricord et le mien ne diffèrent que dans la manière de fixer la muqueuse et la peau au même niveau. M. Ricord arrive à ce résultat en traçant avec de l'encre une ligne ovalaire sur le prépuce, en enfonçant une aiguille dans la cavité préputiale, et à la faire sortir entre le prépuce et le gland, et puis en excisant le tout avec les branches d'une pince et un bistouri. Tandis que dans mon procédé, je fixe la muqueuse à l'aide d'une pince dilatatrice interne, dont l'introduction est des plus faciles, laquelle, en se déployant dans la cavité préputiale, tend fortement la muqueuse et fixe très-solidement le membre viril. Cette pince, une fois introduite et déployée, est confiée à un aide. L'opérateur alors n'a qu'à tendre la peau en arrière avec le pouce et l'index de la main gauche, à fixer ainsi le gland en le refoulant en bas et en arrière, et puis à couper, soit avec un bistouri, ou mieux, avec des ciseaux un peu forts, l'excédant du prépuce qui dépasse ses doigts. On peut, si l'on veut, remplacer les doigts par les branches d'une pince. Tout cela se fait dans quelques secondes seulement, sans qu'on puisse jamais faillir au résultat désiré, la section de la peau et de la muqueuse étant constamment faite au même niveau.

Cette réclamation de M. Ricord a soulevé une discussion qui n'a porté que sur l'opération elle-même, et est restée par conséquent dans les limites des divers procédés opératoires employés ; tandis que les causes qui peuvent nécessiter l'opération du phimosis ont été à peine indiquées. Ainsi M. Ricord s'est contenté d'en signaler deux pour l'adulte : la présence de chancres ou autres affections sous le prépuce, et la difficulté de se livrer à certain acte physiologique à cause de l'étroitesse de cette exubérance cutanée. Mais personne n'a songé aux motifs graves et sérieux qui, chez l'enfant, exigent impérieusement cette opération. Il y en a deux pourtant qui doivent être pris en sérieuse considération. L'un, concernant spécialement l'hygiène et la propreté, a été résolu par cette loi de Moïse qui prescrit la circoncision chez tous les enfants en bas âge ; l'autre, qui tient essentiellement à la morale, et que nous n'avons trouvé indiqué nulle part, c'est l'onanisme comme conséquence fréquente du phimosis congénial.

Depuis quelque temps, j'ai recueilli trois faits qui ne laissent aucun doute à cet égard. J'ai opéré trois enfants, l'un âgé de 8 ans, l'autre de 7, l'autre de 5 seulement ; tous trois atteints de cette infirmité, et ayant déjà contracté certaines habitudes qui inquiétaient beaucoup leurs parents. Les deux premiers, opérés depuis deux mois environ, sont complétement guéris de ce mauvais penchant, et j'espère que le troisième, opéré depuis une vingtaine de jours, sera aussi heureux que les deux autres.

Il y a là, comme on le voit, une grande question d'hygiène et de morale à résoudre ; car si l'onanisme peut être la conséquence naturelle et spontanée occasionnée par un vice de conformation du prépuce, je demande s'il n'y aurait pas lieu à prendre quelques mesures pour en prévenir les causes ?

— M. ROBINET, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports dont les conclusions sont adoptées.

— M. H. BUIGNET lit un travail sur un nouveau procédé de dosage de l'acide carbonique dans les eaux minérales, suivi de considérations sur la constitution des eaux de Vichy. (Section de pharmacie.)

TRAITEMENT ABORTIF DES BUBONS VÉNÉRIENS SUPPURÉS.

M. BROCA commence par distinguer dans la marche des bubbons suppurés, deux périodes, caractérisées chacune par des symptômes différents et des lésions particulières. En effet, dans la première, la suppuration occupe les ganglions seuls ; dans la seconde, après s'être frayé une voie au dehors de ces organes, elle envahit le tissu cellulaire qui les environne, y produit des désordres souvent fort étendus, décolle et ulcère la peau, jusqu'à ce qu'enfin elle se fasse jour à l'extérieur. Dans ces conditions, lorsque le foyer vient à s'ouvrir, la cicatrisation se fait lentement, exige souvent trente à quarante jours pour s'accomplir, ou même un temps beaucoup plus long, si l'ouververture, étant étroite, un trajet fistuleux se forme ; enfin, les malades gardent pour toute la vie une cicatrice plus ou moins étendue, souvent gênante et toujours accusatrice. Quand l'abcès ganglionnaire contient du pus virulent, à ces inconvénients s'ajoute le danger de voir l'ouverture du foyer prendre le caractère d'un véritable chancre, et, parfois, d'un chancre phagédénique.

Les accidents de la seconde période peuvent être considérés comme des complications, et les chirurgiens ont fait des efforts pour en prévenir le développement. C'est dans ce but que l'on a mis en usage les vésicatoires, les sangsues, les frictions dites résolutives, les cataplasmes, la compression. Mais tous ces moyens échouent, parce que ce n'est pas à une simple inflammation phlegmoneuse qu'on les oppose, mais à une collection purulente, souvent virulente, toute formée au centre des ganglions, et que l'absorption est l'une des terminaisons les plus rares de la maladie.

Aussi les chirurgiens ont-ils renoncé à ces essais d'un traitement abortif, et se bornent-ils généralement à l'application de cataplasmes émollients, jusqu'à ce que la fluctuation devienne manifeste : alors seulement ils ont recours à de larges incisions, ou, ce qui est préférable, à des ponctions étroites ; les ponctions sous-cutanées de MM. Milton et Sconth, le séton filiforme de M. Bonnafont sont des moyens du même ordre ; on peut placer dans la même catégorie la pratique suivie par MM. Jules Roux, Marchal (de Calvi), plus tard par MM. Abeille, Bertherand, Boinet, Marmy, plus récemment encore par MM. Nogués et Perrin, et qui consiste à vider le foyer par une ponction étroite, ou à y pousser une ou plusieurs injections iodées. Sur quinze malades de M. J. Roux, la durée de la maladie, depuis la première ponction jusqu'à la guérison complète, a été de quinze jours : MM. Nogués et Perrin ont obtenu une moyenne de cinq à six semaines ; M. Broca, en opérant à la seconde période, a guéri l'un de ces malades en quinze, l'autre en vingt jours ; mais chez un troisième, dont le bubon contenait un pus inoculable, la plaie s'est ulcérée et la guérison s'est fait attendre beaucoup plus longtemps.

Les méthodes généralement employées laissent donc beaucoup à désirer, toutes ont l'inconvénient d'intervenir trop tard, alors qu'à l'adénite primitive s'est ajouté un abcès circonvoisin. M. Broca s'est proposé précisément de combattre la maladie avant qu'elle n'ait pris cette extension.

Mais la première question que l'on doit se poser en présence d'un engorgement ganglionnaire est celle du diagnostic. Un gonflement occupant un ou plusieurs ganglions qui sont durs, arrondis, bien circonscrits, mobiles sous la peau dont la couleur n'est pas altérée, ressemble sous beaucoup de rapports à ces adénopathies liées à une syphilis constitutionnelle qui ne se terminent pas par suppuration. M. Broca entre dans quelques détails au sujet de ce diagnostic, et, à l'exemple de M. Ricord, il en trouve les éléments dans l'origine des deux espèces de bubons, dans la nature de l'accident primitif, dans l'état général de l'organisme. Le traitement abortif n'est applicable, bien entendu, qu'au bubon local, et non à celui désigné par M. Ricord sous le nom de bubon constitutionnel.

Dès que la tumeur naissante est parvenue au volume d'une noisette, on la saisit entre les deux doigts de la main gauche, afin que la peau s'applique étroitement sur le ganglion ; on plonge un bistouri aigu jusqu'au centre de la tumeur ; puis, sans lâcher prise, on retire le bistouri et on le remplace par une sonde cannelée ; on exerce alors de fortes pressions latérales sur les ganglions, et l'on voit aussitôt glisser dans la cannelure de la sonde une matière demi-liquide, jaunâtre, visqueuse : c'est le pus mal élaboré qui existait au centre du ganglion ; on exprime la tumeur jusqu'au sang, pour être sûr que tout le pus a été évacué, manœuvre qui ne laisse pas que d'être assez douloureuse. S'il existe plusieurs ganglions engorgés, on les vide de la même façon en une seule séance, par autant de ponctions successives.

Après l'opération, la tumeur diminue de volume ; le lendemain on la trouve de nouveau un peu plus grosse, moins toutefois qu'avant la ponction ; il faut alors réintroduire par la petite plaie la sonde cannelée pour vider le pus qui s'est de nouveau formé, et recommencer ainsi tous les jours jusqu'à ce que la suppuration soit tarie ou la plaie devenue fistuleuse.

Dans les cas de bubons liés à la présence actuelle d'un chancre, je m'attendais, dit M. Broca, à voir le pus s'inoculer à la plaie de l'opération, et celle-ci se convertir en un chancre dont les dimensions cependant me semblaient devoir être assez petites. Cette crainte ne s'est pas réalisée chez mon premier malade (obs. I), sans doute parce que le bubon ne contenait pas de pus virulent. Dans deux autres cas (obs. II et III), voulant prévenir la même complication, j'associai les injections iodées aux ponctions, et j'ai pu me convaincre que si la teinture d'iode n'empêche pas entièrement l'inoculation, au moins elle en atténue les effets. Deux bubons récents ont guéri en douze et treize jours, bien que l'un de ces bubons contînt du pus virulent, ainsi que l'a démontré le résultat positif donné par l'inoculation sur la cuisse du malade. L'injection iodée n'a, du reste, aucun effet nuisible, même quand on l'emploie contre les bubons non virulents, coïncidant avec une blennorrhagie (obs. IV). Mais dans tous ces cas, les injections ne sont qu'un moyen accessoire ; c'est l'évacuation précoce du pus qui constitue la condition essentielle et suffisante du succès. Ainsi, chez un même malade atteint de deux bubons inguinaux, celui du côté droit, datant de quatre jours, fut complétement guéri en cinq jours ; celui du côté gauche, négligé jusqu'au huitième jour, quoique traité par les ponctions et les injections iodées, n'en amena pas moins un décollement de la peau, et c'est après un mois et demi seulement que cessa la suppuration (obs. V et VI).

Jusqu'à ce jour, M. Broca a eu l'occasion de traiter neuf bubons par cette méthode abortive ; jamais il n'a observé d'accidents, toujours la suppuration du tissu péri ganglionnaire, le décollement et l'ulcération de la peau ont été évités. Une fois la guérison a été complète au bout de trois jours ; trois fois en cinq jours ; une fois en six jours ; ce qui revient à dire que, dans la moitié des cas, la cicatrisation s'est accomplie en moins d'une semaine ; dans les autres, elle n'a été complète qu'après douze, treize, trente-sept jours ; une fois au bout d'un mois et demi.

Mais alors même que la suppuration n'a pu être arrêtée dans l'abcès ganglionnaire, le traitement a été encore abortif, en ce sens que le tissu cellulaire voisin a été complétement préservé et la marche du bubon réduite au maximum de sa simplicité. C'est ainsi que chez un malade portant un bubon dans chacune des régions inguinales, tandis que le bubon droit guérit en quatre jours, le bubon gauche fut seulement arrêté dans son développement; en effet, la guérison ne s'acheva qu'au bout de trente-sept jours (obs. VII et VIII). Ce retard semble devoir être attribué à l'induration des ganglions. Un autre sujet, affecté d'un bubon qui datait de huit jours, et soumis comme les précédents aux fonctions et aux injections iodées, supporta ce traitement sans aucun accident, mais conserva une ouverture fistuleuse qui se ferma seulement après un mois et demi (obs. IX). Il faut tenir compte de cette circonstance que le malade dont il s'agit avait continué à marcher pendant la durée du traitement. Toutefois, l'immobilité n'est pas absolument nécessaire, et M. Broca a vu guérir, dans l'espace de quatre jours, l'un de ses opérés, porteur d'un bubon inguinal qui datait de quatre jours (obs. X). C'est là sans doute un fait exceptionnel, et il vaut mieux tenir les malades au lit, surtout pendant les premiers jours.

Peut-être, dit en terminant M. Broca, le hasard m'a-t-il favorisé d'une *série* heureuse; mais si l'on considère que sur neuf bubons, cinq se sont terminés en moins d'une semaine; que, dans tous, le décollement de la peau a été évité; que tous ont guéri sans cicatrice apparente; on sera forcé de reconnaître qu'il faut ouvrir les bubons de très-bonne heure, avant qu'ils ne soient parvenus à la deuxième période, c'est-à-dire avant que le pus n'ait dépassé les limites du ganglion. C'est dans ce sens que j'appelle *abortif* le traitement dont je viens d'exposer les effets : il fait avorter la suppuration du tissu cellulaire qui, avec celle du ganglion lui-même, contribue à former le bubon. (Comm. : MM. Ricord, Gibert, Larrey.)

INHALATIONS RESPIRATOIRES D'EAU MINÉRALE.

M. PATISSIER, au nom d'une commission dont il fait partie avec M. O. Henry, lit un rapport sur un travail de M. le docteur Sales-Girons, intitulé : ÉTUDE MÉDICALE SUR LES INHALATIONS RESPIRATOIRES D'EAU MINÉRALE, à propos de la chambre de respiration instituée à l'établissement des eaux sulfureuses de Pierrefonds-les-Bains (Oise).

A l'aide d'un appareil particulier, l'eau sulfureuse est divisée au point de se répandre dans l'atmosphère, sous la forme d'une espèce de *fumée blanche*. En séjournant dans la salle de respiration, même ouverte, on est frappé d'une odeur sulfureuse non désagréable; les divers réactifs font reconnaître l'existence de toutes les substances signalées dans l'eau de Pierrefonds, et la présence des éléments sulfureux à côté de certaines quantités d'hyposulfite, n'y est pas douteuse.

Les applications faites par M. Sales-Girons de la nouvelle méthode inhalatoire ont parfaitement répondu à ses espérances.

Conclusions : remercîments et dépôt aux archives. (Adopté.)

SECOND CONDUIT PANCRÉATIQUE CHEZ LE BOEUF.

M. le docteur POINSOT présente les pièces anatomiques relatives à la découverte d'un second conduit pancréatique. Il s'exprime en ces termes :

En liant le conduit principal du bœuf, on dit que le suc pancréatique est inutile, puisqu'on trouve à peu près autant de graisse dans le chyle que dans l'état normal, comme si cette graisse pouvait s'y trouver par toute autre circonstance, et cela même indépendamment de celle qui se trouve dans les aliments.

Je désire appeler l'attention de l'Académie sur un fait ignoré jusqu'ici, fait ignoré non-seulement des médecins, mais des vétérinaires, qui, eux surtout plus que nous, doivent connaître l'anatomie exacte des animaux qu'ils sont appelés à traiter. Comme ce sont, du reste, sur ces animaux (chien, hœuf, cheval) qu'on fait le plus souvent des expériences, il est donc nécessaire de ne point méconnaître telle ou telle particularité qui pourra expliquer des faits qui, sans elle, pourraient être spécieux et entraîner des esprits peu convaincus sans doute, ou ceux qui n'ont point le temps de s'appesantir sur des questions qu'ils doivent cependant connaître.

Sur l'homme, le singe, le chien, le cheval, le lapin et la plupart des animaux supérieurs, on a trouvé deux conduits pancréatiques; sur les oiseaux, il y en a non-seulement deux, mais trois, quatre, cinq. Cette pluralité des conduits existe dans certains poissons, et principalement sur le turbot, chez lequel, avant M. Cl. Bernard, on ne soupçonnait point le pancréas. Ces conduits viennent se déverser dans un réservoir ayant assez la forme d'un bassinet; de ce réservoir, le fluide pancréatique pénètre dans l'intestin, non par une seule ouverture, mais par plusieurs pertuis.

Le nombre des conduits pancréatiques est essentiel à connaître; mais ce qui ne l'est pas moins, c'est la variété dans le mode de distribution de ces conduits. Ainsi, sur le mouton, le conduit principal vient se jeter dans le canal cholédoque, à égale distance de la naissance de ce canal et du point où il s'abouche dans l'intestin.

Sur deux pièces que j'ai déposées au collége de France, dans la collection de M. le professeur Bernard, et que j'ai communiquées à la Société de biologie, j'ai trouvé un second conduit qui vient s'ouvrir également dans le canal cholédoque, dans l'un au-dessus du conduit principal, dans l'autre au-dessous. Sur la chèvre, le conduit principal s'abouche aussi dans le canal cholédoque, ainsi que M. Cl. Bernard s'en est assuré. C'est là, du reste, une règle générale chez ces deux animaux; tandis qu'on sait que cela n'arrive point pour l'homme, le chien, le cheval, etc. Sur le lapin et le chat, cependant, M. Bernard a vu le conduit secondaire s'ouvrir tantôt dans l'intestin, tantôt dans le canal cholédoque; ce serait même la règle générale pour le chat. C'est pour n'avoir point connu ce fait sur le chat, un n'en avoir tenu aucun compte, que Brodie a prétendu que la bile seule émulsionnait la graisse. Ce physiologiste, en liant le canal cholédoque du chat, liait du même coup le conduit pancréatique, et par là empêchait l'action du fluide pancréatique sur la graisse. Magendie, qui répétait cette expérience sur le chien, où les deux conduits sont séparés, arrivait à une conclusion toute opposée, et lui seul était dans le vrai.

Mais que trouve-t-on sur le bœuf? M. le docteur Béraud, prosecteur de l'amphithéâtre des hôpitaux, qui a fait des recherches sur les conduits pancréatiques, m'avait assuré qu'il en avait trouvé deux sur le bœuf; le second conduit viendrait s'ouvrir dans l'intestin, à six ou huit centimètres du principal. J'étais désireux de vérifier cette assertion, et alors je fis des injections dans le conduit pancréatique principal qui vient s'ouvrir dans l'intestin à 30 centimètres à peu près de l'ouverture du canal cholédoque, et je ne trouvai rien; alors j'eus recours à un moyen bien simple, et qui devait, selon que je le croyais du moins, me révéler un second conduit. Ce moyen consiste à adapter un tube de l'appareil Lacauchie au conduit principal, et après avoir ouvert l'intestin par le côté opposé à son attache au mésentère, et l'avoir parfaitement essuyé, à regarder si l'eau ne sourdra pas dans quelque point. Sur une dizaine de pancréas, je renouvelai en vain cette expérience, ce qui me donnerait à penser que le conduit trouvé par M. Bernard n'existerait point, ou du moins que le moyen que j'emploie, et qui pourtant est si sensible, ne serait point suffisant, ou bien encore que M. Bernard serait tombé sur une exception.

Dans des recherches précédentes, j'avais pu suivre par la dissection, sur un pancréas de veau, deux conduits excessivement ténus, jusque dans le canal cholédoque, où ils venaient se jeter. Alors, dans mes recherches avec l'appareil Lacauchie, j'ouvris non-seulement l'intestin, mais encore les canaux cystique et hépatique, ainsi que la vésicule biliaire, et je pus voir avec la plus grande netteté l'eau sourdre tantôt par un, deux, trois, quatre petits pertuis, à la naissance du canal cholédoque, là où les deux canaux cystique et hépatique se réunissent pour le former. En essuyant la surface de ces canaux, et en ouvrant et fermant alternativement le robinet de l'appareil, on voit immédiatement l'eau sourdre dans le point indiqué. Si on a soin de laisser de l'air dans l'appareil, cet air, chassé par l'eau, vient sortir par l'ouverture unique ou les ouvertures sous forme de bulles de la grosseur d'un grain de chènevis ou même d'un petit pois; ces bulles crèvent en rendant un bruit sec, et l'eau sort aussitôt. Mais si l'air et l'eau poussés par le canal de Wirsung sortent aussi facilement dans ce point du canal cholédoque, et là seulement, il est évident qu'il y a une communication directe entre les deux points extrêmes, et que cette communication ne peut être que le canal pancréatique. D'ailleurs, j'ai pu suivre ce canal sur un pancréas de veau jusque dans le canal cholédoque, et M. le professeur Bernard m'a dit qu'il avait suivi une fois une division du canal pancréatique qui venait se jeter, non pas dans le canal cholédoque, mais dans la vésicule biliaire elle-même.

J'ai du reste répété mes expériences samedi dernier, 6 septembre, devant la Société de biologie, et les membres de cette Société savante, ainsi que le président M. Rayer, en ont vérifié le résultat, et ont été témoins de la netteté, de l'évidence du fait que j'annonce.

Il y a donc chez le bœuf un conduit qu'on ne soupçonnait pas, et par conséquent un conduit qui permet au fluide pancréatique non-seulement de se déverser dans l'intestin, mais encore dans le canal cholédoque, et cela d'autant plus sûrement que le canal de Wirsung aura été lié avec plus de soin.

Je laisse aux savants qui m'écoutent le soin de tirer la conclusion de ce fait au sujet de certain mémoire qui a été communiqué à l'Académie de médecine, et où l'on prétendait montrer que le suc pancréatique était inutile pour l'émulsion de la graisse. Il est cependant une remarque que je ferai.

On a dit que la bile émulsionnait les graisses; l'a-t-on isolée du fluide pancréatique, qui, lui, l'émulsionne à n'en pas douter, et était-on suffisamment prévenu de ce fait que non-seulement le fluide pancréatique coule avec la bile, comme cela a lieu chez le lapin, le chat, mais plus particulièrement encore chez le mouton, la chèvre, le bœuf, puisque sur ce dernier animal il y a un second canal, ainsi que le prouvent les expériences auxquelles j'ai été conduit, et même ne pourrait-il pas se faire que le suc pancréatique fût mêlé à la bile dans la vésicule, et cela surtout chez le bœuf, puisque le second canal pancréatique vient s'ouvrir juste au point où la bile qui s'écoule par le canal hépatique passe dans le canal cystique pour aller s'accumuler dans la vésicule biliaire?

Je ferai remarquer, en outre, que dans la plupart des expériences où l'on recherchait l'action de la bile sur les graisses, on se servait de la bile de bœuf. (Commission nommée pour le travail de M. Colin sur le même sujet.)

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

PRÉCIS DE CHIMIE PHYSIOLOGIQUE ANIMALE; par M. LEHMANN.

Les travaux des chimistes modernes ont démontré que les matières organiques ne sont pas soumises à des lois spéciales et qu'il n'existe aucune différence essentielle entre les corps organiques et inorganiques. Si dans les classifications chimiques on n'a pas encore confondu les uns avec les autres, cela tient à ce que dans l'état actuel de

la science on ne saurait leur assigner le rang qu'ils doivent occuper. Cependant, si pour beaucoup de substances organiques nous sommes encore obligés de nous contenter d'étudier leur composition et leurs caractères, les propriétés fondamentales d'un grand nombre de composés, grâce aux progrès de la chimie, sont mieux connues, et les rapports intimes qui les rattachent les uns aux autres mieux définis. On peut répéter avec M. Lehmann que les corps organiques doivent être classés d'après leur composition chimique et que le rôle physiologique d'une substance dépend absolument de sa constitution chimique.

Bien que les mêmes lois président à la formation des matières organiques et inorganiques, nous devons reconnaître que leur constitution chimique est différente. Les premières éprouvent des transformations plus variées et ne se comportent pas, au moins en apparence, avec les agents physiques et chimiques, comme les composés minéraux. Les proportions pondérales des éléments qui forment la matière organique ou la manière dont ils sont groupés semblent établir cette différence. Lorsqu'un corps détruit une matière organique, en se combinant avec un de ses éléments, le phénomène est entièrement comparable à ceux de la chimie minérale. Ainsi, si l'on verse de l'acide acétique dans un flacon rempli de chlore et qu'on expose le mélange aux rayons solaires, on obtient l'acide chloracétique, dans lequel le chlore s'est tout simplement substitué à l'hydrogène. L'alcool au contact de l'air se convertit en acide acétique, en perdant deux équivalents d'hydrogène qui sont remplacés par deux équivalents d'oxygène.

Dans beaucoup de métamorphoses chimiques, les éléments organiques ne se séparent pas, ne réagissent pas sur d'autres corps, mais se groupent dans un autre ordre et produisent de nouvelles combinaisons. Tous les phénomènes de fermentation appartiennent à cette classe. Ainsi, quand on traite un gramme de sucre dissous dans l'eau distillée par la levûre de bière, à la température de 20 à 25 degrés, on observe qu'il se dédouble en acide carbonique et en alcool dont le poids représente approximativement celui du sucre employé.

Les réactions si variées qui se manifestent dans la matière organique, en dehors de l'économie animale, nous apprennent que les phénomènes vitaux sont régis par les lois connues de la physique et de la chimie, en tenant compte pourtant des conditions physiologiques souvent si compliquées dans lesquelles on les observe. C'est là précisément le caractère particulier de l'ouvrage de M. Lehmann dont nous nous proposons de faire l'analyse.

« M. Lehmann, dit M. Bernard dans son rapport sur le concours de 1855, se distingue de tous ceux qui l'ont précédé par ce rapprochement que l'auteur a constamment cherché à établir entre les analyses chimiques et les conditions physiologiques exactes dans lesquelles elles étaient effectuées. Il a repris tous les travaux de ses devanciers à ce point de vue, et il y a ajouté un grand nombre de découvertes et d'observations nouvelles, particulièrement sur l'urine, sur le sang, sur les divers fluides digestifs, etc. De sorte que M. Lehmann a non-seulement rendu un grand service à ceux qui cultivent la physiologie et la médecine, en rassemblant méthodiquement dans son ouvrage toutes nos connaissances sur la chimie physiologique; en les coordonnant avec clarté et d'après une saine critique; mais l'auteur a encore enrichi la science et contribué à ses progrès par des découvertes qui lui sont propres. C'est en considérant cet ouvrage à ce double point de vue que la commission de l'Institut l'a jugé digne d'une récompense. »

M. Lehmann expose d'abord dans une courte introduction des méthodes d'investigation qui sont employées par la chimie physiologique. La première consiste à établir une sorte de balance entre les substances qui sont absorbées par l'organisme et celles qui en sortent, mais cette méthode qui fournit les indications certaines, ne permet pas de remonter à la cause des faits observés et d'en déterminer les rapports. Dans la deuxième méthode, les expériences sont faites dans l'économie elle-même. C'est ainsi qu'on a prouvé que le sucre de canne est éliminé par les urines et que le glucose, au contraire, disparaît dans l'économie; que les matières amylacées se transforment en sucre dans l'intestin et que le sang de la veine porte des animaux nourris à la viande ne contient pas de glucose. Dans l'application de cette méthode, il faut constamment tenir compte des conditions physiologiques dans lesquelles les expériences sont faites.

La troisième méthode consiste à reproduire dans le laboratoire les phénomènes chimiques qui s'accomplissent dans l'économie et à comparer les actes physiologiques aux réactions chimiques ordinaires. Nous admettons ainsi que les aliments carbonés se transforment dans l'organisme en eau et en acide carbonique sous l'influence de l'oxygène, et que la combinaison de ce corps avec l'hydrogène et le carbone est la source principale de la chaleur animale. Cette méthode ne repose donc que sur des analogies; en l'appliquant sans discernement, dit M. Lehmann, on a souvent fait fausse route et commis des erreurs grossières. Quant à nous, nous pensons que cette méthode ne doit être employée qu'avec la plus grande réserve et qu'elle a toujours besoin du concours des deux autres.

Le livre de M. Lehmann est divisé en trois parties; la première comprend les principes immédiats de l'organisme, tels que les acides, les bases, les substances neutres non azotées, les matières génératrices des tissus et les principes minéraux. Dans la deuxième sont groupés les liquides et les tissus de l'économie, comme le sang, le chyle, le lait, la salive, la bile, l'urine, le tissu osseux, le tissu cellulaire, etc. Enfin, dans la troisième partie, l'auteur s'est occupé des forces et des lois des mouvements organiques, des transmutations de l'organisme, de la digestion, de la respiration, et enfin de la nutrition.

Parmi les acides que l'on rencontre dans l'organisme, les acides lactique et urique présentent un grand intérêt physiologique. En effet, le premier se rencontre fréquemment dans le suc gastrique, dans le duodénum des herbivores et même dans le gros intestin. On le trouve encore dans le chyle du canal thoracique des chevaux nourris d'avoine et de fécule, dans les exsudations purulentes, dans les sucs des muscles, dans l'urine, dans le lait fermenté, etc.

L'acide lactique forme, avec l'acide chlorhydrique, l'agent digestif du suc gastrique, il facilite l'absorption des aliments digérés, et semble contribuer à l'entretien de la chaleur animale.

L'acide urique, comme l'urée, joue un rôle important dans les fonctions physiologiques. En effet, sa proportion qui est, en moyenne, de 1 pour 1000 dans l'urine, augmente, lorsque la digestion est troublée, dans la plupart des maladies accompagnées de fièvres, et après une alimentation trop azotée. Les urines laissent déposer alors un sédiment d'acide urique ou d'urates. L'urée, ainsi que l'acide urique, provient des principes azotés de l'organisme, et l'on suppose qu'elle est en grande partie le produit de la décomposition du tissu musculaire devenu impropre à la vie. Dans l'urine humaine, le chiffre de l'urée est, en moyenne, de 25 pour 1000, mais il peut s'élever à 37 ou 40. Par une alimentation exclusivement azotée, on a trouvé 58 grammes d'urée pour 1000 d'urine.

M. Lehmann a examiné, avec un soin particulier, les substances neutres non azotées et les matières génératrices des tissus. Parmi les premières, celles qui offrent de l'intérêt pour la chimie physiologique sont: le glucose, le sucre de lait, l'inosine qu'on a trouvée dans les muscles du cœur, le paramylon, matière amylacée qu'on a rencontrée dans le corps d'un infusoire, et la cellulose, qui a été observée dans quelques animaux inférieurs, ainsi que dans certaines parties du cerveau des animaux supérieurs.

Mais, de toutes les substances ternaires, aucune n'a une plus haute importance en physiologie que le glucose. Cette matière se forme dans le tube digestif par l'action de la salive, du suc pancréatique, et peut-être du suc intestinal sur la matière amylacée; elle se produit également dans le foie aux dépens des matières azotées, puisque cet organe en contient une proportion considérable, que le sang de la veine porte n'en renferme souvent que des traces, et que celui des veines hépatiques en est chargé.

Le glucose ne passe pas, dans l'état normal, dans l'urine; mais il est éliminé si le sang en contient plus de 4 p. 100. M. Bernard a prouvé par de nombreuses expériences qu'un gramme de glucose introduit dans le sang est détruit ou apparaît dans les urines, suivant la proportion d'eau employée. C'est une condition dont il faut tenir compte dans les expériences d'injections de glucose.

Dans une maladie dont on ignore encore la cause, le diabète sucré, on sait que des quantités considérables de glucose sont éliminées par les urines; mais on peut produire le diabète artificiel dans une foule de circonstances. Ainsi, en piquant la ligne médiane du plancher du quatrième ventricule, la moelle allongée et certains muscles de la poitrine, les urines deviennent plus abondantes et se chargent de sucre. Sous l'influence du curare, de l'azotate d'uranium, des vapeurs ammoniacales et éthérées, le sucre apparaît également dans les urines.

Le sucre, que l'on rencontre dans le sang, la lympbe, le chyle, le blanc d'œuf, le jaune d'œuf et le lait, joue un rôle extrêmement important dans les phénomènes physiologiques. Il est, en effet, brûlé dans l'économie et converti en eau et en acide carbonique. Des expériences nombreuses permettent d'admettre comme un fait incontestable que cette conversion n'est pas opérée par les alcalis du sang qui, s'ils contribuaient à la destruction du sucre, devraient, en vertu des lois chimiques, retenir tout l'acide carbonique. Or, on sait que ce gaz se trouve dans le sang à l'état de liberté.

Le sucre, comme on voit, est un agent de respiration et entretient la chaleur animale. Suivant M. Lehmann, une partie du sucre se transforme en acides, qui contribuent, par leurs propriétés dissolvantes, à l'absorption des matières assimilables contenues dans l'intestin, et qui donnent naissance à cette opposition si nécessaire à la vie animale entre les liquides acides et les liquides alcalins. Outre ces réactions si importantes, des expériences mémorables faites, il y a quelques années, ont démontré que le sucre peut produire de la graisse dans l'économie, mais nous ne savons pas encore en vertu de quelle réaction cette transformation a lieu et quel est son siége.

Les graisses, comme les substances hydro-carbonées, sont des agents puissants de respiration. Elles sont généralement apportées par les aliments, et rendues absorbables par la bile et le suc pancréatique.

Quelques personnes prétendent qu'elles se dédoublent en glycérine et en acides gras, sous l'influence de l'alcali du sang; mais aucune expérience n'autorise à admettre une semblable hypothèse. Quoi qu'il en soit, elles disparaissent entièrement de l'économie sous forme d'eau et d'acide carbonique.

Les corps gras ne sont pas seulement des aliments combustibles, mais semblent être les agents essentiels de la formation des cellules et de la matière grasse des nerfs. Les physiologistes admettent généralement que l'organisme possède la faculté de produire de la graisse aux dépens des matières hydro-carbonées; cependant un grand nombre de faits bien observés paraissent indiquer que les substances albuminoïdes peuvent aussi donner naissance à de la graisse.

M. Lehmann consacre un chapitre plein d'intérêt aux matières génératrices des tissus, qu'il divise en deux groupes, en matières albuminoïdes proprement dites et en dérivés immédiats des matières albuminoïdes.

La première division comprend l'albumine, la fibrine du sang et des muscles, la caséine et la globuline, et la deuxième la gélatine, la chondréine, la substance du tissu élastique, etc.

Bien que les matières albuminoïdes forment la partie essentielle de nos organes, nous ignorons encore leur nature chimique; on n'est pas encore parvenu à les obtenir à l'état de pureté et à établir leur poids atomique. Cependant leurs caractères physiques et chimiques, et les transformations qu'elles éprouvent dans l'économie les rattachent à un type commun. Suivant M. Lehmann, les rapports qui existent entre les matières albuminoïdes sont du genre de ceux que l'on a observés entre la salicine, la populine, la phlorizine. En effet, sous l'influence des agents d'oxydation, la fibrine donne plus d'acide butyrique et valérique; la caséine plus d'acide acétique que l'albumine.

Pour comprendre l'importance physiologique de l'albumine, il suffit de se rappeler qu'on la rencontre dans tous les liquides qui interviennent dans la nutrition, comme le chyle, le sang, la lymphe, l'œuf, etc. Elle est fournie par les végétaux et ne subit que de faibles modifications pour se transformer en caséine et en fibrine; mais il est impossible, dans l'état actuel de la science, de préciser la nature de cette métamorphose. Tout ce qu'on peut affirmer, c'est que les différentes phases par lesquelles passe l'aliment azoté, sont subordonnées à l'influence de l'oxygène respiré.

Cette influence paraît déterminer les transformations les plus variées, de manière à rejeter l'albumine sous la forme d'urée ou d'autres matières analogues.

Il n'est pas douteux que les matières albuminoïdes ne soient chargées de la régénération des tissus animaux, comme les tissus cellulaire, musculaire, en un mot, tous les tissus azotés non albumineux. Nous en trouvons la preuve dans le germe vital qui est déposé dans un liquide riche en albumine et en caséine, et dans le nourrisson, qui ne reçoit, avec la graisse et le sucre, que de la caséine.

M. Lehmann a divisé les corps inorganiques qu'on rencontre dans l'économie :

1° En substances minérales qui jouent dans l'organisme le rôle d'agents mécaniques, tels que le phosphate de chaux, le carbonate de chaux, le phosphate de magnésie, le fluorure de calcium et l'acide silicique; ces matières sont déposées dans les tissus solides et contribuent à leur donner de la rigidité et de la résistance;

2° En principes fixes qui prennent une part active dans les réactions chimiques de l'organisme, comme le chlorure de sodium, le carbonate de soude, les phosphates alcalins;

3° En substances minérales accidentelles, tels que les sulfates alcalins, le carbonate de magnésie, le manganèse, l'arsenic, le cuivre, le plomb, etc.

L'étude des liquides de l'économie forme une des divisions les plus intéressantes du livre de M. Lehmann. C'est que la connaissance de ces liquides, comme le sang, le lait, l'urine, le suc gastrique, le suc pancréatique, etc., permet de mieux étudier les transmutations animales. Malheureusement leur investigation présente de grandes difficultés, puisqu'ils ne sont que des mélanges très-compliqués d'un grand nombre de principes. M. Lehmann a résumé avec beaucoup de soin et de clarté nos connaissances sur la composition chimique, l'origine, les usages et les transformations des liquides.

Après avoir exposé les forces et les lois des mouvements organiques, M. Lehmann examine les métamorphoses que subissent dans l'économie les matières albuminoïdes, les matières grasses, les substances hydro-carbonées, les principes fixes, les acides libres, etc. Puis il étudie l'ensemble des réactions physiques et chimiques par lesquelles les aliments sont rendus propres à la nutrition, les phénomènes de la respiration, et enfin la nutrition qui est le but suprême de toutes les recherches de chimie physiologique. Il résulte des travaux des chimistes et des physiologistes modernes que l'homme et les animaux ne peuvent pas se nourrir avec des aliments qui ne contiennent pas d'azote, que tous les végétaux renferment des principes azotés, que leur pouvoir nutritif est généralement proportionnel à la matière azotée et qu'il est subordonné aux proportions de substances albuminoïdes de matières grasses, de matières hydro-carbonées et de sels qui les composent. J'ai fait remarquer, dans un travail sur les aliments, que les physiologistes ont singulièrement exagéré l'importance des substances azotées, en cherchant dans la proportion de ces principes la mesure de la valeur nutritive des aliments. On sait, en effet, que les aliments azotés ne peuvent pas suffire seuls à la nutrition et qu'il leur faut le concours des aliments respiratoires et des sels minéraux.

L'observation démontre que l'alimentation de l'homme n'est suffisante et facile qu'à la condition qu'elle contiendra des proportions convenables de matières albuminoïdes, d'aliments hydro-carbonés, de matières grasses et de principes fixes. Les aliments les plus nutritifs paraissent être ceux qui contiennent les quatre principes que nous venons d'indiquer dans des rapports constants reconnus par la science et par la pratique. Mais suffit-il, pour évaluer la valeur nutritive des aliments, de déterminer la proportion de ces principes? Nous ne le pensons pas. « En effet, avons-nous dit dans un autre travail, le pouvoir nutritif des substances alimentaires dépend aussi de leur forme, de leur cohésion, de leur digestibilité, et souvent une substance riche en principes alimentaires, mais d'une digestion difficile, nourrit moins, produit moins de force, qu'une autre matière facilement dissoute par les sucs digestifs. La gélatine est plus azotée que la viande, et cependant un grand nombre d'expériences ont prouvé que les chiens meurent après quelques semaines de ce régime exclusif, tandis qu'avec la viande seule, ils vivent beaucoup plus longtemps. »

POGGIALE.

VARIÉTÉS.

— Par décret du 21 août dernier, M. Piquot de Lamare, ancien chirurgien aide-major sous l'empire, ancien maire et chirurgien en chef de l'hôpital d'Honfleur, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— M. le docteur Calvo vient d'être nommé médecin titulaire de la Conciergerie, en remplacement de M. Bonnet. M. le docteur Campardon reste médecin adjoint de cette prison.

— Le doyen des médecins de Toulouse, M. le docteur Dufour, professeur honoraire de l'École de médecine, ancien médecin des hôpitaux, membre de l'Académie des sciences, de la Société de médecine, ancien membre du conseil municipal, etc., vient de mourir dans un âge fort avancé, à sa campagne de Lespinasse-Saint-Jory.

MORTALITÉ DE LA VILLE DE LONDRES. — Semaine du 23 au 30 août 1856 :

Mortalité générale	1081
Mortalité occasionnée par la diarrhée. dont 141 au-dessous d'un an.	190
Mortalité par le choléra sur lesquels on compte 8 enfants.	11
Petite vérole	8
Rougeole	21
Scarlatine	31
Typhus	27
Anthrax	8

— On lit dans le MORGENBLADET DE CHRISTIANA, du 17 juillet :

« Au congrès scientifique scandinave de Christiania, M. W. Boëck a prononcé un discours sur la syphilisation et a été écouté avec intérêt.

» M. le professeur Carlson (de Stockholm) a ensuite remercié M. Boëck pour les résultats qu'il avait obtenus par ses recherches sur cette nouvelle méthode de traitement. »

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR UNE AFFECTION CARACTÉRISÉE PAR DES PALPITATIONS DU COEUR ET DES ARTÈRES, LA TUMÉFACTION DE LA GLANDE THYROÏDE ET UNE DOUBLE EXOPHTHALMIE (SYNONYMIE: CACHEXIA EXOPHTHALMICA, GLOTZAUGENCACHEXIE, Basedow; ANÆMIC PROTRUSION OF THE EYEBALLS, Taylor, etc.; lu à la Société de biologie, en mai 1856, par le docteur CHARCOT, médecin du bureau central des hôpitaux, secrétaire de la Société de biologie, ancien chef de clinique à la Charité.

J'ai appelé l'attention de la Société de biologie sur une affection qui n'a guère été remarquée en France que par les ophthalmologistes (1) et que j'ai eu l'occasion d'observer une fois. Cette affection a été souvent rencontrée et décrite en Angleterre et en Allemagne.

Les principaux auteurs qui s'en sont occupés sont, en Angleterre, *Graves*, MM. *Stokes*, *Marsh*, *M'Donnell*, *Begbie*, *Taylor;* en Allemagne, *Basedow* qui réclame la priorité, *Romberg* et *Henoch*. Deux dissertations inaugurales ont été soutenues dans ces derniers temps, à Berlin, sur ce sujet, l'une par le docteur *Schoch*, l'autre par le docteur *Koeben*. La maladie dont il s'agit est caractérisée par des lésions organiques et surtout par des troubles fonctionnels multiples dont les principaux sont des palpitations du cœur, des battements artériels, une tuméfaction de la glande thyroïde, une exophthalmie double, une anémie plus ou moins profonde. Il paraît difficile de la désigner autrement que par une périphrase où les plus constantes de ces affections se trouveront mentionnées. Cependant le docteur Basedow a cru pouvoir l'appeler du nom de *cachexie exophthalmique* (*glotzaugencachexie*) (2).

Pour donner une idée des allures de cette maladie singulière, je vais citer l'observation suivante qui s'y rapporte par tous les points et que j'ai recueillie à l'hôpital de la Charité en février 1855.

PALPITATIONS ARTÉRIELLES ET CARDIAQUES AVEC EXOPHTHALMIE DOUBLE ET TUMÉFACTION DE LA GLANDE THYROÏDE; GUÉRISON SPONTANÉE.

OBS. — La nommée Caroline C., femme G., âgée de 24 ans, fleuriste, entre vers le commencement de février 1855 à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Anne, service de la clinique. Elle habite Paris depuis son enfance. Elle a eu ses règles pour la première fois à l'âge de 13 ans. Depuis lors le flux menstruel se manifeste toujours à des époques à peu près fixes; mais depuis quelques années il est précédé et accompagné de douleurs frontales et quelquefois d'épistaxis. Elle est sèche, brune, et présente tous les attributs du tempérament nerveux; elle est très-irritable, mais jamais elle n'a éprouvé d'accès hystériques complets ou même incomplets. Elle n'a jamais eu d'ailleurs que de légères indispositions. Les parents, actuellement bien portants, n'ont eux-mêmes pas éprouvé de maladies qui méritent d'être notées. Elle

(1) MM. Sichel et Desmarres; voyez l'index bibliographique. D.

(2) Cette dénomination est certainement vicieuse, à plusieurs points de vue; on la trouvera cependant plusieurs fois employée dans le cours de ce travail parce qu'elle a au moins l'avantage d'éviter l'emploi d'une longue périphrase.

est devenue grosse pour la première fois il y a un an et demi environ. La grossesse s'est passée sans accidents. L'accouchement a eu lieu à terme; il s'est opéré naturellement. L'enfant est aujourd'hui bien constitué, bien portant (1).

Quelques mois après l'accouchement, les parents de la femme C. G. remarquèrent que ses yeux étaient devenus extrêmement volumineux et semblaient sortir de leurs orbites. Ils l'engagèrent alors à consulter un médecin. Elle ne tint d'abord aucun compte de cet avis, parce qu'elle n'éprouvait aucun dérangement dans sa santé. Mais la saillie des yeux s'accrut insensiblement et devint bientôt assez prononcée pour constituer une véritable difformité. Il se manifesta en outre, à peu près à la même époque, un gonflement de la région antérieure du cou qui prit en quelques semaines des proportions inquiétantes. L'exophthalmie et la tumeur cervicale ne causaient d'ailleurs aucune gêne. La tumeur était, à cette époque déjà, le siége de battements dont la femme C. G. n'avait pas conscience; mais qu'elle constatait chaque fois qu'elle se regardait dans une glace. Ces phénomènes singuliers l'effrayèrent enfin, et bien qu'elle n'éprouvât aucun malaise, elle se décida à entrer à l'hôpital, sept mois environ après l'époque où l'exophthalmie fut remarquée pour la première fois. C'est alors que nous avons constaté les particularités suivantes :

Février 1855. Exophthalmie double très-prononcée qui donne à la malade une physionomie très-singulière et qui exprime à la fois l'étonnement et l'anxiété. Les globes oculaires font également de chaque côté une saillie considérable en avant des arcades sourcilières. Tous leurs mouvements s'opèrent avec facilité. La sclérotique, la cornée transparente, l'iris présentent une coloration tout à fait normale. La conjonctive oculaire n'est nullement injectée. Les milieux de l'œil sont parfaitement transparents. La pupille se resserre et se dilate comme dans l'état normal. La malade n'éprouve aucun trouble de la vision, si ce n'est qu'elle remarque que ses yeux se fatiguent aisément, surtout lorsqu'elle travaille à la lumière d'une lampe. Les mouvements d'occlusion des paupières se font librement. La paupière supérieure est saillante, comme boursouflée, et forme au-dessous des sourcils une sorte de bourrelet qui ne s'efface pas, alors même que la malade ouvre ses yeux le plus possible. Ce bourrelet n'est d'ailleurs certainement pas le résultat d'une tuméfaction œdémateuse. Les conjonctives palpébrales sont d'une pâleur très-marquée.

La glande thyroïde est très-volumineuse. La tumeur qu'elle constitue paraît être formée surtout aux dépens du lobe droit qui a acquis le volume d'un œuf de poule environ. Elle est ovoïde, sans bosselures, mollasse, indolente, mobile dans tous les sens. Elle s'élève avec le larynx lorsque la malade fait un mouvement de déglutition. Elle est le siége de battements énergiques que l'on constate par la simple inspection et qui paraissent lui être communiqués par l'artère carotide correspondante. On ne remarque pas qu'elle soit le siége de mouvements d'expansion. La main appliquée sur la tumeur perçoit un frémissement cataire très-marqué qui se retrouve d'ailleurs à un degré peut-être plus prononcé encore sur les régions latérales du cou, au niveau des carotides. On perçoit, en outre, à l'aide du stéthoscope, dans ces mêmes points, ainsi que sur la tumeur thyroïdienne, un souffle d'une rudesse remarquable, continu, mais dont l'intensité est plus marquée au moment où s'opère la systole cardiaque.

Les artères carotides primitives, l'aorte abdominale au niveau de l'épigastre, sont le siége de pulsations violentes, visibles à distance. Elles soulèvent fortement à chaque battement les téguments des régions correspondantes. La main appliquée sur le trajet de ces vaisseaux est énergiquement soulevée et perçoit un frémissement très-remarquable. L'oreille y perçoit un souffle rude continu.

(1) Il a succombé depuis à une affection qui a présenté tous les caractères de la méningite tuberculeuse.

FEUILLETON.

ÉTUDES MÉDICALES SUR QUELQUES POÈTES ANCIENS ET MODERNES.

MARTIAL.

(Suite. — Voir les nos 34 et 37.)

Si les difformités physiques sont l'objet des railleries de Martial, si les maladies bien caractérisées figurent à chaque page de son œuvre, il agrandit encore le vaste champ de cette pathologie en empiétant sur le domaine des passions, en les considérant comme des infirmités qu'il s'arroge le droit de traiter, soit sérieusement, à force d'invectives, soit plaisamment, avec des remèdes de sa composition. Voici une épigramme (n° 60, livre 11e) qui doit nous intéresser à tous égards.

Il s'agit de deux beautés, Chionis et Phlogis, dont les mérites divers sont l'objet d'un examen approfondi. La première est la plus belle, mais l'autre a.... devinez quoi?

Pulchrior est Chione : sed Phlogis ULCUS *habet.*

Donc Phlogis a un *ulcus*, un ulcère, et l'on se demande où est l'avantage, Mais si l'on cherche dans les vers suivants, l'éclaircissement ne se fait pas attendre :

Ulcus habet, Priami quod tendere possit alutam,
Quod senem Pylium non sinat esse senem.

Cela commence à devenir plus clair; on comprend que les commentateurs aient dit : *Veneris sensum, urticas, pruriginem,* de sorte que cet *ulcus* imaginaire doit nous rassurer pleinement sur la santé de cette intéressante Phlogis. On voit quels miracles elle produirait sur ces illustres vieillards de l'ILIADE, seulement je serais fort embarrassé de traduire *alutam Priami*. Juvénal avait déjà dit (satire 6e, vers 324) :

Omnia fient
Ad verum, quibus incendi jam frigidus ævo
Laomedontiades et Nestoris hernia possit.
Tunc prurigo moræ impatiens, etc.

Martial n'est pas moins explicite. On voit que ces mots *scabies*, *prurigo*, empruntés au chapitre des dermatoses, expriment très-bien la pensée du poète et pour rendre toute erreur impossible, il ajoute à propos de cet *ulcus :*

Quod sanare Criton, non quod Hygia potest.

Hygie elle-même n'y pourrait rien, Criton seul peut le guérir. On voit que notre science est impuissante contre un pareil mal et que le beau Criton en a le spécifique; mais laissons là cette affaire de boudoir, Martial est passé

Le cœur a son volume normal, ainsi qu'on le constate à l'aide de la percussion. Son impulsion est forte, ses bruits sont éclatants, principalement le deuxième qui présente un timbre métallique bien marqué. Le premier de ces bruits est couvert au niveau de l'union de la troisième côte gauche avec le sternum, par un souffle qui présente à peu près les mêmes caractères de rudesse que celui qui a été perçu dans les gros vaisseaux du cou. Il n'existe pas de frémissement cataire à la région précordiale. Le pouls radial est peu volumineux, régulier, très-fréquent. Pendant tout le temps que la malade est soumise à notre observation, nous comptons de 95 à 100 pulsations par minute en moyenne. Une fois nous en comptons jusqu'à 136. Cependant la peau présente partout sa température normale. L'appétit est parfaitement conservé. La langue est naturelle. La voix est forte, un peu virile, mais c'est là une particularité qui remonte à l'époque de la puberté. La malade n'éprouve pas le moindre malaise. Elle n'a pas conscience des palpitations artérielles et cardiaques lorsqu'elle est en repos; mais lorsqu'elle a marché pendant longtemps ou qu'elle monte un escalier, elle éprouve quelques battements de cœur. Pas de dyspnée, les mouvements respiratoires ont leur fréquence normale. L'auscultation et la percussion de la région thoracique démontrent que les deux poumons sont parfaitement sains. Pas de toux.

Le foie et la rate ont leur volume habituel. Les digestions s'opèrent naturellement.

L'abdomen est souple et peu volumineux. Les urines ne contiennent pas d'albumine. Aucun trouble des organes des sens, à part ceux très-légers d'ailleurs que nous avons notés du côté de la vision. Il n'y a pas d'anesthésie ou même d'analgésie cutanée. Bien que la malade soit assez maigre, il n'y a pas de signes d'émaciation, rien qui indique une souffrance prolongée. La peau de la face et les membranes muqueuses des lèvres, des gencives et des paupières sont pâles; mais il n'y a pas de bouffissure. Les membres inférieurs ne sont pas œdémateux et n'ont jamais présenté la moindre enflure. La menstruation s'opère depuis la couche aussi régulièrement que par le passé.

Prescription : Chaque jour un granule de digitaline, sous-carbonate de fer 0,5 centigr.; trois portions d'aliments.

Au bout de huit jours de séjour à l'hôpital, la malade, qui ne trouve aucune amélioration dans son état, demande sa sortie.

Février 1856. Nous parvenons à la retrouver chez elle; elle nous apprend alors que quelques jours après sa sortie de l'hôpital, elle devint grosse. Au bout de trois mois, elle fut prise de douleurs et fit une fausse couche. A partir de cette époque, assure-t-elle, l'exophthalmie a commencé à décroître, et la tumeur thyroïdienne a diminué de volume peu à peu. Aujourd'hui nous constatons en effet que les yeux sont beaucoup moins saillants qu'ils ne l'étaient l'an passé, et que la tumeur du cou est environ moitié moins grosse. Les palpitations sont cependant toujours assez prononcées au cou et à la région précordiale, et nous comptons environ 110 pulsations par minute. La malade n'a cessé d'ailleurs de se bien porter et de vaquer à ses occupations. Elle nous apprend qu'elle ne s'est soumise à aucun traitement, et que dès sa sortie de l'hôpital, elle a cessé l'usage de la digitaline et des préparations ferrugineuses.

1er avril. L'exophthalmie est aussi prononcée qu'elle l'était en février. La tumeur du cou a complétement disparu. Les artères carotides sont encore le siége de battements visibles à distance. L'impulsion du cœur est cependant peu énergique, et l'auscultation ne fait percevoir à la région précordiale aucun bruit anormal. Seulement les battements ont un timbre métallique assez prononcé. Pouls régulier, 80 pulsations à la minute. La malade nous apprend qu'elle est enceinte de trois mois. Aucun trouble de la santé.

15. Nous observons C. G. au moment où elle vient de faire une promenade prolongée; elle éprouve quelques palpitations cardiaques. Le cœur a une impulsion assez énergique; pas de bruit de souffle; pas de battements visibles des artères carotides; mais les doigts appliqués sur leur trajet sont assez fortement soulevés. L'exophthalmie et le bourrelet sont toujours bien marqués. Pas la moindre trace de tumeur thyroïdienne; 68 pulsations régulières. Toutes les fonctions s'exécutent avec une régularité complète.

15 juin. Même état que le 15 avril.

Dans cette première communication, j'ai eu pour principal but d'appeler l'attention de la Société sur une affection à peine connue en France, et qui mérite cependant d'être attentivement étudiée; j'espère pouvoir plus tard revenir sur ce sujet avec des documents plus complets; je me bornerai, pour cette fois, à esquisser rapidement les traits les plus caractéristiques de cette maladie. Je terminerai d'ailleurs en indiquant les sources déjà fort nombreuses où l'on pourrait puiser les éléments d'une description moins abrégée.

§ I.

Il paraît certain, d'après l'ensemble des observations où la succession des phénomènes morbides a pu être étudiée avec soin, que ce sont les palpitations artérielles et cardiaques qui, en général, ouvrent la scène; la tumeur thyroïdienne apparaît ensuite à une époque qu'on ne saurait préciser; puis, en dernier lieu, se développe l'exophthalmie. Ces deux dernières affections sont d'ailleurs beaucoup moins essentielles à la maladie que ne le sont les palpitations; l'exophthalmie, en particulier, peut ne se montrer qu'à une époque très-tardive, et il est même des cas où elle fait complétement défaut. Les battements les plus violents et les plus précipités du cœur et des artères peuvent persister sans relâche pendant des mois, des années même; mais, en général, ils présentent une succession d'exacerbations et de rémissions, de durée variable, pendant lesquelles les autres symptômes se modifient dans le même sens. Tous les auteurs ont remarqué, en effet, que, pendant les accès, la tumeur du cou et la saillie des yeux prennent un développement insolite, qu'elles sont moins prononcées, au contraire, dans les moments de calme. Le pouls radial est presque toujours remarquablement accéléré. Ainsi l'on compte habituellement 95, 120, 130 pulsations à la minute (Romberg, Charcot).

Le docteur Stokes fait remarquer que les pulsations carotidiennes ne correspondent guère aux pulsations radiales que par leur fréquence extrême. Celles-ci sont presque toujours faibles, alors même que celles-là sont très-violentes. L'aorte abdominale peut être, comme les artères du cou, affectée de battements énergiques (Charcot). Les artères qui rampent à la surface de la thyroïde paraissent quelquefois nombreuses, volumineuses, et elles battent avec force. Il est des cas où les pulsations artérielles sont tellement fortes qu'elles semblent prédominer sur les palpitations cardiaques (*Id.*) Les principaux troncs artériels sont le siége d'un frémissement cataire; l'auscultation pratiquée sur le trajet de ces vaisseaux y fait constater l'existence d'un souffle rude, continu, avec redoublements (*Id.*)

Ce souffle existe-t-il plus particulièrement chez les sujets frappés d'anémie? Le rencontre-t-on à peu près au même degré chez ceux qui ne présentent aucun signe d'appauvrissement du sang? Chez Caroline C., les bruits du cœur avaient un timbre métallique des plus prononcés; le premier de ces bruits était couvert par un souffle rude, dont le maximum siégeait à la base. Tantôt la matité de la région précordiale ne s'étend pas au delà de ses limites normales; d'autres fois, au con-

---

maître en pareille occurrence, et voyons si nous ne rencontrerons pas dans son recueil quelque maladie plus réelle.

Nos lecteurs n'ont peut-être pas oublié ce passage de Juvénal :

Podice levi
Cæduntur tumidæ, medico ridente, mariscæ.

Ces marisques ont fourni à Martial une épigramme (livre 7e, n° 71) ou plutôt un jeu de mots que nous dédaignerions volontiers si ce morceau n'avait que ce mince intérêt. Il est intitulé : *De familia ficosa*. Or les fics, comme les marisques de Juvénal, sont des excroissances assez mal placées, et que le poëte a l'air de considérer comme contagieuses, ce qui, pour le dire en passant, méritera de notre part un léger examen dans la suite de ce travail. Mais voici le texte de Martial et ses singuliers rapprochements :

Ficosa est uxor, ficosus et ipse maritus;
Filia ficosa est, et gener, atque nepos.

Toute la famille est atteinte du même mal, et encore il ne se borne pas là, le ravage s'est étendu jusqu'aux proches, aux serviteurs, aux esclaves :

Nec dispensator, nec villicus ulcere turpi,
Nec rigidus fossor, sed nec arator eget.

On voit que personne n'a échappé à ce mal immonde, et que l'on peut facilement remonter à sa source empoisonnée. Martial se contente de cette généalogie et il ajoute :

Quum sint ficosi pariter juvenesque senesque,
Res mira est, ficos non habet unus ager!

C'est un simple calembour, comme on en rencontre assez souvent dans ces poésies légères qui ne brillent pas toujours par un goût bien pur. Tant de figues et pas un figuier! dirions-nous en français. Mais cherchons quelque chose de plus sérieux, un mal plus redoutable, une de ces lésions cruelles, horribles, qui font désirer la mort, comme celle de pauvre Festus qui est décrite n° 79, livre 1er :

Indignas premeret pestis quum tabida fauces
Inque ipsos vultus serperet atra lues.

De quoi s'agit-il ici? *Pestis tabida premeret fauces, atra lues vultus serperet,* on peut rapporter ces expressions énergiques à une affection cancéreuse, car, ne l'oublions pas, Festus, le malade, était vieux, il était l'ami du prince; il avait une de ces lésions graves qui sont le partage des vieillards. Quoi qu'il en soit, Festus a pris la résolution de mourir; il console ses amis, il ne veut pas souiller sa bouche par un poison obscur, il ne veut pas se laisser mourir de faim :

Nec tamen obscuro pia polluit ora veneno,
Aut torsit lenta tristia fata fame.

Il se perce de son épée, il ouvre à son âme une plus noble route, comme Caton, comme ces stoïciens farouches qui disposaient de leur vie.

Dimisitque animam nobiliore via.

traire, on a observé tous les signes qui indiquent l'existence d'une augmentation de volume du cœur. Il n'y a pas d'indices de fièvre ; la température du corps reste naturelle, et les fonctions de nutrition continuent à s'exercer pendant un temps souvent fort long, sans éprouver d'atteinte sérieuse. Mais, chez la plupart des sujets, une anémie plus ou moins profonde, qu'on observe même quelquefois dès le début, ne tarde pas à paraître. Il s'y joint souvent les troubles nerveux les plus variés, tels que pica, hémicranie, vertiges, bruissements dans les oreilles, attaques hystériformes, état habituel d'excitation, etc. Ces phénomènes peuvent faire complétement défaut.

Plusieurs cas se sont terminés par la mort. Les forces ont alors diminué progressivement, et la cachexie est devenue de plus en plus profonde ; l'anasarque sans accompagnement d'albuminurie, la bronchite, la congestion pulmonaire, la pneumonie lobulaire, telles sont les affections qui, le plus communément, ont précédé et peut-être déterminé l'issue funeste.

On cite, par contre, d'assez nombreux exemples d'une terminaison heureuse. Tout porte à espérer que la guérison deviendra complète chez la malade dont j'ai rapporté l'histoire ; cependant il serait imprudent d'augurer qu'il en sera certainement ainsi, malgré l'amélioration si marquée qui s'est déjà manifestée sans l'aide d'aucune médication. En effet, dans l'affection dont il s'agit, les récidives sont fréquentes, et tel malade qu'on avait pu croire radicalement guéri pendant des mois, des années même, a été ensuite repris des accidents caractéristiques, et a fini par succomber. D'un autre côté, il ne faut pas s'attendre à voir toujours le goître et l'exophthalmie disparaître, même dans les cas les plus heureux, et alors que les palpitations ont depuis longtemps cessé. Ces deux affections peuvent en effet persister, malgré la guérison, comme des traces indélébiles de la maladie.

(*La suite au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE THERMALE.

MÉMOIRE SUR L'INFLUENCE DES EAUX MINÉRALES SULFUREUSES SUR LA SYPHILIS; présenté à l'Académie de médecine le 19 décembre 1854; par le docteur BAIZEAU, médecin major au 58e de ligne.

L'action des eaux minérales sulfureuses sur la syphilis est loin d'être encore parfaitement connue ; pendant longtemps, et on peut dire jusqu'à ces dernières années, c'était une opinion bien arrêtée chez la plupart des médecins que la syphilis et tous les phénomènes morbides qui en sont la conséquence n'obtenaient aucune amélioration de leur usage, et que loin d'amener une guérison, toutes les eaux thermo-minérales ne faisaient que les aggraver et mettre souvent au jour les infections virulentes latentes. Aussi avait-on admis qu'aucun malade atteint de maladies vénériennes ne devait être envoyé à ces eaux ; et dans les instructions adressées par le conseil de santé des armées aux médecins militaires, était-il prescrit de ne diriger aucun syphilitique sur les établissements thermaux.

Quoique ces idées reposassent sur l'observation et eussent pour appui des autorités puissantes et les écrits du plus grand nombre des auteurs qui ont traité des eaux minérales, des assertions contraires ont été émises dans ces derniers temps par quelques praticiens et sont venues jeter le doute dans une question qui semblait résolue et désormais sans appel. Depuis lors, malgré les défenses des premiers observateurs, on a commencé à voir quelques syphilitiques au milieu des masses considérables de malades qui se précipitent chaque année vers les thermes. Il faut donc espérer que de nouveaux faits pourront être recueillis, et qu'avant peu la question en litige pourra être tranchée. Ayant eu occasion, pour mon compte particulier, de rencontrer dans plusieurs établissements thermaux sulfureux un assez grand nombre de syphilitiques faisant usage de ces eaux, et ayant été récemment chargé de diriger le service médical des eaux sulfureuses de Viterbe (État pontifical), où ont été envoyés une quantité assez grande de malades atteints d'accidents vénériens, il m'a été permis de faire quelques remarques que je viens soumettre à la judicieuse appréciation de l'Académie.

Les malades qui ont fourni les faits sur lesquels est basé ce travail ne s'élèvent pas au delà de quarante ; toutefois, la plupart ayant des accidents multiples. J'aurais désiré attendre pour pouvoir augmenter ce chiffre, reconnaissant que ce n'est qu'à l'aide d'observations nombreuses qu'on peut établir des lois solides et à l'abri de toute contestation ; mais un mémoire sur le même sujet venant d'être présenté dernièrement à l'Académie, j'ai pensé qu'il pourrait peut-être y avoir quelque intérêt à faire connaître aujourd'hui les résultats de mon expérience.

Dans la syphilis, il y a deux choses à considérer : l'infection générale et les divers accidents qui sont sous sa dépendance et traduisent sa présence à l'extérieur. Quoique ces derniers soient la conséquence de l'infection et que leur marche lui soit subordonnée comme l'effet à la cause, cependant ils conservent encore une certaine liberté dans leurs allures dont il convient de tenir compte, c'est-à-dire que des lésions syphilitiques peuvent disparaître soit d'elles-mêmes, soit sous l'influence de traitements divers, sans que la constitution vénérienne ait été modifiée ou éteinte. A l'époque où régnait en souveraine la doctrine physiologique, le traitement simplement antiphlogistique, si vivement défendu par M. Desruelles, nous en a fourni de nombreux exemples. La médication employée contre la syphilis peut donc agir de deux manières : ou en se bornant à guérir tel ou tel accident, c'est ainsi que la cautérisation triomphe souvent seule du chancre, que les antiphlogistiques arrêtent une adénite et en obtiennent la résolution ; ou en s'attaquant directement au virus et le détruisant, comme le font les mercuriaux et l'iodure de potassium. Dans l'étude de l'action des eaux minérales sulfureuses sur la vérole, il y a alors à se demander comment ces eaux agissent, en supposant qu'elles aient quelque efficacité. Ont-elles une action directe sur le virus comme les spécifiques, ou bien se bornent-elles à modifier tel ou tel accident ? Cette distinction est loin d'être inutile, car, quoique parfaitement établie par tous ceux qui se sont occupés d'affections syphilitiques, il est évident pour moi que si des assertions contradictoires ont été émises sur les effets des eaux sulfureuses dans la syphilis, cela tient à ce que les observateurs n'ont pas prêté attention à cette différence. Ainsi, celui qui a vu

---

L'expression est belle, et c'est là, pour le dire en passant, ce qui rehausse singulièrement le mérite de l'œuvre de Martial. Souvent au milieu d'une pièce qui révolte nos délicatesses, qui montre à nu les turpitudes d'un monde voué aux plus grossiers appétits, on rencontre un trait brillant, une idée pleine de couleur et de lumière, un jet heureux de cette flamme sacrée allumée au foyer de Virgile et d'Ovide, d'Horace et de Juvénal. Il faut bien reconnaître que l'esprit de Martial, avec tout son piquant, n'eût peut-être pas eu tant de succès si la forme ne lui fût venue en aide, si de beaux vers, frappés au coin du génie, n'eussent recommandé à la postérité des compositions si indignes d'elle sous tant d'autres rapports.

Mais voici une maladie fort analogue à la précédente, seulement elle s'est développée chez une jeune fille et l'a tuée avant sa septième année accomplie. Martial, qui a écrit son épitaphe, livre 11e, n° 91, fait voir ici un peu de cette sensibilité qu'il déploie si rarement ; le genre de mort de cette enfant est plus triste que sa mort même :

Tristius est leto leti genus : horrida vultus
Abstulit, et tenero sedit in ore lues,
Ipsaque crudeles ederunt oscula morbi,
Nec data sunt nigris tota labella rogis.

Une horrible plaie a dévoré son visage et sa bouche charmante, et le bûcher n'a pas reçu ses lèvres entières. Remarquez encore ces expressions si heureuses, *crudeles morbi ederunt oscula*, et tâchez de trouver en français quelque chose qui en rende l'énergique élégance ; *nec tota labella data sunt rogis*, encore une petite phrase qui défie nos plus habiles traducteurs. Cependant M. Dubos père, qui a consacré tant d'années et de talent à nous donner un Martial en vers (le Martial possible), ne s'est pas tenu trop loin de son modèle :

Un ulcère rongeur osa décomposer
Son visage si frais, sa lèvre si fleurie,
Organe et trône du baiser ;
Et son bûcher n'en eut qu'une partie.

On voit que la maladie de la jeune Canace a suivi une marche très-rapide ; le poëte dit en effet :

Si tam præcipiti fuerant ventura volatu,
Debuerant alia fata venire via.

Était-ce donc une de ces gangrènes de la bouche si bien décrites par nos confrères qui s'occupent des affections morbides du jeune âge ? On le croirait volontiers, et si cette jeune fille fut jugulée par un mal redoutable, Martial en donne la raison :

Sed mors vocis iter properavit claudere blandæ :
Ne posset duras flectere lingua Deas.

Si la Mort dut sitôt la soumettre à ses lois,
Fallait-il que ce fût par ce mal effroyable ?
Mais elle se hâta de lui ravir la voix
De peur qu'elle fléchît la Parque impitoyable.

des syphilides disparaître sous le régime thermo-minéral a affirmé l'efficacité de ce traitement; celui, au contraire, qui s'est trouvé en présence d'un ulcère vénérien ou de toute autre altération résistant aux bains et aux boissons sulfureuses, a soutenu une opinion opposée; en un mot, sur le simple fait de l'amélioration ou de la disparition d'un accident syphilitique, on en a conclu la guérison de l'infection, tandis qu'il peut se faire qu'on n'ait détruit qu'un des éléments de la syphilis, sans changer en rien celle-ci. J'ai donc voulu éviter cette erreur en séparant les résultats fournis par l'action des eaux sur chacune des altérations syphilitiques de ceux obtenus sur l'infection elle-même.

I. — Action des eaux minérales thermo-sulfureuses sur les accidents syphilitiques.

Dans les différents cas que j'ai observés, les effets produits par les eaux thermales ont été variés; tantôt j'ai vu une guérison ou une amélioration manifeste, tantôt, au contraire, l'état morbide s'est aggravé; d'autres fois, enfin, il n'y a eu aucune modification en bien ou en mal, aucun changement apparent. La plus ou moins grande intensité des symptômes, leur nature, ont été les causes principales de cette différence dans les résultats.

1° *Suivant l'acuité des accidents*. — On sait que toutes les affections encore trop récentes et dans une période inflammatoire mal éteinte sont en général surexcitées par l'usage prématuré des eaux thermo-sulfureuses. Les maladies syphilitiques subissent la même influence. Chez tous les malades atteints de chancre, adénite, douleurs rhumatoïdes, hydarthrose, métrite, etc., encore trop voisins de l'état aigu, toutes ces affections ont été vivement surexcitées, et quelquefois même non-seulement les phénomènes inflammatoires ont pris localement une intensité excessive, mais il s'y est ajouté une réaction générale vive caractérisée par une fièvre très-forte, avec céphalalgie, soif ardente et chaleur brûlante à la peau. C'est ainsi que j'ai vu des chancres d'origine récente s'enflammer et doubler d'étendue après quelques jours de traitement thermal, j'ai observé les mêmes phénomènes relativement à des adénites qui sont devenues douloureuses et ont augmenté rapidement de volume : deux ont abcédé, et toutes seraient évidemment passées à la suppuration si je n'avais immédiatement cessé la prise des eaux. Dans les observations annexées à ce travail, on trouvera un exemple intéressant de la recrudescence d'une syphilide chez un homme atteint d'impetigo syphilitique du cuir chevelu. Toutefois, je dois faire remarquer que si j'ai observé plusieurs cas de syphilides peu anciennes accrues par l'usage des eaux sulfureuses, j'en ai rencontré plusieurs qui ont été modifiées avantageusement, quoique l'éruption ne datât que de peu de jours. Il en est de même des douleurs rhumatoïdes, qui se sont montrées d'autant plus vives qu'elles étaient moins anciennes. Les douleurs ostéocopes, liées aux périostoses ou exostoses en voie de développement ont également été augmentées, et dans les arthralgies subaiguës : arthrite ou hydarthrose syphilitiques, j'ai toujours observé des résultats analogues. Le plus ordinairement il m'a suffi, dans toutes ces recrudescences, de suspendre l'usage des eaux pour que la surexcitation se dissipât, toutefois, dans quelques cas, il a fallu recourir à une médicatioo antiphlogistique. Chez plusieurs de ces malades, voulant savoir si le surcroît d'activité provenait des bains plutôt que de la boisson, j'ai suspendu les premiers et j'ai continué les eaux sulfureuses en boisson; chez d'autres, après la disparition de la recrudescence, j'ai prescrit trois ou quatre verres d'eau minérale par jour, sans bain; chez les premiers, les phénomènes d'acuité ont continué, et ils ont reparu chez les seconds.

L'acuité des lésions syphilitiques n'est cependant pas la seule cause de leur aggravation, car, en effet, il est très-ordinaire de voir des accidents très-anciens sans aucune apparence inflammatoire se réveiller sous l'impulsion des eaux thermo-sulfureuses, et arriver parfois à un état aigu très-prononcé. Aucun rapport n'existant entre l'acuité de l'affection et la recrudescence produite par les eaux, il faut donc supposer que cette surexcitation tient, non pas au plus ou moins d'irritabilité des symptômes, mais à l'état d'excitation plus ou moins grand dans lequel se trouve le virus lui-même. Il est indubitable que sa manière d'être dans l'économie varie, puisqu'aujourd'hui il peut rester latent et que plus tard, sous une influence stimulante quelconque, souvent inconnue, on le voit déployer une activité excessive et reparaître extérieurement après un repos souvent très-prolongé.

2° *Suivant la nature des accidents*. — Les résultats, ai-je dit plus haut, varient suivant la *nature* des accidents. Voici ce que j'ai observé sur des malades ayant des affections essentiellement chroniques :

Adénites indolentes. — Il n'est pas très-rare de rencontrer des indurations ganglionnaires quelquefois même énormes, développées sous l'influence de la syphilis, et qui ont persisté malgré tous les traitements spécifiques. Ces indurations, qu'on est en droit de regarder comme indépendantes d'un état syphilitique constitutionnel et entretenues simplement par l'altération moléculaire qui s'est faite dans la gangue ganglionnaire, lorsque toutes les autres manifestations vénériennes ont disparu à la suite du traitement, cèdent souvent à l'usage des eaux sulfureuses en bains, en boissons et surtout en douches; tandis que les adénites chroniques liées encore à l'infection virulente ne m'ont presque jamais paru avoir tendance à la résolution, au contraire, sur cinq cas, j'en ai vu quatre chez lesquels l'inflammation s'est réveillée. Les ganglions engorgés sont devenus plus sensibles, leur volume s'est accru; tout, en un mot, annonçait une recrudescence phlegmasique qui a nécessité la suspension de l'emploi des eaux.

Douleurs rhumatoïdes. — Sur 15 malades atteints de douleurs rhumatoïdes siégeant soit dans la continuité des membres, soit au niveau des articulations, 2 seulement ont été soulagés par le traitement thermal, les 13 autres oot accusé des souffrances plus vives dès les premiers jours du traitement; elles ont été telles pour quelques-uns qu'ils n'ont pas pu continuer l'usage des eaux. Mais, en général, ces douleurs sont revenues peu à peu à leur état primitif, offrant des recrudescences à plusieurs reprises, et principalement pendant les temps humides et pluvieux. Quelques syphilitiques qui avaient eu des douleurs dissipées avant leur arrivée aux eaux les ont vues reparaître. M. Armand, médecin militaire, annonce, dans un travail qu'il a fait sur les eaux minérales de Viterbe, des résultats un peu plus avantageux; sur 29 malades atteints de douleurs rhumatoïdes, 16 en auraient obtenu l'extinction ou la diminution; chez 13, elles seraient restées stationnaires ou se seraient aggravées. Plusieurs de nos malades présentaient en même temps une difficulté plus ou moins grande dans les mouvements de plusieurs articulations : les uns ne pouvaient pas lever le

---

Ces quatre vers de M. Dubos sont fort bien tournés, ils rendent exactement le sens du latin, ils en ont la brièveté, la douceur et l'éclat; on voit que le vieux professeur du collége Louis le Grand, habitué à cette lutte perpétuelle contre son auteur favori, s'est rendu digne de lui, ce qui n'est pas peu dire.

Jusqu'ici nous avons trouvé dans l'œuvre de notre poëte beaucoup plus de médecine que de chirurgie; tâchons de rétablir l'équilibre et montrons que Martial n'a pas oublié les opérateurs de son temps. On trouve dans le livre 11e, sous le n° 84, une épigramme assez vive, assez plaisante contre le barbier Antiochus. Ce bourreau maladroit écorche ses pratiques, les mentons qui s'adressent à lui sont bientôt couverts de cicatrices, comme le visage des vieux athlètes, comme celui des maris qu'attaquent les ongles d'une femme acariâtre; enfin, il est plus redoutable que le chirurgien Alcon quand il opère une hernie ou réduit une fracture :

Mitior implicitas Alcon secat enterocelas,
Fractaque fabrili dedolat ossa manu.

Toute hyperbole à part, il s'ensuit que le docte Alcon n'avait pas la main légère en opérant une hernie intestinale ou bien en replaçant des os brisés. *Manu fabrili* est une injure; reste à savoir jusqu'à quel point elle est méritée. N'est-ce pas cet éternel reproche adressé aux chirurgiens? La main qui agit sur un membre rompu, qui rapproche des fragments osseux, cause nécessairement une douleur aiguë; le bistouri qui divise les chairs arrache des cris au patient, et celui qui les endure attribue à l'homme de l'art des souffrances nécessaires; cette main ferme qui remédie au mal semble cruelle à celui qui subit la torture d'une opération bienfaisante, et l'épithète *fabrilis* s'échappe d'une bouche qui, plus tard, bénira le chirurgien de ses rigueurs salutaires. On n'avait pas encore inventé le chloroforme!

L'Italie moderne a conservé l'habitude d'attribuer à l'opérateur la fâcheuse issue d'une maladie exigeant une opération, J'ai vu à Florence, dans une église remplie de monuments funéraires, un bas-relief en marbre, dans lequel on représentait la mort (sous la forme du squelette consacré) portant le fer dans l'abdomen d'une jeune fille hydropique. C'était une allégorie bien claire à l'adresse du médecin qui avait fait cette ponction; seulement on n'avait pas mis le nom et l'adresse de ce confrère. C'est de la sculpture diffamatoire qui n'est pas rare chez nos voisins. Ils ont même la singulière habitude d'indiquer dans leurs épitaphes la maladie à laquelle le défunt a succombé, ce qui peut servir aux amateurs de statistique et à ceux qui croient à l'hérédité de certaines affections morbides.

Revenons à Martial qui est moins sérieux. Il nous parle d'un certain Fabianus (n° 84, livre 12e) qui avait coutume de se moquer des infirmités de son prochain, et qui, dans les thermes publics, criblait d'épigrammes tous ceux qui avaient des hernies, des hydrocèles ou toute autre tumeur scrotale :

Derisor Fabianus herniarum,
Omnes quem modo colei timebant
Dicentem tumidas in hydrocelas.

Disons que ce moqueur eut son tour et qu'il dut se taire. Mais cette coutume de se baigner en public, sans vêtements, et même sans que rien séparât les

bras, même à angle droit; les autres n'étendaient qu'imparfaitemeot l'avant-bras sur le bras. Tous ont conservé la même gêne de mouvements, à l'exception d'un seul, chez lequel les douleurs rhumatoïdes ont aussi disparu également.

Syphilides. — De tous les accidents de nature vénérienne que j'ai remarqués, les syphilides sont ceux contre lesquels les eaux thermo-sulfureuses ont montré le plus d'efficacité. Le plus grand nombre de syphilides sur lesquelles a porté mon observation étaient des psoriasis, des pustules et des papules; presque toutes se sont dissipées aussi rapidement que les mêmes affections cutanées qui n'étaient pas sous la dépendance de la syphilis, et qui ont été soumises au même traitement. M. Armand a, de son côté, consigné dans son ouvrage de nombreux exemples de guérison. Les résultats sont-ils aussi avantageux dans toutes les variétés de syphilides? Je ne suis malheureusement pas en mesure de me prononcer. Je n'ai eu qu'un cas d'impetigo, et il a augmenté; chez un autre malade, une syphilide tuberculeuse est restée stationnaire. D'autre part, non-seulement j'ai rencontré des syphilides, même à forme psoriasique, qui ont résisté à l'usage des eaux, mais j'en ai vu se développer sous l'influence de ces dernières. Cependant on peut, en résumé, affirmer que le plus souvent les syphilides sont heureusement modifiées par les eaux thermo-sulfureuses.

Arthropathies. — Quatre cas d'hydarthrose des genoux, avec engorgement des cous-de-pied, sont les seules maladies articulaires que je puisse signaler. Soumises à l'usage des bains, puis à celui des douches, 2 n'ont obtenu aucun changement, les 2 autres ont été aggravées; l'épanchement a augmenté, une douleur plus vive s'est emparée des articulations, et pour l'une d'elles, j'ai été forcé de recourir aux vésicatoires volants, qui ont amendé les accidents.

Ulcères. — Les chancres primitifs ou consécutifs, les ulcères succédant à des syphilides : ecthyma, impétigo, tubercules ou à des indurations du tissu cellulaire, etc., n'ont jamais été modifiés avantageusement. Quelquefois ils sont restés stationnaires, mais le plus souvent ils se sont enflammés, la suppuration est devenue abondante et sanieuse, leur sensibilité s'est considérablement augmentée; quelques-uns prenant la forme serpigineuse se sont promptement accrus tant en surface qu'en profondeur. Cette recrudescence s'est presque toujours montrée dans la première quinzaine du traitement. J'en ai rapporté plus bas un bel exemple dans la cinquième observation. M. le docteur Armand a fait également la remarque que les ulcères syphilitiques n'obtenaient aucune amélioration par le traitement thermo-sulfureux.

Douleurs ostéocopes, périostoses, exostoses. — Les douleurs ostéocopes se sont le plus souvent mal trouvées de l'usage des bains et des boissons sulfureuses. Quant aux tumeurs périostiques, elles m'ont semblé n'éprouver aucune modication chez 4 malades que j'ai observés; cependant j'étais parvenu à l'aide de douches légères à obtenir en partie la résolution d'une de ces tumeurs lorsqu'une réaction générale avec aggravation de tous les accidents vint compromettre ce demi-succès.

N'ayant observé aucun cas de carie ou de nécrose, il m'est impossible d'en parler. Toutefois ne peut-on pas, d'après ce que nous avons déjà vu, supposer que les effets produits sur elles par les eaux ne doivent pas être très-favorables.

Cachexie syphilitique. — Plusieurs malades pâles, anémiques, très-amaigris et considérablement affaiblis par suite de l'infection qui les minait depuis longtemps, plongés en un mot dans une cachexie syphilitique profonde ont mal supporté les eaux, ils ont été vite fatigués par les bains, et plusieurs pris de courbature et de fièvre ont dû mettre fin au traitement minéral pour quelque temps.

Urétrite chronique. — Pour l'urétrite chronique qui peut être rattachée à ce sujet, je dirai qu'il m'a été donné de voir des écoulements disparaître sans aggravation préalable; d'autres fois j'ai noté des recrudescences, et dans ces cas l'urétrite a diminué peu à peu, tantôt pour s'éteindre complétement, tantôt pour revenir à son point de départ et rester stationnaire.

Ce tableau des accidents syphilitiques est certainement incomplet, mais les faits m'ont malheureusement manqué. Cependant, d'après ce qui précède, on voit qu'en général, sauf les syphilides et quelques cas de douleurs rhumatoïdes, les eaux minérales sulfureuses n'offrent aucun effet avantageux contre les accidents syphilitiques, quelle que soit leur phase d'évolution, qu'ils soient primitifs, secondaires ou tertiaires.

On a conseillé et on a même vanté l'usage des eaux minérales thermo-sulfureuses pour les individus profondément affaiblis par un traitement mercuriel prolongé. Si l'on prend des malades chez lesquels l'infection virulente n'est pas encore éteinte, le plus souvent on échouera, comme j'en ai vu plusieurs exemples; mais si, au contraire, le virus syphilitique n'existe plus dans l'économie, alors il est positif qu'on a tout lieu d'espérer d'heureux résultats; c'est qu'en effet on rentre dans le cadre pathologique non spécifique, et il est facile de comprendre, sans pour cela admettre que les principes minéralisateurs agissent sur le mercure ou en débarrassent l'organisme d'une manière quelconque, que ces eaux par leurs propriétés excitantes puissent donner un coup de fouet efficace à tous les rouages de la vie en les stimulant. Les fonctions, de lentes et paresseuses, deviennent plus actives; l'assimilation étant plus complète, l'embonpoint et les forces renaissent bientôt. C'est là ce que l'on observe chez une foule de malades débilités non-seulement par un long traitement mercuriel, mais par des fièvres intermittentes, typhoïdes ou d'autres affections.

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

(Suite.)

I. ASSOCIATION MEDICAL JOURNAL,

By John Rose Cormack.

CAS D'ANÉVRISME DE L'ARTÈRE CAROTIDE INTERNE GAUCHE DANS LE CRANE, DIAGNOSTIQUÉ DURANT LA VIE ET GUÉRI PAR LA LIGATURE DE L'ARTÈRE CAROTIDE COMMUNE GAUCHE; par M. Coe.

Obs. — Une femme âgée de 55 ans, qui avait joui d'une bonne santé jusqu'alors, ayant eu une altercation vive avec son mari, reçut plusieurs coups

---

deux sexes, donne matière à une foule de mauvaises plaisanteries qu'on retrouve presque à chaque page de l'œuvre de Martial. Les juifs seuls affectaient plus de réserve, parce que la circoncision était alors une chose honteuse. Horace, Juvénal et Martial ont en un profond mépris pour les peuples de l'Orient qui se soumettaient à cette mutilation.

Voici une épigramme singulière (nº 56, livre 9) qui renferme l'indication d'un bon nombre de talents chirurgicaux fort prisés par le monde élégant de Rome. Martial s'adresse à un certain Gallus qui le persécute en exigeant de fréquentes visites :

Totis, Galle, jubes tibi me servire diebus,
Et per Aventinum, ter quater ire tuum.

Il paraît que la course était longue; aussi se récrie-t-il contre une telle fatigue : il se plaint d'être brisé, rompu, et après avoir cité les hommes habiles qui guérissent une foule de maux, il demande qui le guérira de la courbature gagnée à ces voyages si nombreux.

Eximit, aut reficit dentem, Cascellius, ægrum.

Ainsi voilà un dentiste, Cascellius, qui arrache une dent malade ou qui la conserve, ce qui est plus habile.

Infestos oculis uris, Higine, pilos.

Higinus l'oculiste cautérise les poils, les cils qui nuisent à l'œil, et cette méthode de traitement contre le *trichiasis* est encore usitée de nos jours.

Non secat, et tollit stillantem Fannius uvam.

La luette est-elle relâchée, Fannius ne la coupe pas, il la relève; reste à savoir comment. Martial aurait dû nous le dire, et plus d'un médecin moderne en eût fait son profit.

Tristia servorum stigmata delet Eros.

La chirurgie réparatrice était déjà inventée; Eros effaçait les honteux stigmates de l'esclavage, et ce ne devait pas être un art inutile dans un monde où le maître avait droit de vie et de mort sur les serviteurs de sa maison, où l'on se faisait un jeu des mutilations les plus affreuses.

Enterocelarum fertur Podalirius Hermes.

Voici Hermès qui est le Podalire des gens affectés de hernies, et plus habile sans doute que cet Alcon dont nous avons parlé précédemment. Martial, après cette énumération de spécialités renommées, s'écrie :

Qui sanat ruptos, dic mihi, Galle, quis est?

Dis-moi, Gallus, quel est le médecin qui guérit les éreintés? On pourrait encore demander la même chose aujourd'hui; mais si Martial vivait, il lirait la quatrième page des grands journaux, il s'arrêterait à chaque coin de rue où s'étalent des affiches de toute couleur, de toute dimension, il serait peut-être abonné à certaines feuilles plus ou moins médicales, et riche de documents puisés à ces sources fécondes, il saurait qu'il n'y a plus de maladies incu

sur la tête durant la querelle; elle fut en proie à une colère très-vive. Elle fit en même temps de grands efforts pour soulever de pesants fardeaux. Cinq minutes après qu'elle fut revenue un peu de cette surexcitation, elle se plaignit à une voisine d'une sensation extraordinaire (bruit de battement et de bourdonnement) dans la tête, qu'elle n'avait jamais éprouvé auparavant et qui, disait-elle, avait continué sans cesser depuis cette époque jusqu'au jour où M. Coe la vit, du mois de juin au mois de novembre 1851.

Elle comparait ce bruit à celui d'une pompe à feu et disait qu'elle l'entendait plus distinctement dans l'oreille gauche que dans l'oreille droite, et qu'il était accompagné d'un bruit continu, semblable au roulement du tonnerre dans le lointain. Elle l'entendait plus distinctement près de l'angle supérieur et postérieur de l'os pariétal droit.

Depuis que ces symptômes s'étaient manifestés, elle n'avait pu rester couchée, et elle était obligée de dormir assise. Quoique rêvant d'habitude, cependant ses rêves étaient devenus très-effrayants. Ils la réveillaient en sursaut et la remplissaient de terreur.

A l'examen, on ne distinguait pas de son anormal dans la région du cœur ou des grands vaisseaux. Mais vers la région du cou, on distinguait un bruit anévrismal très-fort, isochrone avec le pouls. On l'entendait distinctement sur toute la surface de la tête, mais plus fort sur l'os pétreux gauche. En comprimant l'artère carotide commune droite, on ne faisait pas cesser le bruit, tandis qu'il cessait immédiatement lorsqu'on comprimait la carotide commune gauche. Il y avait un léger strabisme de l'œil gauche; elle ne voyait pas aussi bien de l'œil gauche que de l'œil droit.

L'ouïe n'était pas affectée; cependant le bruit qui avait lieu était si grand qu'il étouffait celui produit par les voitures qui passaient dans la rue. A moins de diriger fortement son attention de ce côté, en se livrant à un examen attentif, on ne distinguait pas de tumeur sur les parties extérieures de la tête et du cou, de même que dans les cavités nasale, buccale et pharyngienne.

M. Coe diagnostiqua un anévrisme de la carotide interne gauche à son entrée dans le sinus caverneux, immédiatement après son émergence de la portion pétrée de l'os temporal.

Le 11 décembre 1851, la patiente ayant été soumise aux inhalations du chloroforme, M. Coe fit la ligature de l'artère carotide commune gauche. La ligature était pratiquée, le bruit cessa tout à coup; mais très-peu d'instants après, un murmure doux et presque continu lui succéda. On le percevait en appliquant le stéthoscope, immédiatement au-dessus de l'oreille gauche.

La malade put garder la position horizontale cinq heures après l'opération.

13 décembre. Elle n'entend plus aucun bruit dans la tête, même lorsqu'elle y prête toute son attention.

15. Elle a des rêves horribles; elle peut entendre distinctement les voitures qui passent dans la rue.

18. Elle a bien dormi, pas de rêves effrayants. La ligature ne tomba que le trente-troisième jour.

16 février. L'abduction de l'œil gauche est presque parfaite. La patiente est considérée comme guérie.

II. MEDICAL TIMES AND GAZETTE.

Les livraisons hebdomadaires d'octobre, novembre, décembre 1855, et janvier, février et mars 1856, contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Cas d'hémorrhagie après la délivrance, accompagnée de violentes douleurs arrêtées par l'introduction de la main dans l'utérus*; par M. Ramsbotham. 2° *Cas de grossesse imaginaire*; par M. Beate. 3° *Épithélium des cellules aériennes dans les poumons humains*; par M. F. Williams. 4° *Inflammation du col de l'utérus*; par M. Rigly. 5° *Du traitement moderne des maladies chroniques de la peau.* 6° *Nouvelle forme de membrane artificielle du tympan*; par M. T. Westropp. 7° *Cas d'hématémèse, avec remarques*; par M. H. Jones. 8° *Cas de cyanose avec extrême contraction de l'orifice de l'artère pulmonaire*; par M. Speer. 9° *De la rupture du périnée*; par M. Baker-Brown. 10° *Notes sur les maladies traitées le plus communément dans les hôpitaux de Scutari*; par M. Bakewell. 11° *Quelques remarques sur les maladies chirurgicales des enfants*; par M. G. Forster. 12° *Recherches expérimentales sur la faculté qu'ont certains éléments du sang de régénérer les propriétés vitales*; par M. Brown-Séquard. 13° *De l'apoplexie en rapport avec les maladies chroniques des reins*; par M. Kirkes. 14° *Anesthésie locale au moyen du froid*; par M. J. Arnott. 15° *Cas de rétablissement spontané de l'utérus gravide rétroversé*; par M. Ramsbotham. 16° *De l'influence qu'a la circoncision de préserver de la syphilis*; par M. Hutchinson. 17° *Mode simplifié d'opération du phimosis congénital*; par M. H. Dick. 18° *De l'emploi de l'acide nitrique dans les cas d'hémorrhoïdes et de prolapsus anal*; par M. H. Smith. 19° *Des lésions de la tête*; par M. Monchton. 20° *Luxation du cristallin par suite d'accident et de maladie; traitement*; par M. Haynes Walton. 21° *Tableau contenant 66 cas d'accouchement dans lesquels l'ergot de seigle a été administré, avec des observations*; par M. Wert. (M. Wert termine les observations qui accompagnent ce tableau par cette conclusion qui ressort en effet de son travail? « Je suis très-persuadé que l'ergot de seigle, lorsqu'il est administré avec les précautions ordinaires, ne fait aucun mal à la mère, et je doute fort qu'il porte préjudice à l'enfant. ») 22° *Deux cas d'absence congénitale de l'utérus et du vagin*; par M. Ramsbotham. 23° *Du traitement de l'anévrisme par la compression interrompue*; par M. J. Square. 24° *Du traitement de la fièvre par des doses élevées et fréquemment répétées de sulfate de quinine*; par M. Peacock. 25° *De l'emploi de la potasse caustique dans le traitement local des furoncles et des anthrax*; par M. B. Travers. 26° *Cas de rétablissement spontané d'un utérus gravide rétroversé*; par M. James Morris. 27° *De la responsabilité criminelle*; par M. H. Simple. 28° *Cas de hernie étranglée*; par M. J. Rees. 29° *Inflammation du col de l'utérus*; par M. Rigby. 30° *Étiologie et traitement de l'épilepsie éclairés par des observations*; par M. Hunt. 31° *Cas d'hydrocèle guéri par l'injection de la teinture d'iode*; par M. Staff. 32° *De la trachéotomie dans le croup et autres affections inflammatoires*; par M. H. Smith. 33° *De la leucorrhée*; par M. Anderson. 34° *Opération très-simple du phimosis congénital non compliqué*; par M. Jordan. 35° *Observations pratiques sur le traitement prophylactique et curatif des fièvres continues*; par M. Hunter. 36° *Sur la fréquence de la déchirure du périnée chez les primipares*; par M. Beck. 37° *Cas dans lequel une centaine de calculs rénaux furent en partie rendus et retirés de la vessie*; par M. John Adams. 38° *Cas d'hydrocéphale chronique guéri par une évacuation spontanée du liquide*; par M. W. Segdwick. 39° *Remarques concernant l'appréciation des impressions produites sur les troncs des nerfs sensitifs*; par M. Handfield Jones. 40° *Sur la mort par le chloroforme*; par M. Syraconis. 41° *Lacération du périnée chez les primipares*; par M. H. Borham.

---

rables, que les maux les plus invétérés cèdent comme par enchantement à une foule de spécifiques, que les indispositions légères sont traitées et guéries subitement, *oculo manuque*, comme dit Figaro, et cette courbature serait le triomphe de quelque grand docteur connu dans l'univers et dans mille autres lieux. Hélas! hélas! Nous avons singulièrement perfectionné cet art ingénieux de l'annonce, de la réclame, et ceux qui consentent encore à être malades ne doivent s'en prendre qu'à eux-mêmes, car les guérisseurs ne manquent pas.

Il y en avait aussi du temps de Martial; mais il ne paraît pas qu'on dût avoir en eux une confiance absolue. Si déjà nous avons parlé d'un certain Charidème qui pourrait bien se repentir de recevoir les soins du docteur, amant de sa femme, et ne pas mourir de la fièvre, voici un Grec, du nom de Baccara, qui ne court pas un moindre risque. Tâchons d'expliquer la situation.

Curandum penem commisit Baccara Græcus
Rivali medico: Baccara Gallus erit.

Le cas est grave: un pénis malade, confié à des mains infidèles, va subir une horrible mutilation; car, vous le savez, *Gallus* vent dire prêtre de Cybèle, c'est-à-dire eunuque, et cette opération redoutable sera, de la main d'un rival, un acte de vengeance, l'effet de la jalousie, quelque chose qui, de nos jours, entraînerait pour le coupable la peine des travaux forcés. Mais les Romains de ce temps-là n'étaient pas plus élevés dans la crainte des dieux et de la justice; ils n'avaient pas un tribunal vengeur de tous ces attentats contre les personnes; la vie des citoyens n'était pas protégée par des juges vigilants et intègres, témoin cette épigramme (nº 79, livre 9e) adressée à Picentinus:

Funera post septem nupsit tibi Galla virorum,
Picentine : sequi vult, puto, Galla viros.

Comment sont-ils morts? Voilà la question, et la réponse paraît claire. Mais les défunts ont trouvé un vengeur, Galla ne peut éternellement survivre à tant d'époux, Picentinus se charge de la réunir à ses nombreux maris, sans doute par un procédé analogue. Il paraît que la chose n'était ni rare ni difficile. En voici la preuve (nº 43, livre 8e) :

Effert uxores Fabius, Chrestillo maritos;
Funereamque toris quassat uterque facem.
Victores committe, Venus; quos iste manebit
Exitus, una duos ut Libitina ferat.

Fabius enterre ses femmes, Chrestilla ses maris; tous deux allument ou plutôt secouent la torche funéraire sur la couche nuptiale. Mariez-les, ô Vénus! et bientôt la mort les frappera du même coup! Charmants époux et si bien assortis! Les deux font la paire; à bon chat bon rat; admirons seulement la douce quiétude du poète qui raconte ces crimes et qui laisse à ses lecteurs le soin de blâmer les coupables. Voici une certaine Chloé (nº 16, livre 9e), qui n'oublie pas de rendre de pieux devoirs à ses nombreux époux; elle leur élève des tombeaux, elle y met une épitaphe, et ce style lapidaire prête à rire à Martial.

CAS DE RÉTABLISSEMENT SPONTANÉ DE L'UTÉRUS GRAVIDE RÉTROVERSÉ; par M. RAMSBOTHAM.

OBS. — A. G., âgée de 41 ans, ayant eu neuf enfants et deux avortements, se présenta à l'hôpital le 29 septembre dernier. Elle dit n'être plus réglée depuis le milieu de juin dernier. Sept jours auparavant, en tirant un seau pesant plein d'eau du puits, elle éprouva une douleur subite à la partie inférieure de l'abdomen. Elle éprouva ensuite quelque difficulte pour uriner.

Le mardi suivant, ayant fait une course dans un omnibus, qui la secoua beaucoup, elle fut dans l'impossibilité complète d'uriner. A son retour chez elle, on pratiqua le cathétérisme; on en fit autant le mercredi.

Depuis ce jour jusqu'au samedi où M. Ramsbotham la vit, on n'avait plus pratiqué le cathétérisme, et elle n'avait pas uriné volontairement, seulement un peu d'urine s'écoulait par gouttes. Elle paraissait éprouver de vives douleurs, et sa contenance indiquait une grande anxiété; elle se plaignait encore d'un grand accablement et d'une sensation de déchirement aux aines.

La vessie remplissait la moitié inférieure de la cavité abdominale. Son fond s'élevait jusqu'à l'ombilic. M. Ramsbotham introduisit le cathéter et retira l'énorme quantité de 92 onces d'urine très-colorée, mais sans odeur offensive. Après un examen attentif, ses soupçons furent confirmés, car la cavité du sacrum était occupée par une tumeur dure qui était le fond et le corps de l'utérus; tandis que le col était tourné en haut et en avant derrière ou plutôt au-dessus de la symphyse du pubis, sensibilité générale de tout le bassin. On lui fit des fomentations et elle prit 30 minimes de laudanum toutes les huit heures.

On pratiqua le cathétérisme, et le jour suivant on lui administra de l'huile de ricin. Elle fut tenue scrupuleusement dans la position horizontale. On ne fit aucune tentative pour replacer l'utérus.

Trois jours après, elle vida sa vessie volontairement. Toute anxiété avait disparu et elle se trouvait très-bien.

En l'examinant par le vagin, on reconnaissait que l'utérus avait quitté la cavité pelvienne. Le col était dans sa situation naturelle.

La malade quitta l'hôpital le 13 octobre, et la grossesse marcha sans qu'elle éprouvât de récidive de ces symptômes.

Ce cas prouve avec évidence l'importance du repos et de la position horizontale combinée avec une attention diligente vers la vessie dans de telles circonstances. M. Ramsbotham croyait difficilement que l'utérus se serait rétabli de lui-même après avoir été en rétroversion partiellement pendant trois jours, et complétement pendant quatre jours; il se préparait à employer quelque moyen mécanique pour le rétablir s'il avait continué à rester dans cette position anormale deux ou trois jours de plus.

DE L'INFLUENCE QU'A LA CIRCONCISION DE PRÉSERVER DE LA SYPHILIS; par M. HUTCHINSON.

L'hôpital auquel est attaché M. Hutchinson étant situé dans une localité dans laquelle résident beaucoup de juifs, lui offre un champ vaste pour juger de la prépondérance relative des différentes maladies sur les uns et sur les autres. Le tableau suivant, qui renferme le résultat de sa pratique de l'année passée, concernant les maladies vénériennes semble être de quelque importance. Les malades de religion juive sont dans la proportion d'un tiers sur le nombre total des personnes admises.

TABLEAU INDIQUANT LA PROPORTION DES DEUX CLASSES DE MALADES VÉNÉRIENS.

	Total des cas vénériens.	Gonorrhée.	Syphilis.	Proportion de la gonorrhée à la syphilis.
Non juifs.	272	107	165	0,6 à 1
Juifs	58	47	11	4,3 à 1

On trouve ainsi que, malgré la forte proportion de près d'un tiers aux autres, les cas de syphilis présentés par les juifs sont seulement de 1 sur 15. On ne doit pas attribuer cette différence à leur plus grande retenue, ni à ce qu'ils évitent de s'adresser aux médecins pour ces maladies, car le fait prouve incontestablement qu'ils fournissent presque la moitié des cas de gonorrhée. Le juif circoncis est donc beaucoup moins susceptible de contracter la syphilis qu'une personne non circoncise; plusieurs chirurgiens expérimentés ont depuis longtemps admis cette idée, mais je ne sache pas, dit M. Hutchinson, qu'on en ait jamais fait la démonstration. Quiconque connaît les effets de la circoncision, qui est de durcir la membrane muqueuse délicate du gland et de lui donner l'apparence de la peau, admettra facilement cette circonstance.

Durant la même période d'une année, M. Hutchinson a soigné dans le même hôpital un total de 252 enfants au-dessous de l'âge de 5 ans. Sur ce nombre, 179 étaient nés de parents chrétiens et 73 de juifs. Parmi les premiers, il y a eu 27 cas de syphilis congénitale, tandis que parmi les enfants juifs, il n'y en a eu que 3. Il paraitrait ainsi qu'il n'y aurait qu'un vingt-quatrième de maladies chirurgicales des enfants juifs qui reconnaîtraient une cause syphilitique, tandis que un sixième chez les chrétiens reconnaitrait cette origine.

Les mêmes résultats se présentent lorsqu'il compte la proportion de cas syphilitiques chez les femmes. Sur un total de 97 femmes qu'il a traitées dans la même année pour l'une ou l'autre forme de maladies vénériennes, 92 étaient chrétiennes et 5 juives. Sur les 92 chrétiennes, 61 étaient affectées de syphilis; les deux tiers au moins de ces femmes étaient mariées, et il y avait toute raison de croire qu'elles avaient contracté la maladie avec leurs maris.

On se demande, en voyant les ravages effrayants que fait la syphilis de nos jours, s'il ne serait pas nécessaire pour les chrétiens d'adopter la pratique des juifs.

DEUX CAS D'ABSENCE CONGÉNITALE DE L'UTÉRUS ET DU VAGIN; par M. RAMSBOTHAM.

OBS. I. — Le 3 juin 1852, M. Ramsbotham fut appelé en consultation par un chirurgien de grand mérite, pour décider si on ne devrait pas procéder à une opération à l'effet d'obvier aux inconvénients résultant d'un vice de conformation.

La personne dont il s'agissait était âgée de 25 ans et était mariée depuis deux ans. Elle n'avait jamais été menstruée. C'était une jeune femme remarquablement belle, bien faite, bien portante et bien développée sous tous les rapports, ayant des seins volumineux et les mamelons proéminents. Le mont de Vénus et les lèvres externes étaient parfaitement naturels; mais en ouvrant ces dernières, on reconnaissait une absence complète du vagin, et on ne trouvait qu'un cul-de-sac complet. A la partie supérieure se trouvait le méat urinaire. On sentait très-distinctement avec le doigt dans le rectum le cathéter introduit dans la vessie, en dirigeant l'extrémité en arrière. La sensation

---

Inscripsit tumulo septem celebrata virorum
Se fecisse Chloe : quid pote simplicius?

Ainsi elle écrit : Chloé *fecit*, sur chaque monument funèbre, c'est juste, nous le savons bien. On n'est pas plus naïf! Que dites-vous de cet Aper, qui a la main si malheureuse, qui tue en jouant sa femme richement dotée, en lançant au hasard une flèche promptement mortelle?

Dotatæ uxori cor arundine fixit acuta:
Sed dum ludit Aper, ludere novit Aper.

Si c'est un jeu, Aper, il faut convenir que tu es un joueur habile. Il y a dans l'œuvre de Martial un grand nombre de passages qui se rapportent à des actes de cette nature et qui attestent le peu de cas que l'on faisait de la vie humaine. Ainsi notre poëte a pu dire à un certain Phileros (nº 43, livre 10e):

Septima jam, Phileros, tibi conditur uxor in agro.
Plus nulli, Phileros, quam tibi, reddit ager.

Ce nombre sept est fatal, à ce qu'il paraît, du moins se reproduit-il souvent dans ces épigrammes. Voici un homme habile, qui remplit le champ funèbre des cadavres de ses victimes; aussi ce champ fertilisé lui donne-t-il d'abondantes récoltes, aucune propriété ne lui procure un pareil revenu. C'est toujours la cupidité qui produit ces crimes, à moins toutefois qu'un autre sentiment n'en devienne le motif, comme dans l'épigramme nº 24, livre 4e, adressée à Fabianus.

Omnes, quas habuit, Fabiane, Lycoris amicas
Extulit; uxori fiat amica meæ.

Lycoris a mis au tombeau toutes ses amies : puisse-t-elle devenir l'amie de ma femme! C'est encore là une des gentillesses de ces Romains gâtés par le luxe, la débauche; il leur fallait de l'argent pour payer tant de plaisirs dispendieux, on se mariait pour hériter promptement, comme ce Gemellus effronté qui, dans l'épigramme 2e du livre 1er :

Petit nuptias Maronillæ,
Et cupit, et instat, et precatur, et donat.

Cette femme est donc charmante? Au contraire, elle est abominable. Mais alors pourquoi cet empressement extrême?

Adeone pulchra est? Immo fœdius nil est.
Quid ergo in illa petitur et placet? Tussit.

Elle tousse, la malheureuse, elle ne durera pas longtemps; Gemellus, comme le Bassus de l'épigramme 76e, livre 3e, mérite qu'on dise de lui :

Nec formosa tibi, sed moritura placet.

Mais on se trompe dans ces calculs odieux, la mort ne vient pas au gré de ceux qui l'attendent, témoin ce Bithynicus (nº 26, livre 2e), dont la femme, Nævia, s'obstine à vivre en dépit des symptômes les plus fâcheux.

communiquée était comme s'il n'y avait qu'une mince membrane qui les eût séparés.

Il était tout à fait évident qu'il n'existait ni utérus ni vagin. L'idée d'une opération fut aussitôt abandonnée.

Obs. II. — Le deuxième cas est une fille irlandaise, de constitution robuste, qui vint à l'hôpital pour une difficulté qu'elle éprouvait à uriner, et qu'on supposait être de cause hystérique.

A son arrivée à l'hôpital, on tira environ 18 onces d'urine avec le cathéter; on trouva que le doigt ne pouvait pas pénétrer dans le vagin. On appela M. Ramsbotham.

Comme dans le premier cas, la personne était parfaitement développée, les seins étaient plus volumineux que de coutume, le mont de Vénus et les *labia pudendi* étaient proéminents et parfaitement naturels; mais il n'y avait pas de trace de vagin; on distinguait distinctement avec le doigt dans le rectum le cathéter introduit dans la vessie, et il ne pouvait pas exister de doute sur l'absence de l'utérus et du vagin.

La malade n'avait jamais été menstruée; tontefois, à des époques régulières et une fois par mois, elle éprouvait de vives douleurs dans les lombes et dans les aînes. Ces douleurs étaient accompagnées de chaleur dans le pudendum et duraient généralement cinq jours.

Dans les dix dernières semaines, la malade avait éprouvé de la difficulté à uriner.

M. Ramsbotham pense que dans ces deux cas *les ovaires existaient*, quoiqu'il n'y eût ni *utérus* ni *vagin*, parce qu'il ne croit pas possible que les formes féminines fussent si parfaitement développées, si les ovaires eussent manqué; toutefois, dans une pièce présentée à la Société pathologique le 4 décembre dernier, par M. Quain, il n'existait pas d'ovaires, et cependant le développement de la personne d'où elles étaient tirées était normal.

RÉTABLISSEMENT SPONTANÉ D'UN UTÉRUS GRAVIDE RÉTROVERSÉ; par M. MORRIS.

Obs. — Madame W..., mariée depuis sept ans, avait eu un seul enfant né à 7 mois, encore vivant et bien portant. Quatre mois plus tard elle devint enceinte. Au quatrième mois de sa grossesse, après de grandes fatigues, elle fut prise de constipation et de rétention d'urine. Pendant trois semaines, on obvia à ce dernier inconvénient au moyen du cathétérisme. Le 23 novembre 1854, elle se réveilla en éprouvant des douleurs dans la région pelvienne et elle ne put pas uriner ni aller à la selle. La douleur augmentant, M. Morris la vit pour la première fois; elle n'avait pas dormi; la rétention d'urine était encore incomplète, mais la vessie était énormément distendue. Le cathétérisme fut pratiqué immédiatement. On ne pouvait pas atteindre le col de l'utérus qui était derrière le pubis; le fond pressait sur le rectum. Il était évidemment enclavé au-dessous de l'éminence sacrée. La patiente était environ au milieu du quatrième mois de gestation.

Après avoir pratiqué l'examen par le rectum, voyant qu'aucune force qu'il était raisonnable d'employer ne pouvait mouvoir l'utérus, M. Morris résolut d'employer le traitement indiqué par M. Denman. Il pratiqua le cathétérisme fréquemment et administra un laxatif composé de séné. Il la fit mettre en pronation, position dans laquelle elle était plus à l'aise que dans la supination. Elle recouvra bientôt le pouvoir d'émettre ses urines, et le cathétérisme ne fut qu'occasionnellement requis. De temps à autre, il pratiqua l'examen vaginal, et il reconnut que l'utérus se redressait de lui-même graduellement; mais il fallut un mois avant que le rétablissement fût complet. A dater de cette époque, sa santé fut excellente, et au bout de huit mois l'accouchement eut lieu. L'enfant naquit vivant, mais très-faible, et il mourut bientôt après.

L'auteur pense qu'il est très-probable que si on avait tenté de rétablir violemment la matrice dans sa position naturelle, l'avortement aurait eu lieu.

CAS D'HYDROCÉLE CHRONIQUE GUÉRI PAR L'ÉVACUATION SPONTANÉE DU LIQUIDE; par M. SEDGWICK.

Obs. — Un enfant âgé de 2 ans, avait toujours eu une grosse tête, d'un aspect maladif et était dans un état d'assoupissement habituel. Son père était bien portant, sa mère était scrofuleuse. Il avait eu plusieurs frères morts d'hydrocéphale. Depuis quelques mois son appétit avait été capricieux, les intestins irréguliers et l'abdomen développé. Depuis une semaine, il se plaignait de douleurs dans la tête, qu'il laissait fréquemment retomber. Il dormait mal, se réveillait souvent tout à coup en jetant un cri. Son pouls était rapide et faible. Tout son aspect présentait le cachet de la scrofule. (Calomel à l'intérieur, vésicatoire derrière le col.) Graduellement les symptômes de compression du cerveau augmentèrent; la tête augmenta de volume; la fontanelle antérieure s'élargit beaucoup, les pupilles se dilatèrent, l'insensibilité aux impressions extérieures devint considérable, le pouls faiblit et la respiration fut gênée.

Au bout de cinq semaines, le coma était imminent, et M. Sedgwick désespérait de le sauver, lorsqu'un matin, six semaines environ après que les symptômes les plus marqués s'étaient manifestés, il le trouva beaucoup mieux, l'intelligence avait reparu, il y avait plus de vigueur dans les membres, la pupille était plus sensible à la lumière et l'appétit avait considérablement augmenté. Pendant la nuit un liquide clair s'était écoulé en grande quantité par les narines et avait inondé l'oreiller à une grande distance.

Vingt-quatre heures après, cet écoulement avait diminué de quantité sans cesser cependant pendant quelques jours. Pendant ce temps les symptômes du côté de la tête s'étaient amendés rapidement, et en très-peu de temps il avait recouvré son état habituel de santé.

Un an plus tard la même série de symptômes se représenta: pupilles dilatées, sommeil troublé, stupeur, coma, tout indiquait un épanchement considérable de liquide dans le crâne, et tout faisait présumer une terminaison fatale, M. Sedgwick employa le même traitement qu'il avait fait suivre auparavant, mais sans résultat; lorsque de nouveau, juste au moment où la mort paraissait imminente, se manifesta le même changement dans les symptômes, coïncidant avec l'écoulement du liquide par les narines.

Tous les désordres du côté du cerveau disparurent rapidement, et par l'emploi de l'huile de foie de morue, l'enfant engraissa et revint à un état de santé parfait.

Il ne peut y avoir erreur dans le diagnostic; il est certain qu'il existait un épanchement dans le crâne qui comprimait graduellement le cerveau. Mais il n'était pas aussi facile de déterminer le lieu exact où se trouvait le liquide: était-il contenu dans le sac de l'arachnoïde, dans l'espace sous-arachnoïdien ou dans un kyste. C'est ce qu'il est impossible de déterminer. L'auteur pense qu'il existait dans le sac de l'arachnoïde.

Le docteur Barron, dans le MEDICO-CHIRURGICAL TRANSACTIONS, a cité un cas d'hydrocéphale chronique dans lequel, à la dernière période, un liquide sanguinolent s'était écoulé des narines et de la bouche. L'enfant mourut, et on trouva une ouverture entre le crâne et le nez à travers l'etmoïde.

(*La suite au prochain numéro.*)

Quod querulum spirat, quod acerbum Nævia tussit,
Inque suos mittit sputa subinde sinus:
Jam te rem factam, Bithynice, credis habere?
Erras: blanditur Nævia, non moritur.

Elle se plaint en respirant, elle tousse horriblement, ses crachats retombent sur sa poitrine, tant elle est faible: certes le tableau est effrayant de vérité, et cependant elle tarde bien à mourir, mais elle ne meurt pas, elle te flatte, Bithynicus!

Tous ces compétiteurs d'héritages nous montrent à nu un des plus hideux côtés de la société sensuelle et corrompue de la Rome impériale. Il était temps que le christianisme vînt régénérer cette nation perdue dans des débauches sans nom. Mais ce grave sujet de méditations n'est pas de notre ressort, et nous n'en avons pas fini avec le côté médical de l'œuvre de Martial.

P. MENIÈRE.

(*La suite au prochain numéro.*)

MORT DE M. BARBY.

La médecine militaire vient de faire une perte regrettable dans la personne de M. Barby, ancien professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Metz, chef d'ambulance de la 3e division de l'armée d'Orient. M. Barby est mort à 42 ans des suites d'une pleurésie dont sa constitution, ruinée par le typhus et les fatigues éprouvées à l'armée d'Orient, ne lui a pas permis de surmonter les atteintes.

M. le professeur Michel Lévy a prononcé sur sa tombe le discours suivant:

Messieurs,

Je n'ai appris que ce matin même la perte douloureuse que la médecine militaire vient de faire; vous comprenez mon émotion, vous comprenez l'impossibilité où je me trouve de recueillir mes souvenirs qui, pour notre bon et digne Barby, datent de fort loin. Je n'ai pas sous les yeux ses états de service; je n'ai pu consulter les collections où il a publié quelques-uns de ses travaux, ni les matériaux plus importants encore qu'il avait réunis avec l'intention de les utiliser plus tard par une ferme et mûre élaboration; mais à quoi bon ces recherches, ces explorations du passé? Est-il besoin de chercher ailleurs que dans nos cœurs, ailleurs que dans notre profonde estime les traces de cette vie si courte et pourtant si noblement remplie?

Vous tous qui entourez cette tombe, vous avez suivi Barby dans sa carrière et vous l'avez vu déployer dans toutes les épreuves qu'elle lui a suscitées, les qualités d'intelligence et de caractère qui l'ont placé de bonne heure au nombre de nos médecins les plus solides de l'armée. Comme la plupart des hommes qui aspirent et finissent par atteindre aux positions élevées de leur carrière, Barby a débuté par de fortes études littéraires qui, après avoir servi de base à son instruction scientifique, sont restées le charme de sa vie intellectuelle; en fouillant bien parmi ses livres, on était sûr d'y rencontrer quelque exemplaire huileux d'Horace, de Térence ou même de Lucain. Esprit

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 8 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE.

NOUVEAU MÉDICAMENT FOURNI PAR UN ARBRE DE LA CHINE ET EMPLOYÉ AVEC SUCCÈS, A BORD D'UN BATIMENT FRANÇAIS, DANS DES CAS GRAVES DE DIARRHÉE ET DE DYSSENTERIE.

M. J. CLOQUET présente à l'Académie un nouveau médicament qui lui a été adressé par M. le capitaine de vaisseau Simonnet de Maisonneuve, commandant la frégate *la Sybille*, dans les mers de la Chine et du Japon.

Ce médicament est un extrait alcoolique retiré par M. le docteur Barthe, chirurgien de la frégate, du bois d'un arbre de la Chine nommé *tagale*, et que pour cette raison il propose d'appeler *extrait de tagale*. Cette substance se présente sous la forme d'une poudre grossière, d'un brun foncé, formée de petits grumeaux d'aspect résineux, se collant entre eux par la pression, et prenant facilement la forme pillulaire sous laquelle elle a été employée.

La saveur de cet extrait est d'une amertume tenace et d'une âcreté remarquable. Son odeur est légèrement empyreumatique. Le bois qui fournit ce médicament est jaune et léger, semblable à celui de la racine de réglisse. Il se pulvérise facilement et dégage ainsi, pendant plusieurs jours, une forte odeur de chlore.

Faute de moyen convenable qu'on ne saurait trouver à Hong-Kong ni même à Canton, M. le docteur Barthe n'a pu faire une analyse rigoureuse de ce médicament, qu'il a employé avec grand avantage sur plusieurs marins de l'équipage de la frégate atteints de diarrhées et de dyssenteries graves.

— M. BONNET (de Lyon) présente un compteur à gaz modifié, qu'il a appliqué à la mesure de la respiration. (Nous avons publié le travail complet de l'auteur dans les numéros 28 et 32.)

— M. DE QUATREFAGES au nom d'une commission composée de MM. Serres, Is. Geoffroy-Saint-Hilaire et un sien, lit un rapport sur un mémoire de M. Jacquart, intitulé: DE LA MENSURATION DE L'ANGLE FACIAL, DES GONIOMÈTRES FACIAUX ET D'UN NOUVEAU GONIOMÈTRE FACIAL inventé par l'auteur. De ce rapport, très-développé, il résulte que le goniomètre de M. Jacquart, beaucoup plus parfait que ceux des auteurs qui l'ont précédé, permet de mesurer la tête des races humaines avec toute l'exactitude qu'on peut désirer. L'instrument de M. Jacquart est un instrument qu'on peut dire presque parfait. M. Jacquart fera connaître plus tard les résultats auxquels l'a conduit l'application de cet instrument.

M. le rapporteur conclut que, par la facilité de son emploi, par la généralité de ses applications, par la sûreté de ses indications, le goniomètre facial de M. Jacquart est en quelque sorte un instrument tout nouveau. Entre les mains de l'inventeur, il a déjà donné des résultats très-intéressants. Aussi votre commission n'eût pas hésité à demander pour le travail de M. Jacquart l'insertion au RECUEIL DES SAVANTS ÉTRANGERS, si elle n'avait connu l'intention de l'auteur qui désire le publier immédiatement. Elle se borne donc à demander que l'Académie remercie M. Jacquart de sa communication, et l'engage à poursuivre des recherches que son goniomètre rendra et plus sûres et plus fructueuses.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

(Nous publierons le mémoire de M. Jacquart prochainement.)

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA PHYSIOLOGIE DES CAPSULES SURRÉNALES par M. E. BROWN-SÉQUARD.

(Commissaires précédemment nommés : MM. Flourens, Rayer, Cl. Bernard.)

L'objet de ce second mémoire est de montrer que la mort après l'ablation des capsules surrénales ne dépend ordinairement que pour une très-petite part des lésions inévitables ou accidentelles qui accompagnent cette opération, et que, conséquemment, c'est l'absence de ces petits organes qui est alors la principale cause de mort. Je vais examiner successivement les conséquences de ces diverses lésions.

I. *Plaie pénétrante de l'abdomen; péritonite.* — Sur sept lapins j'ai ouvert l'abdomen à gauche et à droite, précisément comme je le fais pour extirper les capsules surrénales; puis j'ai dilacéré le péritoine en plusieurs endroits, au voisinage de ces organes, en ayant soin de léser cette membrane beaucoup plus que dans les expériences d'ablation des capsules. Un de ces sept animaux a survécu, et les six autres sont morts de péritonite, l'un après vingt-quatre heures, un second après trente heures, deux après deux jours et quelques heures, et les deux derniers vers la fin du troisième jour. Chez tous la péritonite était très-étendue et très-intense. Sur soixante-six lapins ayant subi l'ablation des deux capsules surrénales, pas un n'a eu une péritonite aussi étendue et aussi avancée que celle qui existait chez les six précédents. Sur ces soixante-six animaux l'inflammation du péritoine était à son début et limitée au voisinage des plaies. En général, cependant, il y avait eu assez d'inflammation du péritoine et du tissu cellulaire ambiant pour produire des adhérences du foie au rein et à la paroi abdominale. On trouve quelquefois alors un commencement de formation de fausse membrane et à peine quelques gouttelettes de pus. Au lieu de l'épanchement qui existe chez les lapins morts de péritonite, on trouve un épanchement très-peu considérable de sérosité sanguinolente. On comprendra aisément, du reste, qu'il n'y ait pas eu de péritonite étendue et avancée, chez les lapins morts après avoir été dépouillés de leurs capsules surrénales, en se rappelant qu'ils meurent alors, en moyenne, en neuf heures et quelques minutes. J'ai montré à la Société de Biologie plusieurs chiens et lapins morts après l'ablation de ces capsules, et sur lesquels il était évident que l'inflammation du péritoine était trop peu étendue pour avoir causé la mort. Des expériences nombreuses, faites par Blundell sur des lapins, avaient montré, longtemps avant mes recherches, que les plaies du péritoine ne sont pas toujours mortelles chez ces animaux, et que la péritonite ne les tue, en général, qu'après quatre ou cinq jours.

Je crois qu'on peut conclure des faits que j'ai mentionnés jusqu'ici : 1° que les lésions qui accompagnent nécessairement l'ablation des capsules, au moins chez les lapins, ne peuvent pas être considérées comme les causes principales de la mort qui survient alors si rapidement ; 2° que la péritonite, qui est un résultat de ces lésions, ne peut pas non plus être considérée comme une des principales causes de mort après l'ablation des capsules surrénales.

II. *Hémorrhagie.* — Je me bornerai à dire ici que la perte de sang a toujours été insuffisante pour causer ou pour hâter la mort d'une manière manifeste.

III. *Lésion des reins; néphrite.* — On ne saurait attribuer la mort à cette lésion. D'une part, je n'ai pas vu de différences notables dans la durée de la vie des animaux dépouillés des capsules surrénales, suivant que les reins avaient été comprimés plus ou moins et paraissaient congestionnés ou non; et, d'une autre part, sur plusieurs lapins j'ai dilacéré le péritoine autour des capsules sans y toucher, et j'ai comprimé les reins fortement entre mes doigts, bien plus que je ne le fais en les repoussant pour atteindre les capsules dans les expériences d'ablation de ces organes, et ces animaux ont survécu à cette lésion beaucoup plus longtemps que les lapins dépouillés de leurs capsules surrénales.

IV. *Plaie ou confusion du foie; hépatite.* — Il n'est pas rare que le foie soit froissé pendant qu'on essaye d'enlever la capsule surrénale droite. De plus, on trouve souvent, à l'autopsie des lapins morts après cette opération, une adhérence plus ou moins étendue du foie avec le rein et la paroi abdominale. Les parties du foie qui sont ainsi adhérentes ont perdu leur couleur normale, et leur tissu est comme granuleux. Ces changements, dus probablement à une inflammation, n'ont lieu, en général, que dans une couche mince de l'organe, le reste paraissant tout à fait sain. Cette hépatite si peu étendue est-elle une

---

calme et méditatif, doué d'un véritable talent d'observation, M. Barby convenait tout entier à la science qu'il a cultivée avec tant d'application, à la profession qu'il a exercée avec tant de goût et de ferveur. Sa scolarité médicale a été celle des hommes sérieux d'instinct, laborieux et persévérant plus encore par l'effort d'une volonté réfléchie que sous la pression des exigences de situation. Le concours disposait alors de plusieurs emplois très-importants de la médecine militaire; il se prépara de bonne heure à ces luttes salutaires, et il y obtint successivement les grades d'aide-major, de médecin-adjoint, et plus tard, après plusieurs tentatives qui ont donné la mesure de sa persévérance dans le travail, l'honorable fonction de professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Metz; il y fut chargé du cours d'hygiène et de médecine légale militaires jusqu'à la suppression de nos anciennes écoles. Cette mesure inattendue et dont l'expérience n'a point tardé à démontrer l'imprévoyante erreur, a frappé au cœur M. Barby comme la plupart de ses collègues des hôpitaux d'instruction; non-seulement elle lui enlevait sans compensation un emploi d'élite péniblement conquis dans les luttes réitérées du concours, mais elle devait l'éloigner des sources même du travail scientifique. M. Barby s'exagérait peut-être sa vocation pour l'enseignement, mais à coup sûr il avait acquis le droit de s'en prévaloir par la manière dont il comprenait et remplissait ses obligations envers les élèves de l'hôpital d'instruction de Metz. Ses leçons n'avaient point l'éclat de la forme, le prestige d'une parole souple, variée, plastique; mais elles étaient savamment préparées, ordonnées avec méthode, nourries de faits bien observés, assaisonnées de discussions lucides; Barby apportait à cette difficile tâche des qualités qui sont fondamentales et qui procédaient de son organisation même, la sincérité des recherches, l'exactitude des résultats, l'impartialité dans les appréciations, la sobriété dans les conclusions, et surtout, ce qui donne à toutes ces qualités leur valeur et sans quoi le talent et la bonne foi même se perdent en aberrations, un jugement droit et sûr.

Rappeler ce qu'était le professeur, c'est en même temps caractériser le praticien au lit des malades. M. Barby révélait une promptitude d'esprit, une heureuse et lucide célérité d'investigation et d'analyse qui contrastait avec les allures un peu lentes et comme hésitantes de sa conversation ordinaire; c'est qu'il se trouvait là sur le terrain le mieux approprié à son activité; il était médecin par goût, par amour de la science et de l'humanité; il s'était voué en artiste et en homme de cœur à l'exercice d'une profession dont il détestait l'exploitation mercantile. Désintéressé, charitable sans affectation, compatissant sans grimace, préoccupé constamment de ses malades, confiant dans les ressources de sa thérapeutique toujours appuyée sur un diagnostic consciencieux, il visait à l'utilité pratique, il répandait son zèle en soins actifs; dédaigneux des formules de banale bienveillance, il aimait les malades, et, ce qui vaut encore mieux il les respectait.

Jeune encore, car il est mort à 42 ans, il rappelait par sa dignité et sa courtoisie, les médecins d'un autre temps où l'influence des corporations s'imprimait dans leur attitude sociale. Un peu d'ironie traversait, par jets rares et menus, la réserve presque étudiée et l'affectueuse placidité de son esprit. Sons des dehors qui semblaient comprimer l'essor de certaines facultés, il avait la finesse de bon aloi, une sagacité d'observation qui pénétrait

des principales causes de mort chez les animaux dépouillés des capsules surrénales? Il est facile de montrer qu'il n'en est pas ainsi : en effet, d'une part, dans les cas où, sans toucher à ces organes, j'ai lésé le foie et le péritoine même bien plus que je ne le fais en pratiquant l'ablation des capsules, j'ai vu la mort survenir bien plus tard que dans les cas où cette ablation a été exécutée; d'une autre part, il n'y a pas en de différences notables dans la durée de la vie, après l'ablation des capsules, suivant que le foie avait été lésé assez profondément ou très-superficiellement. L'hépatite ne peut donc pas être considérée comme une cause notable de mort chez les lapins dépouillés de leurs capsules surrénales.

V *Phlébite des veines rénales ou de la veine cave.* — Je me bornerai à dire ici que je n'ai vu qu'une fois une véritable phlébite, et que des lapins ayant eu la veine rénale droite et la veine cave comprimées pendant quelques instants entre les mors d'une pince, ont survécu bien plus longtemps que les lapins dépouillés de leurs capsules.

VI. *Existence simultanée de lésions du foie, du péritoine, des reins, des veines rénales et de la veine cave.* — Nous avons montré que chacune de ces lésions isolément ne peut pas être considérée comme la cause principale de la mort des animaux dépouillés des capsules surrénales; mais comme on pourrait croire que la mort résulte alors de toutes ou de presque toutes ces lésions coexistantes, j'ai fait les expériences suivantes : sur neuf lapins, j'ai mis à nu les capsules surrénales sans les léser, j'ai dilacéré le péritoine dans leur voisinage, j'ai comprimé fortement et même quelquefois écrasé l'extrémité supérieure des reins, j'ai serré entre les mors d'une pince pendant quelques instants la veine cave et la veine rénale gauche, j'ai comprimé et même quelquefois déchiré le foie au voisinage de la capsule surrénale droite. Tous ces animaux (excepté un qui mourut sept heures après l'opération, et probablement d'une hémorrhagie) vécurent bien plus longtemps que les lapins sur lesquels j'ai extirpé les capsules surrénales. Au lieu d'une survie moyenne de neuf heures et quelques minutes, comme chez ces derniers, leur survie moyenne a été d'environ vingt-quatre heures, et l'un d'eux a survécu plus de trois jours. Que toutes les lésions mentionnées ci-dessus, ou du moins quelques-unes d'entre elles, aient une certaine influence sur la durée de la vie après l'ablation des capsules surrénales, je ne le nie pas; mais il semble certain, d'après les faits excessivement nombreux que j'ai observés, que cette influence est extrêmement faible, au moins chez les lapins. Si chez d'autres animaux, comme les cochons d'Inde, d'après M. Gratiolet, et les jeunes chiens et les jeunes chats d'après ce que j'ai vu, la mort après l'ablation des capsules tarde suffisamment pour qu'une péritonite assez intense se développe, il y a évidemment lieu d'admettre qu'alors la péritonite contribue à causer la mort. Mais les faits excessivement nombreux d'ablation des capsules où la mort a eu lieu, dans mes expériences, chez les lapins, les chiens et les chats adultes, et même chez les cochons d'Inde, avant le développement d'une péritonite ou de toute autre inflammation à un degré capable de causer la mort, montrent qu'il faut attribuer la mort à une autre cause, qui semble n'être que l'absence des fonctions surrénales.

CONCLUSIONS. — 1° La mort à la suite de l'ablation des capsules surrénales ne peut être attribuée ni exclusivement ni principalement aux lésions qui accompagnent nécessairement ou accidentellement l'exécution de cette opération;

2° La mort dépend surtout de l'absence des capsules surrénales, c'est-à-dire de l'absence de leurs fonctions;

Et comme la mort a toujours lieu rapidement après l'ablation de ces organes, il ressort des précédentes conclusions, que

3° Les fonctions des capsules surrénales sont essentielles à la vie.

ORIGINE DE L'URÉE DANS L'ÉCONOMIE ANIMALE.

M. DUMAS fait sur ce sujet la communication suivante :

J'ai l'honneur de présenter à l'Académie, de la part de l'auteur, M. Béchamp, la thèse récemment soutenue par cet habile chimiste devant la Faculté de médecine de Strasbourg. Elle est digne de l'attention du monde savant, non parce qu'elle nous apprend à produire l'urée par un moyen nouveau, ce sont là jeux familiers à la chimie organique, mais parce qu'elle fait connaître l'origine de l'urée dans l'économie animale.

Tous les amis de la science apprendront avec bonheur, en effet, que M. Béchamp vient de donner à la théorie chimique de la respiration son dernier et indispensable complément, en prouvant que l'urée dérive de l'albumine ou des produits azotés analogues, et que l'albumine peut être transformée directement en urée par une combustion lente, opérée à l'aide d'une dissolution de permanganate de potasse, vers la température de 80 degrés.

M. Béchamp ayant cité divers passages de mes écrits, établissant que l'urée constitue le résidu de la combustion des matières azotées du sang ou des tissus azotés en voie d'élimination, il est de mon devoir d'ajouter à ce qu'il a dit avec tant de bienveillance, que cette opinion, qui m'avait paru si conforme à l'ensemble des données de la physiologie, qui s'était maintenue dans mon esprit d'une manière si persévérante, avait été cependant l'objet de ma part de beaucoup d'essais infructueux, tentés en vue d'en obtenir la vérification qu'il vient de réaliser d'une manière si brillante.

J'ai cherché maintes fois, en effet, à diverses époques, à brûler l'albumine et à la brûler sous l'influence d'une liqueur alcaline, par analogie avec ce qui se passe dans le sang, dans l'espoir de la convertir en urée; j'ai employé à cet effet le bichromate de potasse, l'oxyde de mercure, celui d'argent, l'oxyde puce de plomb avec des liqueurs alcalines, et je n'ai jamais réussi. Cet aveu, je pense, ne contrariera pas M. Béchamp, mieux inspiré et plus heureux que moi dans le choix de son réactif.

Personne, on le comprendra, n'apprécie plus que je ne fais l'intérêt considérable de la découverte de M. Béchamp et n'est plus empressé de la signaler au monde savant. Elle réveillera dans l'esprit des jeunes physiologistes, si familiers maintenant avec les vues de la chimie organique, le goût de recherches dirigées dans le même sens, et la science peut s'en promettre une abondante moisson.

L'Académie me permettra d'ajouter qu'au moment même où M. Béchamp soutenait sa thèse devant la Faculté de Strasbourg, un autre candidat au doctorat, M. Picard, en présentait une autre à la même Faculté, dont le sujet qui se rattache de près à la question traitée par M. Béchamp : il s'agit de la présence de l'urée dans le sang et de sa diffusion dans l'organisme.

Nous avions prouvé, M. Prévost et moi, il y a trente-cinq ans, que l'urée se montre dans le sang des animaux après l'ablation des reins. Nous en avions conclu que l'urée était éliminée par les reins, mais non produite par eux.

M. Picard complète cette démonstration. Au moyen de la précipitation de l'urée par le nitrate de mercure, il est parvenu à séparer du sang les plus légères traces de cette substance. Il a donc pu comparer, sous le rapport de leur teneur en urée, le sang artériel et le sang veineux. Le sang de l'artère rénale d'un chien lui a donné 0,0365 pour 100 d'urée, lorsque la veine rénale n'en fournissait que 0,0186 pour 100, c'est-à-dire moitié moins.

En étudiant la question sur l'homme lui-même, il a vu que, dans les vingt quatre heures, le sang artériel qui passe dans les reins abandonnerait environ 28 grammes d'urée. Or la quantité d'urée contenue dans les urines des sujets soumis à l'expérience variait de 27 à 28 grammes pour les vingt-quatre heures.

Ainsi le sang artériel qui arrive aux reins contient plus d'urée que le sang veineux qui en sort, et la quantité d'urée perdue pendant le trajet à travers les reins correspond à la quantité d'urée rendue par les urines.

Il est donc bien démontré que les reins ne fabriquent point d'urée et qu'ils se bornent à l'éliminer.

L'urée, où se concentre l'azote excrété par les animaux, est donc, comme je l'avais annoncé, un produit direct de la respiration, formé dans le sang, comme l'acide carbonique, par oxydation lente au moyen de l'oxygène de

---

ses entourages, et qui a parfois gêné l'hypocrisie jusque dans ses replis les plus cachés. Joignez à tout cela une grande élévation de sentiments, une moralité sévère, les vertus de la famille, les relations d'une amitié aussi délicate que sûre!

Envoyé en Afrique après la suppression des hôpitaux d'instruction, il a rendu d'excellents services dans tous les postes qu'il y a successivement occupés, notamment à Oran, où la confiance du public, qui n'est pas toujours aussi bien inspirée, a mis à l'épreuve, et son habileté de praticien, et son désintéressement. C'est de cette résidence qu'il a été appelé à l'armée d'Orient. Chef d'ambulance de la 3e division de la première formation, il eut à payer sa dette de dévouement dans le choléra de Varna et de la Dobrudsa; je conserve les rapports aussi judicieux que détaillés, qu'il m'a adressés aux différentes phases de cette terrible épidémie; j'espère bien les faire valoir un jour pour l'honneur de son nom; ils portent le cachet de sa loyale et solide intelligence. De retour sur les plateaux de Franka, au lieu d'envoyer les cholériques de sa division dans nos hôpitaux encombrés, il a voulu les traiter lui-même sous les tentes à l'aide des ressources de son ambulance, et grâce à tant de sollicitude, il a obtenu de bons résultats. Quand à la suite d'une proposition antérieure à la campagne d'Orient, la croix de chevalier lui parvint en Bulgarie, le général commandant la division, le général Bosquet, un bon juge, messieurs, en matière de talent et de services, voulut la lui attacher lui-même devant les troupes réunies solennellement. Voilà un grand souvenir à inscrire sur cette tombe. Plus tard, je l'appelai dans les hôpitaux intérieurs de Varna, puis dans ceux de Constantinople, où il a eu à combattre, sur une grande échelle, les maladies les plus redoutables pour les armées, les congélations, la dyssenterie épidémique, le scorbut, le typhus. Quand les blessés affluèrent à Constantinople à la suite de combats meurtriers en Crimée, et que le nombre des opérateurs devint insuffisant, me rappelant les fortes études que M. Barby avait faites en anatomie et en chirurgie, je n'ai pas hésité à lui confier un service chirurgical où il a eu à faire un grand nombre d'opérations. Il s'en est acquitté avec dextérité et sûreté. Deux chirurgiens distingués, qui ont été chefs de cet hôpital, M. le professeur Mounier et M. Salleron, l'ont vu et applaudi à l'œuvre.

C'est au milieu de ces travaux, de ces fatigues, de ces émotions, c'est après deux années d'héroïque dévouement aux malades et aux blessés d'Orient, que M. Barby a subi une altération lente, mais profonde, dans sa constitution; le typhus est venu achever cette œuvre de détérioration générale. Il aurait trouvé en lui une proie facile sans l'assistance et les soins de ses amis; ils ont pu la lui arracher et nous renvoyer à Paris, non plus notre ami, tel que nous l'avions laissé en Orient, mais un cachectique destiné à succomber à la première atteinte de maladie nouvelle. C'est une pleurésie qui a servi de prétexte à cette ruine, à cette mort prématurée; le pauvre Barby avait assez lutté en Afrique contre les fièvres, en Orient contre le scorbut et le typhus, le ressort vital était détendu en lui; il a donc fléchi sous cette dernière attaque d'une maladie que, plus valide et si jeune encore, il aurait surmonté. La médecine militaire perd en lui l'un de ses plus généreux et plus dignes représentants, l'armée un serviteur aussi utile que modeste, ses anciens élèves un maître profondément instruit et judicieux, sa famille un fils et un frère d'une

l'air, fourni par les poumons. Charriés l'un et l'autre par le sang, ils en sont éliminés l'un à titre de gaz, par la surface pulmonaire; l'autre à titre de produit soluble, par les reins; l'un pour servir à l'alimentation des plantes par les feuilles, l'autre à leur alimentation par les racines.

Les matériaux combustibles du sang donnent donc en définitive, comme produits essentiels, de l'acide carbonique, de l'eau et de l'urée, à moins que cette dernière ne soit remplacée par des produits d'une combustion moins avancée.

L'Académie me permettra de féliciter ici la Faculté de Médecine de Strasbourg de l'excellente direction imprimée à ses études. Ces deux thèses remarquables en sont un témoignage certain. Elles sont du plus heureux augure pour le succès des mesures dont cette Faculté a été récemment l'objet, et elles font prévoir tout ce que la science et le pays doivent attendre des dispositions prises, de concert avec l'Université, par M. le ministre de la guerre, qui a voulu en faire une véritable école polytechnique pour la médecine militaire. La France ne sera pas seule à profiter du bienfait de cette nouvelle institution.

DE LA RESPIRATION AMPHORIQUE DANS LA PLEURÉSIE ; par M. LANDOUZY.

Au premier rang des signes stéthoscopiques qu'une mort prématurée n'a pas laissé à Laennec le temps de développer, il faut mettre le souffle tubaire de la pleurésie, si nettement accusé dans la plupart des épanchements, et qui cependant est loin encore d'avoir aux yeux des médecins cette signification précise du souffle tubaire de la pneumonie, du gargouillement dans la phthisie, des râles sonores dans la bronchite, des râles crépitants dans la congestion ou l'œdème pulmonaire, etc., et de tous ces signes typiques qui semblent avoir été formulés par un génie infaillible.

Il est une modification très-importante et très-curieuse de ce souffle tubaire pleurétique, c'est le *souffle amphorique pleurétique* qui n'a jamais été étudié dans aucun traité, et qui néanmoins a dû se présenter à bien des observateurs, tant ses caractères sont tranchés et tant sont fréquents les cas dans lesquels il se produit. Sauf deux observations très-intéressantes publiées par le docteur Behier, et quelques lignes de la dernière édition du TRAITÉ D'AUSCULTATION de Barth et Roger, on ne trouve dans la science nulle mention des bruits amphoriques de la pleurésie.

Remettant à une époque prochaine l'histoire complète de toutes les modifications de la respiration dans les épanchements, je veux seulement prouver aujourd'hui que le souffle amphorique de la pleurésie est plus fréquent que ne le ferait penser le silence des auteurs, et surtout qu'il n'est pas lié d'une manière actuelle à l'épanchement, comme pourraient le faire supposer les deux seuls faits enregistrés dans la science.

J'établis, en effet, dans le mémoire dont j'extrais la présente note, qu'il existe dans un assez grand nombre d'épanchements chroniques ou d'épanchements récents à forme latente, des phénomènes amphoriques qui ne se trouvent étudiés dans aucun ouvrage et dont la notion est du plus haut intérêt; que ces phénomènes amphoriques existent dans les épanchements séreux aussi bien que dans les épanchements purulents; que les souffles tubaires ou amphoriques peuvent persister après la disparition du liquide; qu'un côté de la poitrine peut être le siége d'une matité absolue, en avant et en arrière, avec souffle tubaire ou amphorique considérable, et offrir presque tous les signes d'un épanchement sans que la plèvre contienne une goutte de liquide; que l'égophonie, regardée jusqu'ici comme signe pathognomonique des épanchements aigus, et comme indiquant même le niveau du liquide, peut exister avec les mêmes caractères, immédiatement après la disparition complète de l'épanchement; que ces altérations de la respiration et de la voix, placées jusqu'ici sous la dépendance des épanchements, sont dues aux modifications de la plèvre et des poumons bien plutôt qu'à la présence des liquides séreux ou purulents.

La seule analyse des observations cliniques sur lesquelles reposent ces nouvelles données dépasserait encore les limites d'une note académique : aussi me bornerai-je aux conclusions suivantes qui résument tout mon travail :

I. Le souffle amphorique doit être inscrit, comme le souffle tubaire, au nombre des signes de la pleurésie chronique avec ou sans épanchement actuel.

II. Le souffle amphorique pleural annonce la condensation du poumon, soit par un *liquide et des fausses membranes*, soit par des *fausses membranes sans liquide*.

III. Le souffle tubaire pleural annonce la condensation du poumon, soit par le *liquide seul*, soit par un *liquide et des fausses membranes*, soit par des *fausses membranes sans liquide*.

IV. La disparition des souffles tubaires ou amphoriques, coïncidant avec le murmure respiratoire ou des *ronchus*, indique la diminution de la condensation pulmonaire. Coïncidant avec l'absence de tout murmure respiratoire et de tout râle, elle annonce une condensation plus grande du poumon, soit par le liquide et les fausses membranes, soit par les fausses membranes seules. Coïncidant avec l'élargissement des espaces intercostaux, le refoulement des viscères, etc., cette disparition des souffles tubaires ou amphoriques annonce une compression plus grande du poumon par le liquide. Coïncidant enfin avec le rétrécissement du thorax, etc., elle annonce une compression plus grande du poumon par les fausses membranes, sans liquide.

.V. La persistance des phénomènes tubaires ou amphoriques, après la thoracentèse, a une signification précise. Entendus seuls, c'est-à-dire sans mélange d'aucun bruit respiratoire, normal ou anormal, ils indiquent que les grosses bronches seules sont restées perméables. Entendus avec un mélange de respiration pure ou de *ronchus*, ils indiquent que le poumon est perméable en partie; et le calibre des râles étant en raison directe du calibre des bronches, on saura le degré de cette perméabilité par le volume des râles, c'est-à-dire que plus les râles seront petits, plus la perméabilité sera grande.

VI. La voix chevrotante ou égophonie n'est, comme la voix amphorique, qu'une variété de bronchophonie; elle est liée à la modification particulière imprimée au poumon par l'épanchement et non point à l'épanchement même, puisqu'on peut continuer à l'entendre immédiatement après l'évacuation du liquide tout entier.

VII. Les fausses membranes récentes peuvent, au bout de quinze jours d'un épanchement non précédé d'accidents inflammatoires, être déjà assez consistantes pour donner lieu au souffle amphorique.

VIII. Les fausses membranes récentes, lors même qu'elles coïncident avec le souffle amphorique, ne sont pas nécessairement réfractaires, puisqu'elles peuvent, six semaines après la thoracentèse, ne plus laisser de traces appréciables à l'auscultation.

IX. Les fausses membranes anciennes forment, autour du poumon condensé, une coque fibreuse, fibrocartilagineuse, ostéofibreuse, qui en anéantit à jamais les fonctions.

X. L'un des poumons étant perdu entièrement pour la respiration, l'autre fonctionne avec une activité qui l'épuise, et devient bientôt le siége d'une inflammation mortelle.

XI. Dans tout épanchement et surtout dans les épanchements chroniques, les efforts du médecin doivent tendre à activer la résorption du liquide et des fausses membranes, car plus vite se fera la résorption, plus vite sera prévenue la transformation des exsudations molles en tissus inextensibles.

XII. Dès que les efforts de la nature et de l'art ont été reconnus impuissants à amener la diminution d'un épanchement qui n'est symptomatique ni d'une affection du cœur ou du sang, ni d'une affection du poumon, ni d'une affection des reins, ni d'une cachexie incurables, il faut recourir à la thoracentèse.

XIII. La ponction sera urgente et on devra y procéder sans essais préalables, s'il existe du souffle amphorique indépendant de tubercules ou de fis-

---

admirable piété, et moi, messieurs, s'il m'est permis de me nommer après ces grandes douleurs, je perds un ami que je pleurerai toute ma vie comme l'un des hommes les plus honnêtes et les plus droits qui m'aient honoré de leur affection : Adieu, Barby !

— Un jeune chirurgien de la marine, qui avait débuté dans la carrière de la manière la plus brillante, M. P. Nabonne, vient de succomber, à l'âge de 23 ans, aux atteintes de la fièvre jaune, en arrivant aux Antilles. M. Nabonne servait à bord de l'*Achéron*.

— M. Dumas a communiqué à l'Académie des sciences l'extrait d'une lettre du ministre de l'instruction publique, en réponse à une démarche à laquelle s'étaient associés tous les membres de l'Académie présents à Paris, pour appeler la bienveillance du gouvernement sur la famille de M. Gerhardt.

M. le ministre s'était déjà préoccupé de cette grande infortune. Après avoir subvenu aux premiers besoins de madame veuve Gerhardt, il avisera aux mesures qui pourront assurer à elle et à ses enfants les moyens d'existence dont les a privés la perte de l'homme éminent que l'Europe savante regrette.

L'Université, frappée en même temps que l'Académie, n'oubliera pas non plus qu'elle a sa dette à payer, et qu'il ne dépendra pas du ministre que la famille de M. Gerhardt ne reçoive le juste prix des rares services qu'il a rendus à la science.

L'Académie, après avoir entendu cette communication avec le plus profond intérêt, a décidé qu'il sera adressé en son nom une lettre à M. le ministre, pour le remercier des sympathies qu'il témoigne avec tant de bonté à la famille de M. Gerhardt.

— L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes, aura lieu le 22 octobre prochain, à midi, dans l'amphithéâtre de l'administration générale de l'assistance publique.

MM. les élèves devront se faire inscrire du 22 septembre au 6 octobre inclusivement.

— La Société médicale du département de la Moselle a suivi l'exemple de celle du Puy-de-Dôme, en ouvrant une souscription en faveur des veuves des officiers de santé morts en Orient.

— M. le docteur Richet vient de livrer à l'impression la copie entière de la seconde partie de son TRAITÉ D'ANATOMIE MÉDICO-CHIRURGICALE dont le complément paraîtra sans faute dans le courant de novembre prochain.

---

tules pulmonaires. Cette indication serait plus urgente encore s'il n'existait ni souffle, ni aucune trace de respiration normale ou anormale, car le poumon serait déjà complétement imperméable.

XIV. La même indication d'urgence existera, quelle que soit la cause de l'épanchement, même dans la néphrite albumineuse, même dans les pleurésies aiguës, même dans la phthisie, l'emphysème, les maladies du cœur, etc., s'il y a menace de mort par asphyxie.

XV. Dans la plupart de ces cas, la thoracentèse n'a ni pour but, ni pour effet de rendre instantanément au poumon comprimé ses fonctions, mais de faire cesser la compression médiate du poumon sain, la déviation du cœur et des gros vaisseaux, l'abaissement du diaphragme, etc.

XVI. La ponction sera faite, sans incision préalable, avec un trocart à robinet, muni d'une baudruche, et on devra prendre les précautions les plus minutieuses pour éviter l'introduction de l'air dans la plèvre. Si le liquide est séreux, toute injection sera inutile. Si le liquide est purulent, des injections légérement chlorurées seront faites pour nettoyer la cavité pleurale, puis des injections iodées pour la modifier. Si le pus est fétide, ou s'il se produit avec abondance, au lieu de laisser longtemps à demeure une sonde, une mèche ou tout autre appareil qui irriterait la plèvre, on transformera la ponction en incision, et, au besoin, on fera par la plaie de nouvelles injections chlorurées ou iodées. Les malades seront soumis en même temps au traitement des indications spéciales et surtout à un régime réconfortant et à une hygiène favorable.

ADDITION A LA SÉANCE PRÉCÉDENTE.

NOTE SUR LES EFFETS QUI SUIVENT L'ABLATION DES CAPSULES SURRÉNALES; par M. PIERRE GRATIOLET.

(Renvoi à l'examen des commissaires nommés pour un travail de M. Brown-Séquard sur le même sujet : MM. Flourens, Rayer, Cl. Bernard.)

Dans le cours de mes recherches sur les veines portes des capsules surrénales, j'avais été frappé de la prodigieuse quantité de vaisseaux et de nerfs que reçoivent ces organes problématiques. Je me préoccupai, dès lors, de la question de leurs usages; m'étant enfin arrêté à une hypothèse qu'il serait superflu de dire ici, mes espérances s'exaltèrent, et je crus être sur la voie de quelque découverte fondamentale analogue à celles qui ont acquis au nom de M. Jacobson tant de véritable gloire.

Je fis, pour vérifier cette hypothèse, un grand nombre d'expériences, et M. le docteur Sénéchal, aide d'anatomie comparée au Muséum d'histoire naturelle, voulut bien en partager avec moi le travail. Les résultats de ces expériences furent telles que je ne crus pas alors opportun de les publier. Il me répugnait de le faire, l'ensemble de mes observations ne permettant de formuler aucune proposition générale. Mais aujourd'hui les circonstances ont changé, ces résultats ayant acquis, depuis l'intéressante lecture que vient de faire à l'Académie M. Brown-Séquard, une véritable importance.

Mes expériences ont été faites dans le cours de l'hiver 1853-54, et sur des cochons d'Inde exclusivement. Ces animaux étaient logés dans un cabinet aéré, mais chauffé constamment par un poêle. Le mode d'expérimentation était le suivant : On rasait avec soin les poils de l'animal. Cela fait, une incision longitudinale était pratiquée sur les côtés de la région lombaire de l'abdomen, en arrière des fausses côtes, dans l'étendue de 2 centimètres et demi. La capsule surrénale, mise à découvert, était en partie déchirée avec une pince, puis raclée en entier avec une petite spatule d'ivoire : des essais malheureux m'avaient fait absolument rejeter les caustiques et les ligatures, dont l'action prolongée sur des parties nerveuses pouvait à bon droit être redoutée. On fit des animaux soumis aux expériences trois catégories : les premiers furent opérés du côté gauche seulement; les seconds des deux côtés à la fois; les troisièmes du côté droit seulement.

I. *Animaux opérés du côté gauche.* — Chez les uns, la capsule fut détruite en totalité; chez les autres, on en ménagea une petite partie. Il n'y eut au moment où l'on agissait sur la capsule aucun signe de sensibilité extraordinaire. Il n'y eut aucune trace de convulsions. Après l'opération, les viscères furent remis en place, et les bords de la plaie de l'abdomen furent réunis par une suture. Deux minutes après, les animaux mangeaient. Cinq jours plus tard, la plaie extérieure était complétement cicatrisée. Je conservai ces animaux deux mois et demi environ. Ils étaient d'une extrême vivacité, et rien ne pouvait faire soupçonner qu'ils eussent été soumis à une opération si grave. Je voulus enlever alors la deuxième capsule, c'est-à-dire la capsule droite. Ils moururent tous le surlendemain avec des signes évidents d'hépatite et de péritonite. L'autopsie, faite avec un soin tout particulier, démontra qu'il ne restait chez les uns aucune trace de la capsule gauche. Chez les autres, le petit fragment de capsule qu'on avait ménagé s'était arrondi et parfaitement cicatrisé.

Je conclus de ces expériences : 1° que par elle-même l'ablation d'une capsule surrénale sur les cochons d'Inde n'entraîne point la mort; 2° qu'elle ne détermine point des convulsions nécessaires; 3° que les capsules surrénales blessées se cicatrisent et guérissent; 4° qu'après l'ablation de la capsule droite, les animaux meurent.

II. *Animaux opérés des deux côtés à la fois.* — Tous sont morts dans les quarante-huit heures qui ont suivi l'opération, avec des signes d'hépatite et de péritonite.

III. *Animaux opérés de la capsule droite seulement.* — Tous sont morts dans le même laps de temps avec les mêmes lésions.

Ces faits présentés, passons maintenant à leur discussion.

1. La mort qui suit l'ablation de la capsule surrénale droite tient-elle, en fait, à la soustraction de cette capsule en tant que capsule surrénale? Non évidemment, puisque dans nos expériences l'ablation de la capsule gauche n'a point eu sur la santé des individus opérés une influence notable. Elle tient donc à certaines conditions particulières à la capsule surrénale droite. Je crois trouver ces conditions dans les relations anatomiques de cette capsule, cachée sous la racine du foie et située si près de la veine cave inférieure, qu'elle lui est pour ainsi dire accolée. Or ces relations rendent une opération quelconque sur ce point aussi dangereuse qu'elle est difficile, et, dans tous les cas, la mort a été suffisamment expliquée par l'hépatite et la péritonite qui se sont développées. J'ai répété plusieurs fois cette cruelle expérience, et toujours avec le même résultat.

2. Si la mort est inévitable après l'ablation de la capsule droite, elle l'est *a fortiori* après l'ablation des deux capsules. Ainsi cette expérience n'ajoute rien aux autres, et l'on n'en peut rien conclure. Elle ne sera significative, du moins, que dans le cas inespéré où l'on aura pu obtenir la guérison d'animaux opérés d'abord de la capsule surrénale droite. Malheureusement tous les essais que j'ai faits dans ce sens ont été suivis d'un résultat fatal. J'avais immolé inutilement un grand nombre d'animaux, et l'on me pardonnera d'avoir reculé devant l'idée de pousser plus loin le cours de cruautés stériles. Aussi n'avais-je pas jugé d'abord ces résultats dignes d'être publiés. Mais quelques-unes des propositions que M. Brown-Séquard développe dans son intéressant mémoire leur donnent une importance que je n'avais pas d'abord soupçonnée. Je me suis donc décidé, bien qu'à regret, à faire connaître des faits dont le système demeure malheureusement incomplet, mais qui pourront peut-être servir d'éléments à la solution de l'un des plus curieux problèmes que puisse se proposer un physiologiste.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 15 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

1° Un rapport de M. le docteur Mangin, médecin cantonal à Lamarche, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Movirécourt (Vosges).

2° Un rapport de M. le docteur Lacoste, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné au hameau de Godant (Côte-d'Or).

3° Les rapports de MM. les médecins des épidémies du département de la Meuse, sur les maladies qui ont été observées pendant l'année 1855.

4° Deux mémoires de M. le docteur Millon, sur des épidémies de variole et de rougeole, qui ont régné dans la commune de Bével (Haute-Garonne), en 1855. (Comm. des épidémies.)

5° Les tableaux des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements de Saône-et-Loire, du Gard, du Haut-Rhin, de la Seine-Inférieure, des Basses-Pyrénées, de la Corrèze, d'Eure-et-Loir, du Loir-et-Cher, des Hautes-Pyrénées, de la Charente, de l'Aveyron, de l'Isère, de Seine-et-Marne et du Calvados. (Comm. de vaccine.)

6° Plusieurs recettes de remèdes secrets.

— La correspondance non officielle comprend :

Une lettre de M. le docteur MARIE, relative au travail lu par M. Broca dans la précédente séance.

Ce praticien dit qu'il emploie la méthode proposée par M. Broca depuis vingt-quatre ans et qu'elle a été professée et mise en pratique pendant longues années, à l'hôpital de Caen, par Dominel, chirurgien de cet hôpital. M. Broca, qui ignorait certainement d'ailleurs le procédé de l'habile chirurgien normand, n'y ajoute qu'une pression ganglionnaire latérale, *très-douloureuse*, il l'avoue, et parfois des injections de nature diverse, lancées dans un foyer à peu près nul. (Commiss. : MM. Gibert, Larrey, Ricord.)

— M. MATHIEU soumet au jugement de l'Académie une modification qu'il a fait subir à la pince destinée à extraire les polypes naso-pharyngiens.

Cette modification consiste en un coulant qui enveloppe les deux branches et que l'on pousse vers l'extrémité des mors, lorsqu'on a saisi la tumeur. (Comm. : M. Laugier.)

— Une lettre de M. le professeur TIGRI, qui rappelle qu'il a publié, dans la GAZETTE MÉDICALE DE TOSCANE, quatre observations de maladies cachectiques offrant la plus grande analogie avec la *maladie de bronze* d'Addison. (Comm. : M. Trousseau.)

— M. MOREAU, à l'occasion d'une des communications examinées par la commission des remèdes secrets et dont l'auteur allègue de prétendues observations recueillies dans les hôpitaux, exprime le désir de voir l'Académie improuver non-seulement de pareilles recettes, mais encore signaler au ministre les débitants de ces remèdes comme se livrant à l'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie.

M. GIBERT appuie la proposition de M. Moreau; il voudrait de plus que le secrétaire de l'Académie, dans la lettre d'envoi qui accompagne chaque rapport, appelât l'attention du ministre sur le délit en question. Car les rapports eux-mêmes ne sont jamais lus au ministère.

Après quelques observations de MM. Robinet, Bussy, Larrey, Lagneau, Depaul, l'Académie, sur la proposition de M. Bussy, renvoie la question à l'examen du bureau.

— M. ROBINET donne successivement lecture de plusieurs rapports sur des remèdes secrets, dont les conclusions sont adoptées par l'Académie.

— M. le Président, à l'occasion de la correspondance, fait hommage à l'Académie de la thèse de M. Béchamp, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg, Sur les substances albuminoïdes.

— M. Leblanc lit un rapport sur un prétendu spécifique des coliques des chevaux et des bœufs.

Les conclusions défavorables de ce rapport sont adoptées sans discussion par l'Académie.

— M. le docteur Des Étangs donne lecture d'un travail qui a pour titre : Du suicide en France; études sur la mort volontaire depuis 1789 jusqu'à nos jours.

Ce travail, très-remarquable par le fond comme par la forme, a été accueilli par l'Académie avec une extrême faveur; l'auteur a surtout envisagé le côté philosophique du sujet, bien plus que le côté pathologique. Nous regrettons que la nature de ce travail, qui n'est d'ailleurs qu'une introduction à l'ouvrage que ce savant confrère prépare sur le même sujet, ne nous permette pas d'en présenter une analyse à nos lecteurs. (Comm. : MM. Rostan, Collineau, Baillarger.)

La séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

Rapport sur les eaux thermales d'Aix (en Savoie) pendant l'année 1855, suivi de considérations pratiques sur leurs propriétés médicinales; par le docteur L. Blanc, président de la commission médicale des Thermes en 1855. — In-8°. — Paris, 1856; chez Firmin Didot.

Indicateur médical et topographique d'Aix-les-Bains (Savoie) pour 1856; par le docteur Baron Despine, médecin de l'établissement royal des bains. — In-24. — Paris, 1856; chez Victor Masson.

De l'emploi des eaux minérales sulfureuses d'Aix (en Savoie) comme moyen curatif et diagnostique des accidents consécutifs de la syphilis; par le docteur F. Vidal, membre de la commission médicale d'inspection de l'établissement thermal. — In-8°. — Chambéry, 1856; chez Puthod.

Les eaux d'Aix (en Savoie) en 1856; par L. Bertier, vice-président de la commission médicale d'inspection de l'établissement thermal. — In-8°. — Chambéry, 1856.

Essai clinique sur l'action des eaux thermales sulfureuses de Bagnères-de-Luchon dans le traitement des accidents consécutifs de la syphilis, précédé d'une notice sur Bagnères-de-Luchon, etc.; par le docteur Marc Pégot (de Saint-Martory). — In-8°. — Toulouse, 1854; chez Gimet.

Notice médicale sur les eaux minérales de Pougues. — In-8°. — Paris, 1856; chez Victor Masson.

L'hydrologie médicale est longtemps restée en arrière des autres branches de la médecine; un empirisme aveugle présidait trop souvent à l'emploi des eaux minérales; la routine en plus d'un lieu prenait obstinément le pas sur le sens pratique. On aurait dit, à voir l'enthousiasme de quelques-uns, qu'ils s'efforçaient à l'envi de renouveler toutes les merveilles de la fable. Chaque source minérale était proclamée une panacée universelle et infaillible. Vainement les insuccès se multipliaient chaque année; vainement, parmi les maladies chroniques, plus d'une classe se montrait réfractaire à leurs vertus soi-disant irrésistibles. L'observation semblait rester stérile et l'expérience parler en vain.

Aujourd'hui les choses ont heureusement changé d'allure, et l'on ne peut nier que, dans ce siècle, l'hydrologie médicale ait fait de notables progrès. Il était temps, car elle était réellement devenue un véritable chaos où les meilleurs esprits ne rencontraient que confusion et contradiction. Les conquêtes que la physique et la chimie ont accomplies, l'extension qu'elles ne cessent de prendre, leur introduction dans l'enseignement médical, la méthode analytique et les recherches expérimentales auxquelles se livrent l'ensemble des praticiens modernes, tout a contribué à répandre un peu de lumière sur ce sujet intéressant. Les inspections sérieuses qu'ont officieusement exercées les hommes de science, comme les physiciens, les chimistes et les géologues, n'ont pas été sans influence; les médecins voyageurs, par leurs études comparatives et leurs publications critiques, sont puissamment venus en aide aux hydrologues de profession; et maintenant, sous l'empire de ces circonstances réunies, la lumière continue à se faire.

Les choses en sont venues à ce point qu'à cette heure ce n'est pas la faute des spécialistes si l'hydrologie médicale ne marche pas d'un pas plus rapide encore : vous pouvez en juger par la quantité innombrable de publications en ce genre qui voient le jour chaque année; le printemps nous les apporte en foule, comme les hirondelles. Nous sommes forcés de convenir qu'aucune autre branche de la littérature médicale n'est aussi féconde que celle qui nous occupe en ce moment; malheureusement on est forcé de dire avec le poëte :

Rari nantes in gurgite vasto.

Il en est peu qui échappent au naufrage de l'oubli. Toutefois, on en rencontre quelques-uns qui constituent une honorable exception, et qui méritent de garder une place dans nos bibliothèques.

Plusieurs de celles qui font l'objet de cet article se trouvent dans ce cas, ainsi que le lecteur pourra en juger. De tous ces opuscules un seul (Des eaux minérales de Pougues) ne porte pas de nom d'auteur, et nous nous abstiendrons d'en donner l'analyse. Le critique aime à connaître la personne dont il examine les ouvrages, de qui il entretient le public, à laquelle enfin il consacre son temps, ses réflexions et ses propres idées. Cette élimination une fois faite, nous n'avons plus à nous occuper que d'une seule famille d'eaux minérales : toutes celles dont il s'agit appartiennent à la grande classe des eaux minérales sulfureuses, et parmi celles-ci les eaux d'Aix en Savoie figurent dans la proportion de quatre sur six; commençons par elles.

Nous avons remarqué dans le rapport de M. Blanc sur les eaux d'Aix des détails intéressants et surtout des considérations médicales et des questions de doctrine dont nous voudrions, dans l'intérêt de la science, voir le goût et l'étude se répandre de plus en plus dans les publications du même genre. L'auteur ne prône pas les eaux d'Aix comme une panacée à tous les maux; il s'attache à étudier d'une manière pratique leurs propriétés médicinales. Il nous apprend d'abord quels progrès les thermes d'Aix ont réalisés dans ces dernières années; nous voyons que cet établissement est sur le point de prendre un développement considérable. On a exécuté des fouilles très-heureuses sous la direction de M. François, ingénieur en chef des mines en France, et aujourd'hui la quantité des eaux minérales se trouve considérablement augmentée : l'eau d'alun a quadruplé de volume; elle fournit aujourd'hui 4,812,480 litres par vingt-quatre heures, et l'eau de soufre 1,550,000 litres, total 6,362,480 litres en un jour. Il est peu d'établissements qui possèdent une aussi grande richesse hydrologique. La température des eaux est maintenant plus élevée. Les eaux d'alun marquent régulièrement 46 et 47°. Nul ne s'étonnera qu'avec des conditions aussi privilégiées Aix voie chaque année augmenter le nombre de ses visiteurs.

M. Blanc étudie l'action médicatrice des eaux en véritable praticien; il ne se laisse point arrêter par les apparences matérielles de certains résultats locaux; au delà de ces effets topiques, il voit, au flambeau du vitalisme, des phénomènes plus élevés; il remonte aux causes primordiales, et c'est à bon droit qu'il considère les eaux minérales comme des modificateurs généraux; et, en effet, il n'est aucun agent de notre matière médicale qui mérite mieux ce titre. Ainsi il étudie les eaux d'Aix au point de vue de leur action sur les diathèses; il montre quelles modifications profondes elles exercent sur l'économie et quelles révolutions elles opèrent sur l'ensemble de nos organes; toute la thérapeutique des eaux est là. M. Blanc passe successivement en revue les diathèses rhumatismales, scrofuleuses, tuberculeuses, lymphatiques, dermatosiques, etc.. Ses conclusions générales seront adoptées par tout le monde : « Les eaux d'Aix, dit-il, ont deux actions bien distinctes : l'une spéciale, inhérente à la nature intime des eaux, et l'autre mécanique, résultant de leur mode d'administration.

» Ces eaux par leur action spéciale qui s'exerce directement sur les diathèses, qu'elles réveillent, qu'elles avivent toutes indistinctement, jouissent de la propriété de guérir le rhumatisme et la scrofule. Quant à leur action mécanique, outre qu'elle est souvent un puissant adjuvant de l'action spéciale, elle peut encore être utilisée dans toutes les affections qui réclament un traitement tonique ou révulsif.

» Mais pour combattre victorieusement la diathèse rhumatismale ou scrofuleuse, pour changer en quelque sorte la constitution du malade, il faut du temps et de la persévérance, etc. »

M. le docteur baron Despine a envisagé les eaux d'Aix sous un autre point de vue dans son Indicateur médical; il s'est proposé un tout autre objet. Il esquisse la topographie d'Aix et de ses sources minérales; il expose l'histoire de ses thermes; il énumère les maladies auxquelles convient la médication minéro-thermale et formule les précautions à

prendre pendant et après la cure, il intéresse le lecteur par une foule de détails précieux qu'il a pris soin de grouper et qu'on chercherait avec peine ailleurs; en un mot il a fait de son INDICATEUR MÉDICAL le livre-guide non-seulement pour les gens du monde qui forment la masse des visiteurs, mais encore pour les médecins touristes qui ont des renseignements à recueillir soit pour eux-mêmes, soit pour les clients qu'ils se proposent de diriger sur Aix en Savoie.

M. Blanc a consacré un chapitre de son rapport à traiter de l'action des eaux sulfureuses d'Aix dans les accidents syphilitiques; c'est là une question tout à fait à l'ordre du jour. MM. Vidal et Bertier ont à leur tour abordé ce sujet, en en faisant chacun l'objet d'une publication particulière. Nous croyons avoir soulevé l'un des premiers cette grave question sous une forme nouvelle: en 1851, j'écrivis une étude en quelque sorte neuve sur les eaux minérales sulfureuses; j'étudiai à Aix même leur *action dans les maladies des yeux*, et j'en composai une brochure qui fut publiée à Chambéry en 1852 (in-8° de 36 pages); ce travail eut l'honneur d'être reproduit *in extenso* dans les ANNALES D'OCULISTIQUE du docteur Florent Cunier (t. XXVII), et plus tard dans la GAZETTE MÉDICALE DE MILAN, etc. Voici ce que j'écrivais: « Je termine» rai le chapitre des phlegmasies par la question intéressante des » *ophthalmies syphilitiques*. J'en dois deux observations remarquables » à M. Despine père qui a avantageusement expérimenté la médication » hydro-sulfureuse dans la syphilis invétérée. M. Despine fils, dans » son *manuel*, écrit à ce sujet: « En résumant la longue expérience » de mon père, *le premier*, a fait marcher ensemble, pour ce genre » de traitement, les bains, les étuves, la boisson des eaux et les diverses » préparations mercurielles, j'affirmerai avec certitude que nous gué» rissons à Aix presque toutes les affections chroniques de ce genre, » quand on veut apporter à la cure le temps et la persévérance néces» saires. »

Après avoir relaté les deux observations d'ophthalmie syphilitique que j'avais pu recueillir, je poursuivais: « L'étude de la médication » hydro-sulfureuse dans la syphilis invétérée est trop importante pour » que je n'ajoute pas quelques développements; ils sont nécessaires » pour en mieux apprécier les principes, le *modus faciendi*, et la par» tie, qui ont besoin d'être plus connus. — Ce qu'on ne dit pas assez, » écrivait M. Guillaud en 1846 (JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON, n° de » juillet), c'est que nos eaux facilitent merveilleusement l'administra» tion du spécifique, et le rendent praticable dans des cas où l'on » avait cru devoir y renoncer;..... les eaux sulfureuses ont encore un » autre avantage: elles sont une vraie pierre de touche pour discerner » la coopération ignorée ou niée du virus vénérien dans certaines » douleurs et certaines tumeurs de nature douteuse et complexe. » Après avoir cité MM. Vidal et Bertier, que nous allons voir reparaître, je concluais: « En somme, c'est là un point de pratique sur lequel » l'expérience des médecins d'Aix est univoque. »

Sans affirmer ici que c'est notre travail qui a donné l'éveil, il nous sera permis de faire remarquer qu'à partir de cette époque, on a vu paraître rapidement une foule de publications sur ce sujet, et que cette question, sur laquelle on avait jusqu'alors à peu près généralement gardé le silence, est devenue tout à coup le point de mire d'un grand nombre d'écrivains. Le travail de M. Constantin James parait être dans l'ordre chronologique le premier qui ait vu le jour après le mien; celui de M. Lombard est venu ensuite, nous n'avons pas à énumérer ceux qui ont succédé: bornons-nous à dire qu'ils sont très-nombreux.

M. Bertier revient sur cette question, qu'il avait déjà effleurée en 1851; il commence par quelques détails sur les thermes d'Aix et ses sources minérales, détails que le lecteur connaît déjà par l'analyse du rapport du docteur Blanc. M. Bertier insiste surtout sur l'utilité qu'il y a dans la pratique à adjoindre aux eaux d'Aix les eaux minérales sulfureuses bromo-iodées de Challes; il en fait autant pour l'eau alcaline magnésienne de la source Raphy, lorsqu'il existe une complication morbide du côté des voies digestives, telles que gastralgie, gastrite chronique, dyspepsie, etc. L'opinion de M. Bertier (l'auteur relate quatre observations à l'appui de sa manière de voir) peut se résumer dans la citation suivante:

« La combinaison des eaux d'Aix et de celles de Challes forme le traitement iodo-sulfureux le plus parfait qu'il soit possible d'imaginer, et je dirai mieux, le spécifique par excellence des affections mercurielles, syphilitiques et scrofuleuses qui ont résisté à toutes les médications.

» Cette médication combinée est éminemment propre à détruire la diathèse syphilitique contre laquelle les traitements ordinaires n'ont pas d'action.

» Ces eaux sont la pierre de touche qui sert à démasquer le virus syphilitique sous quelque forme qu'il se déguise.

» Seules, elles ne peuvent le détruire, mais elles sont l'adjuvant souvent indispensable des spécifiques.

» Elles guérissent merveilleusement les affections vénériennes transformées, si je puis m'exprimer ainsi, par l'abus du mercure. »

L'opuscule de M. Vidal envisage la question de la même manière; toutefois, non-seulement il apporte quelques observations nouvelles qui lui sont personnelles, mais encore il s'étaye de ses devanciers, dont il paraît avoir soigneusement compulsé les ouvrages. Ainsi il fait valoir, en faveur de sa thèse, la propre expérience de Cabial en 1622, de Fantoni en 1738, de Daquin, en 1808, de A.-H. Despine, etc., qui ont tous proclamé, comme ses contemporains, les bons effets des eaux sulfureuses d'Aix dans les affections syphilitiques invétérées. Les conclusions de M. Vidal sont conformes à celles de M. Blanc, de M. Bertier, et des médecins que j'ai moi-même cités; et sa brochure ne sera pas un des moins bons plaidoyers pour cette cause.

Ce ne sont pas les seuls auteurs que nous aurions à produire. M. le docteur Diday accorde aux eaux sulfureuses la propriété de favoriser la tolérance des préparations mercurielles, et elles contribuent ainsi directement à la guérison de la diathèse en diminuant la quantité des médicaments à administrer. M. Botton est du même avis. Déjà M. Dupasquier (de Lyon), dans son excellente monographie des *eaux sulfureuses d'Allevard* (Lyon. in-8°, 1841, p. 524), avait signalé leur efficacité dans les accidents vénériens.

Voici enfin M. Pégot qui se présente avec un excellent travail sur cette importante question; il s'appuie sur 98 observations recueillies dans une période de dix années; une première série de 87 cas comprend 58 hommes et 29 femmes; il traite surtout des syphilides squameuses, tuberculeuses et ulcéreuses, et des accidents tertiaires. En fait de préparations mercurielles, c'est au proto-iodure qu'il donne la préférence. Les eaux minérales de Bagnères-de-Luchon, qu'il administre concurremment, sont des eaux minérales sulfureuses, salines et silicatées; remarquons que chaque bain contient, d'après M. Filhol, 5 à 9 grammes de sulfure de sodium, 1 à 3 grammes d'hyposulfite de soude et 3 à 9 grammes de sels alcalins.

L'ouvrage de M. Pégot se compose de plusieurs catégories d'expériences et de faits. Dans un premier chapitre, il démontre, par un choix d'observations, que les eaux minérales sulfureuses ne sont pas antisyphilitiques par elles-mêmes, et que seules elles ne sauraient guérir.

Le second chapitre est consacré à l'étude des circonstances dans lesquelles la médication hydro-sulfureuse peut compléter la guérison d'une affection syphilitique qui a résisté à un traitement prolongé. L'auteur établit qu'elle jouit de cette heureuse propriété lorsqu'il existe une saturation mercurielle.

Une troisième catégorie d'observations lui sert à prouver que la vertu des eaux sulfureuses est héroïque à titre d'adjuvant dans le traitement des accidents syphilitiques secondaires ou tertiaires, surtout chez les individus où il y a cachexie syphilitique ou complication scrofuleuse.

M. Pégot insiste à son tour sur la propriété qu'ont les eaux sulfureuses de servir de pierre de touche pour s'assurer si un syphilisé (nous dirons *syphilitique*, car aujourd'hui, depuis la découverte de la syphilisation, le mot *syphilisé* emporte une autre idée), si un syphilitique qui a suivi un traitement mercuriel, est radicalement guéri.

Un dernier chapitre nous a paru fort intéressant, c'est celui où il étudie l'action des eaux sulfureuses chez les individus qui, par profession, son exposés à manier le mercure ou qui ont abusé des préparations mercurielles.

Enfin, l'auteur termine par une discussion approfondie sur l'action chimico-physiologique des eaux sulfureuses; cette question, d'ailleurs fort intéressante, n'est pas encore mûre; la science n'a guère que des hypothèses à présenter, et nous ne suivrons pas M. Pégot sur ce terrain; lui-même ne se fait pas illusion à ce sujet, car, après avoir exposé la théorie chimique de MM. Mialhe et Astié sur l'action des eaux minérales sulfureuses, il conclut en disant: « Elle me paraît très probable; cependant il est possible qu'un jour plus ou moins prochain, une autre explication devienne plus rationnelle. » Ces vicissitudes des sciences chimiques n'empêcheront pas les ouvrages de médecine, qui se distinguent par la méthode, un sens pratique et des vues utiles, de marquer leur place et de rester avec honneur dans la littérature médicale.

J. E. PÉTREQUIN.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DES SCIENCES : DES DIVERS MODES DE PRODUCTION DE L'URÉE.

L'urée, dont nous devons la découverte à Fourcroy et Vauquelin, a été l'objet, depuis le commencement de ce siècle, des travaux les plus variés et les plus intéressants. Elle mérite, en effet, au plus haut degré, de fixer l'attention des physiologistes, puisqu'elle est l'élément le plus important de l'urine, qu'elle forme les quatre-vingt centièmes de la partie solide de l'urine humaine, et qu'il existe entre les phénomènes de la respiration, la sécrétion urinaire et la proportion d'urée excrétée les relations les plus intimes. La connaissance des faits qui composent l'histoire de l'urée a produit les résultats les plus heureux pour la physiologie, et nous a permis de mieux étudier le rôle des aliments, les transmutations de l'organisme et les principales réactions chimiques qui ont leur siége dans l'économie.

On a cru pendant longtemps que l'urée n'existait que dans l'urine, mais depuis une vingtaine d'années, on l'a trouvée dans le liquide amniotique, les humeurs de l'œil, la salive, la sueur, la bile et le lait. On la préparait en faisant évaporer l'urine jusqu'à consistance de sirop et en ajoutant à la liqueur ainsi concentrée son volume d'acide azotique pur. On entourait le mélange de glace, on agitait et on ne tardait pas à voir se former des cristaux composés d'urée et d'acide azotique. Ces cristaux, décolorés par le charbon animal, étaient traités par le carbonate de potasse et ensuite par l'alcool.

L'urée est la première matière formée dans l'économie animale, qu'on soit parvenu à reproduire par une réaction de laboratoire, et cette belle découverte faite en 1828, est due à un savant chimiste allemand, M. Wœhler. Le procédé est très-simple et très-économique. Il suffit pour cela de méler du cyanure jaune de potassium et de fer avec du bioxyde de manganèse et de chauffer le mélange sur une plaque en fer. La masse s'enflamme, et lorsqu'elle est éteinte, on la traite par l'eau froide, on y ajoute du sulfate d'ammoniaque, on évapore jusqu'à siccité, et on traite le résidu par l'alcool bouillant, qui dissout l'urée. Ce mode de production repose sur ce fait, que le cyanate d'ammoniaque peut se transformer en urée sous l'influence de la chaleur. Le cyanate d'ammoniaque contenant les éléments de l'urée, cette transformation est tout simplement isomérique. L'urée obtenue artificiellement présente exactement tous les caractères de l'urée naturelle. En effet, l'une et l'autre cristallisent en prismes quadrilatères, incolores, transparents, solubles dans l'eau, et dans l'alcool possédant une saveur fraîche, dégageant de l'acide carbonique sous l'influence des acides, et de l'ammoniaque, au contraire, par l'action des alcalis.

L'urée se forme avec une grande facilité par la décomposition ou la transformation d'un grand nombre de substances azotées. Ainsi, quand on abandonne à elle-même une solution aqueuse de cyanogène, elle ne tarde pas à se troubler et, entre autres produits, on trouve, dans la liqueur, de l'urée. Lorsqu'on fait chauffer, suivant M. Natanson, de l'éther carbonique à 100 degrés avec de l'ammoniaque, on obtient un produit particulier appelé uréthane, qui se transforme, à la température de 180 degrés, en urée, par l'action de l'excès d'ammoniaque. Si on met l'acide chloroxycarbonique en contact avec l'ammoniaque, on obtient un mélange de diverses substances qui renferment de l'urée. On a constaté également que la créatine et l'acide urique se transforment très-facilement, en dehors de l'organisme, en urée et en d'autres composés.

M. Williamson, conduit par des considérations théoriques, a converti l'oxamide en urée au moyen du bioxyde de mercure. M. Liébig a obtenu de l'urée et de l'acide oxalique avec l'acide oxalurique, par une ébullition prolongée. Lorsqu'on fait passer de l'oxamide à travers un tube chauffé au rouge, elle fournit de l'urée. L'acide urique et la plupart des dérivés de cet acide donnent de l'urée sous l'influence de divers agents d'oxydation, comme l'acide azotique, le permanganate de potasse, le bioxyde de plomb, le bichromate de potasse, etc. Enfin on a obtenu l'urée artificiellement en décomposant le fulminate de cuivre ammoniacal par l'hydrogène sulfuré. On voit donc que l'urée peut se produire dans une foule de circonstances, et que ce sont là, comme l'a dit M. Dumas, jeux familiers à la chimie organique.

L'urée, que l'on trouve dans le sang et dans l'urine, provient sans nul doute des principes azotés de l'organisme ; mais on ne saurait affirmer si elle prend naissance dans le sang ou dans les organes, sur les lieux mêmes où s'opère la régénération des tissus. Cependant si l'on réfléchit que la créatine, la gélatine, le glycocolle, la théine, l'alloxantine, les aliments azotés, etc., introduits dans l'économie, augmentent considérablement la proportion d'urée, il semble probable que la formation de ce principe a son siége principal dans le sang et qu'elle dépend, en partie au moins, de la nature des aliments. Quoi qu'il en soit, il est certain que l'organisme se débarrasse particulièrement, sous la forme d'urée, des produits azotés devenus impropres à la vie et que ce principe constitue le résidu de la combustion des matières azotées du sang. « Tout s'enchaîne dans l'économie, dit M. Dumas. Les fonctions par lesquelles la vie se manifeste ne s'accomplissent jamais isolément, mais se lient les unes aux autres de la manière la plus intime. Si quelque chose est propre à faire ressortir cette admirable harmonie dans le jeu de nos organes, ce sont certainement les relations qui enchaînent les fonctions des reins et celles des poumons. » En effet, le carbone et l'hydrogène des aliments ou de nos tissus, devenus impropres aux fonctions physiologiques, se combinent avec l'oxygène du sang artériel et les produits qui en résultent, l'eau et l'acide carbonique, sont rejetés par les poumons. L'azote, de son côté, est éliminé à l'état d'urée. Par une sage disposition de la nature, cette dernière substance est inerte et peut exister sans danger dans nos organes. Elle produit probablement du carbonate d'ammoniaque que la nature a modifié par l'élimination d'un équivalent d'eau.

L'urée renferme une proportion considérable d'azote et doit être considérée comme un des produits de l'oxydation des matières azotées de l'organisme. Il ne faudrait cependant pas en conclure que les éléments combustibles des éléments plastiques servent directement à la production de la chaleur animale. Les matières albuminoïdes brûlent difficilement et dégagent peu de chaleur. Si elles pouvaient entretenir seules la respiration, elles seraient impropres à la nutrition. Si l'albu-

FEUILLETON.

ÉTAT ACTUEL DE LA PROFESSION MÉDICALE AUX ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE : STATISTIQUE DU CORPS MÉDICAL, ASSOCIATIONS, HÔPITAUX.

Nous avons publié l'an passé, dans le feuilleton de la GAZETTE, des renseignements relatifs à l'état de la médecine en Angleterre, en Écosse et en Irlande. Nous sommes à même de fournir aujourd'hui à nos lecteurs des données analogues sur les États-Unis d'Amérique. Nous les emprunterons en partie à un médecin distingué de New-York, le docteur Campbell Stewart, qui a lu récemment à la Société médico-chirurgicale d'Édimbourg des considérations intéressantes sur l'histoire actuelle de notre corporation aux États-Unis (1).

Cette vaste et intéressante partie du nouveau continent qui rivalise déjà avec l'ancien monde par le caractère de ses habitants, le niveau des études et les progrès de l'esprit d'association, ne compte pas moins de 25 à 30,000 médecins établis dans les villes ou dans les innombrables petits centres de population qui sont disséminés aujourd'hui dans l'immense étendue de territoire de l'Union. En 1847, on comptait, dans l'État de Virginie, 1,507 médecins sur un million et demi d'habitants ; à la même époque, dans le petit État de Delaware, il y avait 100 médecins, et dans celui du Massachusetts, 1,237.

On a calculé que, chaque année, il s'établissait aux États-Unis 300 médecins environ, gradués à l'étranger, et 1,400 gradués dans les écoles américaines. On évalue à 1,300 le nombre des clientèles laissées vacantes tous les ans. D'après ces données, le nombre des praticiens exerçant aux États-Unis augmenterait chaque année de 400, chiffre évidemment insuffisant pour un accroissement annuel de population de plus de 700,000 individus. En évaluant les besoins de cet excédant à 1 médecin pour 700 habitants, on arrive à trouver qu'il y a tous les ans en ce pays un déficit de 600 médecins. Il faut aussi tenir compte de la division de la population en un grand nombre de districts ruraux, ce qui augmente beaucoup les difficultés de cette branche de l'exercice professionnel, et diminue le nombre des praticiens qui s'y adonnent. Par contre, le nombre des médecins dans les villes est presque partout plus élevé que ne l'exigent les besoins de la population.

A côté des médecins gradués et exerçant légalement leur profession, il y a aux États-Unis un très-grand nombre de personnes qui pratiquent sans titre ni diplôme. Les lois relatives à l'exercice de la médecine n'existent point ou ne sont point appliquées. Il y a des localités où on n'a point encore adopté de règlements à ce sujet ; il y en a d'autres où ces règlements existaient et où ils ont été rapportés ; dans quelques États seulement, la Delaware, le New-Jersey,

(1) EDINB. MED. JOURNAL, août 1856.

mine, suivant la remarque de M. Liébig, se détruisait directement dans la circulation par l'action de l'oxygène, la petite quantité que l'économie en reçoit journellement, disparaîtrait très-promptement dans les vaisseaux sanguins. La vie organique serait impossible sans la puissante résistance que les matières azotées opposent à l'oxygène.

La conversion des matières albuminoïdes en urée dans l'économie paraissait très-probable, mais ce fait important n'avait pas encore reçu la sanction de l'expérience. L'honneur de cette belle découverte était réservé à M. Béchamp, professeur à l'École de pharmacie de Strasbourg, qui a démontré récemment que l'urée dérive des substances albuminoïdes et que l'albumine peut être transformée directement en urée par une combustion lente produite à l'aide d'une dissolution de permanganate de potasse, qui se décompose en peroxyde de manganèse, oxygène et potasse.

Pour déterminer la formation de l'urée avec les matières albuminoïdes sous l'influence oxydante d'un mélange alcalin, M. Béchamp dissout 10 grammes d'albumine dans trente fois son poids d'eau, et il y ajoute peu à peu 75 grammes de permanganate de potasse. On chauffe au bout de quelques instants à la température de 40 degrés, et de temps en temps on sature la liqueur par l'acide sulfurique étendu, mais en la maintenant constamment un peu alcaline. On filtre ensuite, et l'on sature exactement le liquide par l'acide sulfurique étendu. On évapore la dissolution au bain-marie, puis on y ajoute un excès d'alcool concentré. La dissolution alcoolique est à son tour évaporée en consistance de miel et reprise à chaud par l'alcool absolu. Enfin par l'évaporation on obtient un résidu qui renferme de l'urée. En effet, ce résidu traité par la potasse caustique, à chaud, dégage de l'ammoniaque; il produit un dégagement d'azote et d'acide carbonique sous l'influence du nitrate nitreux de protoxyde de mercure. L'acide azotique donne naissance à des cristaux d'azotate d'urée. Enfin on peut en isoler l'urée. Ces caractères démontrent que le produit obtenu est bien de l'urée. La fibrine du sang et le gluten ont donné lieu aux mêmes résultats que l'albumine.

Dans la conversion des matières albuminoïdes en urée, il ne se dégage pas de gaz. Lorsqu'on sature par l'acide sulfurique, il ne se produit que de l'acide carbonique, sans aucune trace d'azote. Ce gaz se retrouve à l'état d'ammoniaque, d'urée et peut-être d'autres produits azotés. Si l'oxydation est opérée à l'aide du permanganate de potasse seul, il est nécessaire de chauffer le mélange à 80°, mais alors il ne se forme que des traces d'urée. En ajoutant un léger excès de ce sel, on ne trouve que de l'ammoniaque pour résidu de la matière albuminoïde.

C'est M. Dumas qui a signalé au monde savant les brillants résultats obtenus par M. Béchamp, et l'intérêt considérable qui s'y rattache. En effet, c'est la première fois que l'urée a pu être produite par l'oxydation en quelque sorte directe de l'albumine, et par conséquent les expériences de cet habile chimiste font connaître, beaucoup mieux que celles de ses devanciers, l'origine de l'urée dans l'économie animale et donnent, comme le fait remarquer M. Dumas, à la théorie chimique de la respiration son dernier complément. Les chimistes, guidés par des vues théoriques, avaient essayé, avant M. Béchamp, de brûler l'albumine afin de la convertir en urée. M. Dumas a bien voulu nous apprendre que lui-même avait tenté des essais infructueux avec le bichromate de potasse, l'oxyde de mercure, celui d'argent et l'oxyde puce de plomb en présence des liqueurs alcalines, mais M. Béchamp a été plus heureux.

Par une heureuse coïncidence, M. Dumas a présenté à l'Académie des sciences, dans la même séance, une thèse de M. Picard soutenue devant la Faculté de médecine de Strasbourg, sur une question qui se rattache de près à celle qu'a traitée M. Béchamp. Dans ce travail, intitulé : DE LA PRÉSENCE DE L'URÉE DANS LE SANG ET DE SA DIFFUSION DANS L'ORGANISME, M. Picard a prouvé par de nouvelles expériences que le rein n'est qu'un organe éliminateur; que l'urée existe dans le sang normal; que le sang de la vessie rénale renferme moins d'urée que celui de l'artère; que lorsque le rein est malade, l'urée s'accumule dans le sang.

En 1821, MM. Prévost et Dumas constatèrent que l'urée s'accumule dans le sang en proportion considérable, après l'ablation des reins. Dans une expérience, 150 gr. de sang d'un chien ayant vécu pendant deux jours sans reins, ont donné plus de 1 gr. d'urée. Vauquelin, MM. Ségalas, Mitscherlich et Marchand, sont arrivés aux mêmes résultats. Ce dernier observateur a retiré 2 grammes d'urée de 400 gram. de sang, après avoir fait la ligature des nerfs et des vaisseaux du rein d'un mouton. Il résulte de ces expériences, qui sont connues de tous les physiologistes, que l'urée existe à l'état normal dans le sang, que les fonctions des reins se bornent à éliminer ce principe au fur et à mesure qu'il se forme dans l'organisme et qu'elles ne concourent nullement à sa formation. M. Picard a comparé sous le rapport de la quantité d'urée, le sang artériel et le sang veineux d'un chien, et il a observé que le premier contenait 0,0365 pour 100 d'urée, tandis que l'autre n'en renfermait que 0,0186. Dans une deuxième expérience, le sang artériel a fourni 0,04 pour 100 et le sang veineux 0,02 pour 100. Ces expériences prouvent que le sang de la veine rénale contenait deux fois moins d'urée que celui de l'artère. Ainsi, le sang, en traversant le rein, lui céderait la moitié de son urée. Si l'on connaît la proportion d'urée contenue dans le sang normal de l'homme, la quantité de ce principe que le rein lui enlève et le sang qui traverse cet organe, dans les vingt-quatre heures on peut déterminer *à priori* la quantité d'urée que le rein élimine. La quantité de sang qui traverse les reins dans les vingt-quatre heures est, suivant Valentin, de 351,360 grammes qui contiennent 56,20 d'urée, dont la moitié est éliminée par les reins. Or la moyenne des quantités d'urée rendues par les urines des vingt-quatre heures, chez les personnes dont le sang avait été analysé, a été de 27,58 grammes, chiffre qui diffère peu du précédent.

Divers procédés ont été proposés pour le dosage de l'urée. Les uns précipitent l'urée par l'acide nitrique et déterminent la proportion de ce corps, d'après le poids du nitrate obtenu, d'autres le dosent à l'état de chlorure platinico-ammonique, ou bien en transforment l'urée à la température de 240° en carbonate de baryte avec une dissolution ammoniacale de chlorure de baryum. Enfin, dans d'autres procédés on décompose l'urée en acide carbonique et en azote au moyen d'une solution de nitrite de mercure ou bien on précipite l'urée par le nitrate de mercure. Ces moyens analytiques laissent beaucoup à désirer au point de vue de la précision. Celui de M. Liébig lui-même, dont M. Picard s'est servi et que nous avons fréquemment employé, ne nous

---

la Georgie, la Louisiane, il existe des édits en faveur de l'exercice légal de la médecine, mais ces édits ne sont presque jamais mis en vigueur. L'opinion publique, dans beaucoup de parties de l'Union, n'est point favorable aux prohibitions restrictives qu'on voudrait appliquer en faveur de la corporation médicale. On voit là le reflet des institutions politiques et une erreur de l'esprit d'indépendance.

Dans un ou deux États seulement, les praticiens sont taxés; cet impôt est de 5 dollars en Virginie.

Les médecins américains se distinguent par le nombre et l'importance des associations qu'ils ont formées. Ils ont réussi à organiser des sociétés médicales, non-seulement dans les grandes villes et dans les contrées populeuses, mais même dans les districts où la population est très-clairsemée. Les réunions qu'ils forment ainsi, malgré les difficultés de l'éloignement, sont souvent nombreuses et très-importantes par les liens qu'elles développent, les sentiments confraternels qu'elles manifestent et qu'elles excitent.

De toutes ces Sociétés, la plus importante est l'*Association médicale américaine*. Elle a été organisée définitivement en 1847; elle se compose d'un certain nombre de délégués élus par toutes les sociétés, les écoles et les hôpitaux du pays; les réunions ont lieu chaque année dans une ville différente de l'Union; les délégués sont élus pour une année seulement; ces fonctions remplies, ils prennent rang au nombre des membres permanents de l'Association et peuvent participer à toutes ses réunions. Les délégués seuls ont le droit de vote; leur nombre s'est élevé dernièrement à plus de cinq cents; le nombre des membres permanents est de trois à quatre mille. Cette association, qui est un véritable congrès des médecins américains, possède à un haut degré le double caractère scientifique et professionnel. Elle vient de faire paraître le huitième volume de ses TRANSACTIONS, dans lequel les amis de la science trouveront des documents importants sur différents sujets de pathologie, d'épidémiologie, d'hygiène publique. Elle a un caractère national et est destinée à exercer une influence considérable sur l'avenir de la profession médicale aux États-Unis.

Indépendamment de l'Association nationale dont nous venons de parler, il y a dans chaque partie de l'Union une *Société médicale de l'État*. Ces réunions, autorisées et protégées par le gouvernement local, ont dans quelques villes le droit de délivrer des certificats d'aptitude pour l'exercice de la médecine. La Société médicale de l'État publie chaque année à New-York un volume de TRANSACTIONS. D'autres associations ont un caractère purement scientifique, ce sont : « l'Académie de médecine et la Société pathologique de New-York, le Collége des médecins de Philadelphie, la Société du progrès médical de Boston. » Il y a en outre à New-York « une société de secours pour les veuves et les orphelins des médecins » et « une société des médecins directeurs des maisons d'aliénés. «

Les établissements de l'assistance publique sont très-nombreux aux États-Unis; on y trouve un grand nombre d'*hôpitaux* ou d'*infirmeries*, des maisons de secours pour les pauvres, des asiles pour les aliénés, des hospices pour les sourds-muets, les aveugles, les idiots. La plupart des hôpitaux sont le produit de fondations particulières; l'État n'intervient qu'indirectement et pour une faible part dans leur administration. D'autres créations de ce genre

a pas paru parfaitement exact, au moins pour le dosage de l'urée contenu dans l'urine.

POGGIALE.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR UNE AFFECTION CARACTÉRISÉE PAR DES PALPITATIONS DU COEUR ET DES ARTÈRES, LA TUMÉFACTION DE LA GLANDE THYROÏDE ET UNE DOUBLE EXOPHTHALMIE (SYNONYMIE: CACHEXIA EXOPHTHALMICA, GLOTZAUGENCACHEXIE, Basedow; ANÆMIC PROTRUSION OF THE EYEBALLS, Taylor, etc.; lu à la Société de biologie, en mai 1856, par le docteur CHARCOT, médecin du bureau central des hôpitaux, secrétaire de la Société de biologie, ancien chef de clinique à la Charité.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

§ II.

Dans la plupart des autopsies (j'ai pu en recueillir sept, dont quelques-unes, il est vrai, ne sont malheureusement pas accompagnées de détails suffisants), le cœur a été trouvé volumineux; les parois des ventricules étaient tantôt d'une épaisseur à peu près normale, tantôt, mais plus rarement, très-fortement hypertrophiées. Leur tissu musculaire était souvent flasque et ramolli, parfois étouffé par des accumulations graisseuses. Les cavités ventriculaires étaient habituellement distendues; quelquefois elles l'étaient à un haut degré. Le plus souvent les valvules auriculo-ventriculaires ou sigmoïdes étaient tout à fait saines et parfaitement suffisantes; l'endocarde ne présentait pas d'altération. Il semblerait, d'après cela, qu'une augmentation de volume du cœur avec dilatation des cavités ventriculaires, le plus souvent sans altération notable des valvules, dût être considérée comme un caractère indispensable de la maladie.

Mais en supposant même que cette lésion fût rencontrée chez tous les individus qui succombent, il n'en serait pas moins naturel de croire, avec tous les auteurs qui se sont occupés du sujet, qu'elle n'est qu'un phénomène de seconde date et qu'elle n'est pas le point de départ des troubles qu'a présentés dès l'origine l'organe central de la circulation. Il est bien établi, en effet, qu'il existe un certain nombre de cas, et l'observation qui fait l'objet de cette communication en est d'ailleurs un exemple, où le cœur, examiné avec soin à diverses époques de la maladie, n'a jamais présenté les signes d'une augmentation de volume, ou d'une lésion organique quelconque. On a vu, en outre, la matité anormale constatée à la région précordiale, lors des exacerbations, disparaître à l'époque des rémissions ou lors de la guérison définitive (Romberg). Enfin on a pu voir la dilatation du cœur naître, pour ainsi dire, et se développer à mesure que les palpitations cardiaques et artérielles devenaient de plus en plus intenses et de plus en plus permanentes.

Ce sont là des faits cliniques qui ne sauraient guère se concilier avec l'idée d'une altération organique primitive et considérée comme cause de tous les accidents. Les troubles du cœur sont donc, suivant toute apparence, au moins au début, l'expression d'une lésion purement fonctionnelle dont le point de départ peut être cherché, sans doute, dans une affection du système nerveux. Les palpitations artérielles reconnaissent apparemment la même origine; indépendantes jusqu'à un certain point (§ I) des palpitations cardiaques, elles dérivent probablement d'une affection des nerfs vaso-moteurs. Il ne paraît pas qu'elles entraînent après elles des modifications dans la structure des tuniques vasculaires. Mais les artères thyroïdiennes ont été trouvées dans deux ou trois cas très-volumineuses, évidemment dilatées et remarquablement tortueuses (Basedow, Stokes); dans un autre cas, une des artères ophthalmiques était allongée et dilatée (Romberg). Il peut se faire, en outre, que les vaisseaux qui, pendant la vie, se laissaient distendre par suite d'une atonie, d'une paralysie de leurs parois, ne présentent cependant pas, après la mort, surtout si la maladie n'a pas été d'une très-longue durée, des sinuosités indiquant leur élongation et un calibre plus grand qu'à l'état normal?

§ III.

La tumeur thyroïdienne est lisse, molle, plus ou moins volumineuse. Elle n'atteint habituellement pas des dimensions excessives; il est des cas où elle est formée presque exclusivement aux dépens d'un des deux lobes, principalement du lobe droit; on l'a vue alors simuler un anévrisme (Stokes); elle est en effet le siége de battements plus ou moins énergiques et d'un frémissement souvent fort remarquable; il est difficile de décider si ces battements, si ce frémissement, si enfin le bruit rude, parfois musical, qu'on y perçoit à l'aide de l'auscultation, lui appartiennent en propre (Stokes), ou s'ils lui sont tout simplement communiqués par les artères carotides (Romberg). Chez Caroline G., la tumeur présentait à un haut degré tous les caractères qui viennent d'être indiqués; elle n'était pas douée de mouvements d'expansion et elle paraissait seulement soulevée par le choc artériel. On y percevait un bruit de souffle continu des plus rudes, mais ce bruit se retrouvait, au moins au même degré, sur toutes les grosses artères accessibles au stéthoscope. Quoi qu'il en soit, il est impossible de ne pas croire que la tumeur thyroïdienne résulte, au moins en partie et dans les premiers temps de la maladie, surtout d'une modification survenue soit dans les artères, soit dans les veines propres à la glande. Comment expliquer autrement son accroissement rapide, lorsque les palpitations sont violentes, sa disparition complète, dans certains cas, lorsque la guérison a lieu? Mais on ne saurait décider si c'est la dilatation anévrismatique des artères (Stokes), ou la stase veineuse (Hénoch), qu'il faut surtout faire intervenir ici.

Chacune de ces opinions s'appuie sur quelques faits; car si les artères qui se rendent à la glande thyroïde (§ II) ont été trouvées à l'autopsie dilatées et tortueuses, les veines qui en partent ont aussi présenté quelquefois un calibre tout à fait insolite (Marsh). Pour ce qui est des altérations plus profondes, et par exemple de l'hypertrophie uniforme, avec ou sans développement des acini, des kystes plus ou moins volumineux, à parois plus ou moins épaisses, et contenant un liquide transparent, ou au contraire d'une couleur rousse, altérations qui, chez certains sujets, constituaient la tumeur en tout ou en partie, elles

---

sont dues au gouvernement. Des administrateurs étrangers à la profession dirigent ces établissements et y nomment des médecins à titre gratuit. Les hôpitaux les plus vastes et les plus connus sont: « l'hôpital de la ville de New-York, l'hôpital de Pensylvanie à Philapelphie, l'hôpital général de Massachusetts à Boston, l'infirmerie de Baltimore, l'hôpital de la Charité à la Nouvelle-Orléans, » le plus vaste établissement de ce genre après le grand hôpital de Vienne. Les établissements quarantenaires de New-York méritent aussi d'être cités: Neuf hôpitaux répartis sur une étendue de terrain de 30 acres, à deux lieues de cette ville, sont affectés aux maladies infectieuses et contagieuses. Ils sont presque entièrement occupés par le flot des émigrants européens, qui, il y a quelques années, atteignait pour New-York seulement le chiffre énorme de 250 mille arrivants.

Les maisons de secours, les hospices affectés aux aveugles, aux sourds-muets, aux idiots, aux orphelins, sont régis comme les hôpitaux. Les hospices d'aliénés font exception, ce sont généralement des fondations de l'État; la direction entière en est confiée au médecin en chef. Plusieurs de ces établissements se font remarquer par les conditions excellentes et même le luxe de leur installation; on en compte plus de vingt aujourd'hui, indépendamment d'un grand nombre d'institutions particulières affectées au traitement des maladies mentales.

— Par arrêté en date du 11 septembre 1856, M. Bouchacourt est nommé professeur titulaire à l'école préparatoire de Lyon, en remplacement de M. Colrat, décédé.

M. Barrier est nommé professeur adjoint de clinique externe en remplacement de M. Bouchacourt.

— Un honorable praticien de Paris, M. le docteur Campaignac, vient de succomber subitement à une attaque d'apoplexie.

— SOUSCRIPTION EN FAVEUR DES VEUVES ET DES ORPHELINS DES MÉDECINS DE L'ARMÉE ET DE LA FLOTTE MORTS EN ORIENT. — Souscriptions reçues du 2 au 20 septembre: MM. Gosselin, 25 fr.; Fontaine, de Brienon (Yonne), 10 fr.; J.-B. Ducos, 20 fr.; Barthès, 20 fr., Adelon, professeur à la Faculté de médecine de Paris, 20 fr.; Devilliers, 40 fr.; Guillon, 50 fr.; Ferrus, 30 fr.; Ségalas, 100 fr.; Despaulx-Ader, 15 fr.; Richard (Adolphe), 20 fr.; Bomafoux de Figeac, 10 fr.; Lucas Championnière, 20 fr.; Goupil, 30 fr.; Du Kerley, de Givet, 20 fr.; Fierens, de Gand, 20 fr.; Boutin, de Beauregard, 10 fr.; Brisset, 20 fr.; Sichel, 20 fr.; Lustreman, professeur à l'Ecole de médecine militaire du Val-de-Grâce, 40 fr.; Champouillon, id., 25 fr.; Mounier, id., 40 fr.; Godelier, id., 40 fr.; Laveran, id., 40 fr., Chenu, bibliothécaire conservateur, 30 f.; Tholozan, professeur agrégé, 20 fr.; Legouest, id., 20 fr.; Coulier, id., 20 f.; Sestier, médecin des hôpitaux, 20 fr.; Bessières, 20 fr.; Deschamps, 20 fr.; Tourny, médecin major de première classe au 25e, à Rome, 15 fr.; Baudens, membre du conseil de santé des armées, 200 fr.; Béchet, médecin à Nancy, 20 fr.; Bourrus, 20 fr.; M. Martin Saint-Ange, 20 fr.

Liste précédente: 2,790 fr. Total au 20 septembre: 3,900 fr.

se sont évidemment développées à la longue par suite de la persistance du mal.

§ IV.

L'exophthalmie se montre habituellement, comme on l'a vu, pendant les dernières phases de la maladie ; quelquefois, au contraire, elle se prononce pour ainsi dire dès le début. Parfois à peine appréciable, elle peut être, dans certains cas, tellement prononcée, que l'occlusion des paupières devient impossible. Elle affecte généralement les deux yeux à un égal degré. Elle ne s'accompagne le plus souvent d'aucun trouble de la vision, d'aucune modification de la conjonctive, de l'orifice pupillaire, des membranes de l'œil ou de ses humeurs. Elle peut persister pendant des années entières sans provoquer l'ophthalmie (Stokes). Elle ne produit aucune gêne, aucune douleur, du moins dans les cas de moyenne intensité ; et n'était qu'elle leur donne une physionomie très-singulière, qui exprime l'anxiété ou la terreur, et qui ne manque pas d'être remarquée bientôt par les personnes qui les entourent, les malades en ignoreraient pendant longtemps l'existence. Toutes les hypothèses qui ont été avancées en vue d'expliquer ce singulier phénomène sont évidemment prématurées. On a cherché, par exemple, à le rattacher à une affection du grand sympathique cervical comprimé ou excité par la tumeur thyroïdienne (Koehen). Mais, pour que cette opinion fût plausible, il faudrait que cette tumeur précédât constamment l'exophthalmie ; or le contraire se voit quelquefois ; ne faudrait-il pas, en outre, que la pupille fût dilatée, que la température de la face éprouvât un abaissement notable ? C'est ce qui n'a pas été constaté (1). Observe-t-on d'ailleurs l'exophthalmie chez les goîtreux, alors même que la tumeur du cou a acquis des dimensions énormes ! Une paralysie des muscles droits ne saurait également pas être invoquée, puisque les yeux se meuvent, en général, dans tous les sens, avec une grande facilité. Dans les cas où il a été examiné après la mort, le globe de l'œil ne présentait aucune altération notable, soit dans son volume, soit dans sa texture, ce qui doit faire rejeter l'hypothèse de l'*hydrophthalmie*, que le docteur Stokes semble professer encore aujourd'hui. Dans trois cas, le tissu cellulo-graisseux qui remplit le fond de l'orbite formait une masse sensiblement plus volumineuse que dans l'état normal. Cette accumulation de graisse pourrait être, à la rigueur, considérée comme ayant produit l'exophthalmie dans ces trois cas. Mais une pareille lésion n'existe apparemment pas chez les malades dont le globe de l'œil est réductible sous l'influence d'une légère pression, ainsi qu'on en a vu d'assez nombreux exemples (Romberg, Taylor) ; elle n'existait évidemment pas dans les cas où la saillie des yeux a rapidement et complétement disparu après la cessation des palpitations cardiaques.

Les investigations anatomiques n'ont pas, jusqu'à ce jour, confirmé l'opinion qui fait provenir l'exophthalmie d'une congestion des veines orbitaires, et quant à la dilatation anévrismatique qu'aurait présentée dans un cas l'artère ophthalmique, il n'est pas certain qu'elle ait eu une grande part dans la production du phénomène.

On a rencontré, à l'autopsie de quelques sujets, un certain nombre de lésions viscérales, et en particulier une hypertrophie plus ou moins prononcée du foie et surtout de la rate. Ces lésions sont-elles du même ordre que celles qui produisent la tumeur thyroïdienne et l'exophthalmie ? Sont-elles, en d'autres termes, des manifestations directes de la maladie, ou sont-ce tout simplement des affections purement accidentelles ?

§ V.

L'étiologie de la *cachexie exophthalmique* est aujourd'hui encore à peine ébauchée. On a cherché à rattacher cette affection tour à tour à la scrofule, à la chlorose, à l'hystérie. Le docteur Begbie semble n'y voir qu'une conséquence toute naturelle de l'anémie poussée à sa dernière limite. Il est vrai qu'elle se montre de préférence chez les femmes âgées de 20 à 30 ans, nerveuses, irritables, mal réglées, anémiques, dominées par des passions tristes ; il est vrai également que des hémorrhagies abondantes et prolongées ont quelquefois paru jouer par rapport à elle le rôle de causes déterminantes ; mais on l'a vue se développer aussi dans des conditions tout opposées. Chez l'homme en particulier, où on l'a plusieurs fois rencontrée avec tous ses traits les plus saillants, elle ne s'accompagnait pas toujours d'appauvrissement du sang et de troubles nerveux bien manifestes. L'altération des liquides, les perturbations nerveuses autres que celles qui ont pour siége le cœur et le système artériel, y font quelquefois défaut et ne s'y montrent souvent que dans les périodes avancées. Si elles contribuent quelquefois à la produire, elles ne l'engendrent probablement jamais de toutes pièces ; elles paraissent en être le plus souvent une conséquence plus ou moins nécessaire.

(1) Voyez à ce sujet les belles recherches de MM. Bernard (MÉM. DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE, 1853, t. V, p. 77), Brown-Séquard (GAZ. MÉD., 1854, n° 2, p. 22 et *passim*), et Waller (COMPTES RENDUS DE L'ACAD. DES SC., 28 fév. 1853), sur les fonctions du grand sympathique.

§ VI.

D'après le docteur Stokes, cette maladie *est une forme spéciale de névrose cardiaque* ; elle consiste essentiellement dans une altération fonctionnelle caractérisée par une *excitation permanente* du cœur et des artères du cou, à laquelle se joignent comme *épiphénomènes* le gonflement de la thyroïde et une augmentation de volume (?) des globes oculaires. On a lieu de s'étonner que le savant professeur de Dublin n'en ait pas rapproché les cas où l'on a observé des *battements permanents du cœur et des principales artères* sans qu'il y eût tumeur du cou et exophthalmie, et dont on trouve des exemples signalés ou rapportés tout au long par Baillou (1), Rodio (2), F. Plater (3), Morgagni (4), Testa (5) et Laennec (6). L'affection, peu étudiée d'ailleurs, qui a été désignée sous le nom de *pulsations abdominales idiopathiques*, semble avoir elle-même d'assez nombreux points de contact avec la *cachexie exophthalmique*. Ces diverses affections sont-elles au fond de même nature ? doit-on les considérer comme les divers degrés d'une même série pathologique que relient entre eux de nombreux intermédiaires ? Je serais porté à l'admettre ; mais ce sont là des questions qui, pour être résolues, exigent de nouvelles recherches. Les faits cliniques auxquels elles se rattachent ont été fort négligés, sans doute parce qu'il paraissait impossible d'en comprendre la raison physiologique. De nos jours, en effet, en France du moins, c'est presque une hérésie que de croire à l'existence du spasme ou de la paralysie des artères et des vaisseaux en général : cependant ces phénomènes, sans aucun doute, jouent un rôle important dans le domaine pathologique ; et il est bien difficile de se refuser à les admettre, aujourd'hui surtout que les travaux des expérimentateurs modernes ont répandu la plus vive lumière sur les fonctions du grand sympathique et qu'ils ont restitué au système vasculaire la propriété contractile qu'on lui accordait autrefois, peut-être trop généreusement, mais qu'une réaction fâcheuse lui avait trop complétement refusée.

§ VII.

Sur une quarantaine de faits qui ont été recueillis, on peut en compter aujourd'hui environ huit ou dix qui se sont terminés par la mort. D'après cela, le pronostic serait très-grave ; mais il est permis d'admettre que, jusqu'à ce jour, les cas très-accusés sont les seuls qui aient frappé les observateurs.

Les préparations martiales, le quinquina, se sont, dit-on, souvent montrés efficaces dans les cas où l'anémie était prononcée ; lorsqu'il n'y avait pas de signes d'appauvrissement du sang, les préparations de digitale, l'acide phosphorique (Romberg), ont quelquefois produit de bons effets. Mais il est important de rappeler ici que la guérison semble pouvoir s'opérer, au moins dans quelques cas, d'elle-même, sans le secours des agents thérapeutiques, ainsi qu'on l'a vu chez la malade qui fait l'objet de ce mémoire.

§ VIII. — INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

A. *H. C. Parry* (COLLECTIONS FROM THE UNPUBLISHED MED. WRITINGS, etc., p. 111. London, 1825). — *Marsh.-H.* (DUBLIN JOURN. OF MED. SC., vol. XX, p. 471). — *Mac Donnell* (ibid., vol. XXVII, p. 200). — *Graves* (ON CLINICAL MEDICINE, p. 674. Dublin, 1843). — *Begbie* (MONTHLY JOURN. OF MED. SCIENCE, 1843, p. 674. — EDINBURG MED. AND SURG. JOURNAL, april 1855, case book, p. 33). — *Cooper* (THE LANCET, 26 mai 1849). — *Stokes* (DISEASES OF THE HEART, p. 278. Dublin, 1853). — *R. Taylor* (MED. TIMES AND GAZ., 24 mai 1856). — *Syme* (MONTHLY JOURN. OF MED. SCIENCE, vol. X, p. 488).

B. *Pauli* (HEIDELBERGER KLIN. ANNALEN, 1837, Baud III, Heft II). — *Brueck* (in V. AMMON'S ZEITSCHRIFT, Band IV, 1835). — *Basedow*

(1) G. Ballonii OP. OMN., t. III, p. 527, paradigm. n° 15. Genève, 1762.
(2) OBS. MED., cent. II, obs. XI.
(3) P. Plateri OBSERV., lib. II, p. 339, Basil. 1680.
(4) EPIST. ANAT. MED., XXIV, art. 34.
(5) G. Testa, DELLE MALATTIE DEL CUORE, t. I, cap. IX. ABITO ANEURISMATICO, p. 136. Napoli, 1841.
(6) TRAITÉ DE L'AUSCULTATION, cap. XXVIII, art. 4, p. 360. Paris, 1831.

(Exophthalmos durch hypertrophie des zeugewebes in der Augenhoele in Casper's Wochenschr. 28 mars 1840). — *Brueck* (Casper's Wochenschr. 11 juli 1840, und 29 april 1848). — *Henoch* (ibid., 23 sept. 1848). — *Helfft* (ibid., 1849, s. n° 29, 30, 48; 49). — *Lubarsch* (ibid., 1850, s. 60). — *Heusinger* (ibid., 1851, s. 29). — *Romberg* (Klinische Wahrnehmungen und Beobachtungen, 1851, s. 178). — *Nauman* (Deutsc. klinik, 1853, p. 24). — *Primassin* (Org. f. d. gesammt. heilk., Bd II, H. 3). — *Schoch* (De exophthalmo ag struma cum cordis affectione, disser. inaugur., 1854; Berlin, bei Schade). — *Koeben* (idem, 1855; Berlin, bei Schlesinger).

C. *Flajani* (Collezione d'osserv. e riflessioni di chirurgia. Roma, 1800; vol. III, p. 270).

D. *Sichel* (Bulletin gén. de thérap., 1846, t. XXX, p. 344. — Sur une espèce particulière d'exophthalmos produit par l'hypertrophie ou la congestion du tissu cellulo-graisseux de l'orbite). — *Desmarres* (Gaz. des hôp., 1853, n° 1, p. 2. Voyez la seconde observation. — Suivant l'auteur, Demours cite un fait du même genre observé chez une jeune fille de 16 ans).

CHIRURGIE PRATIQUE.

Études pratiques sur l'atrésie et les mal-formations de l'anus et du rectum et sur les opérations par lesquelles on peut remédier a ces vices de conformation; par le docteur G. Goyrand (d'Aix).

(Suite. — Voir les numeros 33, 34 et 35.)

II. Diagnostic. — On comprend de quelle importance il serait, au point de vue de la thérapeutique chirurgicale, d'arriver au diagnostic différentiel des diverses variétés d'atrésie que nous venons de décrire dans ce paragraphe; ces vices de conformations fournissent en effet des indications diverses. Par malheur, il n'est pas toujours possible de reconnaître d'emblée la variété à laquelle on a affaire, quoiqu'on puisse y parvenir dans bien des cas. Ainsi, la *première variété* sera ordinairement constatée par une exploration attentive. Si le doigt introduit dans l'anus trouve au fond de cette cavité une saillie molle et fluctuante qui se tend quand l'enfant fait des efforts, il est évident que le rectum est fermé par une cloison membraneuse. Si, dans l'exploration, on ne trouve pas, au fond de l'ampoule anale, la saillie fluctuante caractéristique, on doit explorer avec soin la paroi postérieure de cette cavité, et, dans quelques cas, on reconnaîtra que l'anus et le rectum, adossés l'un à l'autre, ne sont séparés que par l'épaisseur de leurs membranes. Ici, cependant, il paraît que le diagnostic ne sera pas toujours très-facile. Il ne fut certainement pas établi exactement dans le cas qui fait le sujet de la première observation de M. Godard, ni dans un autre dont Amussat entretenait l'Académie de médecine, le 7 février 1843, et sur lequel je reviendrai en parlant du traitement.

Le diagnostic de la *deuxième variété* présentera plus de difficulté. Si, par une exploration bien faite, on arrive à la certitude que ce n'est point une simple cloison membraneuse qui sépare l'ampoule anale de la cavité du rectum, on peut supposer l'absence ou l'oblitération de cet intestin. Chez la petite fille, le doigt porté dans le vagin, préalablement dilaté par de l'éponge préparée, pourra servir beaucoup pour établir le diagnostic. Amussat, chez une petite Anglaise dont il publia l'observation en 1835, reconnut le cul-de-sac intestinal avec le doigt porté dans le vagin par l'anus, qui, au lieu de se terminer en haut par un cul-de-sac, s'ouvrait dans ce conduit. Tout comme on a pu constater par ce moyen la présence du cul-de-sac rectal dans le bassin, on pourrait en constater l'absence et peut-être reconnaître le cordon fibreux résultant de son oblitération. En cas d'absence de l'anus, la dépression conoïde due à une traction exercée de haut en bas sur la peau, dans le sens de l'axe du bassin, que M. Forget signalait dans le fait qu'il observe, pourrait éclairer le diagnostic.

La *troisième variété* présente deux nuances essentielles. Au point de vue chirurgical, il importerait qu'on pût reconnaître, avant d'opérer, si le rectum est bien développé et situé dans un bassin bien conformé, ou s'il est imparfait et logé dans une cavité pelvienne présentant des dimensions moindres qu'à l'état normal; mais ce diagnostic ne sera pas toujours facile. Cependant, si on trouve un périnée bien développé, si les saillies osseuses du détroit inférieur présentent une disposition normale, le plus souvent vingt-quatre ou trente-six heures après la naissance, le rectum distendu par le méconium soulèvera le périnée, comme chez le sujet de ma troisième observation. Pas d'hésitation possible dans ce cas; mais si le cercle osseux du détroit inférieur est rétréci; si, trente-six ou quarante-huit heures après la naissance, le périnée se montre déprimé, c'est que le rectum manque ou n'a pas sa longueur normale. Dans les cas de développement incomplet, cet intestin descend encore le plus souvent jusque sur le plancher du bassin, comme nous l'avons dit plus haut; mais cette cavité osseuse manquant alors de profondeur, son plancher est situé à peu de distance du détroit supérieur, sa cavité est évasée du côté du ventre, et, quelle que soit la distension de l'intestin, elle ne soulèvera pas le périnée; la partie intra-pelvienne de l'intestin se remplira; mais c'est l'S du colon qui se distendra, et le périnée ne sera point soulevé. C'est ce qui arrivait chez le nouveau-né à qui j'ai fait l'opération de Littre.

Enfin, la communication de l'intestin avec les voies urinaires sera facile à reconnaître. On verra, dans ce cas, le méconium sortir par l'urètre. Il sera mêlé à l'urine, à laquelle il donnera une nuance d'un brun verdâtre. Si le rectum s'ouvre dans la vessie, il se montrera sous forme de gouttelettes au méat, ou colorera seulement le premier jet d'urine, si c'est dans l'urètre que vient aboutir l'intestin.

Toutes les variétés d'atrésie dont il a été question dans ce paragraphe sont nécessairement mortelles si l'on ne se hâte d'assurer la libre excrétion des matières fécales. La communication de l'intestin avec l'urètre ou la vessie peut bien prolonger la vie de quelques jours, de quelques mois même, dans certains cas tout à fait exceptionnels, en permettant la sortie des liquides stercoraux. Ainsi, Flajani a rapporté l'histoire curieuse d'un enfant né sans anus, chez lequel le rectum s'ouvrait par un étroit prolongement dans la portion membraneuse de l'urètre, et qui vécut dix-huit mois, rendant avec de grandes souffrances les excréments avec les urines. A l'autopsie, on reconnut que la mort avait été occasionnée par un noyau de cerise que l'enfant avait avalé, et qui était venu boucher l'ouverture de communication du rectum avec l'urètre (Obs. de chir., t. IV, obs. 59). Dans ce cas, comme dans les autres, l'art doit forcément intervenir; aussi la gravité de ces différents vices de conformation se mesure-t-elle logiquement aux chances de succès des moyens chirurgicaux qu'ils réclament. Nous allons étudier maintenant les indications que fournissent les différents cas, et décrire les opérations par lesquelles on peut remédier aux diverses espèces d'atrésie.

III. Thérapeutique. — *Première variété.* — Existe-t-il une simple cloison membraneuse séparant l'ampoule anale de la cavité du rectum, l'indication est des plus simples : il faut inciser cette cloison en plusieurs sens et le plus largement possible, en exciser, s'il se peut, des lambeaux, puis dilater, par le moyen des mèches, des tentes, ou par l'introduction du petit doigt, qui peut être répétée chaque jour par la mère ou la nourrice. Voilà ce que faisait la chirurgie du temps de Paul d'Égine (trad. de M. René Brian, p 331), voilà ce qu'elle fait encore aujourd'hui.

L'indication serait la même si, au lieu de se correspondre bout à bout, le rectum et l'ampoule anale étaient placés l'un devant l'autre.

Deuxième et troisième variétés. — Pour la clarté de cette étude, nous ne séparerons pas ici ces deux variétés; elles offrent, en effet, souvent des indications identiques. Nous allons donc passer en revue, sans nous astreindre à l'ordre que nous avons suivi dans leur description, les divers cas qui peuvent se présenter dans l'une et l'autre de ces variétés, et comme notre travail a surtout un but d'utilité pratique, nous commencerons par les cas qui réclament les moyens les plus simples pour finir par ceux qui nécessitent une thérapeutique plus compliquée.

Voici les divers cas auxquels on peut avoir affaire :

1° Il n'y a pas d'anus, mais le rectum développé, distendu par le méconium, soulève le périnée, qui présente alors de la fluctuation ou de la rénitence, qui cède à la pression du doigt pour reprendre sa forme convexe dès qu'on cesse de presser. On doit ouvrir le rectum à la région ano-périnéale.

2° Le rapprochement des parties osseuses du détroit inférieur, le défaut de développement, la maigreur, la dépression de la région ano-périnéale feront présumer que le rectum est incomplètement développé, que le tube intestinal n'envoie qu'un prolongement peu étendu dans le bassin. Que fera-t-on alors?

Dans un cas de ce genre, réfléchissant aux suites ordinaires des opérations pratiquées à la région ano-périnéale, dans lesquelles on allait ouvrir l'intestin un peu haut, je me suis décidé d'emblée à faire un anus iliaque (Littre). Le succès dont mon opération a été couronnée fait que je ne regrette pas d'avoir pris ce parti; cependant les études auxquelles je me suis livré depuis cette époque, la connaissance que j'ai maintenant des rapports du rectum avec le plancher périnéal dans cette variété d'atrésie, seraient cause que, dans de pareilles circonstances, je tenterais l'opération à la région ano-périnéale.

3° Enfin, si on parvenait à diagnostiquer l'absence du rectum ou la transformation de cet intestin en un cordon plein dans une grande partie de sa longueur, il ne faudrait point tenter d'établir l'anus à la région qu'il occupe ordinairement, mais se décider tout de suite à faire un anus artificiel (méthode de Littre ou de Callisen). Mais souvent on ne pourra pas arriver à un diagnostic assez positif pour prendre d'emblée ce dernier parti, et on commencera alors par chercher le rectum à la région anale.

Dans cette opération, on a bien souvent procédé par ponction, soit avec le bistouri, soit avec le trois-quarts. C'est surtout quand l'anus existe qu'on est porté à opérer ainsi. Un coup de trois-quarts ou de pointe de bistouri dans le fond de l'ampoule anale a une apparence de simplicité qui séduit; c'est une opération qui n'entraîne presque pas d'effusion de sang, qui laisse intacte l'ouverture anale dont la conformation est normale; mais c'est là, suivant moi, une opération vicieuse, dans laquelle on est exposé à s'égarer, et qui, dans les cas les moins malheureux, ne donne encore qu'un résultat insuffisant et éphémère. Voyez, du reste, ce qu'a fait la ponction entre les mains de M. Bardinier (Obs. 3), et, dans un cas beaucoup plus simple encore, a-t-elle mieux réussi à un chirurgien habile des hôpitaux de Paris? Je fais ici allusion à un des faits dont on a entretenu la Société de biologie en février dernier. Voici les circonstances principales de cette observation.

Obs. VII. — L'enfant, né depuis quatre jours, est amené à l'hôpital Necker. L'anus est bien conformé, mais se termine par un cul-de-sac à 25 millimètres de profondeur. Les accidents sont pressants.

Une ponction pratiquée le 22 septembre, avec le trois-quarts, dans le fond de l'ampoule anale, donne issue à beaucoup de gaz et de méconium. La canule du trois-quarts est remplacée par une sonde à travers laquelle le méconium continue de s'écouler facilement.

L'état de l'enfant s'améliore; cependant celui-ci ne prend pas le sein.

Trois ou quatre jours après l'opération, l'abdomen est redevenu dur et ballonné; on attribue les accidents nouveaux à la présence de la canule, qu'on retire le 27 septembre (cinquième jour). La canule retirée, l'enfant ne rend plus rien par l'anus; l'abdomen se tend de nouveau.

Le 29, un lavement n'ayant pu pénétrer, on introduit une sonde qui donne issue à du méconium et à des gaz. Ce résultat obtenu, on retire l'instrument.

L'enfant meurt le 1er octobre; il n'a plus rien rendu depuis que la sonde a été retirée.

A l'autopsie, on trouve l'ampoule anale et le rectum situés l'un devant l'autre, et communiquant entre eux par l'ouverture faite par le trois-quarts, ouverture trop étroite pour donner issue aux matières fécales.

M. Godard, qui rapporte ce fait, observa qu'il existait un commencement de gangrène dans la cloison membraneuse qui séparait le rectum de l'ampoule anale, et dit avec raison que si l'enfant eût pu vivre quelques jours de plus, il aurait probablement été sauvé, car la cloison aurait été détruite par la gangrène, et alors le cours des matières se serait rétabli. Ce que la gangrène n'a pas eu le temps d'achever, un coup de bistouri aurait pu le faire dès le premier jour, si le diagnostic eût pu être établi avec précision.

Je regrette donc, dans ces cas-là, la ponction, et je conseille l'incision. Dans celle-ci, l'œil suit l'action de l'instrument dans les parties superficielles, et le doigt précède et dirige le bistouri quand on arrive aux parties profondes, et on peut toujours donner à l'incision l'étendue nécessaire. Voici comment il faudra procéder dans les cas où l'absence de toute fluctuation, soit dans l'anus, soit au périnée, laissera du doute sur la disposition du rectum.

Si l'anus existe, on incisera de cette ouverture au sommet du coccyx, et on cherchera le cul-de-sac rectal à travers cette incision. En procédant ainsi, par exemple, chez l'enfant observé par M. Bardinet, aurait-on pu manquer le rectum qui *remplissait si exactement la cavité pelvienne?* N'aurait-on pas aussi sauvé, par ce procédé, le petit enfant de l'hôpital Necker? La cloison membraneuse qui séparait ici l'ampoule anale de la cavité du rectum aurait-elle pu échapper à l'action du bistouri?

Dans un cas qui avait beaucoup d'analogie avec ce dernier, Amussat, qui n'avait pas pu arriver à un diagnostic complet, trouvant de la fluctuation dans l'espace compris entre l'anus et le coccyx, incisa dans ce point, ouvrit le rectum, et, après que le méconium se fût écoulé, divisa la cloison qui séparait le rectum de l'ampoule anale, et probablement les tissus qui se trouvaient entre l'incision de la peau et l'anus. Un mois et demi après l'opération, l'anus normal livrait un passage facile aux matières fécales, l'*enfant était rentré dans des conditions presque ordinaires* (Acad. de méd., séance du 7 février 1853). L'incision que fit Amussat ne diffère pas de celle que je conseille; seulement elle avait été faite en deux coups de bistouri et d'arrière en avant.

S'il n'y a pas d'anus, l'incision commencée à la place que devrait occuper cette ouverture, et qui est marquée par une dépression légère ou par la naissance du raphé périnéal, sera prolongée jusqu'au sommet du coccyx.

Dans tous les cas, on procédera avec lenteur, les tissus seront divisés couche par couche. Si le sphincter présente la disposition rencontrée par M. Roux et par moi (obs. 3), on en séparera les faisceaux sans les diviser. Le plancher musculo-aponévrotique du bassin sera facilement distingué du tissu cellulaire et du sphincter; on l'incisera sur le raphé formé par la rencontre sur la ligne médiane des deux muscles releveurs de l'anus et des feuillets de l'aponévrose pelvienne.

Nous voilà arrivés dans la cavité du bassin. Le plus souvent le rectum se présente à l'incision. S'il n'en était pas ainsi, on le distinguerait peut-être en écartant les bords de la division. Si le sphincter ne forme pas un faisceau charnu comme celui que j'ai décrit dans ma troisième observation, et qu'on doit chercher à conserver pour l'utiliser, on pourrait se donner du jour par un débridement pratiqué sur chaque bord de l'incision du plancher musculo-aponévrotique. Si le rectum ne se montre pas alors, le doigt, porté au fond de la plaie, doit le découvrir et servir de guide au bistouri dans l'incision de l'intestin. Il ne faut pas aller à la recherche du cul-de-sac intestinal avec la pointe du bistouri, moins encore avec le trois-quarts, instrument qu'on est obligé de pousser avec une certaine violence, et qui peut bien se fourvoyer, si l'intestin est un peu haut. Si l'état du petit enfant n'est pas tellement grave qu'on ne puisse le laisser quelques heures encore sans évacuer le méconium, on doit suspendre l'opération. Il arrivera quelquefois alors que le rectum, poussé en bas par les efforts auxquels l'enfant ne cesse de se livrer, ne trouvant plus de résistance du côté du plancher du bassin, viendra de lui-même faire saillie entre les bords de l'incision; rien de plus facile, en ce cas, que le dernier temps de l'opération.

Obs. VIII. — J. L. Petit raconte qu'un chirurgien n'ayant pu parvenir au rectum par une incision cruciale qu'il avait pratiquée au périnée, abandonna l'enfant, et qu'un autre chirurgien, appelé trois heures après, fut fort étonné de trouver, *au lieu d'une plaie, une tumeur noire, de la grosseur d'une prune de Damas, qui passait à travers l'incision qu'on avait faite, et la cachait entièrement.* Cette tumeur fut incisée et le méconium s'écoula; cependant l'enfant mourut au bout de sept ou huit jours, et à l'autopsie Petit reconnut *que la tumeur noire était formée par la partie postérieure du rectum, qui, poussée par les matières fécales, dans les efforts que faisait l'enfant, s'était introduite avec elles dans l'incision, où elle trouvait moins de résistance que partout ailleurs.* (Mém. de l'Acad. royale de chirurgie, éd. in-4°, t. I, p. 379.)

Pourquoi ce fait ne contiendrait-il pas pour nous un enseignement? Quant à moi, si jamais, dans une opération de ce genre, après avoir incisé le plancher du bassin, se trouve l'intestin placé trop haut pour que les bords de l'incision que j'aurai à y faire puissent être facilement amenés au dehors et réunis aux bords de l'incision de la peau, je n'hésiterai pas, si l'état du petit enfant permet quelques heures de temporisation, à suspendre mon opération pour attendre que l'intestin s'engage. Je suis convaincu que l'opération ainsi faite en deux temps sera moins grave que l'incision de l'intestin au fond de la plaie et que les tractions avec l'érigne et les dissections profondes.

Ce dernier procédé a cependant été mis en pratique avec succès par Amussat; voici un extrait de la belle observation de ce chirurgien; il sera d'autant plus utile de la mettre ici sous les yeux du lecteur que ce cas est le premier dans lequel on ait réuni par la suture l'incision de l'intestin à celle de la peau.

Obs. IX. — Le sujet de cette observation est une petite Anglaise. L'anus existait, mais s'ouvrait dans le vagin. Le petit doigt porté dans le vagin par l'anus reconnaissait le cul-de-sac du rectum à travers la partie supérieure de la paroi postérieure du vagin, à laquelle l'intestin était contigu.

Amussat procéda par une incision en T, à branche transversale antérieure. Celle-ci fut faite immédiatement derrière l'anus. Le cul-de-sac rectal, correspondant à la partie supérieure du vagin, dit l'observation, fut accroché avec une double érigne, détaché par la dissection du vagin auquel il adhérait. Quand on put l'apercevoir au fond de la plaie, on le traversa d'un double fil avec une aiguille courbe, et des tractions graduées exercées avec le fil et l'érigne l'amenèrent au niveau de la peau. Là, on l'ouvrit largement; puis les deux lèvres de l'incision de l'intestin furent amenées avec des pinces à torsion au-dessous de l'incision de la peau, où on les fixa par la suture. Les fils se détachèrent du cinquième au dixième jour. Après douze jours, l'anus commença à se rétrécir et se froncer; on opposa à ce resserrement des mèches, puis des bougies de cire et de caoutchouc. (Voir l'obs. d'Amussat, Gaz. Méd., 1835, p. 753.)

En 1843, Amussat entretenait encore l'Académie de médecine de ce fait (séance du 7 février); l'enfant était alors âgée de 8 ans et demi; elle était bien portante. A cette époque on était encore obligé de s'opposer au resser-

rement de l'anus, en introduisant de temps en temps une canule de buis.
Enfin, au mois d'août 1855, M. Debout a encore parlé de l'opérée d'Amussat; elle était alors âgé de 19 ans, mariée et sur le point de devenir mère. (Bull. gén. de thérap., numéro du 15 août 1855.)

Dans ce cas-là, le rectum était certainement encore en contact avec le plancher du bassin; et si, après avoir divisé ce plancher par l'incision en T, on eût suspendu l'opération, après quelques heures d'attente, on aurait vu très-probablement la paroi postéro-inférieure du rectum faire hernie à travers la plaie, et on n'aurait pas exposé cette enfant aux dangers d'une dissection dans la profondeur du bassin, dissection qui serait bien plus périlleuse encore si on la pratiquait sur un garçon pour séparer le rectum de la vessie, à laquelle il adhère quelquefois fortement. (Voyez la seconde observation de M. Villeneuve, dans la thèse de M. Roux, déjà citée, p. 39 à 44.)

Quant à la suture par laquelle les bords de l'incision de l'intestin ont été rapprochés de la peau, ce procédé, par lequel le trajet de l'incision se trouve tapissé par la paroi du rectum, constitue un grand progrès dans l'opération dont nous nous occupons. Ce trajet ainsi tapissé et la cicatrice tout à fait linéaire qui réunira l'intestin à la peau auront bien moins de tendance à l'oblitération que la large cicatrice résultant de l'opération ordinaire. On a vu combien j'ai eu à m'applaudir d'avoir fait cette suture dans les deux premiers cas que j'ai rapportés; je n'hésite pas à la conseiller dans toutes les opérations de ce genre, soit que l'on crée un anus, soit qu'on élargisse une ouverture mal située et trop étroite. Si je n'ai pas fait cette suture dans le troisième cas que j'ai rapporté, c'est que quand j'ai fait mon opération le procédé u'avait pas encore été inventé.

La circonstance de la communication de l'instestin avec l'urètre ou la vessie ne modifie en rien l'indication; l'opération sera pratiquée de la même manière dans tous les cas. Je ne pense pas qu'on soit tenté d'imiter un chirurgien anglais qui, ayant reconnu que l'enfant dont il n'avait pu ouvrir le rectum par l'incision périnéale rendait un peu de méconium par l'urètre, en conclut que l'intestin s'ouvrait *dans la vessie* et ne trouva rien de mieux que d'inciser largement, sur une sonde cannelée introduite par l'urètre, le bas-fond de la vessie à travers l'incision périnéale (The Edinburg med. and surg. journ., octobre 1831), fait singulier dans lequel il y a eu une double erreur. En effet, l'intestin s'ouvrait dans l'urètre et non dans la vessie, puisque l'urine sortait limpide et que le méconium rendu par le canal était sans mélange d'urine; ou si le rectum s'était ouvert dans la vessie, l'urine et le méconium se seraient mêlés forcément. Il est, au reste, évident que la vessie n'a pas été ouverte dans l'opération; car *jamais l'ouverture périnéale par laquelle se vidait l'intestin n'a donné passage à une goutte d'urine.*

Voici d'où est venue l'erreur de M. Fergusson: La sonde canelée a pénétré dans le rectum par l'orifice urétral de l'intestin, situé probablement dans la portion prostatique de l'urètre, au devant du vérumontanum, comme chez le sujet de ma sixième observation, et chez celui qui fut disséqué par M. Villeneuve; et le chirurgien, touchant la sonde à travers les parois d'une poche membraneuse, derrière la prostate, a pris cette poche pour la vessie, tandis que c'était le rectum. Si la vessie eût été incisée dans cette opération, l'urine ne serait-elle pas forcément sortie par l'incision avec les matières fécales?

L'idée d'inciser en pareil cas le périnée et le col de la vessie, comme pour la taille, afin de créer une large issue commune aux urines et aux matières stercorales n'appartient pas, du reste, à M. Fergusson. Cette opération, proposée par Martin (de Lyon), avait été pratiquée sans succès par Cavenne (de Laon).

Quelles sont les chances, quelle sera l'issue ordinaire des opérations que j'ai décrites?

L'opération qui consiste à agrandir l'ouverture anormale dans les cas où l'intestin s'ouvre au périnée, au scrotum ou à la commissure postérieure de la vulve, sera, je crois, ordinairement couronnée de succès.

L'opération qui se pratique pour remédier à l'occlusion de l'intestin par une simple cloison membraneuse aura aussi de très-grandes chances de réussite.

On devra déjà compter bien moins sur le succès dans les cas où, l'anus manquant, le rectum distendu arrive sur le plancher du bassin, qu'il soulève; cependant je crois que, dans ces cas-là, on réussira souvent encore, si surtout on a le soin de réunir par la suture les bords de l'incision de l'intestin à la peau.

Le défaut de développement du bassin en hauteur, un rectum peu développé dans un bassin étroit, inférieurement évasé vers la cavité abdominale sont des circonstances qui diminuent encore de beaucoup les chances de succès.

Enfin l'absence du rectum et la transformation fibreuse d'une grande partie de cet organe, soit que l'anus existe, soit qu'il manque, rendent presque impossible la réussite de l'opération pratiquée à la région ano-périnéale. Le pronostic si grave porté par la plupart des chirurgiens qui regardent comme une exception très-rare le succès des opérations par lesquelles on cherche à remédier à l'atrésie de l'anus et du rectum est applicable à ces trois derniers cas.

Du reste, la rareté des succès dans ces opérations tient à des causes diverses. Souvent la chirurgie intervient trop tard; dans bien des cas, les opérations sont restées inachevées. Il en est beaucoup qui, pratiquées par des procédés vicieux, ont été insuffisantes et impropres à assurer le libre cours des matières fécales, telles sont les ponctions faites avec le trocart; mais dans les cas où l'opération est faite convenablement et en temps utile, les insuccès sont dus aux inflammations phlegmoneuses profondes, occasionnées par le passage des matières excrémentitielles à travers les tissus divisés des régions pelvienne et périnéale, à l'absorption de ces matières par les surfaces de l'incision; enfin au rétrécissement incessant de l'ouverture artificielle; or la réunion par la suture des bords de l'incision de l'intestin avec la peau fait disparaître les deux premières causes d'insuccès et doit atténuer beaucoup la dernière.

(*La suite au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

(Suite.)

III. THE LANCET.

Les livraisons hebdomadaires d'octobre, novembre et décembre 1855, janvier, février et mars 1856 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Questions concernant les différentes formes de paralysie*; par M. Marshall-Hall. 2° *Observations pratiques sur la nature et le traitement des maladies qui affectent les Européens à leur retour des climats tropicaux*; par M. Ranold Martin. 3° *Observations sur l'arc sénile ou dégénérescence graisseuse de la cornée*; par M. Canton. 4° *Cryptogames dans la mer d'Azof*; par M. G King. 5° *Cas de mort subite survenue pendant le travail d'accouchement*; par M. Roper. 6° *Cas de scarlatine anomale*; par M. Morris. 7° *Du chloroforme dans les opérations chirurgicales*; par M. J. Snow. 8° *De la paralysie des nerfs moteurs dans les névralgies*; par M. Jones. 9° *Remarques sur la pathologie d'un cas de maladie des membranes synoviales et des cartilages des articulations du pied*; par M. Duncan. 10° *Des maladies de la surface interne du corps et du fond de la matrice*; par M. Cumming. 11° *Cas de jumeaux compliqué d'ascite*; par M. O'Reilly. 12° *De la membrane artificielle du tympan*; par M. Toynbee. 13° *Cas de laryngotomie*; par M. Thompson. 14° *Entropium chronique traité avec succès par le collodion*. 15° *De l'extraction de la pierre par la dilatation et l'excision d'un rétrécissement*; par M. Arnolt. 16° *Du pamphigus syphilitique des enfants*; par M. Fowler. 17° *Hydrocéphale interne chronique traitée par l'injection iodée*; par M. Wian. 18° *De quelques phénomènes de la vision*; par M. Hendry. 19° *Des contractions de l'articulation du genou*; par M. Q. Erichsen. 20° *De l'obstruction partielle des intestins*. 21° *Fracture composée comminutive du crâne avec lacération de la dure-mère et du cerveau produite par l'explosion d'un pistolet*; par M. Birkett. 22° *Chirurgie militaire*; par Langinore. 23° *Cas de squirrhe du pancréas*; par M. W. Thorn. 24° *Observations originales fondées sur une série de cas d'extirpation du globe*; par M. Critchett. 25° *Du tympan artificiel*; par M. Jearsby. 26° *Cas de luxation spontanée du tibia en dehors, conséquence d'une maladie de l'articulation du genou*; par M. Brodrich. 27° *Du traitement topique du larynx*; par M. Erichsen. 28° *Rupture du périnée*; par M. Tauner. 29° *Cas d'étranglement des intestins grêles ou de spasme local simulant l'étranglement traité avec succès*; par M. Smith. 30° *De l'emploi de la créosote dans les excroissances verruqueuses*; par M. Rainey. 31° *Cas de plaie par arme à feu*; par M. Loncy. 32° *De l'emphysème abdominal*; par M. Erichsen. 33° *Cas de plaie pénétrante du thorax*; par M. Reid. 34° *Nouveau spéculum trivalve*; par M. Lane. 35° *Ischurie rénale; rétablissement de la sécrétion après sept jours; absence d'un rein*; par M. Parker May. 36° *De l'étude spéciale et du traitement de la phthisie*; par M. Pollock. 37° *Cas d'excroissance en choufleur de l'utérus*; par M. Boulton. 38° *Note sur la formation de petits globules organiques du docteur Golding Bird*. 39° *Dérangement interne de l'ar-*

ticulation du genou; par M. Todd White. 40° *De la nature et du traitement de la lèpre ancienne et moderne;* par M. Wilson. 41° *Note sur le moyen de reconnaître la strychnine;* par M. Marshall-Hall. 42° *Cas de constipation et d'entérite;* par M. Georges Bedford. 43° *Des vers filamenteux (entozoaires) existant dans le corps humain;* par M. Green. 44° *De la durée moyenne de la vie chez les femmes affectées de cancer squirrheux du sein;* par M. J. Paget. 45° *De l'état chimique de l'atmosphère en temps de choléra;* par M. Dundas Thomson. 46° *Cas de névralgie gastrique et abdominale;* par M. Handfield Jones. 47° *De quelques cas rares et importants dans la pratique des accouchements;* par M. Borhum. 48° *Accouchement compliqué de fracture du pelvis et de luxation du fémur existante depuis longtemps.* 49° *De la fissure du rectum;* par M. Henry Hancock, 50. *De la grenouille comme moyen de reconnaître l'empoisonnement par la strychnine;* par M. William Budd. 51° *Sur les maladies des femmes;* par M. H. Bennet. 52° *Remarques sur la cause de la mort par le chloroforme et moyen de la prévenir;* par M. J. Snow. 53° *Du traitement de l'érysipèle simple;* par M. Hawkes. 54° *De la diarrhée qui a régné dans l'armée anglaise en Crimée;* par M. Gretterie. 55° *Observations cliniques sur quelques formes de maladies des voies urinaires;* par M. H. Thompson. 56° *Remarques sur les rapports anatomiques entre la mère et le fœtus;* par M. H. Madge. 57° *Sur un nouveau mode d'effectuer la respiration artificielle;* par M. Marshall-Hall. 58° *Masse de cheveux existante dans un kyste de l'ovaire;* par M. Coward. 59° *Cas de réduction de luxation du cubitus datant de quinze jours, au moyen d'un levier puissant, malgré l'existence d'une fracture composée du radius et du cubitus;* par M. Edwards. 60° *Cas de névralgie et d'ulcère de l'estomac;* par M. Handfield Jones. 61° *Empoisonnement par la racine d'aconit napel;* par M. Headland.

DES MALADIES DE LA SURFACE INTERNE DU CORPS ET DU FOND DE LA MATRICE, par M. CUMMING, vice-président de la Société d'Edimbourg.

M. Cumming pense que l'attention des médecins a été fixée trop exclusivement pendant ces dernières années sur les affections du col de l'utérus, et qu'on a ainsi méconnu des maladies graves du corps et du fond de la matrice. Il présente quelques observations pratiques fondées sur des cas qui avaient résisté dans d'autres mains au traitement usuel.

On voit souvent des malades, qui ont été regardées comme guéries, accuser encore des douleurs et se présenter à un nouveau médecin. Si celui-ci se borne à l'examen du col de l'utérus, il ne trouve ni ulcération, ni congestion, ni relâchement de ces parties, et si l'investigation n'est pas portée plus loin, la patiente est condamnée de nouveau à un changement d'air, aux toniques, etc., et probablement à des années de souffrance; ce qu'il y a de plus malheureux pour elle, c'est qu'on la regarde comme hypocondriaque. Si, au contraire, le médecin examine le corps de la matrice *extérieurement* en la comprimant entre le vagin et la paroi abdominale, et intérieurement au moyen de la bougie utérine et par la dilatation, de manière à pouvoir introduire le doigt et à être en contact avec la surface interne; il reconnaît un état maladif qui *doit* être traité et qui heureusement est susceptible d'un traitement simple couronné de succès.

Une forme de maladie du corps de la matrice consiste essentiellement dans un état irrégulier, inégal et raboteux de sa membrane muqueuse; la cavité est considérablement agrandie et le tissu sous-péritonéal épaissi et sensible au toucher. Lorsque la bougie utérine est introduite, on sent comme si la surface interne était cartilagineuse et rugueuse et la cavité agrandie. Lorsque la matrice est comprimée entre le doigt introduit dans le vagin et la main placée extérieurement sur la région sus-pubienne, la malade éprouve une vive douleur. Des ménorrhagies plus ou moins considérables accompagnent généralement cette forme de maladie. Il existe *invariablement* une leucorrhée *intra-utérine* considérable, dont on ne peut constater l'existence qu'au moyen du spéculum.

Si cet état raboteux de la muqueuse intra-utérine est limité à une petite portion seulement de la membrane, on apprend fréquemment que la malade a éprouvé un ou deux avortements entre le deuxième et le troisième mois de gestation. Le traitement déplétif auquel sont soumises les femmes dans des cas semblables n'apporte pas le moindre changement, au contraire il affaiblit le système général; finalement la matrice étant presque toujours augmentée de poids et de volume, le corps et le fond sont déplacés et mis en contact avec les viscères voisins, qui les irritent et en sont irrités à leur tour.

Le traitement que M. Cumming assure lui avoir invariablement réussi consiste à appliquer très-librement et sans crainte le nitrate d'argent solide à la surface interne de la matrice. C'est la partie *essentielle* du traitement. Pour l'effectuer, il est nécessaire d'agrandir doucement l'orifice avec une éponge préparée, jusqu'à ce qu'on puisse introduire une plume à laquelle on a adaptée un quart de pouce de nitrate d'argent, et lorsqu'on l'a fait traverser l'orifice interne, on le met hardiment en contact avec la surface malade. Ainsi que M. Cumming en a souvent fait l'expérience, on peut pratiquer cette opération sans produire plus de malaise local ou général que lorsqu'on fait l'application du caustique à l'orifice externe. On répète l'opération une fois par mois pendant trois mois. L'effet est de rétablir l'état naturel de la membrane muqueuse, de diminuer l'hypertrophie des tissus et de faire cesser la sensibilité de la matrice et du vagin.

Pour rétablir la santé générale, M. Cumming donne habituellement de petites doses d'une solution de sublimé corrosif et d'arsenic qu'il fait suivre de l'administration du carbonate de fer.

Un autre genre d'affection du corps de l'utérus est celui dans lequel l'inégalité de la surface interne dépend de petites excroissances non pédiculées, qui dans certains cas sont très-nombreuses. Lorsqu'il n'y en a que deux ou trois, elles sont, quoique très-petites, assez grosses cependant pour être senties distinctement et séparément. Simpson les a désignées sous le nom de corps polypoïdes; d'autres fois, elles sont si petites qu'on ne peut les reconnaître séparément et distinctement. On les trouve chez les femmes de tout âge mariées ou non. M. Cumming pense cependant qu'elle sont plus fréquentes à l'âge de la ménopause, et que les fréquentes hémorrhagies qu'on observe à cette époque sont dues à cette cause.

Le symptôme essentiel est l'hémorrhagie. Lorsque la patiente consulte le praticien, celui-ci croit qu'à l'examen il va découvrir un polype (extra ou intra-utérin), ou une tumeur, ou une surface ulcérée dans une grande étendue, tandis qu'il n'en est rien. Il doit conclure alors que l'hémorrhagie provient d'un polype vésiculaire, caché dans le col de l'utérus. En dilatant l'orifice avec une éponge préparée, on ne découvre encore rien; mais en introduisant une petite éponge à travers l'orifice interne, lorsque celui-ci est dilaté, on sent facilement un ou deux petits corps polypoïdes ou les excroissances dont il a parlé. Le traitement est simple et réussit pour le moment; mais ces excroissances peuvent bientôt se former de nouveau et être suivies des mêmes symptômes et être enlevées par le même moyen.

Si on peut les atteindre avec l'index, on peut les détacher avec l'ongle; mais comme cela est le plus probable, si l'on peut y parvenir, on introduit une curette ayant des bords ni tranchants ni émoussés, et on les racle. Si elles sont petites, moins distinctes et nombreuses, on racle toute la superficie avec la curette, puis on promène le nitrate d'argent solide sur la membrane qui reste encore inégale. Lorsqu'il s'est borné à employer seulement la curette, il a reconnu que souvent après un certain temps, l'opération devait être répétée. Depuis qu'il y a ajouté la cautérisation, il n'a pas observé de retour des symptômes.

DE L'EMPLOI DE LA CRÉOSOTE DANS LES EXCROISSANCES VERRUQUEUSES; par M. RAINEY.

M. Rainey a employé la créosote dans un cas d'excroissance verruqueuse obstinée du doigt et qui prenait un accroissement très-rapide. Pour s'assurer de l'effet de cette substance, il entoura le doigt sur lequel il avait appliqué la créosote avec un morceau d'emplâtre adhésif, qu'il laissa en place pendant deux jours. Lorsqu'il enleva l'emplâtre adhésif, l'excroissance au lieu d'être sèche et dure était devenue si molle et si friable que la plus légère friction avec le doigt la faisait tomber en morceaux, après quelques jours d'application, la partie située au-dessous devint parfaitement saine. Le patient n'éprouva aucune douleur ni aucun symptôme qui indiquât une action escarrotique sur la partie affectée. M. Ord, chirurgien de l'hôpital Saint-Thomas, auquel en parla M. Rainey, l'expérimenta aussi et avec succès. M. Rainey pense qu'on pourrait par analogie l'appliquer avec avantage aux polypes du nez et de la matrice.

NOTE SUR LE MOYEN DE RECONNAITRE LA STRYCHNINE; par M. MARSCHAL HALL.

Il est d'un grand intérêt public de pouvoir découvrir la strychnine dans les cas d'empoisonnement. Puisque la chimie est impuissante, il existe un autre moyen qui nous est offert par la physiologie. M. Marschal-Hall est persuadé que les effets de la strychnine sur le plus *excitable* des animaux, nous offrent le moyen spécifique et le plus délicat de reconnaître ce poison. En effet, ayant fait dissoudre une partie d'acétate de strychnine dans 1000 parties d'eau distillée, il ajouta une goutte ou deux d'acide acétique; puis prenant une grenouille, il ajouta à une once d'eau la centième partie d'un grain d'acétate de

strychnine et la plaça dans cette solution. Aucun effet n'ayant été produit, il ajouta 1 centième de grain d'acétate. Une heure après, voyant qu'aucun effet n'avait été produit, il ajouta encore 1 centième de grain d'acétate, ce qui faisait environ la 33e partie d'un grain. Au bout de quelques minutes, la grenouille éprouva des mouvements tétaniques violents, et quoique sortie de l'eau et lavée, elle mourut pendant la nuit. Il reconnut ainsi d'une manière indubitable la 33e partie de grain d'acétate de strychnine; il pense que si l'expérience avait duré plus longtemps, on aurait découvert une quantité encore plus faible de poison.

Dans une autre expérience, il plaça une seconde grenouille dans une once d'eau distillée, dans laquelle il ajouta 1/200e partie d'un grain d'acétate de strychnine. Une heure, deux heures et trois heures après, il ajouta les mêmes quantités. Aucun symptôme d'empoisonnement n'avait eu lieu. Au bout de la cinquième heure, la grenouille ayant été soumise à l'action de la 50e partie d'un grain d'acétate de strychnine, le tétanos se manifesta, et ayant été retirée de l'eau et lavée comme dans le premier cas, elle mourut.

De même que les nerfs et les muscles de la cuisse de grenouille convenablement préparés ont été désignés avec raison comme galvanoscopiques, de même aussi la grenouille entière convenablement employée devient strychniscopique.

On peut reconnaître par ce moyen la 1/200 partie d'un grain d'acétate de strychnine. Dans deux autres expériences qu'il a faites, il a reconnu la 1/500 et la 1/1000 partie d'un grain d'acétate de strychnine.

Dans les cas de soupçon d'empoisonnement par la strychnine, on doit évaporer avec soin le contenu de l'estomac, des intestins, du cœur; des vaisseaux sanguins, etc., et en faire l'essai sur des grenouilles vivantes tirées récemment de l'eau.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 15 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA TEMPÉRATURE ANIMALE; par M. Cl. Bernard (Suite, voy. p. 559.)

§ II. — *Des modifications de température que le sang éprouve en traversant l'appareil respiratoire.*

Si j'ai pu dire dans ma précédente communication qu'aucun expérimentateur n'avait, avant moi, porté son attention sur les modifications de température que le sang éprouve en traversant l'appareil digestif, il n'en est pas de même pour l'appareil respiratoire. De tout temps, pour ainsi dire, on s'est préoccupé de la question de savoir si le poumon rafraîchissait ou réchauffait le sang, mais c'est surtout depuis la célèbre théorie de Lavoisier sur la respiration des animaux, que ce sujet a été l'objet de recherches expérimentales très-nombreuses.

Les anciens avaient admis que le poumon rafraîchit le sang. Mais le génie de Lavoisier, embrassant dans les mêmes vues le rôle de l'oxygène dans la nature inorganique et dans les êtres vivants, regarda au contraire le poumon, qui absorbe de l'oxygène et émet de l'acide carbonique, comme un organe dans lequel s'opérait une combustion par fixation directe de l'oxygène de l'air sur les éléments carbonisés du sang. Cette combustion étant nécessairement accompagnée de dégagement de chaleur, il en résultait que le poumon devenait le foyer principal de la chaleur animale, et que le sang qui sort de l'appareil circulatoire pour aller dans les cavités gauches du cœur devait être plus chaud que le sang qui, des cavités droites, est lancé dans les organes pulmonaires.

L'expérimentation sur les animaux parut d'abord confirmer les idées de l'illustre chimiste. Saissy, Davy, Nasse, etc., appuyaient la théorie de Lavoisier en concluant, d'après leurs expériences, que le sang était plus chaud dans le cœur gauche que dans le cœur droit.

Saissy vit que le sang était plus chaud dans le ventricule gauche d'environ 0°,5 centigrades. Davy obtint à peu près la même différence, et Nasse trouva 1 degré centigrade de chaleur en plus pour le sang du ventricule gauche que pour celui du ventricule droit.

D'autres expériences, celles de Crawford, de Krimmer, de Scumadore, de Davy, de MM. Becquerel et Breschet, confirmaient encore la même théorie en constatant que le sang est plus chaud dans les artères que dans les veines.

Mais si la théorie de Lavoisier sur la respiration des animaux est toujours restée intacte pour l'ensemble des phénomènes qui constituent cette importante fonction, cependant les travaux de Lagrange, de W. Edwards, de Magnus, avaient conduit à interpréter tout autrement le rôle des poumons. Ces auteurs avaient montré qu'au lieu d'une combustion directe dans les poumons, il n'y avait dans ces organes qu'un simple échange entre l'oxygène de l'air et l'acide carbonique du sang.

L'acte respiratoire devenant dès lors un phénomène général qui se passait dans tous les capillaires du corps, il n'y avait plus de nécessité théorique d'admettre que l'appareil pulmonaire était le foyer où le sang venait se réchauffer en passant de l'état veineux à l'état artériel. Toutefois on continuait encore, comme par habitude, à admettre le plus généralement que le sang devait être plus chaud dans le ventricule gauche que dans le ventricule droit. Il est bien vrai de dire que si les expériences sur les animaux avaient été unanimes pour prouver qu'il en est ainsi, il aurait bien fallu admettre le résultat, lors même qu'il eût été en opposition avec la théorie. Mais ce n'était pas le cas, et il y avait lieu de revenir sur la question expérimentale.

A côté des expérimentateurs que nous avons cités plus haut et qui avaient vu le sang plus chaud dans le ventricule gauche que dans le ventricule droit, il y en avait d'autres qui avaient trouvé des résultats opposés et qui avaient constaté, au contraire, que le sang est plus chaud dans le ventricule droit que dans le ventricule gauche. Autenrieth trouva le sang plus chaud de cinq dixièmes de degré dans le ventricule droit. Berger avait exactement obtenu le même résultat. Collard de Martigny et M. Malgaigne signalèrent une différence dans le même sens. Ensuite Héring, profitant du cas exceptionnel d'un veau qui vivait atteint d'ectopie du cœur, put plonger directement le thermomètre dans les cavités du cœur mis naturellement à nu chez un mammifère. Héring trouva dans cette expérience remarquable que le sang dans le ventricule droit était de 1°,53 centigrades plus chaud que dans le ventricule gauche. Enfin, plus récemment, M. George Liebig a publié sur la température du sang un excellent travail dans lequel il est arrivé à cette même conclusion, que le sang des cavités droites du cœur a une température plus élevée que celui des cavités gauches.

Lorsqu'il se rencontre ainsi dans la physiologie des résultats contradictoires sur un même sujet, on peut affirmer d'avance que cela tient à ce que toutes les expériences n'ont pas été exécutées dans des conditions identiques. ou à ce qu'il s'est glissé dans les unes des causes d'erreur qui ne se sont pas rencontrées dans les autres. Il s'agira donc, pour le cas qui nous occupe, de rechercher quelles sont les conditions expérimentales qui ont pu conduire les observateurs à des résultats erronés.

Une des principales causes d'erreurs qui a pu amener à faire conclure que le sang du cœur gauche était plus chaud que celui du cœur droit, provient de ce qu'on a d'abord fait des expériences sur des animaux récemment mis à mort et chez lesquels on avait ouvert la poitrine pour mettre le cœur à nu. Dans ces circonstances, la circulation est troublée ou arrêtée complétement, et le cœur se refroidit à l'air. Mais le refroidissement des deux ventricules est inégal, et il devient beaucoup plus considérable pour le sang qui est contenu dans le ventricule droit que pour celui qui est dans le ventricule gauche. Cette différence du refroidissement dépend de l'inégalité même d'épaisseur des parois des ventricules du cœur; car, comme on le sait, les parois du ventricule droit sont au moins deux ou trois fois plus minces que celles du ventricule gauche.

On comprend maintenant que si l'on plonge un thermomètre dans le ventricule droit et dans le ventricule gauche chez un animal placé dans ces conditions, on trouvera un excès de température pour le ventricule gauche, uniquement parce qu'il se sera refroidi moins vite que le ventricule droit.

Cette inégalité de déperdition de chaleur pour les liquides contenus dans les deux ventricules du cœur, facile à concevoir *à priori*, se prouve par une expérience très-simple. Cette expérience consiste à extraire de la poitrine le cœur d'un animal mort et à placer dans les deux ventricules deux thermomètres aussi comparables que possible. On remplit les cavités du cœur avec de l'eau chaude, et on ferme l'ouverture des gros vaisseaux à l'aide de ligatures qui fixeront les thermomètres et serviront en même temps à pouvoir suspendre le cœur. Après ces préparatifs, on plonge le cœur pourvu de ces deux thermomètres dans un bain d'eau chaude, et on l'y laisse séjourner un temps suffisant pour que toutes les parties du cœur se soient mises sensiblement en équilibre de température, ce que l'on vérifie en constatant que les deux thermomètres marquent le même degré de chaleur: alors on retire le cœur du bain tiède, et, à l'aide des fils qui servent de ligature, on le suspend afin qu'il se refroidisse au contact de l'air. Bientôt les deux thermomètres, qui étaient d'accord dans le bain, se trouvent en désaccord complet dans l'air. Par exemple, les deux thermomètres marquant 35 degrés centigrades au sortir de l'eau, et la température ambiante étant de 10 à 12° + 0, cinq minutes après l'exposition des parois du cœur au contact de l'air, le thermomètre du cœur gauche marque 34°,9 et celui du cœur droit seulement 33°,8, ce qui prouve que ce dernier ventricule se refroidit beaucoup plus rapidement que le premier.

M. George Liebig a également insisté sur cette cause d'erreur et en a démontré l'importance par des expériences directes. D'un autre côté, en comparant dans leurs détails les expériences contradictoires des auteurs que nous avons cités plus haut, on peut voir que c'est surtout à des conditions expérimentales défectueuses de cette nature qu'il faut se rattacher pour expliquer la différence des résultats.

Je ne m'arrêterai pas davantage sur ces causes d'erreurs, qu'il suffit de signaler pour les comprendre. Je me bornerai à dire que la seule manière de les éviter est de ne jamais opérer sur l'animal mort, mais toujours chez l'animal bien vivant, de telle façon que le cœur ne soit pas mis à découvert et que le sang se renouvelle incessamment dans ses cavités. C'est dans ces con-

ditions physiologiques qu'ont toutes été faites les expériences que je vais maintenant rapporter.

Expériences faites pour constater la température du sang dans les cavités du cœur (avant et après l'appareil respiratoire). — Pour avoir la température du sang avant et après l'appareil respiratoire, il est tout naturellement indiqué de prendre la température du sang dans le ventricule droit et dans le ventricule gauche du cœur. Il serait en effet impossible, sur l'animal vivant, de constater la température du sang dans l'artère pulmonaire qui conduit ce liquide aux poumons et dans les veines pulmonaires qui le rapportent après qu'il a traversé ces organes. Mais le sang du cœur droit est en réalité le sang qui va entrer dans le poumon, comme le sang du ventricule gauche représente bien celui qui vient de traverser l'appareil circulatoire.

Les premières expériences que j'ai pratiquées ont été faites sur des chiens à l'aide du procédé opératoire suivant :

L'animal étant convenablement maintenu sur le dos, je fais une incision à la partie droite et inférieure du cou, et j'isole successivement la veine jugulaire droite et l'artère carotide du même côté, aussi bas que cela est possible, sans pénétrer dans la poitrine. Je lie les deux vaisseaux et je passe au-dessous un fil d'attente; alors, à l'aide d'une incision pratiquée à l'artère ainsi qu'à la veine, j'introduis te thermomètre dans le ventricule gauche et dans le ventricule droit, en plaçant sur le vaisseau et autour du thermomètre une ligature médiocrement serrée et qui est seulement destinée à empêcher l'entrée de l'air dans le cœur droit et la sortie du sang du cœur gauche. On sent qu'on a pénétré dans le ventricule à ce que le thermomètre ne peut plus avancer, et à ce qu'il est agité par les contractions du cœur. On entre facilement dans le ventricule droit en descendant par la veine jugulaire et en passant par l'oreillette. Pour le ventricule gauche, il faut, sur les chiens, pénétrer par la carotide, puis par le tronc brachio-céphalique, et parvenir ensuite dans la crosse de l'aorte pour pénétrer directement par elle dans le ventricule gauche. Il arrive quelquefois que l'on déchire, dans cette manœuvre, les valvules sygmoïdes de l'aorte, et cet accident peut amener dans la circulation quelques troubles sur lesquels nous reviendrons plus tard quand nous étudierons les modifications que les troubles de la circulation peuvent apporter à la température du sang. Pour le moment nous ne rapporterons que les résultats obtenus sur des animaux calmes et chez lesquels les conditions de la circulation étaient aussi normales que possible. J'ajouterai encore qu'il faut opérer sur des chiens de forte taille si l'on veut pénétrer dans le ventricule gauche avec un thermomètre de la dimension de celui que nous avons décrit dans notre première communication. Lorsque les chiens sont petits, il faut avoir des thermomètres très-fins qui offrent alors une fragilité telle, qu'au moindre mouvement de l'animal ils peuvent se briser.

Les remarques précédentes ne s'appliquent pas au ventricule droit, dans lequel il est toujours très-facile de pénétrer. Dans mes expériences, je me suis toujours servi d'un seul thermomètre que j'introduisis successivement dans le ventricule droit et dans le ventricule gauche, en alternant souvent les expériences pour vérifier toujours plusieurs fois les mêmes faits.

D'après mes expériences, le sang du ventricule droit, au moment où il va pénétrer dans le poumon, est toujours à une température plus élevée que le sang du ventricule gauche qui vient de traverser l'appareil respiratoire. La différence de température n'a pas dépassé 2/10 de degré, mais elle s'est constamment montrée dans le même sens. D'après ces mêmes expériences, l'état de digestion ou d'abstinence paraît avoir eu une influence évidente sur la température du sang dans le cœur. Chez l'animal à jeun, les différences de température sont ordinairement plus considérables, et elles deviennent plus faibles pendant la période digestive. Mais, en même temps, la température absolue du sang paraît s'élever. Ceci ressort de la comparaison des expériences entre elles. Mais j'ai pu vérifier ce résultat d'une manière beaucoup plus comparable encore chez le même animal. Chez le chien de la quatrième expérience, la température à jeun était 38°,8 dans le cœur droit; 38°,6 dans le cœur gauche : 2/10 par conséquent pour la différence. Le lendemain, le même animal étant en pleine digestion, la température était 39°2 pour le ventricule droit, 39 ,1 pour le ventricule gauche, et 1/10 pour la différence. On voit donc que, dans ce dernier cas, la différence de température entre les sangs avait diminué, mais que leur température absolue avait augmenté. Je ferai remarquer, en terminant, que mes expériences ont été faites sur des animaux qui se trouvaient dans des conditions physiologiques aussi bonnes que possible, puisque non-seulement ils ne mouraient pas pendant l'opération, mais ils y survivaient très-bien, conservaient leur appétit, et pouvaient ainsi, à diverses reprises, être observés dans des conditions variées.

Toutefois, je ne m'en suis pas tenu à ces seules expériences; et comme il s'agit ici de résultats de la plus haute importance au point de vue de la théorie de la chaleur animale, j'ai voulu encore les vérifier sur d'autres animaux, en m'entourant de toutes les garanties d'exactitude possibles : c'est pourquoi j'ai prié M. Walferdin, dont la compétence dans les questions thermométriques est si bien connue de l'Académie, et dont les instruments ont acquis une si grande précision, de vouloir bien m'assister dans la détermination de ces températures sur les animaux vivants.

Nous avons fait ensemble, à l'abattoir de Grenelle, sur des moutons, des expériences dont je vais actuellement donner les résultats, qui concordent parfaitement avec ceux obtenus sur des chiens. Les températures étaient prises avec le thermomètre métastatique à mercure de M. Walferdin, divisé en un nombre arbitraire de parties dont chaque division représentait environ un centième de de degré, qu'on pouvait ainsi lire directement sur l'instrument.

Le procédé opératoire pour pénétrer dans le cœur offre une grande facilité chez le mouton. Cela tient à ce que ces animaux ayant le cou relativement très-long, il est possible d'arriver très-près de l'origine des vaisseaux au cœur sans ouvrir la poitrine. Je pratique une incision longitudinale sur la partie moyenne et inférieure du cou, qui doit se prolonger jusqu'au sternum. On écarte les muscles sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien du côté droit, et on trouve au-dessous, immédiatement, l'artère carotide droite à la naissance du tronc brachio-céphalique. La veine jugulaire se trouve placée plus en dehors et plus en avant. Quelquefois un prolongement du thymus qui se trouve dans la plaie masque un peu les vaisseaux ; on peut l'arracher sans inconvénient et sans produire d'hémorrhagie. Le thermomètre a toujours été introduit dans le cœur gauche par le tronc brachio-céphalique, et dans le cœur droit par la veine jugulaire, en suivant les précautions déjà indiquées, qu'il est inutile de rappeler.

Les observations comparatives ont été faites avec le même thermomètre, qu'on introduisait successivement et alternativement dans les ventricules droit et gauche, en vérifiant toujours plusieurs fois les mêmes résultats. Nous avons déjà dit ailleurs que lorsque les animaux sont agités, il peut survenir des troubles circulatoires capables d'apporter des modifications dans la température du sang. Nous reviendrons plus tard ces faits.

Les expériences faites sur les moutons conduisent aux mêmes conclusions que celles faites sur les chiens, à savoir, que le sang du ventricule droit est plus chaud que celui du ventricule gauche.

Nous verrons plus tard que l'excès de température est apporté au sang du ventricule droit par la veine cave inférieure et non par la veine cave supérieure dans laquelle il est plus froid; mais nous voulons seulement constater pour aujourd'hui que ce mélange de tous les sangs veineux du corps qui se fait dans le ventricule droit est, au moment où il va être lancé dans le poumon par l'artère pulmonaire, plus froid que lorsqu'il sort de ces organes et arrive à l'état de sang artériel dans le ventricule gauche. Dès lors nous sommes bien forcé d'admettre que le sang se refroidit par son contact avec l'air à la surface du poumon, qui peut être considéré à ce point de vue comme une véritable surface extérieure.

En résumé, d'après toutes les expériences contenues dans ce travail, qui ont été faites sur des animaux vivants, et je crois avec toute la rigueur dont ces sortes de recherches sont aujourd'hui susceptibles, je pense pouvoir légitimement conclure :

1° Que la circulation du sang à travers l'appareil pulmonaire est une cause de refroidissement pour ce liquide;

2° Qu'on ne peut pas dès lors considérer les poumons comme un foyer de chaleur animale;

3° Que la transformation du sang veineux en sang artériel, chez l'animal vivant, ne coïncide pas avec une augmentation de chaleur dans ce liquide, mais au contraire avec un abaissement de température.

Dans une prochaine communication, j'examinerai les modifications de température que le sang éprouve en circulant dans l'appareil génito-urinaire.

Règles pour le traitement de l'asphyxie ; par M. Marshall-Hall.

Je me suis occupé récemment de recherches sur la théorie de l'apnée et de l'asphyxie, recherches dont j'espère faire hientôt hommage à l'Académie ; aujourd'hui je me bornerai à présenter, dans l'intérêt immédiat des malheureux à demi noyés, quelques résultats pratiques formulés en règles pour le traitement de cet accident. Je commence par l'important, et c'est toujours la respiration.

Règle I. *La glotte libre.*— Dans tous ces cas, il faut commencer par mettre le malade sur sa face, un de ses bras étant placé de manière à soutenir le front. Alors tout liquide, l'eau, la salive, les mucosités, les matières venant de l'estomac, la langue même, tombent en avant, en laissant la glotte libre, d'obstruée qu'elle était, et la respiration devient possible ; tandis que cette respiration, lorsque le malade est couché sur le dos, aura souvent été, pour des raisons contraires, impossible : fait que j'ai établi par un grand nombre d'expériences sur le cadavre.

La respiration, ainsi rendue possible, s'effectue de deux manières : ou elle peut être excitée physiologiquement, ou elle peut être imitée machinalement.

Règle II. *Respiration excitée.* — Pour exciter la respiration, il faut irriter les narines ou la gorge au moyen d'une plume ou autre objet à propos, dans l'espoir de produire un de ces actes inspiratoires qui précèdent celui de l'éternument ou celui du vomissement; ou hien il faut frotter, sécher et chauffer la figure, et lui jeter ensuite de l'eau froide avec force. Dans cette dernière manœuvre, c'est la différence de température qui en constitue l'efficacité comme moyen excitateur de la respiration.

Règle III. *Respiration imitée.* — Mais surtout il ne faut pas perdre du temps à faire ces tentatives; si elles ne réussissent pas immédiatement, il faut se hâter d'imiter les actes de la respiration de la manière suivante :

Le malade étant posé sur la poitrine, on remarque qu'il y a expiration, que cette expiration s'augmente en comprimant le dos, et qu'en enlevant cette compression, une inspiration commence, qui devient complète en tournant le malade sur le côté et un peu au delà. Ainsi je conseille de mettre le malade sur la poitrine, d'exercer une compression sur le dos, de faire cesser cette compression, et de tourner sur le côté alternativement, doucement, régulièrement, de dix à quinze fois par minute.

Il s'accomplit souvent alors une belle respiration, d'un demi-litre d'air

atmosphérique dans les cas moyens : fait important que j'ai établi par un grand nombre d'expériences sur des cadavres chez lesquels la rigidité avait été vaincue par des mouvements préalables. Il est, en effet, facile de s'apercevoir que lorsque le corps repose sur la poitrine, cette cavité est comprimée par une force qui équivaut au poids du sujet, d'où arrive l'expiration, et que lorsqu'il est tourné sur le côté et un peu au delà, cette force est enlevée, d'où inspiration à son tour, la glotte restant toujours libre.

RÈGLE IV. *Circulation.* — Soutenant ces actes respiratoires, il faut ensuite que chaque membre soit bien saisi et comprimé des mains, et que le sang des veines soit poussé par un mouvement rapide et énergique vers le cœur.

RÈGLE V. *Chaleur.* — La surface du corps du malade se sèche et se chauffe en même temps par ce frottement de la meilleure manière possible, et se conserve au moyen de vêtements secs que chacun des spectateurs s'empresse, en pareil cas, de fournir. Il faut que la chaleur résulte des mouvements que nous venons d'indiquer. Toute chaleur d'origine étrangère est non-seulement inutile, mais nuisible, puisqu'il est prouvé par les expériences d'Edwards et de M. Brown-Séquard, qu'un animal asphyxié meurt plus promptement quand la température est plus élevée. Une fois la circulation rétablie, on peut s'occuper de réchauffer artificiellement la surface du corps.

— M. CASTORANI lit un mémoire sur la photophobie. (Commiss. : MM. Flourens, Rayer, Cl. Bernard.) (Voir GAZ. MÉD., 1856.)

QUELQUES FAITS A PROPOS DE LA MALADIE D'ADDISON ; par M. A. PUECH.

Depuis peu les Académies s'occupent d'une maladie récemment découverte par M. Addison. Caractérisée au dehors par la nigritie de la peau (*bronzed skin*), cette maladie le serait au dedans par des altérations variables des *capsules surrénales*. Comme la question est controversée, il me paraît du devoir de tout observateur d'apporter les faits qu'il a pu recueillir. Deux points sont en présence, le symptôme et la lésion. On ne peut nier assurément ni l'un ni l'autre; on ne peut contester que la relation établie entre les deux : cette relation est-elle nécessaire ou accidentelle? Telle est la question que je discute dans la note que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie, et dans laquelle j'examine successivement le symptôme et la lésion anatomique, m'appuyant à la fois sur des faits déjà connus et sur des faits inédits.

Les conclusions auxquelles j'arrive peuvent être formulées dans les trois propositions suivantes :

1° Tous les cas de peau bronzée ne s'accompagnent pas de lésions des capsules surrénales, et réciproquement toutes lésions de ces organes n'impliquent point la peau bronzée ;

2° La peau bronzée n'est point en général fatale par elle-même ; elle ne l'est en général le plus souvent que par ses complications ;

3° Elle est due à une altération, une perversion du pigmentum, et il est permis de supposer qu'assez souvent elle a été liée à la lésion des capsules surrénales par une simple coïncidence.

Cette note est renvoyée à l'examen de la commission récemment nommée pour diverses communications concernant les fonctions des capsules surrénales, commission qui se compose de MM. Flourens, Rayer et Cl. Bernard.

— M. le docteur J. PRINSOT lit un travail sur un second conduit pancréatique chez le bœuf. (Commiss. : MM. Velpeau, Cl. Bernard.) (Voir GAZ. MÉD., 1856, p. 580.)

— M. APOSTOLIDES lit deux mémoires sur quelques opérations pratiquées dans les voies aériennes. (Commiss. : MM. Velpeau, J. Cloquet et Jobert (de Lamballe).

ADDITION A LA SÉANCE DU 1er SEPTEMBRE.

DE L'USAGE ALIMENTAIRE DE LA VIANDE DE CHEVAL ; par M. IS. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE.

En présentant à l'Académie un ouvrage qu'il vient de publier, et qui a pour titre : LETTRES SUR LES SUBSTANCES ALIMENTAIRES, ET PARTICULIÈREMENT SUR LA VIANDE DE CHEVAL, M. Is. Geoffroy-Saint-Hilaire fait connaître verbalement l'objet de ce livre :

L'ouvrage dont j'ai l'honneur de faire hommage à l'Académie est le développement de vues exposées à plusieurs reprises dans mes cours au Muséum d'histoire naturelle. La très-grande publicité qu'elles ont reçue depuis deux ans ne pouvait me dispenser de faire connaître moi-même les faits que j'ai recueillis, les résultats que j'ai obtenus, les conclusions auxquelles je me suis arrêté, et qui sont les suivantes :

« La viande de cheval est à tort rejetée de l'alimentation de l'homme. Elle peut fournir, pour la nourriture des classes laborieuses, des ressources considérables, dont le préjugé seul nous a privés jusqu'à ce jour. »

La démonstration que je crois pouvoir donner se compose de trois parties : la viande de cheval est saine ; elle est bonne ; elle est assez abondante pour prendre place, très-utilement, dans l'alimentation du peuple.

Sur le premier point, la salubrité de la viande de cheval, aucun doute sérieux ne s'élève. A part les médecins chinois qui repoussent de la consommation, sinon la chair de tous les chevaux, du moins celle des chevaux de deux couleurs, et à part un passage de Galien, souvent cité, mais d'une manière inexacte, il n'y a parmi les médecins, les vétérinaires, les naturalistes, qu'une opinion sur les qualités hygiéniques de la viande de cheval. Les faits lui sont d'ailleurs entièrement favorables. On s'en est nourri, durant plusieurs semaines, à Copenhague, à Phalsbourg et dans plusieurs autres villes assiégées ; à Paris même, durant plusieurs mois, en 1793 et 1794 ; et ce régime insolite n'a jamais produit « de maladies ni d'indispositions » (1). Bien plus, la viande et le bouillon de cheval, administré à plusieurs reprises aux malades et aux blessés par les médecins militaires, et principalement par notre illustre confrère Larrey, a toujours parfaitement réussi ; en Égypte, pendant le siége d'Alexandrie, ils ont même « contribué à faire disparaître une épidémie scorbutique qui s'était emparée de toute l'armée (2). »

Ainsi, innocuité parfaite à l'égard de l'homme sain, et, dans un grand nombre de cas, emploi avantageux à l'égard de l'homme malade.

On est loin d'être aussi bien d'accord sur les qualités gustatives de la viande de cheval ; c'est ici, à vrai dire, que commence le débat. La chair de cheval a longtemps passé pour douceâtre, désagréable au goût, très-dure surtout, et en somme difficilement mangeable. Aujourd'hui même, le plus grand nombre la croit, la dit encore telle. Mais ceux qui repoussent à ce titre l'usage de la viande de cheval, ont-ils le droit d'avoir ici une opinion? Parmi eux, je trouve, il est vrai, quelques personnes qui ont mangé de la viande de cheval, mais durant des siéges ou des retraites, où les animaux, comme les hommes, avaient été affamés, accablés de fatigue ou même blessés, et dont la viande, en outre, était mal cuite et aussitôt consommée. Après ces premiers adversaires, vient la foule de ceux qui n'ont jamais goûté ni la viande ni le bouillon de cheval ; qui, par conséquent, ne *savent* pas, mais qui *croient* ; qui ne prononcent pas un *jugement*, mais obéissent à un *préjugé*. Et à ce préjugé j'oppose tant de faits et d'ordres si divers, qu'il est impossible de ne pas en reconnaître le peu de fondement. Voici, en effet, ce qui résulte des nombreux et authentiques documents que j'ai rassemblés :

Le cheval sauvage ou libre est chassé comme gibier dans toutes les parties du monde où il existe, en Asie, en Afrique, en Amérique, autrefois (et peut-être encore aujourd'hui) en Europe. Il en est de même de tous les congénères du cheval : les zèbres, l'hémione, l'âne, l'hamar passent, dans les pays qu'ils habitent pour d'excellents gibiers, souvent pour les meilleurs de tous.

Le cheval domestique lui-même est utilisé comme animal alimentaire en même temps qu'auxiliaire (parfois même seulement comme alimentaire), en Afrique, en Amérique, en Océanie, presque dans toute l'Asie, et sur divers points de l'Europe.

Sa chair est reconnue bonne par les peuples les plus différents par leur genre de vie, et des races les plus diverses : nègre, mongole, malaise, américaine, caucasique. Elle a été très-estimée jusque dans le huitième siècle chez les ancêtres de plusieurs des grandes nations de l'Europe occidentale (3), chez lesquelles elle était d'un usage général, et qui n'y ont renoncé qu'à regret, par obéissance à des prohibitions alors religieusement ou plutôt politiquement nécessaires, aujourd'hui complétement sans objet. Elle a été très-souvent utilisée même de nos jours en Europe, mais dans des circonstances particulières ; servant de nourriture à un grand nombre de voyageurs, et surtout de militaires, durant leurs voyages ou leurs campagnes. Elle a été souvent prise par les troupes auxquelles on la distribuait, parfois, dans les villes, par le peuple qui l'achetait, pour de la viande de *bœuf*.

Elle a été, elle est plus souvent encore, et même très-habituellement débitée sous ce même nom ou comme viande de *chevreuil*, dans les restaurants (parfois de l'ordre le plus élevé), sans que les consommateurs soupçonnent la fraude ou s'en plaignent.

Enfin, si elle a été souvent acceptée comme bonne sous de faux noms, elle a été déclarée telle aussi par tous ceux qui l'ont soumise, pour se rendre compte de ses qualités, à des expériences bien faites ; par tous ceux qui l'ont goûtée dans les conditions voulues, c'est-à-dire suffisamment rassise et provenant de chevaux sains et reposés, elle est alors excellente comme rôti, et si elle laisse à désirer comme bouilli, c'est précisément parce qu'elle fournit un des meilleurs bouillons, *le meilleur peut-être*, que l'on connaisse. Et elle s'est même trouvée bonne lorsqu'elle provenait, comme dans les expériences de MM. Renault, Lavocat et Joly, à Alfort et à Toulouse, et comme dans mes propres essais, d'individus non engraissés, et âgés de seize, dix-neuf, vingt et même vingt-trois ans ; d'animaux estimés à peine quelques francs au delà de la valeur de leur peau. Fait capital, puisqu'il démontre la possibilité d'utiliser une seconde fois, pour leur chair, des chevaux déjà utilisés, jusque dans leur vieillesse, pour leur force ; par conséquent de trouver dans leur viande, au terme de leur vie, et quand leur travail a largement couvert les frais de leur élevage et de leur entretien, une plus-value, un gain presque gratuitement obtenu.

La viande de cheval, parfaitement *saine*, incontestablement *bonne* (sans valoir cependant celle du bœuf ou du mouton engraissé), est en outre *abondante* et peut fournir des ressources importantes pour l'alimentation des classes laborieuses des villes et des campagnes. Cette troisième partie de la démonstration exigerait des calculs dans lesquels je ne puis entrer ici, mais dont je donnerai du moins les résultats. En combinant les éléments fournis par nos statistiques officielles et par d'autres documents sur le nombre des

(1) Expressions de notre savant confrère, M. Huzard.

(2) Expressions de Larrey qui dit aussi ailleurs : « Ce fut le principal moyen à l'aide duquel nous arrivâmes à arrêter les effets de la maladie, » et qui conclut en ces termes : « L'expérience démontre que l'usage de la viande de cheval est très-convenable pour la nourriture de l'homme. « Plusieurs médecins distingués, et principalement Parent-Duchâtelet, d'une si grande autorité en hygiène publique, se sont prononcés dans le même sens que l'illustre chirurgien en chef de nos armées.

(3) *Imprimis in deliciis habebatur*, dit Keysler en parlant des Germains.

chevaux en France, la durée de leur vie et le rendement en viande d'un grand nombre de chevaux (1), on trouve que la viande des chevaux, morts naturellement ou abattus chaque année en France, est équivalente à environ :

Un sixième de la viande de bœuf ou de cochon ;

Deux tiers des viandes réunies de mouton et de chèvre;

Un quatorzième de toutes les viandes réunies de boucherie et de charcuterie :

Ou, ce qui revient au même, à plus de deux millions et demi de nos rations moyennes actuelles en viande (si inférieures, il est vrai, aux besoins des populations !)

En présence de tels chiffres, et quelques réductions que l'on doive faire subir à ces nombres pour tenir compte des chevaux impropres à la consommation, comment méconnaître ce résultat, d'une si grande valeur pratique :

Il y a dans l'emploi de la viande de cheval une ressource importante : la plus importante même (quoiqu'elle soit loin de suffire encore) à laquelle nous puissions recourir pour donner aux populations laborieuses l'aliment qui leur manque le plus, la viande.

Singulière anomalie sociale, et qu'on s'étonnera un jour d'avoir subie si longtemps ! Des millions de Français sont privés de viande; ils en mangent six fois, deux fois, *une fois* par an (2) ! Et en présence de cette misère, des millions de kilogrammes de bonne viande sont, chaque mois, abandonnés à l'industrie pour des usages secondaires, livrés aux cochons et aux chiens, ou même *jetés à la voirie !*

Voilà ce que la science elle-même a autorisé jusqu'à ce jour, du moins par son silence, comme si elle avait craint, elle aussi, de se heurter contre un préjugé populaire, et quand elle avait dans la main des vérités utiles, de l'ouvrir et de les répandre !

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 25 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

Le ministre de l'instruction publique adresse à l'Académie l'ampliation d'un décret, en date du 8 septembre courant, par lequel cette compagnie est autorisée à accepter le legs d'une somme annuelle de 3,000 fr., fait par le baron Barbier pour la fondation d'un prix annuel à décerner à celui qui découvrira des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues jusqu'à présent le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

1° Un rapport de M. le docteur Boileau de Castelnau (de Nîmes) sur une épidémie de rougeole qui a régné dans la commune de Comps (Gard).

2° Un rapport de M. le docteur Raimbert (de Châteaudun) sur les constitutions météorologiques et médicales de cet arrondissement pendant l'année 1855.

3° Trois rapports de M. le docteur Danvin sur des épidémies qui ont régné récemment dans l'arrondissement de Saint-Pol (Pas-de-Calais).

4° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Sarthe en 1855. (Commission des épidémies.)

5° Deux modèles d'appareils pour la fabrication des eaux gazeuses et une note explicative de M. Chaussenot, qui désire avoir l'avis de l'Académie sur le mérite de son invention. (Commission des eaux minérales.)

(1) Dans le cours de l'année 1854, 1180 chevaux ont été abattus, à Vienne, pour la boucherie, et ont fourni 264,325 kilogrammes de bonne viande. Ce qui donne, en moyenne, par tête de cheval, 224k,003. Tous les calculs que renferme mon livre sont basés sur ce chiffre.

J'ai reçu depuis un autre document que sa brièveté me permet de reproduire ici :

« Depuis trois ans qu'on a commencé à vendre, à Vienne, de la viande de » cheval, douze bouchers ont abattu 4,725 chevaux, qui ont fourni 1,902,000 » livres de viande (1,065,143k), distribuées à des nécessiteux en 3,804,000 » portions. » Le rendement moyen des chevaux est ici de 225k,427. Différence en plus, 1k,424.

Toutes les autres grandes villes d'Allemagne et un grand nombre de petites ont aujourd'hui, comme Vienne (et comme Copenhague depuis un demi-siècle), leur boucherie de cheval. On commence aussi à en établir en Belgique et en Suisse.

Le progrès que j'appelle de mes vœux et de mes efforts pour la France est donc déjà, chez presque tous nos voisins, réalisé ou en voie de réalisation. Doit-il longtemps s'arrêter à notre frontière? Et un vieux préjugé qui tombe partout, se réfugiera-t-il, presque comme dernier asile, dans la France du dix-neuvième siècle !

(2) Voyez entre autres documents d'une date toute récente, le grand ouvrage de M. le Play sur les OUVRIERS EUROPÉENS, auquel l'Académie vient de décerner, avec de si justes éloges, le prix de Statistique. En voici le résumé fait en quelques mots, par l'auteur lui-même : « Dans la plus grande catégorie des ouvriers français, les journaliers agriculteurs, la quantité de la viande consommée est *à peu près nulle.* »

6° Les tableaux des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements de la Creuse, de l'Indre et du Lot. (Commission de vaccine.)

7° Des échantillons de valérianate d'ammoniaque à composition définie et une lettre de MM. Laboureur et Fontaine, qui demandent pour leur produit l'application des dispositions du décret du 3 mai 1850. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

— M. BROCA adresse une lettre en réponse à la communication de M. le docteur Léon Marie, dans laquelle celui-ci réclamait en faveur de Dominel, son ancien maître, l'invention de la méthode mise en usage par M. Broca pour le traitement des bubons vénériens. M. Broca établit que les observations de Dominel n'ont jamais reçu une publicité quelconque, que la pratique de cet habile chirurgien différait d'ailleurs essentiellement de la sienne propre. En effet, il résulte d'un passage d'une lettre de M. le docteur Liégard, qui a été pendant trois ans l'élève de Dominel à l'hôpital de Caen, que jamais celui-ci n'introduisait, comme M. Broca, la sonde cannelée pour donner un libre écoulement au pus et rendre la petite plaie fistuleuse ; aussi les bubons arrivaient-ils fréquemment à de fâcheux décollements. Il faut que les souvenirs de M. Marie l'aient bien mal servi ; car il rapporte aussi que Dominel, en pratiquant sur les bubons inguinaux la ponction *initiale*, a en quatre fois le malheur d'ouvrir une branche de l'artère iliaque externe. Or le bubon vénérien qui débute est constamment situé au-dessus de l'arcade fémorale et n'a aucun rapport avec les branches de l'iliaque. Certains bubons très-volumineux et très-avancés dans leur évolution peuvent remonter au-dessus du ligament de Fallope, et il serait possible alors qu'un opérateur très-ignorant et très-maladroit fît pénétrer son bistouri jusque sur l'artère épigastrique, ou même piquer sur l'artère circonflexe ; mais cela n'est peut-être jamais arrivé et il serait très-étonnant que Dominel eût été assez malheureux pour commettre quatre fois une faute aussi impardonnable. (Commission nommée.)

— M. CHARRIÈRE adresse un modèle de bistouri à châsses tournantes. (Commiss. : M. Velpeau.)

— M. LE PRÉSIDENT annonce que M. Purkinje, membre correspondant de l'Académie, et M. Sare, médecin du roi de Suède, assistent à la séance.

— M. LONDE donne lecture des conclusions modifiées de son rapport sur un lit de madame Baudeloux, destiné au premier âge.

Les commissaires proposent de répondre à M. le ministre que l'emploi du lit de madame Baudeloux n'a pas d'inconvénient, et que si ce lit ne présente pas sur les barcelonnettes ordinaires d'assez grands avantages pour constituer une découverte, il offre néanmoins des modifications et additions qui le rendent utile et commode.

L'Académie adopte sans discussion.

REMÈDES SECRETS.

M. ROBINET donne lecture d'une série de rapports sur des remèdes secrets.

Les conclusions toutes négatives de ces rapports sont successivement adoptées par l'Académie.

A l'occasion d'un de ces rapports relatif à une nouvelle préparation fébrifuge de quinquina, M. TROUSSEAU, s'inscrivant contre une assertion de M. Robinet, affirme qu'il n'est pas tout à fait exact de dire que la partie ligneuse du quinquina est complétement inutile. Le quinquina avec sa partie ligneuse est un peu plus utile au malade ; il donne des résultats plus sûrs qu'une dose correspondante de sulfate de quinine.

M. ROBINET admet parfaitement avec M. Trousseau qu'une certaine dose de quinquina en poudre agit plus efficacement que le sulfate de quinine pur que l'on pourrait retirer de cette même quantité de quinquina; mais ce n'est pas à cause de sa partie ligneuse, mais des autres principes actifs contenus dans le quinquina. C'est ce que l'honorable rapporteur se propose d'établir dans un rapport sur le *quinium.*

M. TROUSSEAU insiste sur l'utilité qu'il y a à donner les principes actifs du quinquina avec la partie ligneuse. Tout en reconnaissant déjà la supériorité du *quinium* sur le sulfate de quinine, il est convaincu, d'après des expériences comparatives, de l'efficacité plus grande de la poudre de quinquina bien préparée. Il pense que cela tient peut-être à ce que lorsque le quinquina est donné avec sa partie ligneuse, les principes actifs sont lentement et successivement cédés à l'économie.

STATISTIQUE DE L'ÉTAT SANITAIRE DU PERSONNEL DU CHEMIN DE FER DE PARIS A LYON.

M. GIMELLE, en son nom et au nom de M. Hervez de Chégoin, donne lecture d'un rapport sur un mémoire statistique de M. Devilliers, médecin en chef du chemin de fer de Paris à Lyon, sur l'état sanitaire du personnel de ce chemin de fer pendant l'année 1855.

Après avoir rapidement passé en revue les divers éléments de ce tableau statistique, qui ne se prête guère à l'analyse, M. Gimelle propose de remercier M. Devilliers de sa communication et de déposer honorablement son mémoire dans les archives de l'Académie.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

DE L'INERTIE UTÉRINE ET DE LA FATIGUE DE L'UTÉRUS PENDANT L'ACCOUCHEMENT.

M. MATTEI lit un mémoire sur l'inertie utérine et la fatigue de l'utérus pendant l'accouchement.

Voici les conclusions de ce mémoire :

1° Ce qu'on a appelé jusqu'ici l'inertie utérine pendant et après le travail de l'accouchement, n'est que l'épuisement des forces de l'utérus.

Quand on ne veut pas avoir d'inertie ou autres accidents qui en sont la conséquence on n'a qu'à rendre l'accouchement facile par une intervention opportune.

2° On doit intervenir avant que l'utérus ait dépensé toutes les forces dont il peut disposer pour effectuer l'accouchement, afin qu'il ne dépense pas celles qui lui sont nécessaires pour revenir sur lui-même, obturer les vaisseaux déchirés, se dégorger et rentrer dans son état normal.

3° La connaissance de ces forces et du moment de l'intervention se tire de l'étude des trois degrés de la contraction utérine et de la loi des douleurs que j'ai établie, ainsi que de la présence de la bosse sanguine sur la tête de l'enfant.

Lorsque le travail est franchement déclaré et que la poche est percée, il ne faut pas laisser les contractions devenir permanentes avant d'agir. Si elles se suspendaient tout à fait avant d'avoir atteint la période de deux ou trois minutes, elles indiqueraient une grande faiblesse utérine pour laquelle il faudrait agir en aplanissant les obstacles qui retardent le travail plutôt qu'en réveillant les contractions.

5° Quant au mode d'intervention, il varie selon les causes qui retardent le travail et ne peut pas être indiqué ici d'une manière générale.

(Comm. : MM. Danyau, P. Dubois, Moreau.)

La séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU CHOLÉRA-MORBUS — ATLAS; par M. PIROGOFF, académicien et professeur à l'Académie médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg, chirurgien en chef du second hôpital militaire, chef des travaux anatomiques, etc.

Nous signalons à l'attention des anatomo-pathologistes un magnifique atlas peu connu en France, quoiqu'il ait paru depuis quelques années. Cet atlas d'anatomie pathologique, dû aux courageux travaux de M. le docteur Pirogoff, qui depuis a été médecin en chef des armées russes en Crimée, représente avec la plus grande netteté toutes les altérations spéciales de tissu qu'il a rencontrées chez les cholériques. Les planches de cet important ouvrage ont été dessinées avec la plus scrupuleuse exactitude et avec le plus grand luxe : aussi l'Académie médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg s'est chargée des frais de la publication.

Avant d'arriver à la classification méthodique des différentes altérations du *processus* cholérique, pour nous servir du langage de l'auteur, M. Pirogoff a étudié le choléra dans plusieurs parties de la Russie ; il l'a observé à toutes ses phases, au début de l'épidémie, à son *summum* d'intensité et à son déclin. Son travail fruit de trois années de consciencieuses recherches (1847-48 et 49), est le résultat plus de cent cinquante autopsies faites au Caucase, à Moscou, à Dorpat, et principalement à Saint-Pétersbourg. Analyses chimiques, examen microscopique, tous les moyens d'investigation ont été mis en usage pour déterminer la nature des altérations diverses, et pour les distinguer les unes des autres.

Cet habile anatomo-pathologiste, par ses nombreuses autopsies, a remarqué que les lésions de l'encéphale, de la moelle épinière et de plusieurs autres organes, bien que très-fréquentes, ne présentaient rien de *spécial*, de propre au processus cholérique ; considérant d'ailleurs, que ces lésions, sans doute très-importantes, puisqu'elles ajoutent beaucoup à la gravité de la maladie, sont connues de tous les médecins, il n'a pas jugé à propos de les faire figurer dans son atlas. Il s'est réservé de les décrire, et de faire ressortir le rapport de chacune d'elles avec les altérations cholériques spéciales, dans le traité d'anatomie pathologique du choléra-morbus qu'il se propose de faire paraître.

L'organe, qui est le plus ordinairement le *foyer principal et caractéristique de la manifestation cholérique*, c'est le *canal intestinal*. Viennent ensuite, par ordre de fréquence et d'importance, les *poumons*, l'*estomac* et le *foie*. En d'autres termes, ce sont ces organes qui offrent les altérations réellement spéciales, réellement propres au choléra. Aussi ce sont les altérations de ces viscères que l'auteur a figurées dans ses belles planches.

Pour procéder avec méthode et clarté, M. Pirogoff a commencé par représenter une altération qui lui paraît précéder toutes les autres et en être comme le prélude, à savoir : l'injection sanguine, en forme d'arborisations, du réseau vasculaire sous-séreux. Quatre belles figures en rendent, d'une manière parfaite, tous les degrés et toutes les nuances de coloration, depuis l'hypérémie la plus prononcée jusqu'à la presque anémie, avec dilatation des vaisseaux précédemment engorgés. Il a ensuite distingué les altérations subséquentes par le tissu qu'elles affectent, par la nature des produits auxquels elles donnent naissance, et en a fait autant d'*espèces* différentes dont il a suivi les progrès, le développement et les transformations dans les diverses périodes de la maladie. Enfin, considérant qu'il y a des cas où ces altérations se présentent seules, je dirai presque dans leur pureté, et des cas où elles s'unissent aux lésions propres à une autre maladie, ou bien se combinent avec elles pour en faire une altération composée, il a réuni toutes les espèces en deux *genres* : le *choléra simple* et le *choléra mixte*.

Le *choléra simple* contient les cinq espèces ou formes suivantes :

1° La première espèce est caractérisée par l'*état des villosités* de la membrane muqueuse intestinale, lesquelles sont *épaissies, tuméfiées* et comme *boursouflées*. C'est la forme la plus ordinaire du processus cholérique.

Dans la période algide, les vaisseaux capillaires des villosités sont souvent hyperémiés, quelquefois anémiques ; la membrane muqueuse (de l'iléon principalement) offre un aspect velouté particulier, dû au boursouflement de l'épithélium des villosités baignées dans le liquide cholérique ; elle est tantôt d'un gris blanchâtre ou violacé, tantôt rouge et même rutilante. Entre les villosités apparaissent les cryptes solitaires semblables à des grains blancs de millet. Le réseau vasculaire sous-séreux est fortement injecté.

Dans la période typhoïde, l'épithélium des villosités s'exfolie et se détache comme par macération ; ses cellules détachées, mêlées au principe colorant de la bile et à de petits cristaux (phosphate ammoniaco-magnésien), forment un enduit amorphe qui recouvre les villosités d'une couche jaunâtre. Les villosités elles-mêmes se ramollissent et se détachent par places : l'auteur a vu la muqueuse de l'iléon lisse, anémique, sans enduit, et pouvant, au premier aspect, être considérée comme saine ; mais examinée sous l'eau à l'aide d'une loupe, on s'apercevait qu'elle était presque entièrement dépouillée de ses villosités et pour ainsi dire *chauve*. Les villosités restantes, privées de leur velouté épithéliaque, étaient groupées çà et là en forme d'îlots. Quelquefois la muqueuse présente une couleur rouge jaunâtre qu'on pourrait prendre pour une véritable hyperémie ; cette coloration tient à l'imbibition de l'émulsion cholérique qui, dans ces cas, est sanguinolente.

2° La seconde espèce se distingue par l'*altération des follicules isolés et des plaques de Peyer*. Cette forme est accompagnée du gonflement des glandes mésaraïques, et le plus souvent des altérations de l'espèce précédente.

Dans la période algide, les plaques de Peyer sont tuméfiées et ordinairement entourées d'un auréole d'un rouge vif ; les villosités qui les surmontent sont boursouflées, de couleur laiteuse, et donnent à ces plaques un aspect anfractueux, que l'on aperçoit bien, surtout lorsqu'on les examine sous l'eau. Les follicules isolés ressemblent à de petites perles d'un blanc laiteux ou jaunâtres, demi-transparentes.

Au commencement de la période typhoïde, les plaques et les follicules isolés sont encore gonflés, entourés d'une auréole hyperémique rouge foncée (hyperémie consécutive) et prêts à s'ulcérer. Plus tard les plaques perdent leur aspect anfractueux et deviennent réticulées : au lieu d'être gonflées, elles forment un creux à bords élevés et revêtus de villosités éparses ; leur fond ne présente aucun dépôt de matière ; à l'œil nu, il est difficile de déterminer si ces enfoncements dépendent d'une perte de substance ; mais, au microscope, on voit que la muqueuse est détruite, et entre les cryptes dénudés on aperçoit la tunique musculeuse. Les follicules isolés sont entourés de suffusions sanguines (ecchymoses) de couleur brune. Sur quelques plaques et sur des cryptes solitaires on découvre des points noirâtres provenant de la stase et de la décomposition des globules du sang. En dehors des follicules et des plaques la muqueuse est anémique. L'auteur a représenté dans ses planches quelques ulcérations des plaques de l'iléon beaucoup plus tranchées ; mais il est rare de les observer, parce que les malades meurent ordinairement avant qu'elles aient atteint ce degré. Dans ce cas, toute la surface ulcérée des plaques est dure, inégale, raboteuse, sans dépôt de matière, offrant des bords relevés de couleur brune, qui à l'air prend une teinte plus claire. Les villosités sont ou entièrement détruites ou dépouillées de leur épithélium, et éparpillées sur les points élevés des ulcères.

3° La troisième espèce consiste en une *altération spéciale*, tenant pour ainsi dire le milieu entre l'*état catarrhal* et l'*état croupeux*. Elle affecte principalement l'iléon. On la rencontre dans la période algide et dans la période typhoïde du choléra.

Cette forme se traduit simplement par l'exfoliation des couches mu-

cilagineuses de l'épithélium, d'où résulte un enduit jaunâtre qui recouvre la surface muqueuse de l'intestin. Cette couche, en apparence analogue à l'exsudation diphthéritique des membranes muqueuses, est tellement adhérente aux villosités qu'on ne peut, avec un filet d'eau lancé avec force, que la soulever en lambeaux floconneux. Au-dessous de cette couche épaisse et solide de mucosités et de cellules épithéliales détachées, la muqueuse est tantôt hyperémiée, tantôt anémique, avec des suffusions sanguines en forme d'îlots d'un rouge brun; les villosités sont gonflées; les follicules isolés et les plaques, tuméfiés.

4° La quatrième espèce est une *affection particulière de la membrane muqueuse du gros intestin*. Elle est remarquable par la rapidité de son développement, par le lieu de sa manifestation, et par la destruction du tissu qui en est le siége.

Cette forme est caractérisée, à son premier degré, par des *suffusions sanguines* (épanchements) d'un rouge pâle, en formes d'îlots saillants, éparpillés sur la muqueuse du gros intestin, principalement du commencement du rectum, de l'S iliaque et de la fin du colon gauche. En quelques endroits les suffusions sont plus prononcées; le sang extravasé, offrant de petits amas de globules altérés dans leur forme et leur couleur, soulève la muqueuse devenue livide et noirâtre.

Au second degré, les parties soulevées de la muqueuse se transforment en *escarres* d'un brun jaunâtre, très-adhérentes, semblables à des excroissances fongueuses. On y découvre, à l'aide du microscope, les orifices des petits sacs de Lieberkühn. Le reste de la muqueuse est ordinairement pâle et anémique.

Si le malade survit à la période algide, les escarres se détachent et laissent à leur place des *ulcérations* irrégulières quelquefois considérables. La tunique musculeuse, qui en forme le fond, présente encore des débris d'escarres. Il n'est pas rare de rencontrer, sur le même intestin, ce processus morbifique dans ses trois périodes de développement: les lésions les plus avancées sont à la partie inférieure. Dans cette forme, l'algidité est ordinairement précédée d'une forte diarrhée.

5° La cinquième espèce de choléra simple est l'*état diphthéritique*. Cette forme est rare et n'affecte à la fois qu'une seule partie du tube digestif. L'auteur a fait figurer dans son atlas un cas de processus diphthéritique de l'estomac (il n'en a rencontré que deux cas), un cas affectant la vésicule biliaire (c'est le seul qu'il ait vu), et un cas affectant le gros intestin (il ne dit pas s'il l'a rencontré plusieurs fois).

Dans le processus diphthéritique de l'estomac, une partie de la muqueuse était recouverte d'une exsudation d'un blanc sale et grisâtre, très-adhérente et ayant 1 à 2 lignes d'épaisseur; cette couche, sèche et consistante, était formée de globules plastiques et de masses amorphes et granuliformes; dans certains points de sa circonférence, on voyait quelques îlots diphthéritiques séparés et entourés d'une auréole de couleur pourpre; une rougeur hyperémique très-intense s'étendait à quelques lignes dans tout le pourtour de l'exsudation principale; au-dessous de cette exsudation, la muqueuse hyperémiée était privée de son épithélium; tout le reste de la muqueuse stomacale présentait l'état catarrhal.

Dans celui de la vésicule biliaire, toute la surface interne était d'un rouge brun, parsemée de petites plaques diphthéritiques jaunâtres, au-dessous desquelles la muqueuse était entièrement privée de son épithélium; le fond de la vésicule présentait une perforation qui avait donné lieu à une péritonite mortelle.

Dans celui du gros intestin, c'était encore une exsudation par plaques minces avec hyperémie locale et boursouflement de la muqueuse comme dans la dyssenterie.

Dans tous ces cas, on observait en outre le boursouflement des villosités de l'intestin grêle et la tuméfaction cholérique des follicules isolés et des plaques de Peyer.

Le *choléra mixte* renferme les espèces qui suivent:

1° Le processus *cholèro-dyssentérique*: c'est une forme suraiguë, présentant les lésions de la dyssenterie, mais ayant son siége dans l'iléon; on ne la rencontre guère que chez les sujets morts dans la période algide.

Au premier degré, la muqueuse de l'iléon, boursouflée et rouge par places, est couverte d'une exsudation brunâtre, principalement sur les sommets des valvules conniventes et sur les plaques de Peyer gonflées et hyperémiées.

Au deuxième degré, le gonflement et l'hyperémie sont plus intenses; un enduit sablonneux fortement coloré par la bile, couvre toute la surface de la muqueuse.

Au troisième degré, la membrane muqueuse est excessivement tuméfiée, l'enduit est très-adhérent et d'un brun foncé; les villosités présentent un commencement de mortification, des suffusions sanguines, sous forme de stries d'un rouge brun, soulèvent les sommets des valvules conniventes et les plaques de Peyer dures et boursouflées. Bientôt les points de la muqueuse ainsi décollés par du sang corrompu et extravasé passent à l'état d'escarres. En se détachant, ces escarres laissent à nu la membrane musculeuse. Celle-ci présente à l'œil nu des inégalités qui, vues au microscope, ont l'apparence de vésicules arrondies, remplies d'un liquide trouble, de couleur laiteuse: ce sont des follicules tantôt revêtus, tantôt privés de villosités, et reposant sur la tunique musculeuse. Ces villosités, quand elles existent, sont gonflées et recouvertes d'une couche épithéliale prête à se détacher.

2° Le processus *dyssentéro-cholérique*: c'est le choléra enté sur la dyssenterie. Cela a-t-il lieu à toutes les périodes de cette dernière maladie? C'est probable, mais je n'ai remarqué, dans les planches de M. Pirogoff, que des lésions cholériques unies aux altérations de la troisième période de la dyssenterie.

Sur la muqueuse du rectum et du colon descendant, on aperçoit, au voisinage des ulcérations dyssentériques, et l'hyperémie et les larges suffusions sanguines de date récente qui appartiennent au choléra. Dans ces cas, l'auteur a rencontré ordinairement dans l'intestin grêle les altérations de la première ou de la deuxième espèce simple.

3° Le processus *choléro-typhoïde*: cette forme consiste en une sorte de combinaison des altérations propres à la fièvre typhoïde avec celles qui sont propres au choléra.

Chez des sujets qui ont succombé pendant la période algide, on remarque non-seulement le gonflement cholérique, mais déjà, comme dans la fièvre typhoïde, un dépôt de matière spéciale sur les plaques de Peyer et sur les cryptes solitaires; on observe en outre la tuméfaction de la rate, qui est ordinairement ratatinée dans le choléra simple, l'engorgement des poumons et l'infiltration séreuse des méninges.

Sur les planches, on voit les plaques de Peyer plus tuméfiées qu'à l'ordinaire, entourées d'un rebord très-rouge dû à l'hyperémie active de la muqueuse, et couvertes d'une abondante exsudation plastique formée de globules granuleux et pyoïdes, donnant à ces plaques un aspect jaunâtre semblable à celui que nous rencontrons dans la fièvre putride.

4° Le processus *typho-cholérique*, ou le choléra survenant pendant le cours d'une fièvre typhoïde. On trouve les lésions appartenant à la fièvre typhoïde, et celles plus récentes qui sont propres au choléra: d'une part, les plaques de Peyer avec leurs dépôts crétacés, ou bien ulcérées jusqu'à la membrane musculeuse; d'autre part, le boursouflement des villosités, les arborisations du réseau vasculaire sous-séreux, les distensions et coarctations intestinales, et les hépatisations lobulaires du poumon.

5° Le processus *catarrho-cholérique*: c'est le choléra se joignant à l'état catarrhal de l'intestin.

L'auteur en a représenté deux exemples remarquables: dans l'un, on voit le gros intestin affecté d'un catarrhe arrivé à la période d'ulcération; toute la muqueuse est gonflée et a pris la forme d'une gelée ressemblant à des têtes de mousserons détrempés; autour des ulcérations, qui sont encore superficielles, on remarque une hyperémie récente et aiguë appartenant à l'état cholérique. Dans l'autre exemple, autour d'une plaque de l'iléon, on aperçoit une injection sanguine aiguë sous la forme de raies d'un rouge clair; le boursouflement de la plaque est augmenté presque du double en raison de l'union du processus cholérique avec le catarrhe de la muqueuse.

6° Enfin, le choléra s'associe aux phlegmasies des divers organes, notamment du poumon (pneumonie cholérique), du cerveau et des méninges (méningite cholérique), et du péritoine (péritonite cholérique).

Dr Louis Soulier.

(La fin au prochain numéro.)

VARIÉTÉS.

— L'hôpital militaire de Strasbourg, après avoir été longtemps privé d'une partie de son personnel, va se trouver amplement dédommagé. Voici les noms des médecins désignés pour cet établissement:

M. Haspel, médecin principal; MM. Leuret, Netter et Bolu, médecins-majors; MM. Baradon, Glœsel et Leroux, aides-majors; et MM. Tréjout, L'Agneau, Riconart, Patin, Massaloux, Ollier, Fauque, Vincent, Débaussaux, Marteau, Nail, Rollin, Bazoche, Bourot, Quintard, Buez, Hédouin, Delonge, Weil, Borderès, Chauvet, Hubert, Mathis, Bourillon, Guillemin, Baldy, Milon, Couranjon, Fernandez, Muvilla, Recton, Pauvert, Mairet, Duchesne, Bontemps, Chappelle, Cogit, Lartigue, Gallien et Blavot, sous-aides-majors.

Ces médecins ont presque tous fait la campagne d'Orient.

— M. le docteur A. Legrand vient d'être nommé membre correspondant de la Société impériale de médecine de Marseille.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : MUTABILITÉ DES ESPÈCES MORBIDES; MALADIES COMPOSÉES. — GLYCOGÉNIE.

La dernière séance de l'Académie de médecine a été occupée par deux communications également importantes. Dans la première, M. Tholozan est venu faire connaître le résultat de ses longues et persévérantes recherches sur les maladies de l'armée d'Orient. Dans la seconde, un jeune chimiste, professeur à l'École vétérinaire d'Alfort, M. Chauveau, a exposé une suite d'observations et d'expériences nouvelles à l'aide desquelles il croit avoir définitivement résolu le problème si controversé de la glycogénie. Ces deux communications méritent au plus haut degré de fixer l'attention des lecteurs.

La thèse de M. Tholozan est celle-ci. Quatre maladies principales, le typhus, la dyssenterie, le choléra et le scorbut, ont décimé presque ensemble l'armée d'Orient. Ces quatre maladies, ou plutôt les causes qui les ont engendrées, ont combiné leur influence, et par cette combinaison ont donné lieu à des affections nouvelles dont les symptômes, la marche, les caractères anatomiques ne se retrouvent dans aucune des quatre maladies isolées; elles ont ainsi réalisé des maladies combinées ou composées. Ce simple énoncé montre à quel point le problème agité par M. Tholozan est fécond en aperçus originaux, en observations nouvelles, en résultats cliniques nouveaux. Disons tout de suite que, par son esprit à la fois philosophique et pratique, par la précision et la rigueur de son talent d'observation, par l'étendue de ses connaissances, toutes qualités bien connues des lecteurs de la Gazette Médicale, M. Tholozan a su féconder tous les points de vue de son sujet. Sa communication, trop riche de faits et de résultats nouveaux pour avoir été appréciée ce qu'elle vaut à une simple audition, offrira le plus grand intérêt à la lecture : nous l'insérons ci-après textuellement. On se bornera dans cet article à en faire ressortir quelques-uns des points les plus remarquables.

Imbu des principes étiologiques qui ont formé dès longtemps le caractère distinctif de la Gazette Médicale, M. Tholozan a été frappé de ce fait capital : c'est que là où les grandes causes pathologiques sortent de la sphère d'action où elles sont d'ordinaire confinées, elles acquièrent un degré, un mode, une nature d'activité qui se reflètent dans leurs produits. Ce grand principe de pathogénie n'est pas seulement propre à tenir l'esprit en garde contre ce systématisme étroit qui, dans les cas ordinaires, fait mettre la maladie à la place du malade — nivelant toutes les particularités étiologiques individuelles et occasionnelles — mais elle éveille surtout l'attention de l'observateur pathogéniste en présence des causes qui sont susceptibles de faire varier les espèces morbides. La mutabilité des espèces morbides est, en effet, le plus grand fait de la pathogénie : il touche à l'essence de la médecine; c'est par lui qu'elle est caractérisée, c'est par lui que, comme science et art, elle diffère essentiellement des autres sciences, de celles surtout qu'on est convenu d'appeler exactes. Bien compris ce fait donne la clef des travaux des grands épidémiologistes passés, et il est une révélation pour ceux qui se sentiront capables de continuer son œuvre. Le travail de M. Tholozan, dont l'Académie n'a entendu qu'un résumé, sera une belle page ajoutée à l'histoire générale des épidémies.

Mais il ressort du travail de notre collaborateur un autre genre d'enseignement qui, pour n'avoir pas la même portée, mérite d'être signalé comme progrès dans l'étude et l'interprétation des maladies. En faisant connaître, avec une extrême précision, les nombreuses et nouvelles formes d'altérations pathologiques propres aux maladies composées dont il a été témoin, M. Tholozan a surtout montré l'absence complète de concordance de ces altérations matérielles avec les symptômes qui les avaient précédées ou accompagnées. Aussi les a-t-il désignées sous le nom d'altérations de nutrition, se bornant à les montrer comme des caractères morbides dans leur réalité purement phénoménale. Le soin et la précision extrêmes avec lesquels l'auteur a observé et décrit ces lésions ne laissera rien à désirer à ceux-là même qui ont jeté le plus d'éclat sur l'école anatomo-pathologique; mais ils ne pourront s'empêcher d'y reconnaître un progrès dans l'art d'interpréter le cadavre.

M. Tholozan s'est arrêté à la partie pathologique de son œuvre. Le corollaire obligé de ses recherches est une thérapeutique nouvelle; car, ainsi qu'on l'a dit dès longtemps, la thérapeutique est l'étiologie retournée. Il est donc à espérer que M. Tholozan, mettant à profit les révélations de la science, aura doté l'art des conséquences pratiques qu'elles renferment implicitement. Cette suite de son travail, que nous l'engageons à communiquer à l'Académie, nous donnera l'occasion de revenir, avec plus de détail, sur l'ensemble de ses recherches.

— Le problème glycogénique est trop connu des lecteurs de la Gazette Médicale pour avoir besoin qu'on leur en rappelle les données principales. Depuis plus de deux ans qu'il défraye les séances des académies, il peut être considéré comme un des sujets les plus familiers de la science contemporaine. Nous nous bornerons, pour l'intelligence de ce qui va suivre, à rappeler les principales phases de la question, et les principales phases de l'opinion que la Gazette Médicale a eu occasion d'émettre dans cette controverse importante et difficile.

Le foie fait le sucre de l'économie, a dit M. Bernard. Avant lui, on avait dit : le foie sépare le sucre du sang, comme le rein l'urée. Jusqu'ici, à la faveur, il faut le reconnaître, d'une multitude d'observations et d'expériences ingénieuses, la théorie de M. Bernard a prévalu. Cependant d'habiles adversaires l'ont battue en brèche : des auxiliaires non moins habiles sont intervenus, si bien qu'il y a aujourd'hui deux camps, deux partis : l'un soutenant la théorie glycogénique du foie, l'autre prétendant que le foie n'est qu'un simple organe condensateur ou éliminateur du glycose, qui serait formé dans l'intestin et ailleurs. MM. Lehmann, Poggiale et Chauveau sont les principaux soutiens de la doctrine; MM. Figuier, Mialhe et Colin en sont les adversaires.

Ainsi que la Gazette Médicale n'a cessé de le répéter : il faut distinguer dans cette controverse les faits et les raisonnements, les expériences et les conclusions. Sans parti pris dans la question, nous avons été obligé — tout en rendant justice aux uns et aux autres — de faire des réserves contre tous; car partisans et adversaires, trop ardents à conclure, nous ont toujours paru aller plus loin que les faits. Mais n'anticipons pas et résumons séparément les faits et la théorie.

On se le rappelle, dans un rapport qui a été l'objet d'un examen at-

FEUILLETON.

ÉTAT ACTUEL DE LA PROFESSION MÉDICALE AUX ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE : STATISTIQUE DU CORPS MÉDICAL, ASSOCIATIONS, HÔPITAUX, ENSEIGNEMENT, ÉCOLES DE MÉDECINE.

(Deuxième article. — Voir le numéro précédent.)

L'histoire de l'enseignement médical en Amérique est toute contemporaine. Les Écoles de médecine sont presque toutes de fondation récente. Les besoins de la population demandant chaque année un grand nombre de médecins, les représentants généralement les plus distingués du corps médical ont été appelés à donner sur les lieux cette éducation qu'on allait chercher auparavant à grands frais en France, en Angleterre ou dans quelque ville éloignée de l'Union. C'est ainsi qu'ont été créés peu à peu plus de quarante centres d'instruction auxquels sont annexés des hôpitaux pour les études pratiques. Ce sont :

1° Dans l'État de New-York, le *département médical* de l'université de l'État, celui de la ville, le collége médical de New-York, celui d'Albany, celui de *Genève*, le *département médical* de l'université de Buffalo.

2° Dans l'État de Pensylvanie, le département médical de l'université de Pensylvanie, le collége médical de Jefferson, le *département médical* du collége de Pensylvanie, le collége de médecine de Philadelphie.

3° Dans l'État du Maine, l'école médicale du Maine, dans la ville de Brunswick.

4° Dans le New-Hampshire, le collége médical de Dartmouth, ou institut médical de New-Hampshire, dans la ville d'Hanovre.

5° Dans l'État de Vermont, le collége médical de Castleton à Vermont, et le collége médical de Vermont dans la ville de Woodstock.

6° Dans le Massachussetts, le département médical de l'université d'Harvard ou collége médical du Massachussetts à Boston, et l'Institut médical de Berkshire à Pitsfield.

7° Dans le Connecticut, à New-Haven, l'Institut médical du collége d'Yale.

8° Dans le Maryland et à Baltimore, le département médical de l'université de Maryland, et le département médical de l'université de Washington.

9° Dans le district de Colombie, à Washington, le département médical du collége de Colombie (collége médical national).

10° En Virginie, à Charlottsville, le département médical de l'Université de Virginie; à Richmond, le département médical du collége d'Hampden-Sidney; à Winchester, le collége médical de cette ville.

11° Dans la Caroline du Sud, à Charleston, le collége médical de l'État.

12° Dans la Géorgie, à Augusta, le collége médical de l'État.

13° Dans la Louisiane, le département médical de l'Université de Louisiane, à la Nouvelle-Orléans.

tentif de notre part, M. Dumas avait réduit toute la discussion à cette simple question de fait : Y a-t-il ou n'y a-t-il pas du sucre dans le sang de la veine porte pendant la digestion des matières animales? M. Figuier avait dit oui. Il avait établi la présence du sucre dans la veine porte, à l'aide de la réaction chimique moins la fermentation. L'absence de fermentation — sur l'importance de laquelle la GAZETTE MÉDICALE s'est expliquée — a suffi à M. Dumas pour lui faire conclure à l'absence de glycose dans le sang de la veine porte. La question de fait en était là. M. Colin l'a reprise et il a démontré l'existence du sucre, non-seulement dans la veine porte, mais dans les chylifères. Enfin, M. Chauveau, quoique partisan de la théorie, est venu confirmer, d'une manière qui ne paraît plus contestable, la présence du sucre, non-seulement dans la veine porte, mais dans toute la masse du sang, et cela bien longtemps après que MM. Bernard, Lehmann, Poggiale, et autres, n'en trouvent plus dans le foie. Le point de fait a donc beaucoup cheminé depuis le rapport de M. Dumas. On est obligé d'ajouter que la théorie n'a point marché dans la même proportion.

L'absence de constatation du sucre dans la veine porte pendant la digestion de matières animales était le fort retranché de la théorie. Point de sucre avant l'entrée du sang dans le foie, sucre à sa sortie dans les veines sus-hépatiques : quoi de plus clair, de plus concluant? le sucre est formé dans le foie. On se rappelle peut-être les réserves de la GAZETTE MÉDICALE à l'égard de ce raisonnement. Ces réserves portaient sur deux points. Elle disait : la non-constatation du sucre dans la veine porte n'est pas une preuve absolue de son absence. Et c'est à cette occasion que nous avons élevé des doutes sur la valeur de la fermentation comme preuve affirmative ou négative de la présence du sucre. Notre seconde réserve portait sur la conclusion : la présence du sucre à la sortie du foie n'a, disions-nous, que la valeur d'un fait expérimental, d'une preuve empirique. L'esprit aurait besoin, pour être satisfait, de quelque chose de plus *rationnel*; il aurait besoin qu'on lui montrât la relation plus exacte, plus immédiate de la cause à l'effet. L'expérience a donné raison à nos réserves quant au point de fait. Il est aujourd'hui démontré qu'il y a du sucre dans la veine porte, qu'il y en a là et ailleurs, partout, et même bien longtemps après l'abstinence, jusqu'à ce que l'animal se refroidisse et meure.

Les progrès du point de fait ont-ils infirmé nos réserves quant à la conclusion théorique? M. Chauveau, le nouvel adepte de la glycogénie, est parfaitement convaincu du triomphe de la théorie. Certes, si la sévérité du logicien était à la hauteur de la sagacité et de l'ingéniosité de l'expérimentateur, il n'y aurait plus mot à dire. Ainsi qu'il le proclame, il n'y aurait plus qu'à rendre hommage au génie de la découverte. Mais le jeune chimiste, dans son enthousiasme de néophyte, ne s'est-il pas laissé entraîner un peu trop loin? Nous le craignons. Après avoir démoli de ses propres mains ce que M. Dumas regardait comme la pierre angulaire de l'édifice de M. Bernard, après avoir démontré la présence du sucre dans la veine porte, M. Chauveau regarde la théorie glycogénique comme définitivement démontrée : pourquoi? parce qu'il sort du foie plus de sucre qu'il n'y en entre, parce qu'il trouve plus de sucre dans les veines sus-hépatiques que dans la veine porte. Il suffira de lui faire remarquer que cette manière de raisonner n'a rien changé à celle de M. Bernard : elle l'a tout simplement affaiblie. L'auteur de la théorie disait : Point de sucre dans le sang qui arrive au foie, sucre après la sortie du sang du foie; donc le foie fabrique le sucre. M. Chauveau dit: Peu de sucre dans le sang qui entre, plus de sucre dans le sang qui sort. On le voit, ce n'est là qu'une question de quantité et de degré, et les réserves de la GAZETTE MÉDICALE sur le caractère purement empirique de la conclusion conservent tous leurs motifs.

JULES GUÉRIN.

ANATOMIE PATHOLOGQUE.

RECHERCHES SUR LES MALADIES DE L'ARMÉE D'ORIENT PENDANT L'HIVER DE 1854 à 1855; lues à l'Académie de médecine, dans la séance du 30 septembre; par M. le docteur THOLOZAN.

Les résultats que j'ai l'honneur de communiquer à l'Académie ont été recueillis à Constantinople, dans le principal hôpital de l'armée, pendant les mois de décembre 1854, janvier, février et mars 1855. Chargé d'un service assez important où je recevais directement les malades qui arrivaient de la Crimée par évacuations considérables, j'ai pu examiner et traiter pendant le premier hiver si rigoureux que l'armée eut à passer sous Sébastopol, 1,200 malades environ. Dans un quart de ces cas, les affections étaient légères et guérirent facilement; les900 autres malades étaient gravement atteints; une partie put être évacuée sur les hôpitaux de seconde et de troisième ligne, après quelques jours de médication; une partie resta en traitement, les autres au nombre de 290 moururent dans mon service.

Les maladies qui donnèrent lieu à cette mortalité considérable qui pesait alors sur tous les hôpitaux de Crimée et de Constantinople, étaient le choléra, la dyssenterie, le scorbut et le typhus. Le choléra, influence morbide accidentelle, se faisait sentir sur les armées, ainsi que j'ai essayé de le démontrer, dès le début de la guerre (1), par suite de la constitution médicale cholérique qui régnait à cette époque dans une grande partie de l'Europe occidentale. Le choléra n'est point une maladie propre aux armées; il se montre pourtant souvent dans ces agglomérations dès que la constitution épidémique ou endémique prête à son développement. Ce qu'on a vu à ce sujet dans l'Inde, en Russie, en Pologne, en Algérie, s'est répété en Orient avec une parfaite identité de caractère, sous le double rapport épidémiologique et pathologique. Cette uniformité de causes, de marche et de symptômes fait l'un des traits les plus importants de l'histoire du choléra dans les armées.

Il en est autrement de la dyssenterie, du scorbut et du typhus. Ces maladies naissent aux armées, dans les garnisons encombrées, dans les camps, dans les villes assiégées. Elles remplacent, dans ces circonstances, les formes morbides qui se montrent en temps de paix dans les conditions ordinaires de la vie militaire. Ainsi la phthisie, la phthisie à marche aiguë qui, en France comme en Angleterre, comme en Allemagne, est très-commune dans l'armée et figure en première ligne parmi les causes de mort, ne se retrouve en campagne que dans des

(1) GAZETTE MÉDICALE, 1854.

14° Dans le Tennessé, le collége médical de Memphis, dans la ville de ce nom, et l'Université de Nashville, à Nashville.

15° Dans le Kentucky, à Lexington, le département médical de l'Université de Transylvanie; à Louisville, le département médical de l'Université de cette ville.

16° Dans l'Ohio, à Cincinnati, le collége médical de l'Ohio; à Columbus, le collége médical de Starling; à Cleveland, le collége médical de ce nom.

17° Dans l'Etat d'Indiana, le collége médical d'Indiana, à Laporte; et le collége médical central d'Indiana, à Indianopolis.

18° Dans l'Illinois, le collége médical de Rush (nom d'un célèbre praticien des Etats-Unis au commencement de ce siècle), à Chicago; et le collége médical de Rock-Ile, à Rock-Ile.

19° Dans le Missouri, le département médical de l'Université de l'Etat de Missouri, à Saint-Louis; et dans cette même ville le département médical de l'Université de Saint-Louis.

20° Enfin, dans le Wisconsin, à Madison, le collége médical de ce nom.

Telle est l'énumération des quarante écoles de médecine des Etats-Unis, telle que le docteur Campbell Stewart la donnait à la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg au mois de juin passé. En bien cherchant, depuis cette époque on pourrait peut-être encore relever quelque école de nouvelle création; mais peu importe à notre plan. Les indications que nous avons données suffisent pour faire voir comment se répartissent, aux Etats-Unis, les centres d'instruction médicale. Quelques-uns de ces colléges forment des corporations indépendantes, ayant des priviléges particuliers et n'enseignant que les sciences médicales; d'autres sont annexés aux universités et constituent une section distincte ou *département* dans l'enseignement général délivré par ces institutions.

Ces écoles ont ordinairement sept ou huit professeurs; quelques-unes en comptent un plus grand nombre, d'autres n'en ont que trois, comme en Virginie. On y enseigne l'anatomie générale et chirurgicale, la pathologie générale, la médecine pratique et clinique, la chirurgie, la matière médicale, la thérapeutique, la pharmacie, la chimie et la toxicologie, l'obstétrique, les maladies des femmes et des enfants, la médecine légale. Cinq ou six heures sont consacrées à ces cours; le reste du temps est employé aux dissections et au service des hôpitaux. En dehors de l'enseignement officiel, les étudiants en médecine suivent généralement la pratique des médecins les plus répandus; à titre d'élèves particuliers, ils assistent ainsi aux consultations, aux opérations, à la préparation et à la distribution des médicaments dans les clientèles rurales.

Le niveau des études doit être, en Amérique, notablement inférieur à ce qu'il est en France, en Angleterre, en Allemagne. Cet état de choses résulte en grande partie du petit nombre d'années consacrées à l'enseignement médical, de la facilité des examens et du chiffre restreint des cours. On n'exige pas plus de trois années de pratique et d'étude pour l'obtention du diplôme de docteur, et les candidats sont gradués après un simple examen. Cela rappelle ce qui se pratique chez nous pour la réception des officiers de santé, et ce qui a lieu dans quelques écoles d'Angleterre, Saint-Andrews, par exemple.

proportions très-minimes. Ainsi la fièvre typhoïde, très-fréquente dans nos hôpitaux, se développe très-rarement dans les conditions hygiéniques de la guerre active. J'en dirai autant des fièvres éruptives, variole, rougeole, scarlatine, et du rhumatisme articulaire aigu. L'histoire et la statistique donnent un enseignement très-formel à ce sujet; elles font voir presque partout à la suite des armées la dyssenterie, le scorbut et le typhus, et très-rarement les exanthèmes fébriles.

Les trois types pathologiques sur lesquels j'appelle en ce moment l'attention de l'Académie, ont été fort peu étudiés à notre époque, les occasions de les observer ayant heureusement fait défaut pour nous depuis les guerres du commencement de ce siècle. Il en est résulté que leur histoire laisse encore beaucoup à désirer sous le rapport de la précision dans la description des symptômes et des lésions. En voulant apporter dans ce sujet la méthode rigoureuse de la pathologie moderne, j'ai rencontré une difficulté que je dois préalablement soumettre à l'Académie, parce qu'elle tient aux principes mêmes de l'observation clinique. La dyssenterie, le scorbut et le typhus, tels que nous les connaissons par les descriptions classiques, forment des groupes morbides totalement distincts les uns des autres. Quand ces affections se présentent ainsi isolées, à l'état de simplicité, il est bien facile de les reconnaître et aucun observateur ne s'y trompera. Mais que ces maladies viennent à se combiner et à se compliquer l'une l'autre, et quelquefois toutes trois à la fois, pour former, comme cela a été observé si souvent aux armées, des maladies composées, des espèces mixtes, des types spéciaux, alors le problème pathologique se complique. Les dyssenteries présentent les caractères du scorbut; les scorbutiques délirent comme dans le typhus, ou bien ils succombent au flux dyssentérique; les sujets atteints de typhus ont la dyssenterie et deviennent scorbutiques; les exemples de ces mélanges ne manquent pas, presque tous les cas graves sont des cas compliqués. C'est du moins ce que j'ai observé pendant l'hiver de 1854 à 1855 à Constantinople.

Quand les symptômes caractéristiques de ces affections sont nettement dessinés, il est possible de reconnaître chacune d'elles et de déterminer en quelque sorte la part plus ou moins grande qu'elle prend à l'état morbide; mais c'est là l'exception. Le plus souvent dans ce mélange d'influences morbides diverses, il y a de telles anomalies, que les signes propres à l'une des entités morbides disparaissent, et sont remplacés par des signes d'une importance moindre. Ainsi dans le typhus, l'éruption caractéristique si bien décrite par W. Jenner se montre rarement quand cette affection se complique de dyssenterie; la fièvre continue qui la caractérise disparaît aussi, le délire persiste quelquefois très-intense; d'autres fois les malades n'ont que la céphalalgie, les vertiges, les bourdonnements d'oreille, l'insomnie, sans chaleur fébrile. Cette dyssenterie est une de celles qui sont éminemment contagieuses et qui engendrent le typhus. Ainsi dans le scorbut compliqué de dyssenterie, l'altération des gencives manque, les infiltrations sanguines sous-cutanées, intermusculaires, et les colorations hémorrhagiques de la peau n'existent pas; les douleurs scorbutiques dont les caractères ont été jusqu'ici peu précisés, l'anémie des gencives, la teinte terreuse de la peau, sont les seuls symptômes auxquels on peut reconnaître la cachexie scorbutique. D'autres fois, la fièvre et les autres symptômes du typhus s'arrêtent brusquement et l'on voit apparaître le scorbut sous sa forme la plus grave; c'est un exemple de mutation d'une maladie en une autre; l'observateur qui n'est pas prévenu de ces phénomènes croit encore avoir affaire au typhus. Plus souvent le scorbut et le typhus se combinent; alors il y a de la fièvre, l'œdème de la face, une coloration sub-ictérique de la peau, un délire plus intense et plus persistant que dans le typhus ordinaire, des gangrènes graves de la bouche et des extrémités. Aussi fréquemment on voit la dyssenterie scorbutique présenter des symptômes typhiques, et réciproquement le typhus des scorbutiques offrir les caractères de la dyssenterie.

Ces symptômes qui se surajoutent, ces états mixtes ont besoin, pour être interprétés, de toutes les lumières de la pathologie et de l'analyse cliniques. Si les variétés que j'ai indiquées constituent autant de maladies nouvelles, c'est-à-dire si elles se distinguent toujours par des caractères uniformes, il faut multiplier les espèces pathologiques; si elles forment, comme je le pense, des maladies composées, il y a lieu de faire entrer leur étude dans le cadre de la pathologie générale, et de chercher à connaître le caractère de ces combinaisons, leur influence sur la marche générale de la maladie, sur l'évolution de chaque symptôme en particulier, et de noter avec soin les réactions spéciales de l'économie qui peuvent prendre naissance dans ces cas.

La difficulté de résoudre scientifiquement ces questions est plus grande qu'on ne serait porté à le croire au premier abord; elle tient à l'absence complète de principes et de données précises de l'observation sur les maladies composées. J'ai cherché à réunir à ce sujet les éléments de la science pour servir de base à l'interprétation des faits que j'ai recueillis en Orient, et je dois avouer qu'il ne m'a pas été possible de les trouver formulés d'une manière complète. A défaut de règles ou de données admises sur cette question, j'ai examiné les faits avec le seul secours de mes observations antérieures.

J'ai cherché, en étudiant à part les cas simples de scorbut, de dyssenterie, de typhus à démêler les cas complexes. Je suis arrivé ainsi, par l'analyse d'un grand nombre d'observations, à l'opinion que je viens d'émettre, que les maladies observées à Constantinople à la fin de 1854 et au commencement de 1855, étaient des maladies complexes, dans lesquelles le scorbut, le typhus et la dyssenterie avaient chacun leur part, et où venait s'ajouter encore l'influence cholérique.

Si l'on se reporte maintenant aux conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvait forcément l'armée à cette époque : alimentation de qualité inférieure, vêtements insuffisants, habitation sous la tente, pluie, neige, froid rigoureux, veilles et fatigues excessives des travaux du siége, on verra qu'il faut ajouter encore aux principales influences morbides indiquées, l'influence des circonstances hygiéniques si défavorables que je viens d'énumérer.

Les observations faites dans ces conditions sont forcément des observations complexes, qui demanderaient une grande expérience pour être complétement élucidées. Je les ai recueillies avec le plus grand soin dans les salles d'hôpital et à l'amphithéâtre, où j'ai passé de six à huit heures par jour pendant quatre mois. Je recueillais sur les cahiers de visite les principaux symptômes et je dictais les résultats des autopsies que je faisais moi-même. Les matériaux considérables ainsi rassemblés nécessiteraient des développements trop étendus si je voulais en donner un compte rendu complet. J'ai pensé que les résultats nécroscopiques observés dans des circonstances exceptionnelles, qui rappellent d'autres faits de guerre

---

Les candidats doivent avoir 21 ans accomplis; ils doivent justifier d'avoir suivi pendant leurs trois années d'études les cours d'une école pendant deux sessions au moins. Le titre de docteur une fois obtenu, beaucoup d'étudiants ne se considèrent pas encore comme aptes à la pratique, ils voyagent en Amérique et en Europe pour voir les principales cliniques et suivre des cours particuliers.

Les professeurs sont généralement rétribués par les élèves. Chaque étudiant donne de 600 à 1,000 francs pour les cours d'une session; les frais de thèse, payés à part, varient de 500 à 1,500 fr. Le nombre des étudiants aux États-Unis s'élève à 5 ou 6,000; quelques-unes des écoles dont nous venons de parler en comptent jusqu'à 500.

Les musées d'anatomie, les collections d'histoire naturelle, les bibliothèques dont sont pourvues les institutions les plus fréquentées, quoique de création récente, sont très-suffisants pour les besoins de l'enseignement médical.

Jusqu'à ces derniers temps, les dissections étaient difficiles à cause des entraves apportées à la concession des cadavres. La ville de New-York vient de prendre dernièrement sur cet objet une décision très-favorable aux études anatomiques.

La rivalité qui existe entre les différentes écoles stimule le zèle des professeurs et est pour la profession une garantie du bon recrutement du personnel enseignant. Les étudiants peuvent voyager d'une école à une autre sans rencontrer de difficultés administratives, soit pour suivre les cours, soit pour subir les examens. Ainsi, généralement, on voit les élèves en médecine de l'État de Virginie, après deux années d'études dans cet État, venir à Philadelphie ou à New-York pour compléter leur éducation.

A ces données générales j'ajouterai quelques détails très-précis que j'emprunte au principal journal de médecine des États-Unis (1) :

Le département médical de l'Université de Pensylvanie commence cette année sa 91e session; les cours dureront du 13 octobre au 15 mars. Les professeurs sont, pour la pathologie générale, Samuel Jackson; pour la pathologie et la clinique, G.-B. Wood, auteur d'un traité fort estimé de pathologie interne; pour les accouchements, les maladies des femmes et des enfants, Hugh, L. Hodge; pour la matière médicale et la pharmacie, Joseph Carson; pour la chimie, R. E. Rogers; pour l'anatomie, Joseph Leidy, connu par plusieurs travaux originaux d'un mérite hors ligne, pour la chirurgie, Henry H. Smith. Un démonstrateur d'anatomie est attaché à l'École. Les salles de dissection sont ouvertes depuis le mois de septembre. Les obligations pécuniaires auxquelles les élèves doivent satisfaire dès leur arrivée sont: 1° Les frais d'enseignement, 375 fr. par chaire, soit 2,625 fr.; 2° Les frais de matriculation, une fois payés, 125 fr.; 3° Les frais de graduation, 750 fr.

Parmi les professeurs attachés au département médical du collége de Pensylvanie, je citerai Alfred Stillé et John B. Biddle; au collége médical de

(1) THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES, edited by Isaac Hays. — Juillet 1856.

qui font époque dans l'histoire, seraient de nature à intéresser plus particulièrement l'Académie.

La plupart des faits que je vais indiquer n'ont pas été décrits que je sache; ils ont trait à une partie de la pathologie des armées, qui est à peine connue, aux maladies des armées pendant les campagnes d'hiver.

Sur 79 autopsies, 47 fois le cerveau ou ses membranes présentaient des altérations importantes. Les lésions étaient ainsi réparties : 1° dans la *pie-mère*, 18 fois, dont 15 fois œdème simple, 1 fois œdème sanguinolent, 2 fois infiltration purulente; 2° dans les vaisseaux du cerveau 13 fois, à savoir, 10 fois l'anémie, 1 fois l'hypérémie, 2 fois l'apoplexie capillaire; 3° dans la pulpe cérébrale, 33 fois, dont 6 fois ramollissement prononcé et généralisé, 9 fois l'induration prononcée, 10 fois le ramollissement périventriculaire, avec hydropisie ventriculaire, 2 fois l'induration des ventricules unie à leur hydropisie, 4 fois l'hydropisie ventriculaire sans ramollissement ni induration des parois de ces cavités, 1 fois le ramollissement isolé des parois du quatrième ventricule, 1 fois un abcès du cerveau.

Ces différentes lésions étaient quelquefois combinées les unes aux autres; ainsi l'œdème de la pie-mère et l'anémie du cerveau s'observaient le plus souvent avec l'augmentation du liquide ventriculaire.

J'aurais relevé un bien plus grand nombre d'altérations dans les centres nerveux, si j'avais tenu compte de toutes les particularités anatomiques que j'ai rencontrées; je n'ai fait figurer dans ces observations que des lésions assez prononcées pour que leur existence fût hors de doute; que celles qui pouvaient avoir de l'importance au point de vue de l'interprétation des symptômes, et qui doivent figurer parmi les causes ou les résultats des maladies. A ce titre, on doit se demander à quelle influence morbide il faut rapporter les altérations dont il vient d'être question. La réponse peut se déduire des considérations précédentes : ni le typhus, ni le scorbut, ni la dyssenterie ne produisent, dans les cas simples, les lésions cérébrales dont je viens de parler; sans cela, les auteurs qui ont décrit ces maladies y auraient fait allusion, et dans les cas simples que l'on observe communément on en trouverait des traces. Mais il y a évidemment, les faits ne me laissent pas de doute à cet égard, des dyssenteries, des scorbuts, des typhus qui s'accompagnent de lésions cérébrales, du moins dans les circonstances analogues à celles dont j'ai parlé.

Laquelle de ces trois influences morbides prédispose le plus aux altérations du cerveau. De prime abord on pourrait croire que le typhus, qui s'accompagne toujours de perversions dans les fonctions du système nerveux, est une des causes déterminantes des lésions cérébrales; mais, par une induction plus conforme aux données pathologiques, on arrive à voir que le délire et les autres symptômes nerveux, dans le typhus comme dans la fièvre typhoïde, comme dans les fièvres éruptives, n'est pas le produit d'altérations palpables du centre nerveux. On sait, par exemple, que dans la fièvre typhoïde, le délire le plus intense ne coïncide pas avec l'hypérémie la plus marquée du cerveau. J'ai trouvé, en 1849, avec un de mes maîtres qui siége sur ces bancs, que dans la période torpide du choléra il y avait, après la mort, beaucoup moins d'injection du cerveau et de ses membranes que dans la période algide, où l'intelligence conserve sa lucidité.

Mais du reste, à côté de l'induction à laquelle se mêle toujours plus ou moins d'hypothèse il y a les faits à consulter. Or il ressort des observations cliniques que j'ai recueillies, que dans plusieurs cas dans lesquels les altérations de la pulpe cérébrale étaient très-prononcées, il n'y avait eu ni délire, ni coma. C'étaient des hommes tourmentés depuis longtemps par des diarrhées rebelles, amaigris, considérablement affaiblis. — D'autres hommes, dans ces mêmes conditions déplorables, ayant déliré et étant morts dans le coma, présentaient des altérations semblables du cerveau. — Enfin une troisième catégorie de cas fait voir des malades, dont l'affection n'a pas duré longtemps, qui ont conservé leur musculature, qui ont eu la céphalalgie, la stupeur, le délire, le coma, et chez lesquels on n'a pas rencontré d'altération de la substance cérébrale.

On peut, il me semble, conclure de ces faits, que les altérations les plus fréquentes et les plus graves du cerveau, dont il vient d'être question, l'accumulation de sérosité dans les ventricules avec ramollissement et souvent destruction d'une partie des parois ventriculaires, ou bien l'induration de ces parois, l'anémie du cerveau, le ramollissement ou l'induration de la substance blanche, ne relèvent point du typhus considéré comme une maladie fébrile spécifique, à marche aiguë et déterminée. Il y a peut-être des relations éloignées entre le typhus et les différents états du cerveau que je viens d'énumérer; l'état actuel de nos connaissances sur le typhus ne permet pas de rien affirmer d'absolu à ce sujet.

Comme les altérations dont je viens de parler ont une importance capitale, je publierai à la suite de ce travail les observations dans lesquelles elles sont décrites, avec les détails voulus; je me bornerai ici à en donner seulement une idée générale. L'anémie a paru être la condition primordiale, sinon essentielle, du ramollissement et de l'induration du cerveau. Elle portait sur les deux substances, mais principalement sur la substance blanche. La substance grise corticale avait un reflet grisâtre et était demi-transparente. La substance médullaire était d'un blanc laiteux, avec un piqueté vasculaire très-clair-semé, très-fin, quelquefois sans aucun piqueté sur la coupe. La dilatation des ventricules portait généralement sur le quatrième et sur les latéraux, quelquefois également sur toutes ces cavités. Dans quelques cas elle a été considérable; ainsi il est arrivé souvent de trouver le quatrième ventricule doublé de capacité; quelquefois aussi les ventricules latéraux avaient une étendue bien plus grande qu'à l'état normal, toutes les dimensions de ces cavités étant augmentées. — Plus rarement un seul ventricule, le quatrième, où une seule partie des ventricules latéraux, la corne postérieure ou antérieure, ou la voûte, était lésé. La sérosité contenue dans les cavités dilatées était pâle, sans aucun reflet citrin. Le ramollissement et l'induration étaient généralement plus prononcés dans les parois des ventricules. Le ramollissement de la substance blanche péri-ventriculaire était quelquefois tel qu'on détachait facilement avec les pinces ou le manche du scalpel de larges lambeaux de la membrane ventriculaire; quelquefois le trigone était tellement ramolli, que ses fibres nageaient dans le liquide ventriculaire et que le cinquième ventricule était détruit; souvent les parois du quatrième ventricule, et surtout la paroi antérieure, jusqu'au bec du calamus, présentaient un ramollissement gélatiniforme à plus d'un millimètre de profondeur. L'induration des parois des ventricules la-

---

Jefferson, les professeurs R. Dunglision et C.-D. Meigs sont connus par leurs publications classiques.

L'Université de New-York compte des hommes plus connus, c'est Valentine Mott, professeur émérite de chirurgie et d'anatomie chirurgicale, dont la réputation est européenne; Martyn Payne, professeur de matière médicale et de thérapeutique, l'auteur de commentaires fort savants sur différents points de doctrine médicale et de physiologie.

Pour terminer ce sujet en donnant à nos lecteurs le moyen d'apprécier les tendances scientifiques de l'enseignement médical en Amérique, nous donnons ici les titres de quelques-unes des thèses soutenues au commencement de cette année à l'Université de Pensylvanie : « De la Force organique, » « Du développement de l'œuf humain, » « Le tissu et le mouvement musculaires, » « Physiologie de la respiration, » « Physiologie de la mort, » « Recherches sur les phénomènes chimiques, physiques et physiologiques des corps vivants, » « Anatomie et physiologie du cerveau, » « De l'Esprit humain, » « Importance et dignité de la profession médicale. » — « De la fièvre entérique, — De la dyssenterie épidémique, — De la fièvre rémittente bilieuse, — Du Typhus fever, — De la fièvre typhoïde, — Du choléra infantum, » « Des signes diagnostiques et pronostiques tirés de l'état de la langue, du pouls, de l'auscultation et de la percussion, » « Des maladies de la Caroline du Nord, de la fièvre jaune des colonies anglaises, de la fièvre entérique des États du Sud. »

Ces titres montrent assez que les préoccupations scientiques de l'enseignement sont les mêmes en Amérique qu'en Europe. En France, en Allemagne, en Angleterre, comme dans les États les plus reculés de l'Amérique, les mêmes sujets occupent aujourd'hui la profession, et cette action se traduit dans les tendances de l'enseignement.

Les communications à travers l'Atlantique, comme à travers la Manche, comme au delà du Rhin sont tellement multipliées et tellement complètes qu'un petit fait anatomique, physiologique ou pathologique ne s'observe pas en Allemagne, chez nous ou en Angleterre, qu'il ne soit immédiatement reproduit, expliqué, développé par les mille voix de la publicité scientifique. Il en résulte une uniformité de pensées, de vues, de recherches. Y a-t-il un grand bien à cela? Doit-on se réjouir de voir partout cette même forme de croyance et d'idée; cette absence de critique, de discussion, de spontanéité? Nous sommes loin d'être de cet avis. Si nous nous plaisons à reconnaître que les États-Unis ont produit des hommes d'un mérite exceptionnel, c'est que ces hommes ont marqué par l'originalité de leurs conceptions; c'est leur exemple que la nouvelle génération devrait suivre. Sans cesser d'être au courant des progrès qui s'accomplissent ailleurs, il faut marcher nous-mêmes dans la voie du progrès.

THOLOZAN.

— M. le docteur Manec, chirurgien de la Salpêtrière, passe à l'hôpital de la Charité, en remplacement de M. le professeur Gerdy, décédé.

Le successeur de M. Manec, à la Salpêtrière, n'est pas encore nommé.

téraux et du quatrième ventricule a été rencontrée fréquemment. La surface ventriculaire était dure, résistante, présentant quelquefois un aspect granuleux. Le quatrième ventricule a présenté plus souvent l'induration de ses parois que les ventricules latéraux; par contre l'induration péri-ventriculaire était plus étendue autour des ventricules latéraux dans l'épaisseur de la substance médullaire que dans la protubérance, le bulbe et le cervelet qui enveloppent le quatrième ventricule. Plusieurs fois la substance blanche a présenté une consistance et une ténacité remarquables qui la faisaient comparer à celle des cerveaux conservés dans l'acide nitrique étendu d'eau. Les corps striés et les couches optiques ne participaient pas à l'induration ni au ramollissement.

La moelle n'a été examinée qu'un petit nombre de fois, de telle sorte qu'on ne peut avoir une idée de la fréquence des altérations de cet organe par les faits suivants : sur 5 cas où le rachis a été ouvert, 2 fois la moelle présentait des altérations notables; 1 fois nous avons noté une diminution de consistance de la substance blanche, 1 fois les cordons blancs de la moelle ont présenté un état remarquable de dureté et de résistance à la traction. On pouvait les séparer à l'aide du doigt, qu'on faisait cheminer entre eux; en appuyant avec la pulpe du doigt, on n'écrasait pas facilement ces cordons.

Les lésions qui viennent d'être décrites relèvent toutes probablement du même processus morbide; c'est le même acte pathologique, le même vice de nutrition qui entraîne ces modifications de la pulpe cérébrale. En effet, toutes ces altérations siégent principalement au pourtour des ventricules; le ventricule le plus fréquemment ramolli et dilaté est celui qu'on trouve aussi le plus souvent induré. De plus, les observations cliniques démontrent que l'induration est en rapport avec des maladies de longue durée, le ramollissement avec des états morbides à marche moins chronique.

Je ne chercherai pas à déterminer quelle est la nature de ces diverses altérations; je les rangerai sous la dénomination très-générale et vague « des vices de nutrition, » indiquant par là qu'elles s'éloignent complétement des inflammations.

Dans tous les cas, ces lésions cérébrales étaient accompagnées d'altérations notables des viscères thoraciques et abdominaux. Le cœur, le foie, les reins sont les organes parenchymateux qui ont le plus fréquemment et le plus notablement souffert. La description des lésions qu'ils présentaient fera voir, j'espère, qu'ici, comme pour le cerveau, ce sont les vices de nutrition qui prédominent.

Dans les 79 autopsies, 69 fois un ou plusieurs des états anatomiques suivants ont été notés dans le cœur : péricardite tuberculeuse, 2 fois; hydropéricarde, 1 fois; endocardite valvulaire, 2 fois; coagula consistants, adhérents, 2 fois; sang fluide, 2 fois; rougeur de la surface interne au cœur gauche, 2 fois; adhérences anciennes du péricarde au cœur, 2 fois; cœur flasque, 3 fois; hypertrophié, 1 fois. Le chiffre de fréquence si réduit de ces altérations accidentelles montre qu'elles n'ont pas de rapport précis avec les maladies régnantes. Si elles sont l'expression d'accidents morbides exceptionnels survenus chez quelques sujets, si elles n'ont pas de rapport avec les états généraux que je cherche à caractériser anatomiquement, il en est autrement des phénomènes dont il me reste à parler. — Le cœur était d'un volume notablement réduit, 26 fois; le tissu musculaire du cœur était décoloré, blanchâtre, 23 fois; jaunâtre, 8 fois. 18 fois l'atrophie coïncidait avec la décoloration; 1 seule fois la décoloration s'accompagnait d'augmentation du tissu charnu; 9 fois elle s'accompagnait de friabilité ou de diminution de consistance des fibres du ventricule gauche.

Ces altérations, par leur fréquence et par leur nature, méritent de fixer l'attention des observateurs. Les nombreuses pesées et mensurations du cœur que j'ai faites en Orient m'ont démontré que, dans le nombre considérable des cas graves dont il est ici question, le cœur a souvent diminué de volume et de force, et ses fibres charnues ont subi une décoloration, indice d'une modification dans la nutrition. Je publierai le détail des mensurations que j'ai faites à ce sujet; je dirai seulement à l'Académie les chiffres obtenus par les pesées : 31 pesées du cœur, notées dans les observations que j'analyse, ont donné pour le poids moyen de cet organe chez des hommes de 24 à 35 ans, 215 grammes; le chiffre le plus élevé a été 293, et le chiffre le moins élevé 125 grammes.

Le *foie* a présenté, à côté de quelques lésions à noter dans les cas particuliers (cirrhose, 2 fois; calculs, 1 fois; abcès, 2 fois, etc.), des altérations qui, par leur chiffre de fréquence élevé et leur coïncidence avec des lésions graves du cerveau et du cœur, ont une importance majeure. 29 fois, sur 79 autopsies, on a noté une réduction notable du volume du foie. En comparant le poids du foie dans 27 observations où cette donnée a été relevée, on obtient pour moyenne des diverses pesées 1,655 grammes, le maximum étant 2,580, et le minimum 810 grammes. 4 fois la pesée ne donna pas 1,100 grammes, 12 fois elle n'atteignit pas 1,300 grammes. Dans les pesées qui donnèrent le poids minimum, la réduction du volume du foie était si grande, qu'il était impossible de n'en pas faire la remarque. Cette atrophie, sans changement notable dans la forme de l'organe, portait sur tous les diamètres, mais principalement sur le lobe gauche et sur le bord tranchant. La capsule fibreuse du foie, qui n'avait point suivi ce retrait, présentait des plis et des rides sur la face convexe; elle paraissait épaissie, blanchâtre, elle se doublait elle-même aux bords tranchants. Dans la plupart de ces cas, le foie n'avait pas pris de coloration anormale, il n'était ni anémié ni hyperémié.

48 fois les reins ont présenté des lésions. Les altérations principales ont été: 14 fois la diminution notable du volume et du poids de ces organes, 11 fois leur hyperémie, 6 fois l'état jaunâtre avec épaississement de la substance corticale, 2 fois le développement de cette substance uni à son infiltration purulente, 3 fois l'augmentation de volume uni au ramollissement, 2 fois l'hypertrophie simple de la corticale, 5 fois la décoloration unie à la friabilité, 2 fois la dégénérescence granuleuse. Je n'insisterai pas sur ces altérations dont l'importance se déduit, comme celles du cerveau, du cœur, du foie, de l'identité du processus morbide, qui au début détermine l'augmentation de volume de la substance glandulaire avec hyperémie ou anémie, et, plus tard, le retrait de cette substance entraînant celui de la substance tubuleuse et déterminant ainsi une atrophie notable des reins.

J'ai hâte d'arriver à un organe dont les maladies si fréquentes dans nos hôpitaux de garnison, et dans les conditions hygiéniques en apparence les meilleures, disparaissent en partie dans les camps, pendant l'hiver, alors que tous les agents de l'hygiène semblent se réunir pour agir sur le parenchyme le plus exposé par ses fonctions à recevoir l'impression de l'atmosphère extérieure. Je veux parler des poumons. 21 fois j'ai noté des lésions pulmonaires ou pleurales, 5 fois la tuberculisation, 1 fois la pleurésie scorbutique, 1 fois la pleurésie purulente, 1 fois la pleurésie simple, 1 fois l'œdème du poumon, 2 fois la carnification, 5 fois l'hépatisation rouge, 4 fois l'hépatisation grise, 1 fois la gangrène. Parmi les 9 cas d'hépatisation, il y en a 5 dans lesquels la lésion pulmonaire a été dominée pendant la vie par des symptômes généraux graves et a été accompagnée par des altérations notables de la muqueuse gastro-intestinale. Il en est de même de 3 cas sur les 5 faits de tuberculisation. Les observations démontrent que les lésions pulmonaires ont été dominées dans toutes ces circonstances par les états morbides généraux à côté desquels elles jouent seulement un rôle secondaire.

Les altérations de la muqueuse gastro-intestinale, les plus fréquentes de toutes les lésions, sont en même temps celles qui méritent le plus de fixer l'attention au point de vue de l'origine ou du début de la maladie. Sur les deux tiers environ des sujets que j'ai examinés, c'est-à-dire sur 7 ou 800 malades sur un total de 1200, il y avait eu de la diarrhée au début des accidents morbides qui les conduisaient dans les hôpitaux. Dans un tiers de ces cas, les selles avaient été sanguinolentes. Près de 1100 malades sur 1200 eurent plus ou moins de diarrhée au début ou dans le cours de la maladie. Les autopsies pratiquées traduisent ces symptomes en résultats anatomiques importants à relever. Les 79 nécropsies donnent 63 fois des altérations du gros intestin, 42 fois des lésions de l'intestin grêle, 38 fois des lésions de l'estomac.

Les gros intestins ont montré 12 fois des ulcérations anciennes à bords indurés et noirâtres; 14 fois des ulcérations récentes assez étendues; 13 fois de petites ulcérations. Ces lésions occupaient toute la longueur du gros intestin; mais dans presque tous les cas elles étaient plus prononcées, et de date plus ancienne dans le rectum. 3 fois il n'y avait d'ulcérations que dans l'S iliaque et dans le rectum. A côté de ces lésions, qui caractérisent la dyssenterie ulcéreuse, et dont l'origine est manifestement dans une altération des follicules de l'intestin, 4 fois j'ai noté la *dyssenterie hypertrophique*, celle qui s'accompagne d'un épaississement considérable du tissu sous muqueux, avec chute de l'épithélium altéré. Dans tous ces cas l'altération ne portait principalement que sur la fin du gros intestin. — 18 fois les altérations étaient bien moins prononcées : c'étaient les lésions initiales de la dyssenterie ulcéreuse, la psorentérie et le piqueté noirâtre de l'orifice et du pourtour des follicules.

Dans l'intestin grêle, j'ai rencontré 37 fois la psorentérie, développement anormal des follicules isolés, toujours plus marqué vers la fin de l'iléon que dans les autres parties du tube intestinal. 31 fois les cryptes muqueux, augmentés de volume, étaient légèrement jaunâtres; 5 fois ils avaient une teinte mélanique; 1 fois ils offraient à leur centre et à leur pourtour un pointillé rouge. Les plaques de Péyer étaient alté-

rées 7 fois, mais 2 fois seulement elles présentaient les lésions propres à la fièvre typhoïde; 5 fois elles montraient des érosions multiples siégeant à l'orifice des petits follicules qui n'étaient ni tuméfiés ni infiltrés de matière typhique. Cette lésion n'avait aucunement l'aspect des lésions dothinentériques.

J'ai aussi noté 2 fois des suffusions sanguines au-dessous de la muqueuse du jéjunum et de l'iléum, principalement dans le repli des valvules conniventes. Enfin, 4 fois, la muqueuse de l'iléum au voisinage de la valvule iléo-cæcale, présentait l'aspect granuleux et ces petites concrétions jaunâtres ou verdâtres comme pseudo-membraneuses qu'on rencontre très-fréquemment dans certaines dyssenteries, dans le rectum, le colon, le cœcum et quelquefois l'intestin grêle; 3 fois seulement la psorentérie s'étendait dans le jéjunum et dans le duodénum.

L'estomac a présenté 15 fois de petites ulcérations linéaires, plus nombreuses dans la région pylorique que partout ailleurs, de 3 à 4 millimètres de long sur 1 millimètre de large, n'entamant jamais que la muqueuse, à bords quelquefois pâles, quelquefois rosés. Ces petites ulcérations étaient entourées d'un liséré noirâtre, 5 fois; 1 fois on put reconnaître des ulcérations cicatrisées; 8 fois la muqueuse gastrique offrait un piqueté ecchymotique d'un rouge brun, 1 fois des ecchymoses, 8 fois l'aspect mamelonné.

J'ai à peine le temps de signaler ces lésions; il n'est pas nécessaire de les décrire avec plus de détail pour en faire ressortir l'importance. La muqueuse de l'estomac, de l'intestin grêle, du gros intestin, était altérée au moins fonctionnellement au début de la maladie, les lésions organiques s'effectuaient plus tard complétement à des degrés et suivant des modes divers, que les symptômes ne faisaient pas toujours prévoir; car avec des lésions si multipliées et si graves, les réactions de l'économie sont souvent masquées ou entravées.

Il reste, pour terminer ce qui a rapport à la muqueuse digestive, à signaler les altérations de l'œsophage : on a noté 2 fois l'inflammation de ce conduit, 1 fois son ulcération, 3 fois son état diphthéritique. Je regrette de n'avoir examiné cette partie de la muqueuse digestive que dans quinze autopsies seulement (1).

La muqueuse de la vessie, qu'on trouve rarement altérée dans les fièvres, dans la dyssenterie, et dont les lésions dans le scorbut n'ont pas été décrites, a présenté dans 45 cas où elle a été examinée, 8 fois des *taches sanguines*. Elles siégeaient dans la muqueuse et non pas dans le tissu sous-muqueux. Ces ecchymoses arrondies avaient de 2 à 5 millimètres de diamètre; elles étaient rosées ou rouge foncé; quelquefois au nombre de 2 ou 3; dans certains cas toute la muqueuse vésicale en était couverte. Je n'ai pas saisi de relation entre ces extravasations sanguines et celles qui caractérisent le scorbut. Cet état de la vessie correspond probablement aux symptômes de dysurie et aux douleurs sus-pubiennes aiguës qui ont été observées assez souvent dans les hôpitaux à l'époque où je recueillais ces observations.

Les ganglions lymphatiques de l'abdomen n'étaient altérés que 3 fois; 2 fois (dans les cas de fièvre typhoïde) les glandes mésentériques étaient augmentées de volume et ramollies; 1 fois (dans un cas de dyssenterie suraiguë) les ganglions mésocoliques étaient gonflés et rougeâtres.

La *rate* a offert des lésions bien plus fréquentes: 24 fois elle avait augmenté de volume, 10 fois elle est augmentée et friable; 1 fois on y trouva des foyers apoplectiques, 1 fois un abcès. Mais l'augmentation de volume de cet organe était rarement considérable; ses dimensions et son ramollissement restaient au-dessous de ce qu'on observe dans la fièvre typhoïde, par exemple.

La *peau* était manifestement altérée dans une grande partie des cas; elle était sèche, rugueuse, décolorée; elle avait perdu ses poils; les orifices des follicules pileux aux membres inférieurs et à la face externe des membres supérieurs étaient saillants, noirâtres ou rougeâtres. J'ai noté la coloration ictérique 2 fois, l'ecthyma des membres inférieurs 1 fois, l'ecthyma perforant et gangréneux 2 fois, le rupia 2 fois, l'ulcération de la cornée, 1 fois; l'anasarque 3 fois. 8 fois il y avait des ecchymoses scorbutiques anciennes ou récentes sous la peau, entre les muscles ou dans les muscles. 7 fois seulement, sur les 79 cas, les gencives présentaient des altérations scorbutiques caractérisées, à savoir : le gonflement ou l'infiltration sanguine sous-périostique. 1 fois l'une des clavicules était complétement séparée du périoste par une couche de sang coagulé de plusieurs millimètres d'épaisseur; cet os s'enleva facilement comme un séquestre. 2 fois la plus grande partie du péroné était ainsi entourée d'une extravasation sanguine; 1 fois la diaphyse du fémur tout entière était séparée du périoste par une épaisseur de sang coagulé d'un centimètre.

Les muscles du pied, et dans quelques cas ceux de la jambe, ont présenté 5 fois un état de décoloration complète. Ils avaient l'apparence d'une chair macérée, tout à fait blanchâtre. Ces parties avaient conservé leur consistance; elles n'étaient œdématiées qu'une fois.

Le tissu graisseux de la plante des pieds, de la paume des mains, ou bien celui qui forme le coussinet sur lequel repose le ligament rotulien, ou bien les vésicules graisseuses situées contre le fémur, au-dessus de l'articulation fémoro-tibiale, ont présenté 27 fois, dans les 79 autopsies, des altérations curieuses. Avec un état normal du derme et de l'aponévrose, on trouve les vésicules graisseuses sous-cutanées fortement injectées depuis le rouge clair jusqu'au rouge noir. La couleur jaunâtre de la graisse a disparu derrière la forte injection et même l'état ecchymotique de l'enveloppe celluleuse des vésicules. Ce n'est point une ecchymose sous-cutanée; c'est un état anatomique particulier fort peu connu du tissu graisseux. Le tissu cellulo-fibreux intervésiculaire est normal et plutôt pâle, les cellules graisseuses sont très-hyperémiées, et ces vésicules présentent quelquefois à leur surface un piqueté ecchymotique noirâtre. La graisse contenue dans les vésicules ne paraît pas altérée.

Cette lésion existe dans quelques cas en même temps dans les différentes régions indiquées; souvent on ne la rencontre qu'à la plante des pieds ou au voisinage de l'articulation du genou; toujours elle est plus prononcée à la plante des pieds qu'à la paume des mains. Le tissu graisseux le plus altéré est celui qui avoisine le bord externe et le bord interne du pied, celui des éminences thénar et hypothénar. Quelquefois les vésicules graisseuses de la pulpe des doigts ou des orteils ont présenté cette lésion, mais à un degré moindre. Au pied et à la main, la graisse située au-dessous de l'aponévrose n'est pas attaquée; le tissu graisseux sous-cutané ou profond des membres ou des cavités splanchniques n'offre rien d'analogue à ces altérations. Il ne m'a pas été possible de saisir de relation entre cet état et le scorbut, ou le typhus, ou la dyssenterie, ou les congélations. Il s'agit là d'une altération spécifique non décrite, dont la valeur pathologique aurait besoin, pour être précisée, d'un plus grand nombre d'observations.

Telles sont les altérations multiples, plus ou moins graves, mais toutes importantes à noter, qui caractérisent anatomiquement les maladies de l'armée d'Orient observées à Constantinople pendant l'hiver de 1854 à 1855. Je ne reviendrai pas sur ces altérations, je veux seulement faire observer que le nombre, la variété et la complexité de ces lésions prouvent que les maladies ont été générales, et que des influences très-diverses ont agi simultanément sur l'organisme. J'ai énuméré la dyssenterie, le typhus, le scorbut, le choléra, le froid, la mauvaise alimentation. Il est possible qu'il faille ajouter à ces causes d'autres influences morbides ou hygiéniques : je ne veux pas ici toucher à cette question. J'indique seulement aujourd'hui les résultats nécroscopiques et je cherche moins à les interpréter qu'à faire voir la difficulté du problème et qu'à en préparer la solution.

(1) En relevant les cas de diphthérite je trouve que dans l'un des trois cas de diphthérite œsophagienne, la fausse membrane s'étendait au pharynx; en outre je trouve notés 3 cas de diphthérite pharyngienne avec extension des fausses membranes, 2 fois dans le larynx et la trachée, 1 fois dans le larynx, la trachée et les bronches; 2 cas de diphthérite pharyngienne simple, 2 cas d'angine croupale, 1 cas d'œdème de la glotte.

THÉRAPEUTIQUE THERMALE.

MÉMOIRE SUR L'INFLUENCE DES EAUX MINÉRALES SULFUREUSES SUR LA SYPHILIS; présenté à l'Académie de médecine le 19 décembre 1854; par le docteur BAIZEAU, médecin major au 58e de ligne.

(Suite et fin. — Voir le n° 38.)

II. — ACTION DES EAUX MINÉRALES THERMO-SULFUREUSES SUR LE VIRUS SYPHILITIQUE.

On se trouve, il faut l'avouer, très-souvent embarrassé lorsqu'il s'agit de conclure si un malade atteint de syphilis est radicalement guéri; car pour former son jugement on n'a d'autres indications que celles fournies par la marche des phénomènes extérieurs qui sont la conséquence de l'infection, et on sait que souvent ces phénomènes disparaissent, tandis que le virus reste plus ou moins longtemps à l'état latent. Il est donc prudent de ne pas se presser d'affirmer l'extinction de la vérole, parce que tel ou tel symptôme se sera dissipé, si l'on ne

vent pas avoir des mécomptes et voir survenir des récidives là où l'on avait espéré et promis une guérison radicale. Cependant s'il est vrai qu'on ne peut jamais assurer à un malade qui a eu la vérole qu'il en est définitivement débarrassé, on a de grandes probabilités pour supposer la cure positive lorsque tous les accidents syphilitiques se dissipent progressivement et simultanément sous l'influence d'un traitement rationnel, ou on a au moins le droit de regarder ce dernier comme ayant une action avantageuse sur le virus lui-même. Pour juger sainement l'effet des eaux sur le virus syphilitique et éviter l'erreur autant qu'il est possible, je n'ai donc pris pour sujets d'observation que des syphilitiques atteints d'accidents multiples; en procédant ainsi je suis arrivé à ce résultat: que les eaux minérales sulfureuses n'ont en général aucune efficacité sur la syphilis. Tandis que si j'avais tiré une conclusion des différents cas simples et principalement des syphilides que j'ai vues s'amender et s'effacer à la suite du traitement thermal, j'aurais répété avec quelques praticiens que les eaux minérales sulfureuses triomphent souvent de l'infection syphilitique. C'est qu'en effet, comme je l'ai dit plus haut, les syphilides et quelquefois les douleurs rhumatoïdes sont heureusement modifiées par les bains minéraux sulfureux; mais leur action est évidemment toute locale et le virus syphilitique n'a été nullement changé, car lorsqu'il existe conjointement avec les syphilides ou les douleurs rhumatoïdes d'autres phénomènes morbides, ceux-ci persistent et parfois même sont aggravés, ainsi que je l'ai remarqué sur 15 malades. Cependant avec l'appui d'un nombre de faits si minime, je ne veux pas être trop exclusif dans ma conclusion. Je ne veux pas prétendre qu'on ne puisse pas observer quelques cas complexes, dans lesquels tous les accidents disparaissent; cela est très-supposable du moment qu'on admet que certains symptômes peuvent se modifier avantageusement; mais ces cas seront rares, et en présence des faits négatifs très-nombreux on pourra douter encore de l'action directe des eaux sur la constitution syphilitique elle-même.

On a été plus loin que de nier l'action efficace des eaux sur la syphilis; on a remarqué et on a dit qu'elles faisaient apparaître à l'extérieur des signes syphilitiques chez des personnes ayant une infection latente. J'ai pu vérifier plusieurs fois l'exactitude de cette observation. De même que j'ai vu des accidents essentiellement chroniques prendre une marche aiguë, de même j'ai rencontré des personnes ayant eu antécédemment la syphilis, mais n'ayant plus rien d'apparent pour le moment, chez lesquels l'usage des eaux minérales sulfureuses a déterminé une excitation du virus telle, que tantôt des syphilides, tantôt des douleurs rhumatoïdes ou autres accidents consécutifs se sont manifestés. Toutefois il ne faut rien exagérer et ne pas croire, comme on l'a avancé, que les eaux minérales soient une pierre de touche pour reconnaître si un malade est bien guéri de la syphilis, car il est certain que souvent le virus ne répondra pas à cette excitation et restera caché jusqu'à ce qu'une cause plus favorable à son essor se présente; et ce serait à tort qu'on se croirait à l'abri de la vérole, parce qu'après l'usage des eaux thermales on n'aurait vu surgir à l'extérieur aucun accident syphilitique.

III. — DES EFFETS PRODUITS SUR LA SYPHILIS PAR L'ACTION COMBINÉE DES EAUX MINÉRALES SULFUREUSES ET DE LA MÉDICATION SPÉCIFIQUE.

Craignant de troubler l'action des eaux minérales, la plupart des médecins ont prescrit de suspendre toute médication pendant la prise des eaux et même pendant les trois ou quatre mois qui suivent. J'avoue que plusieurs fois ayant enfreint ces préceptes, j'ai pu me convaincre que cette pratique était vicieuse et qu'une médication rationnelle, n'offrant aucune contre-indication particulière, que l'on fait marcher parallèlement à l'usage des eaux, amène souvent des résultats très-heureux. C'est ainsi que des vésicatoires ou des frictions variées employées concurremment avec les eaux contre les hydarthroses, les rhumatismes, ont beaucoup aidé à leur guérison et que des maladies de la peau m'ont semblé plusieurs fois retirer de véritables avantages de l'usage simultané des eaux et des diverses pommades recommandées contre ces affections. Mais c'est surtout dans les maladies syphilitiques que j'ai obtenu les effets les plus remarquables. Mes premières observations datent déjà de plusieurs années, et je les dois à M. Campmas, médecin en chef de l'hôpital militaire de Baréges. Je me rappellerai toujours un lieutenant d'artillerie qui avait au menton et sur la face externe des deux lèvres des tubercules syphilitiques énormes pour lesquels il avait suivi vainement plusieurs traitements spécifiques; depuis près d'un mois qu'il était à Baréges, il prenait des bains sulfureux et buvait des eaux sans résultat; il se désespérait; alors M. Campmas ajoute l'iodure de potassium à son traitement minéral. Au bout de huit jours une diminution sensible avait déjà eu lieu dans les tubercules, et après un mois, lorsque cet officier fut obligé de partir, ces tumeurs étaient à peu près complétement disparues.

A la même époque un autre fait analogue me frappa. Un capitaine atteint à l'avant-bras gauche et au ventre de deux larges ulcères indolents syphilitiques, pour lesquels il avait subi sans avantage deux ou trois traitements mercuriels et iodurés, était venu demander sa guérison aux eaux de Baréges. Il prit quarante-cinq bains et bu quatre et cinq verres d'eau sulfureuse par jour sans observer la moindre amélioration. M'ayant consulté, guidé par ce que je venais de voir chez le malade précédent et par d'autres exemples qui m'avaient été rapportés par M. Campmas, je lui conseillai l'iodure de potassium. De suite la cicatrisation commença et la guérison se fit rapidement.

Il me serait facile d'ajouter d'autres faits que j'ai observés tant à Baréges qu'à Guagno; mais ayant égaré ces observations et ne voulant pas me fier à mes seuls souvenirs, je préfère les passer sous silence et me borner à consigner ici quelques-unes de celles que je viens de recueillir dernièrement aux eaux minérales sulfureuses de Viterbe. Ayant observé les mêmes effets à Baréges et à Guagno, je crois qu'il me sera permis de généraliser les réflexions qui suivront et de les étendre à toutes les eaux minérales sulfureuses.

OBS. I. — A la fin du mois de juin 1854, le nommé ....., fusilier au 21e léger, fut atteint de chancres à la verge qui disparurent assez rapidement sous l'influence des cantérisations. Peu de temps après se développèrent des plaques muqueuses à la face interne des lèvres et une éruption pustuleuse sur tout le corps. Entré à l'hôpital pour ces nouveaux accidents, il prit pendant trente jours des pilules de proto-iodure de mercure et du sirop sudorifique, et sortit de l'hôpital en apparence guéri. Mais ne tardèrent pas à se montrer profondément dans la cuisse et la jambe droites des douleurs pour lesquelles il fut envoyé aux eaux minérales de Viterbe vers le milieu du mois d'août. Alors il présentait en outre de ces douleurs, du reste peu vives, des plaques muqueuses à la face interne de la lèvre inférieure et quelques plaques de psoriasis aux coudes et aux genoux.

Le 17 août, il fut mis à l'usage des eaux minérales (un bain sulfureux et quatre verres de la même eau en boisson chaque jour). Les plaques muqueuses cautérisées avec le nitrate d'argent se dissipèrent; mais les douleurs augmentèrent dans la cuisse, le poignet droit devint douloureux, ainsi que tout le membre supérieur de ce côté, puis le corps se couvrit d'un assez grand nombre de pustules. Après un mois de traitement thermal, voyant tous ces phénomènes s'accroître au lieu de diminuer, je jugeai utile d'unir aux sulfureux l'usage de l'iodure de potassium, d'abord à la dose d'un gramme, puis de 2 grammes. Sous l'influence de cette médication mixte, les douleurs et les pustules diminuèrent rapidement, et à la fin de septembre tous ces accidents étaient complétement disparus. L'usage des eaux minérales fut cessé au 1er octobre; mais j'engageai ce militaire à continuer pendant encore deux mois l'iodure de potassium à la dose de 2 et 3 grammes.

OBS. II. — Le nommé ...., fusilier au 40e de ligne en garnison à Rome, fut atteint le 5 avril 1854 de chancres à la verge; il se traita quelques jours à la chambre avec de la poudre de calomel; mais une inflammation vive avec phimosis étant survenue, il entra le 18 avril à l'hôpital où il fut soumis à un traitement antisyphilitique composé de pilules de proto-iodure de mercure et de sirop sudorifique pendant trente-cinq jours.

Le 3 juin, huit jours après sa sortie de l'hôpital, ce militaire vit apparaître une adénite sous-maxillaire du côté droit et un psoriasis syphilitique qui envahit les membres et le tronc. Il rentra à l'hôpital, fit sur la glande des frictions avec la pommade d'hydriodate de potasse et prit à l'intérieur l'iodure de potassium à la dose de 3 grammes. Mais désigné pour aller prendre les eaux minérales de Viterbe, il cessa ce traitement au bout de trois semaines pour se rendre à ces thermes. A son arrivée, je constatai l'existence d'un psoriasis guttato-syphilitique recouvrant les membres, le tronc, très-confluent surtout sur le dos et au niveau des coudes et des genoux; il avait en outre sous la mâchoire inférieure, au niveau de la glande sous-maxillaire droite, une adénite indurée du volume d'un gros marron.

Le 1er juillet, je lui fis commencer l'usage des eaux minérales sulfureuses en bain et en boisson à la dose de trois verres par jour. Au bout de huit jours la glande devint plus sensible et s'accrut de volume, les taches de la peau augmentèrent, en enfin il fut atteint de douleurs vives dans les membres, dans l'hypocondre droit, de céphalalgie et d'une fièvre violente. Le traitement thermal fut immédiatement cessé; des révulsifs sur les extrémités inférieures et le tube intestinal, des boissons délayantes jointes au repos et à la diète calmèrent ces accidents et la céphalalgie qui persista un peu plus longtemps disparut sous l'influence d'une épistaxis abondante. En présence d'une réaction aussi vive déterminée par les eaux, je craignais en recommençant leur usage de voir revenir les mêmes phénomènes; je pensai alors à y associer l'iodure de potassium comme correctif.

Le 15 juillet, le malade, encore à peine remis de sa secousse, je prescrivis la reprise du traitement thermal, y joignant l'iodure de potassium à la dose d'un gramme, et quelques frictions mercurielles sur le ganglion engorgé. Presque immédiatement les douleurs survenues dans les membres se dissipèrent, les plaques de psoriasis se décolorèrent et ne produisirent plus que des écailles de plus en plus minces, d'autres pustules se montrèrent, mais pour disparaître rapidement; l'adénite après dix jours était diminuée de

moitié, la santé générale était parfaite. Le traitement fut continué, l'iodure de potassium étant successivement augmenté jusqu'au 15 août, époque à laquelle il quitta Viterbe. Alors le psoriasis était complétement effacé, sauf cependant aux jambes quelques taches brunes sans squammes, taches que l'on voit subsister encore longtemps après la guérison. L'adénite était réduite à la grosseur d'une noisette.

Obs. III. — Le nommé ...., dragon au 11e régiment en garnison à Rome, contracta à la verge, le 1er janvier 1854, des chancres qui guérirent en peu de jours, mais trois semaines après survinrent aux aines des adénites indolentes, puis presque en même temps de la céphalée et des douleurs rhumatoïdes dans tous les membres. Entré à l'hôpital, il prit dans l'espace de trois mois 95 pilules de proto-iodure de mercure à 5 centigr. et 60 doses d'iodure de potassium de 2 à 3 grammes. Lorsqu'il sortit il ne présentait plus aucun accident; mais au bout de deux mois, il dut rentrer à l'hôpital une seconde fois pour une éruption qui envahit tout le corps et pour les douleurs qui reparurent. Il fut remis à l'iodure de potassium pendant trente jours, et sortit au milieu du mois d'août pour se rendre aux eaux minérales de Viterbe. A cette époque, il offrait les symptômes suivants : plaques de psoriasis syphilitique sur le tronc et sur les membres, douleurs au front, aux coudes et dans les jambes, faiblesse des membres inférieurs; quelques ganglions engorgés et indolents dans l'aine droite.

Le 17 août, commencement du traitement minéral consistant en 4 onces d'eau sulfureuse en boisson et en un bain chaque jour. Le 21 on y joignit des douches à 40° c. prises après le bain pendant vingt minutes. Les taches diminuèrent, mais les douleurs augmentèrent sous l'influence de ce traitement; elles se montrèrent aux genoux où elles n'existaient pas avant et dans quelques ganglions indurés de l'aine droite. Les douches furent cessées le 2 septembre, et ne voyant aucun changement, le 7 je prescrivis l'iodure de potassium à 1 gramme, et plus tard il fut porté à 1 gr. 1/2 et 2 grammes. Les jours suivants un changement satisfaisant s'opéra : les douleurs se dissipèrent, les taches s'effacèrent et ne produisirent bientôt plus de squammes, enfin l'induration ganglionnaire disparut. Le traitement iodé et thermal fut continué jusqu'à la fin de septembre; alors la guérison était complète.

Obs. IV. — M..., officier au 25e de ligne, fut pris au mois de juillet 1853 de chancres à la verge et d'urétrite. Il se traita à la chambre par des injections astringentes et du vin aromatique; les chancres se guérirent assez rapidement; la blennorrhagie dura quatre mois; mais dès le premier mois il avait vu survenir des douleurs dans les épaules, dans les jambes et les lombes. Il eut recours alors à l'iodure de potassium qui fut continué pendant un mois à la dose d'un gramme. Il obtint de ce traitement, auquel il joignit quelques bains sulfureux, un résultat avantageux, toutefois il conserva encore quelques douleurs dans les articulations, et plus tard il arriva une hydarthrose dans le genou droit. En raison de ces accidents, il fut envoyé aux eaux minérales de Viterbe au milieu du mois d'août. Alors il offrait les symptômes suivants : douleurs persistantes dans les épaules, mouvement de rotation et d'élévation des bras très-pénibles, gonflement et douleurs dans le genou droit, pieds légèrement enflés le soir au niveau des malléoles.

Le 13 août, cet officier commença l'usage des eaux minérales sulfureuses, prenant chaque jour un bain sulfureux et quatre verres de la même eau. Sous l'influence de ce traitement, il vit augmenter tous les accidents, les douleurs devinrent plus vives, les mouvements des épaules, la marche plus difficiles, le gonflement des pieds plus considérable, et le genou gauche s'engorgea, ainsi que quelques ganglions de l'aine du côté opposé.

Le 6 septembre, j'ajoutai au traitement sulfureux l'usage de l'iodure de potassium à la dose de 1 gramme. Quelques jours après une amélioration très-remarquable s'était déjà fait sentir, et le 15 septembre les hydarthroses avaient complétement disparu, les douleurs étaient devenues plus faibles, l'enflure des pieds et des genoux s'était presque complétement dissipée, et les ganglions inguinaux étaient revenus à leur état normal. A la fin du mois, lors de la cessation de l'usage des eaux, la guérison était complète; malgré cela, l'iodure fut continué par mesure de précaution, pendant un mois, à la dose de 2 grammes.

Obs. V. — Le nommé X..., brigadier à la première batterie du 10e d'artillerie, contracta, en 1848, des chancres, qui furent guéris par un pansement simple dans l'espace de huit jours. Il ne fit aucun traitement interne et continua à jouir d'une excellente santé jusqu'au commencement de 1852, époque à laquelle se montrèrent sur tout le corps des dartres, qui se dissipèrent sous l'influence de la liqueur de Van-Swieten et du sirop sudorifique qu'il prit durant quatre-vingts jours, et enfin des eaux minérales de Viterbe, dont il fit consécutivement usage pendant le mois de juillet et la moitié du mois d'août de la même année. Au mois de novembre 1853, apparurent sur les deux jambes des pustules qui donnèrent lieu à des ulcères, lesquels, guéris une première fois, après les plus grandes difficultés, se reproduisirent et résistèrent à tous les traitements. Envoyé aux eaux minérales de Viterbe, il avait encore, vers la moitié supérieure de la face antérieure de chaque jambe trois ulcères de la largeur d'une pièce de 50 centimes, indolents, à fond grisâtre, sans tendance à augmenter ou à se cicatriser. Au-dessous d'eux, les tissus étaient engorgés et durs; dans quelques autres points, au voisinage des ulcères, dans le tissu cellulaire sous-cutané, on sentait des noyaux d'induration de la grosseur d'une noisette.

Le 1er juillet commença le traitement minéral (un bain et quatre verres d'eau par jour). Pendant les six premiers jours on n'observa aucun changement; mais, à dater de ce moment, les ulcères s'élargirent rapidement, devinrent douloureux, les bords se gonflèrent; le fond se creusa, la suppuration augmenta peu à peu, prit un aspect sanieux, et une douleur vive se fit sentir dans les noyaux d'induration et dans les tibias.

Le 14, les bains furent suspendus et repris seulement le 1er août; toutefois l'eau minérale fut continuée en boisson. Les ulcères, pansés avec des cataplasmes de fécule de pommes de terre, arrosés avec une décoction de pavot, continuèrent à s'aggraver et eurent bientôt plus du double d'étendue.

Le 19, je prescrivis l'iodure de potassium à la dose de 1 gramme.

Le 23, ils s'étaient déjà en partie modifiés, leur fond était couvert de bourgeons rosés, leurs bords étaient affaissés, la suppuration était meilleure et la douleur presque nulle. Cette amélioration se continuant les jours suivants, le 10 août la cicatrisation était complète, et les nodosités sous-cutanées s'étaient fondues. Malgré cela, ce militaire continua son traitement minéral et iodé pendant tout le mois d'août et celui de septembre. L'iodure fut porté progressivement à 2 grammes.

Obs. VI. — Le nommé X.., bourrelier au 10e d'artillerie, ayant vu, au mois de janvier 1854, survenir des chancres à la verge, les traita avec le cérat, et n'en obtint la guérison qu'au bout d'un temps fort long. Quatre mois après l'invasion des ulcères, se manifesta dans la fesse droite et dans l'épaule gauche, une douleur qui, devenant de plus en plus vive, rendit la marche excessivement pénible et l'élévation du bras impossible. Etant entré à l'hôpital de Rome, il fut soumis pendant deux mois à un traitement varié (frictions laudanisées, ammoniacales, ventouses scarifiées, bains de vapeur, sirop sudorifique et liqueur de Van-Swieten) dont il obtint un peu de soulagement. La saison des eaux thermales de Viterbe étant arrivée, il y fut envoyé ; c'était à la fin du mois de juin 1854. Alors il offrait les symptômes suivants : douleur vive dans l'articulation coxo-fémorale droite ; pas de gonflement dans cette partie, mais les mouvements étaient pénibles, douloureux, et la marche ne se faisait qu'à l'aide d'une canne et était accompagnée de claudication. La douleur de l'épaule était légère, le malade éprouvait beaucoup de difficulté pour mouvoir le bras de ce côté et ne pouvait pas l'élever à angle droit ; l'autre épaule offrait les mêmes phénomènes, à un degré moindre.

Le 1er juillet, il commença à prendre chaque jour un bain sulfureux en piscine et à boire quatre à cinq verres d'eau sulfureuse. Pendant le premier mois de ce traitement, il y eut des alternatives de mieux et de mal et il survint du gonflement et de la douleur dans le poignet et le genou droits. Enfin, après six semaines de traitement, pendant lesquelles il prit quarante et un bains, et but en moyenne par jour quatre à cinq verres d'eau sulfureuse, sauf un peu plus de facilité dans la marche, les accidents avaient augmenté, un genou était devenu douloureux, et la difficulté des mouvements et la sensibilité des épaules étaient plus grandes. L'insuffisance du traitement thermal étant ainsi constatée, le 17 août je prescrivis l'iodure de potassium à 1 gramme, continuant l'usage de l'eau sulfureuse en bains et en boisson. Peu de jours après, une amélioration remarquable se faisait déjà sentir, et dans les premiers jours de septembre, le malade avait vu disparaître presque complétement ses douleurs, marchait avec la plus grande facilité et pouvait se servir de ses membres supérieurs comme avant sa maladie. Malgré cette guérison rapide, l'iodure de potassium fut continué pendant deux mois, en augmentant progressivement les doses jusqu'à 2 grammes, et l'usage des eaux ne fut abandonné qu'à la fin de septembre. Tout accident avait alors disparu.

Obs. VII. — Au mois de septembre 1853, le nommé X..., maréchal-des-logis au 11e dragons, en garnison à Rome, fut atteint à la base du gland d'un chancre, suivi bientôt d'une adénite inguinale du côté droit. Un simple pansement avec le vin aromatique amena rapidement la guérison de l'ulcère, et la résolution du bubon se fit un peu plus tard, sous l'influence de quelques frictions mercurielles. Mais, quinze jours après la cicatrisation du chancre, survinrent des douleurs vives avec des gonflements dans les grandes articulations des membres, et principalement dans les articulations tibio-tarsiennes et les genoux qui, en outre, devinrent le siége d'hydarthrose. Forcé d'entrer à l'hôpital, il fut soumis à l'émétique à haute dose, qui lui apporta quelque soulagement. Bientôt après, les mêmes accidents s'étant reproduits, l'émétique et des vésicatoires sur les genoux diminuèrent de nouveau l'hydarthrose, toutefois les douleurs persistèrent. On recourut à l'iodure de potassium, qui produisit une disparition presque complète des douleurs, et le malade, impatient, sortit de l'hôpital après avoir fait usage de ce sel pendant cinq semaines. La dose en avait été portée à 3 grammes par jour. Quelques mois après, la réapparition de ses douleurs le força à rentrer pour la seconde fois à l'hôpital, où il resta cinq mois, pendant lesquels il fut soumis successivement à l'usage des frictions laudanisées, à la teinture de colchique, aux bains sulfureux et à l'iodure de potassium. Ce dernier ne fut pris que pendant trois semaines, et à la fin du mois de juin ce sous-officier fut envoyé aux eaux thermales de Viterbe. A son arrivée, il était dans l'état suivant : douleurs dans les épaules et les bras, élévation des bras difficile, hydarthrose légère dans les deux genoux, plus considérable à gauche, gonflement des articulations tibio-tarsiennes et métatarso-phalangiennes du gros orteil du côté droit; roideur et difficulté des mouvements dans toutes ces articulations; marche très-pénible.

Le 1er juillet 1854, il commença l'usage des eaux minérales sulfureuses; prit chaque jour un bain d'une heure et but d'abord deux verres d'eau, puis progressivement quatre et cinq ; le 10 juillet, il fut en outre soumis à l'usage de la douche, dont la durée était de vingt minutes et la température de 40°. Après plus d'un mois de ce traitement, pendant lequel il prit vingt-huit bains et quinze douches, je constatai que les résultats obtenus étaient plus mauvais qu'avantageux. Les cou-de-pieds étaient un peu moins gonflés, les mou-

vements des pieds un peu plus faciles, mais en revanche toutes les douleurs articulaires étaient augmentées, les hydarthroses plus prononcées.

Le 7 août, je me décidai à joindre au traitement sulfureux l'iodure de potassium à la dose de 1 gramme.

Le 15 août, c'est-à-dire huit jours après, le malade avait déjà remarqué un changement très-notable dans son état. Les douleurs diminuèrent rapidement, les mouvements devinrent plus faciles, l'engorgement des pieds se dissipa, de telle sorte qu'à la fin d'août la marche fut plus facile, et que, de tous ces accidents, il ne restait plus qu'un peu d'épanchement dans le genou gauche. Le traitement thermal et ioduré fut continué encore pendant tout le mois de septembre, les doses d'iodure étant successivement portées à 2 grammes.

Le 30 septembre, époque à laquelle ce sous-officier quitta Viterbe, il était complétement guéri; les articulations avaient recouvré leur état normal et les mouvements leur extension et leur souplesse.

Obs. VIII. — Le nommé X..., carabinier au 21e léger, quoiqu'ayant eu souvent des rapports avec des femmes suspectes, n'a jamais été atteint, dit-il, de chancres et de blennorrhagie, et n'a jamais eu ni adénite, ni taches sur le corps.

Au mois de juillet 1854, il fut pris dans les membres et dans plusieurs articulations de douleurs qu'il attribua au séjour prolongé qu'il avait fait dans une cantine humide. En raison de ces douleurs, il fut forcé deux fois de rentrer à l'hôpital, où il resta la première fois quinze jours, la seconde un mois. Il y fut traité par les frictions calmantes et les bains de vapeur, dont il obtint du soulagement et non une guérison complète. Vers le mois de décembre 1853, deux mois et demi après sa dernière sortie de l'hôpital de Rome, survint une douleur nouvelle dans la jambe droite, puis peu à peu se reforma un gonflement fusiforme à la face antérieure du tiers supérieur du tibia droit. Envoyé à la fin du mois de juin 1854, aux eaux minérales de Viterbe, il ne ressentait plus alors aucune douleur, toutes avaient disparu depuis plusieurs mois, seulement restait à la jambe droite, sur le tibia, une nodosité de la grosseur de la moitié d'une noisette; cette douleur n'était pas douloureuse par elle-même ni à la pression.

Au 1er juillet, il commença l'usage des eaux minérales sulfureuses, et prit chaque jour un bain, but quatre verres d'eau et reçut sur l'exostose une douche en arrosoir. Pendant la plus grande partie du mois rien ne se présenta de nouveau, la tumeur était beaucoup diminuée, lorsque, vers le 26, il ressentit de la douleur dans la jambe et en même temps à la fesse droite, au-dessous de l'épine iliaque postérieure. Le traitement, sauf des douches, fut cependant continué, mais, le 2 août, survinrent une douleur excessive dans l'hypochondre gauche, et un gonflement avec épanchement dans le genou, du même côté. Alors le traitement sulfureux fut suspendu. Malgré l'emploi des narcotiques à l'intérieur et à l'extérieur, des ventouses scarifiées sur l'hypochondre, le nitrate de potasse à haute dose, les douleurs persisterent partout avec la même intensité. La présence de l'exostose me faisant présumer que nonobstant les assertions du malade, ces accidents pouvaient bien être de nature syphilitique, j'administrai, le 12 août, l'iodure de potassium à 1 gramme. Deux jours après, les douleurs avaient considérablement diminué; le quatrième jour elles n'existaient plus; restait seulement l'hydarthrose, qui fut de suite attaquée par les vésicatoires volants et qui céda rapidement. Quant à l'exostose, elle persista, mais elle devint indolente. L'iodure fut continué et porté à la dose de 2 grammes pendant deux mois. L'usage des bains avait été repris en septembre.

Si, d'un côté, nous nous en rapportons aux antécédents énoncés par ce malade, il est certain que la nature syphilitique de son affection peut être mise en doute, mais, d'un autre côté, si nous portons notre attention sur la présence de l'exostose, altération qui n'a rien de commun avec le rhumatisme, et qui, au contraire, est souvent un des tristes résultats de la syphilis, on est fortement autorisé à croire que ces divers accidents étaient dus à la vérole. En supposant ce malade de bonne foi, sans vouloir soulever cette grave question : à savoir si la syphilis peut être introduite d'emblée dans l'économie, sans chancres préalables, on peut très-bien admettre qu'une ulcération légère, qui se sera cicatrisée rapidement, lui ait échappé, ce qui est très-facile à des hommes qui, comme la plupart des soldats, ont peu soin d'eux-mêmes.

Obs. IX. — Le nommé X..., trompette au 11e dragons, fut pris, au mois de septembre 1853, de chancres à la verge, pour lesquels il entra à l'hôpital. Il y resta trente-cinq jours, pendant lesquels il prit des pilules de proto-iodure de mercure et les chancres étant guéris, il sortit. Mais huit jours après apparurent des douleurs dans plusieurs articulations des membres, et un peu plus tard une syphilide pustuleuse qui couvrit tout le corps. Il rentra à l'hôpital et y séjourna quarante jours pendant lesquels il prit chaque jour des pilules de proto-iodure de mercure et de l'iodure de potassium. Les syphilides disparurent, ainsi que les douleurs rhumatoïdes; mais à peine sorti, il dut y retourner, plusieurs ganglions cervicaux et sous-maxillaires s'étant engorgés et les douleurs ayant récidivé. Malgré un nouveau traitement antisyphilitique, il fut forcé encore plus tard par la récidive des mêmes accidents vénériens à faire deux autres séjours à l'hôpital, l'un de trente et l'autre de quarante jours. Chaque fois il fut soumis à l'usage de l'iodure de potassium, auxquels furent joints quinze bains sulfureux et dix bains de vapeur.

A la fin de juin, il fut envoyé aux eaux minérales de Viterbe; alors il était considérablement amaigri, très-faible; il éprouvait des douleurs dans les jambes et les épaules, et avait sur le tronc et les membres quelques pustules syphilitiques. Au cou du côté gauche, au voisinage des glandes sous-maxillaire et parotide, existait une masse de ganglions engorgés qui se continuait sous le sterno-mastoïdien jusqu'à la clavicule.

Le 1er juillet, il fut mis au traitement minéral sulfureux (un bain et quatre verres d'eau en boisson chaque jour).

Le 7, survint une inflammation très-vive dans les ganglions placés sous la mâchoire et dans un autre situé derrière le muscle sterno-mastoïdien, à un pouce au-dessus de la clavicule. Je fis suspendre les bains pendant quatre jours et appliquer des cataplasmes avec onctions mercurielles; toutefois la suppuration se forma et je lui donnai issue. L'inflammation s'étant calmée, les eaux sulfureuses furent reprises; mais loin d'obtenir de l'amélioration, tous les accidents augmentèrent, les douleurs des membres, plus vives, ne lui permirent plus de prendre un instant de repos, les ganglions redevinrent très-sensibles et plusieurs s'abcédèrent. Malgré tous ces phénomènes fâcheux, qui fatiguaient ce malheureux malade, je ne voulus pas suspendre de nouveau l'usage des eaux minérales; j'espérais obtenir un changement favorable en y joignant l'iodure de potassium.

Le 23 juillet, j'ordonnai donc un gramme d'iodure de potassium, à prendre le soir en se couchant. Mon attente ne fut pas trompée, l'action salutaire de ce sel se fit sentir immédiatement; les douleurs, de suite apaisées, se dissipèrent rapidement, la sensibilité et l'inflammation des ganglions se calmèrent, peu à peu l'engorgement diminua, et le 15 avril, tout était rentré dans l'état normal; il restait seulement à la région sous-maxillaire une plaie fistuleuse, suite de décollement et d'amincissement de la peau, qui se cicatrisa un peu plus tard à l'aide de cautérisations et d'incisions.

La santé générale était déjà considérablement améliorée, mais après une atteinte si forte qui avait ébranlé profondément la constitution, je crus nécessaire de prolonger pendant la seconde saison le traitement minéral conjointement avec l'iodure de potassium porté jusqu'à 3 grammes.

A la fin de septembre, en quittant Viterbe, ce militaire avait recouvré toutes ses forces, avait repris de l'embonpoint et jouissait d'une santé parfaite.

Obs. X. — Le nommé ..., chasseur au 14e léger, fut atteint, au mois de juin 1852, de chancres à la verge et consécutivement de deux adénites inguinales. Il entra à l'hôpital militaire de Marseille, où il resta trois mois pendant lesquels il prit quarante-cinq doses de liqueur de Van Swieten, à un demi-grain par jour.

Les bubons disparurent au bout d'un mois sous l'influence des frictions mercurielles et des cataplasmes, et les chancres, cautérisés avec le nitrate d'argent et pansés avec le vin aromatique, se cicatrisèrent incomplétement.

Un mois après sa sortie de l'hôpital, il fut renvoyé en Italie, et à son arrivée il entra à l'hôpital à Rome, pour des chancres qui s'étaient accrus. Il fut mis pendant soixante jours à l'usage du bichlorure de mercure, et rentra à son régiment.

Bientôt il survint une adénite indolente au-dessus de l'épitrochlée droite; et huit mois après, des douleurs vives, développées dans les épaules, les coudes, les poignets, les genoux et les cous-de-pied, le forcèrent à retourner à l'hôpital. Il y prit cette fois, pendant cinquante-cinq jours, l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes unis à 60 grammes de sirop sudorifique. Les douleurs se dissipèrent pour reparaître peu de temps après, en même temps qu'une exostose se montrait à la partie inférieure du péroné de la jambe droite. L'iodure de potassium fut repris et continué pendant six semaines, et des vésicatoires volants furent placés sur l'exostose.

Les douleurs avaient diminué pour s'éteindre entièrement, lorsque, vers le 15 juin 1854, tout le cuir chevelu, le front, les parties latérales de la face furent envahis par un impetigo syphilitique.

A la fin de juin, ne pouvant pas obtenir de guérison, on l'envoya aux eaux thermales de Viterbe. A cette époque, il offrait les symptômes suivants : impetigo configurata couvrant le cuir chevelu, le front et les régions parotidiennes; douleurs rhumatoïdes dans les épaules, difficulté pour élever les bras; douleurs dans les membres inférieurs, gonflement des genoux et des articulations tibio-tarsiennes; adénite indurée sus-épitrochléenne droite; exostose volumineuse et douloureuse au quart inférieur du péroné droit.

Ayant commencé le 1er juillet le traitement thermal consistant chaque jour en un bain sulfureux et quatre verres d'eau en boisson; il se plaignit, le 9 juillet, de douleurs beaucoup plus vives dans les épaules et dans l'adénite, qui devint très-sensible. Je fis cesser les eaux pendant quelques jours, et sous l'influence de ce repos et de quelques frictions calmantes, il se trouva mieux.

Le 14, il reprit le traitement thermal, mais les douleurs reparurent avec encore plus d'intensité; l'éruption de la tête augmenta considérablement; sous les croûtes se formèrent des ulcères qui s'élargirent; presque tout le front fut envahi, et sur le cuir chevelu les pustules devinrent plus confluentes; de son côté, l'adénite passa à l'état aigu; enfin, à tous ces accidents se joignit une fièvre ardente, avec céphalalgie, soif intense, insomnie, etc. La cessation des eaux sulfureuses, les applications émollientes et calmantes, le repos, la diète, quelques boissons délayantes modérèrent un peu l'acuité de ces symptômes, sans les dissiper.

Le 3 août, la fièvre était tombée, mais toutes les douleurs, encore très-intenses, privaient ce malheureux malade de tout sommeil, et l'impetigo continuait sa marche progressive. Alors je commençai l'iodure de potassium à la dose d'un gramme. De suite il se manifesta un changement remarquable, les ulcères du front résultant de l'impetigo se couvrirent de bourgeons de bonne

nature et se cicatrisèrent avec une rapidité extraordinaire, les croûtes des pustules du cuir chevelu et de la face se séchèrent et tombèrent, laissant au-dessous d'elles la peau cicatrisée. En même temps les douleurs s'éteignirent, l'engorgement des gencives, des cous-de-pied, diminuèrent, ainsi que l'exostose et l'adénite. Avec l'usage de l'iodure de potassium, l'eau sulfureuse avait été reprise en boisson, puis en bain.

A la fin d'août, tous les phénomènes morbides avaient disparu; à l'exception de l'exostose, qui, peu à peu, continua à s'effacer, et ce malade qui, à son arrivée, était plongé dans une cachexie profonde, très-affaibli et amaigri par le virus syphilitique qui depuis deux ans infectait son organisme, reprit promptement de l'embonpoint et recouvra ses forces normales.

De ces observations résulte ce fait incontestable que les eaux thermales sulfureuses qui, employées seules, déterminent souvent une recrudescence des accidents syphilitiques, perdent leur action excitante à l'encontre de ces affections, en présence de l'iodure de potassium, à tel point que non-seulement j'ai pu faire prendre les eaux à des malades chez lesquels les phénomènes morbides étaient indolents, mais encore à des individus atteints d'accidents aigus. Je citerai entre autres un officier qui était au vingt-cinquième jour du début d'une affection syphilitique caractérisée par une roséole et une adénite inguinale aiguë ayant déjà un point en suppuration. Ce malade étant venu prendre les eaux de Viterbe pour une autre cause et ne désirant pas perdre la saison thermale, je le mis à l'usage de l'eau sulfureuse; mais pour conjurer la surexcitation que je redoutais, je lui donnai des pilules de proto-iodure de mercure à 0,05 et l'iodure de potassium. Les accidents s'amendèrent rapidement, les taches pâlirent, et l'adénite, qui avait été ouverte dès les premiers jours, entra franchement en résolution, tandis que, dans des cas semblables où les spécifiques ne furent pas employés, l'aggravation des symptômes a été constante.

Mais il est encore un fait plus important qu'on ne peut pas récuser, c'est que les eaux sulfureuses que nous avons vues sans efficacité sur le virus lorsqu'elles agissaient seules, et le plus souvent sans effets avantageux contre les diverses manifestations syphilitiques, deviennent très-salutaires lorsqu'on leur unit l'iodure de potassium. Du moment qu'on ajoute ce dernier médicament, toutes ces affections rebelles et s'exagérant sous la seule influence thermale, se dissipent comme par enchantement. Je ne veux pas soutenir que plusieurs de ces malades n'auraient pas pu guérir avec les moyens ordinaires plus longtemps continués, car il est certain que quelques-uns n'avaient fait qu'un traitement antisyphilitique incomplet, mais encore reste-t-il comme fait acquis qu'avec l'iodure de potassium seul, on n'aurait pas obtenu des résultats aussi rapides et que les eaux ont puissamment concouru à faciliter ses effets. Je ne rechercherai pas comment elles agissent, car ce serait se perdre nécessairement dans des hypothèses. Que l'absorption soit activée par l'excitation que produisent ces eaux dans toutes les fonctions, ou bien que la syphilis elle-même soit modifiée par le contact des principes minéralisateurs, peu importe. Toujours est-il qu'en présence des eaux minérales sulfureuses, l'action des médicaments devient plus forte. C'est donc une nouvelle arme que l'on peut ajouter à la thérapeutique des maladies vénériennes, et qui pourra rendre de grands services dans ces cas, malheureusement trop nombreux, qui résistent à tous les traitements en vertu d'une disposition particulière qui nous échappe. Ce que je viens de dire pour l'iodure de potassium s'applique-t-il aux mercuriaux? Je n'en doute pas, mais je n'ai aucune preuve à l'appui; il y a donc là de nouvelles recherches à faire.

Je me suis demandé si ce traitement mixte, tout en agissant avec énergie et en faisant disparaître promptement les accidents, permettait d'abréger la durée du traitement que l'on est dans l'habitude de faire suivre aux syphilitiques. Le raisonnement me conduit à le supposer; mais je dois dire que quelques malades qui avaient suspendu trop rapidement leur traitement ont vu reparaître différents accidents annonçant que la guérison n'était pas encore radicale.

De tout ceci, on peut tirer les conclusions suivantes :

1° Les eaux minérales sulfureuses ne guérissent pas la syphilis, mais elles font souvent disparaître les syphilides, modifient quelquefois d'autres accidents syphilitiques, et le plus fréquemment les aggravent.

2° Elles font parfois apparaître des accidents syphilitiques chez des individus infectés, mais n'ayant aucun signe apparent de cette infection.

3° Elles guérissent la cachexie mercurielle et l'affaiblissement général qui résulte d'une affection syphilitique prolongée seulement dans ce dernier cas lorsque le virus est éteint.

4° Unies aux antiphlogistiques, les eaux minérales sulfureuses agissent avec la plus grande efficacité contre la syphilis, et ne produisent pas d'excitation fâcheuse comme lorsqu'elles sont employées seules.

En présentant ces conclusions, je ne prétends pas établir de règles inviolables; je n'ignore pas que celles établies en apparence sur les meilleures bases trouvent souvent des faits qui viennent se mettre en opposition avec elles. Je n'ai d'autre prétention que celle d'avoir observé consciencieusement; que les praticiens qui ont à leur disposition un vaste champ d'observation examinent et voient si je suis resté dans la vérité.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOUVEAU CAS DE MALADIE D'ADDISON; communiqué par M. SEUX (de Marseille).

La communication faite par M. Trousseau, dans la séance du 26 août de l'Académie de médecine, a fixé mon attention d'une manière toute particulière, parce que j'ai reconnu dans ce qu'il a dit de la maladie de bronze d'Addison les symptômes d'une affection que j'ai eu l'occasion d'observer il y a quelques années. Comme les faits observés par Addison et par M. Trousseau sont rares, je vous prie de publier l'observation suivante qui aura peut-être à vos yeux un intérêt d'actualité.

Obs. — Dans le courant du mois d'août 1849, je fus appelé auprès d'une fille de 24 ans qui habitait la campagne aux environs de Marseille. Dès mon arrivée auprès d'elle, je fus frappé par l'aspect de la peau qui avait une teinte d'un brun noirâtre ayant beaucoup d'analogie avec celle du mulâtre. On me dit que depuis quelques mois cette couleur avait paru et augmentait tous les jours d'intensité; que de plus cette fille maigrissait et perdait l'appétit. La malade s'était toujours bien portée jusqu'à cette époque; ses parents jouissaient d'une bonne santé; je dois observer cependant qu'aujourd'hui sa mère est atteinte d'un cancer du rectum.

Avant le début de la maladie, cette fille avait la peau brune comme nos paysans de la Provence, mais à un faible degré.

La couleur bronzée, qu'à cette époque j'appelais ardoisée, était, lors de ma première visite, d'une grande intensité; elle existait sur toute la surface du corps et ne respectait que les ongles et la paume des mains. Cette teinte, qui aurait fait prendre la malade pour une fille de couleur, tellement elle était prononcée, s'était établie peu à peu sans cause appréciable, au milieu d'une santé parfaite, en conséquence sans qu'on eût pu l'attribuer à l'administration d'une substance quelconque. J'examinai avec le plus grand soin tous les organes, et je ne trouvai rien qui pût me rendre compte d'un pareil changement de couleur dans la peau; au reste, je ne rencontrai partout que des phénomènes négatifs, et je ne notai que la perte de l'appétit et l'amaigrissement survenus depuis environ un mois.

La malade languit dans cet état pendant environ deux mois; elle s'affaiblit tous les jours davantage, au point de ne pouvoir plus quitter son lit. Vers la fin d'octobre, elle fut prise de diarrhée, et quelquefois elle vomit les quelques aliments qu'elle prenait encore. Bientôt les membres inférieurs s'œdématièrent, et je reconnus de l'eau dans la cavité abdominale; les poumons et le cœur étaient à l'état normal. L'examen du ventre ne me fit jamais reconnaître de tumeur; les urines, qui coulaient librement, traitées par l'acide nitrique, ne me donnèrent aucune trace d'albumine.

La malade succomba dans le dernier degré du marasme, vers la fin de novembre.

Elle n'eut de la fièvre que dans les deux derniers mois, et la couleur de la peau fut, jusqu'à la fin, telle que je l'avais vue le premier jour. La menstruation avait cessé dès le début.

L'autopsie n'ayant pas été faite, je me livrai à toute sorte d'hypothèses sur le siége et la nature de l'affection qu'aujourd'hui je crois devoir rattacher à la maladie de bronze d'Addison.

Agréez, etc.

LETTRE SUR L'EXISTENCE DES LÉSIONS INTESTINALES DITES DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE DANS LA PHTHISIE; par M. le docteur PROSPER MEYNIER (d'Ornans).

Monsieur et très-honoré confrère,

On n'entend plus parler de la fièvre typhoïde! — Excepté la question de son identité ou de sa non-identité avec le typhus, la première de ces deux maladies, dont l'existence est si bien démontrée et cependant l'histoire tout entière à faire, paraît ne plus occuper le monde médical. Est-ce lassitude et dégoût? est-ce mauvaise honte et dépit? Peut-être tout cela à la fois. Toujours est-il, sauf erreur de notre part, qu'on ne trouve plus guère, dans la presse périodique ou autre, de publication sur ce point-là.

Il n'a pas fallu moins que la guerre d'Orient, l'intérêt universel qu'elle a excité, l'invasion de tant de maladies graves parmi nos soldats, la réapparition de la plus sérieuse de toutes, ce typhus tellement

oublié depuis les dernières campagnes du premier empire, qu'on avait trouvé ingénieux de traiter cela de *mythe....*, il n'a pas fallu moins pour qu'on reparlât de son sosie.

Rendons ici, en passant, un faible hommage, mais un hommage bien senti, à nos braves confrères de l'armée. Au milieu de fatigues sans exemples, de dangers inouïs, ces héros, entre tant de héros, ont trouvé le moyen de bien mériter de la science : il ne leur suffisait pas de bien mériter de la patrie! Qu'on y regarde de près, et qu'on dise s'il est un spectacle plus digne d'admiration que celui-là! Sans défense, ils bravent la mort au milieu des combattants, et ils n'ont pas, comme ceux-ci, pour stimulant, l'entraînement de la lutte et l'ivresse de la victoire. Plus tard, auront-ils le repos du bivouac ou de la tente? Non. A la fatigue de la bataille succèdent, pour eux, les labeurs, les dangers plus grands de l'ambulance ou des hôpitaux. Ce n'est pas tout encore. Leur reste-t il quelques rares loisirs? Ils n'en veulent point : ils vont servir autrement, servir encore. Ils ont observé, ils méditent, ils écrivent. Et cette activité surhumaine tourne au profit de l'avenir. Quels hommes! Et n'ai-je pas bien fait de les appeler héros entre les héros?

Pardon, monsieur, si, voulant parler médecine, je l'ai oubliée pour les médecins. Il ne m'a pas été possible de comprimer cet élan de mon cœur. Moi aussi, j'ai été chirurgien militaire.....

« Quæque ipse miserrima vidi,
« Et quorum pars *parva* fui. »

Revenons à notre propos.

Le n° 27, 5 juillet, p. 421, de la GAZETTE MÉDICALE, contient une très-intéressante observation de M. Bouchut sur une « phthisie tuberculeuse, avec ulcération des plaques de Peyer, sans fièvre typhoïde, etc. » Rédigé avec toute la précision que l'on exige aujourd'hui dans des travaux semblables, ce récit n'est précédé d'aucun historique ni suivi d'aucune réflexion.

Je vous demanderai, ainsi qu'à notre savant confrère, la permission de rappeler une chose : la justice le veut ainsi, *cuique suum*. D'ailleurs, cela pourra servir plus tard à qui voudra écrire l'histoire de l'affection typhoïde et de ses curieuses vicissitudes.

Il y a plus de vingt ans, je ne sais pas à quelle occasion, je communiquai à la GAZETTE MÉDICALE un fait important. C'était ceci : Vers l'année 1829, à l'hôpital militaire de la garde, au Gros-Caillou, un grand nombre de cadavres d'individus morts d'affections pulmonaires diverses, de phthisies surtout, portaient, dans les intestins, *toutes* les altérations regardées comme pathognomoniques de la fièvre typhoïde. Pour l'époque, mon outrecuidance était énorme! L'affaire parut si bien ainsi, que la GAZETTE MÉDICALE, malgré son tact si connu, malgré cette sagacité, ce flair des besoins de la science dont elle a donné tant de preuves, n'accueillit pas mon travail. Je n'avais que le tort de choquer, prématurément sans doute, les idées régnantes. Ma caution pourtant était bonne : c'était M. Gasc dans le service de qui j'avais observé. Mais, alors, une voix plus puissante que la mienne produisait un scandale assez retentissant. M. Louis venait de publier son livre, et l'on était en plein physiologisme.

Il fallut se résigner : j'attendis.

En 1843, la premier numéro du JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES accueillit un long article sur la fièvre typhoïde. J'y reproduisais formellement mon assertion au sujet de mes autopsies de 1829. Je l'ai répétée, en 1854, dans votre propre feuille (n° 50, 16 décembre, p. 769, 1re colonne, note).

De ceci, il conste que j'ai, *le premier*, reconnu et publié qu'on trouve quelquefois les lésions intestinales, dites *de la fièvre typhoïde*, dans les affections pulmonaires, et surtout dans la phthisie. J'aime à penser que ce sera, dorénavant, une question jugée en ma faveur et un fait accompli.

Serait-ce abuser de votre patience et de celle de vos lecteurs, après avoir obtenu justice sur ce point, de la réclamer encore pour quelques autres. Ainsi :

I. Le *paradoxe* ci-dessus était le premier, mais non le seul, que je me fusse permis dans l'article cité plus haut. *Aujourd'hui*, vous voyez qu'il ne mérite plus le nom dont je viens de le qualifier.

II. Dans le même écrit, j'osais m'élever encore, de toute la force d'une expérience déjà longue et d'une conviction profonde, contre l'emploi des saignées pour la dothinentérie. Peu de médecins l'avaient fait jusqu'alors; aucun avec tant d'énergie. *Aujourd'hui*, qui est-ce qui reparle des saignées coup sur coup? Si quelque rare praticien relate une observation de fièvre typhoïde où il ait cru devoir tirer du sang, avec quelles précautions oratoires ne raconte-t-il pas la chose! Comme il cherche à la faire excuser!

III. J'ai été assez téméraire pour dire que j'avais *nourri* mes malades depuis le commencement jusqu'à la fin. A cette époque, nul en France ne connaissait plus que moi la pratique du docteur Graves (de Dublin). *Aujourd'hui*, beaucoup alimentent leurs typhoïques : témoin le savant professeur Lebert (de Zurich).

IV. Il est une quatrième hérésie que j'émettais, là aussi, à l'encontre des idées reçues. Je dois avouer qu'elle n'a pas fait autant de progrès que les trois précédentes, auxquelles le temps donne de plus raison. C'est de la *récidivité* possible de la dothinentérie que je veux parler. Cependant j'en avais rapporté un exemple, observé avec tout le soin possible, et sans opinion préconçue autre qu'une prévention tout à fait contraire. Vous verrez ce point, encore contesté, avoir la même fortune que les autres.

V. Enfin, je citais des faits qui ne laissaient pas place an moindre doute sur la *contagiosité* de la fièvre thyphoïde.

N'eussé-je, dans mon obscure et chétive carrière, rendu d'autres services que celui d'avoir signalé cinq vérités, je ne croirais pas avoir passé sans avoir fait quelque bien.

Agréez, etc.

OBSERVATION DE GALE A FORME INSOLITE, AVEC FORMATION DE CROUTES TRÈS-ÉPAISSES, CONSTITUÉES PAR DES MILLIONS D'ACARUS; lue à la Société de Biologie, par M. SECOND-FÉRÉOL, interne des hôpitaux.

Le 4 mars 1856, entre à Saint-Louis, pavillon Gabrielle, n° 3, un homme de 50 ans, A. L..., atteint d'une affection cutanée d'aspect fort insolite.

ÉTAT ACTUEL. — La maladie siége principalement aux mains et aux avant-bras dans le sens de l'extension; elle y est caractérisée par des croûtes d'un jaune sale un peu brun, d'une épaisseur considérable, surtout aux mains où elles forment une couche qui atteint et dépasse même, en certains endroits, 2 centimètres. Ces croûtes sont fendues par de larges et profondes crevasses qui correspondent, plus ou moins exactement, aux plis articulaires. Le fond de ces crevasses est humide, mais blanchâtre et nullement sanguinolent. Les doigts et le dos de la main, recouverts de cette sorte de cuirasse, ressemblent à une écorce d'arbre rugueuse, inégale, fendillée, mais d'une teinte jaune.

La maladie commence autour des ongles, qui sont très-longs, jaunâtres, un peu secs, mais lisses, légèrement soulevés sur leur matrice, et comme prêts à se déchausser. A la face palmaire des doigts et des mains on trouve, seulement dans les plis de ces régions, une sécrétion concrétée sous forme de croûte verdâtre, assez dure, mais peu épaisse et limitée à la largeur de ces plis.

Les deux régions Thénar seules sont couvertes d'une croûte étendue en largeur, qui se continue avec la croûte du dos de la main, mais moins inégale et plus mince que celle-ci.

Aux avant-bras, la croûte devient moins épaisse à mesure qu'elle s'éloigne du poignet; elle est moins crevassée, mais toujours très-inégale et raboteuse. La région palmaire de l'avant-bras en est seule exempte.

Après avoir recouvert le coude, la maladie s'étend sur le bras, mais en perdant son caractère d'enveloppe continue; ce ne sont plus que des croûtes isolées, petites, irrégulières, formant un sablé grenu, à grains aplatis, tenant le milieu entre la squame et la croûte.

Sous ce dernier aspect, la maladie s'étend à presque toute la superficie du tégument, aux épaules, au dos, à la poitrine; les lombes et les fesses en sont à peu près exemptes; au ventre, l'affection reparaît sous forme de lamelles jaunâtres, aplaties, peu épaisses et de petites dimensions, mais assez confluentes; de même au scrotum; la verge est un peu œdématiée et ces parties suintent un liquide incolore, un peu gras, d'une fétidité repoussante.

Sur le membre abdominal les croûtes se présentent aux pieds avec des caractères tout à fait analogues à ceux des croûtes qui enveloppent le dos de la main; elles sont seulement moins épaisses et se limitent à la région dorsale des orteils. L'espèce de sablé croûteux que nous avons décrit sur les bras se retrouve disséminé sur les jambes et les cuisses, dans le sens de l'extension, avec un peu plus de confluence aux genoux et absence complète de croûtes dans le sens de la flexion.

Enfin au visage on retrouve des lamelles croûteuses qui se lèvent sous forme de desquamation peu abondante dans la barbe, sur le front, ou qui forment de petits îlots croûteux dans les sourcils. Le nez est gros, violacé, veineux, mais complétement exempt de sécrétion et de croûte. Le cuir chevelu, frappé de calvitie dans les trois quarts de son étendue, est complétement sain.

Le malade éprouve des démangeaisons incessantes et très-vives.

Toute l'étendue du tégument est inspectée avec le plus grand soin, sans qu'on y puisse découvrir aucune pustule d'impétigo; mais il existe d'assez nombreuses pustules ulcérées d'ecthyma furonculeux, aux épaules, à la face interne des genoux, aux fesses, aux bras. Il y a, en outre, sur les bras, les avant-bras, les jambes, et même sur le visage au sourcil gauche, un assez grand nombre de tumeurs indolentes, mollasses, et évidemment fluctuantes, et dont la grosseur varie du volume d'un noyau de cerise à celui d'une noix. Les plus grosses sont incisées et donnent issue à un ichor épais et sanieux.

Partout où il y a des croûtes, il est impossible de constater si la peau présente un épaississement papuleux; mais cet épaississement papuleux est manifeste en certains points où il n'y a pas de croûte, notamment aux jarrets, où la peau ressemble à un chagrin grossier; en même temps la peau est humectée en ce point par une sécrétion toute pareille à celle que nous avons déjà notée au scrotum.

Cet état humide et comme huileux de la peau n'est point général. Ainsi, aux avant-bras, les croûtes sont sèches, dures, raboteuses; de même aux bras, au dos, aux jambes et aux cuisses. Aux mains, la superficie des croûtes exposées à l'air forme de petites écailles superposées très-rudes et très-sèches; mais les crevasses qui sillonnent profondément ces croûtes, ont des marges blanchâtres, humides; et si on soulève un lambeau de ces croûtes, on trouve au-dessous une surface blanchâtre, inégale, comme spongieuse et humide. Sur le ventre et la poitrine, dans la barbe et les sourcils, les croûtes lamelleuses, aplaties, sont assez grasses à l'œil et au toucher.

État général. — Le malade est d'une intelligence obtuse; sa constitution est usée et il paraît plus vieux que son âge. Il dit pourtant qu'il est d'une bonne santé habituelle et que ses fonctions digestives sont excellentes.

Pâleur générale du tégument, et teinte jaune cachectique. Le cou est gros et court, le ventre un peu balloné.

Tendance prononcée au sommeil; état soporeux continuel; il a un peu de diarrhée qu'il laisse aller sous lui, sans que pourtant la matière soit très-liquide. Le malade paraît négligent de lui-même, sale, paresseux de corps comme d'esprit. Il est sujet à un catarrhe pulmonaire qui revient tous les hivers depuis quelques années, et qui est assez fort en ce moment.

Antécédents. — Ancien militaire, retraité il y a dix-huit ans, il a mené depuis cette époque la vie sédentaire de commis d'enregistrement. Il affirme n'avoir eu d'autre maladie interne qu'une hydropisie survenue vers l'âge de 25 ans, à la suite d'un refroidissement subit. (Étant en sueur, pendant l'été, il s'était versé sur le corps un seau d'eau de puits.) La maladie dura trois mois et guérit bien. Au service, il eut plusieurs gonorrhées, chancres et bubons; mais il affirme n'avoir jamais eu à la peau aucune tache, aucun bouton, aucune pustule, en un mot, rien absolument avant sa maladie actuelle. Il avoue, du reste, qu'il s'est toujours livré à toutes sortes de fatigues et d'excès de table et de femmes, se confiant sur l'excellence de sa santé et de son tempérament. Cependant depuis deux ans, par simple mesure d'hygiène, il a réformé son genre de vie; il a complétement renoncé aux liqueurs et s'est rationné à un litre et demi de vin par jour, en deux repas.

La maladie actuelle a commencé il y a un an. Au dire du malade, elle a débuté aux jarrets par des démangeaisons vives, auxquelles ont succédé des *boutons*, puis des croûtes qui sont tombées et ont laissé place au suintement actuel. Puis les avant-bras se sont couverts de croûtes, et alors il y a eu de l'enflure aux mains et des pustules grosses comme des lentilles dans les creux palmaires. La maladie a paru ensuite à la poitrine, au dos, au ventre, aux cuisses; et les croûtes ont été en ces points plus abondantes qu'elles ne le sont aujourd'hui, mais sans jamais égaler le volume des croûtes qui existent en ce moment aux mains. Les jambes, les cuisses ont beaucoup enflé, et à cette enflure a succédé un amaigrissement considérable et général. Il n'y a qu'un mois que les mains sont enveloppées de leur écorce.

Pour tout traitement il prenait des bains simples et se frottait avec du saindoux. Voyant la maladie empirer sans cesse, il a quitté son domicile à Lannion (Côtes-du-Nord), et est venu en droite ligne à Saint-Louis.

Marche et terminaison. — M. Cazenave prescrit un bain, de la tisane amère avec décoction de cachou et sirop de quinquina; 2 portions.

Comme le malade a un peu de tremblement des mains, on observe s'il n'y aurait pas quelque signe de délire alcoolique. Mais les idées sont justes et nettes, quoique lentes, et il n'y a point d'agitation. L'appétit est excellent, et le malade se plaint même de n'avoir pas assez à manger. Dès le second jour la diarrhée s'arrête, et le malade ne laisse plus ses selles aller sous lui. Quatre jours se passent ainsi.

Le 8 mars, à huit heures du soir, après une journée tranquille, le malade est pris d'agitation. Son voisin de chambre l'entend parler haut, puis chanter. La religieuse lui trouve du délire; en même temps il se plaint d'une soif intense et d'une sensation d'étranglement. L'interne de garde prescrit un julep avec 20 gouttes de laudanum et 50 grammes de vin de Bordeaux, à prendre par cuillerées, d'heure en heure. Mais le malade tombe dans le coma; de temps en temps il porte la main à son cou, comme s'il étouffait; un peu d'écume se montre à la bouche, sans qu'il y ait des convulsions. La respiration devient stertoreuse, et à dix heures du soir le malade expire avant d'avoir pris la deuxième cuillerée de sa potion.

Autopsie le 10 mars au matin. — Temps brumeux et frais.

Cadavre rigide, pâle, avec coloration violacée des lèvres et du nez, du dos et du cou en arrière; écume à la bouche en grande quantité. Pas de signes de putréfaction.

Tête. — En détachant le cuir chevelu, on trouve beaucoup de sang noir et fluide surtout dans les parties déclives.

La boîte osseuse enlevée, les veines méningées laissent couler beaucoup de sang de même aspect. La dure-mère est très-épaisse; tant au-dessus qu'au-dessous d'elle, on trouve un très-grand nombre de corpuscules de Pacchioni, qui en plusieurs endroits ont déterminé des dépressions de la substance cérébrale. L'arachnoïde a perdu notablement de sa transparence, et présente même en quelques points des épaississements blanchâtres. La pie-mère est infiltrée de sérosité transparente, qui, en plusieurs endroits, a une consistance un peu gélatiniforme.

Hypérémie très-marquée de toute la masse cérébrale, sans aucun foyer apoplectique et sans ramollissement. La substance grise est plus colorée que d'habitude. La substance blanche offre le piqueté caractéristique qui se retrouve partout, même dans le centre ovale; à la coupe le sang se forme en gouttelettes qui, essuyées, se reproduisent aussitôt.

Liquide ventriculaire un peu louche et très-abondant, mais non sanguinolent.

Rien à noter dans le cervelet.

Le bulbe semble petit, mince, et comme légèrement atrophié.

Poitrine. — Congestion pulmonaire générale, mais surtout très-forte aux deux lobes supérieurs de chaque côté. Sérosité spumeuse en énorme quantité dans tout l'arbre bronchique.

Un seul tubercule ramolli au sommet gauche, et formant une petite caverne à loger un noyau de cerise. Au sommet droit, quatre ou cinq petits tubercules, les uns gris et durs, les autres blanchâtres et en voie de ramollissement.

Cœur et gros vaisseaux normaux.

Abdomen. — Épiploon très-petit et très-peu chargé de graisse, de teinte violacée.

Estomac petit, biloculaire, sain.

Rien à noter dans les intestins.

Foie volumineux, dur, noir, et gorgé de sang.

Rate petite et très-ferme.

Reins volumineux, noirs, donnant beaucoup de sang à la coupe.

Tégument. — Les croûtes n'ont que très-peu changé d'aspect, et n'ont subi aux mains qu'un très-léger retrait.

Si on cherche à les détacher, on ne soulève du premier coup que de larges lambeaux de demi-épaisseur, et on découvre ainsi une surface mollasse, blanchâtre, humide, comme spongieuse; celle-ci enlevée par grattage, on trouve le derme à nu, humide, mais non sanguinolent; dans quelques petites places seulement il est soulevé, boursouflé, et forme comme un très-superficiel ulcère un peu fongueux.

Des lambeaux de peau recouverts de croûtes furent pris sur les mains, mais ne purent être examinés au microscope que plusieurs jours après. Sur un de ces lambeaux, qui était resté exposé à l'air, je fis une coupe verticale, et à un grossissement de 200 diamètres, j'aperçus un acarus qui paraissait un peu petit, sans doute parce qu'il était mort et desséché, mais en tout semblable à l'acarus femelle de la gale. De nouvelles coupes m'en firent voir d'autres, ainsi que des œufs et des larves à des degrés divers d'évolution. Ces acarus étaient en si grand nombre, que dans chaque préparation, qui ne contenait pas plus d'un millimètre carré, on en comptait de trois à six.

Un autre lambeau de peau, qui avait macéré dans l'eau d'abord, puis dans l'alcool, fut alors examiné par M. Robin, qui a bien voulu me communiquer la note suivante :

« Au-dessous de la croûte, on trouve le derme épaissi, plus dur et plus résistant qu'à l'état sain, mais n'offrant rien que ses éléments normaux. Les papilles sont plus longues, du double au moins, qu'à l'ordinaire. La couche épidermique n'offrait que fort peu d'acarus en certains points; mais elle présentait entre les cellules épithéliales des traces d'épanchements sanguins. On voyait, en effet, de petits grains formés de matière colorante du sang, ou même de globules sanguins cohérents encore reconnaissables. Ces corps étaient faciles à reconnaître par leur teinte rougeâtre; leur diamètre était de 0,02 à 0,05 de millimètre. Ils étaient assez abondants pour concourir à donner aux croûtes leur couleur brune.

» A partir du niveau des sommets des papilles, les croûtes étaient constituées aux deux tiers environ, quant à la masse, puis par des œufs et des larves de cet animal. Ce n'était que dans la croûte et nullement dans la substance du derme que se rencontraient ces parasites, dont le nombre était réellement très-remarquable. Il était facile, du reste, d'y reconnaître tous les caractères de l'*acarus scabiei* et point de quelque autre espèce d'acare. »

J'ajouterai, pour ne rien omettre, que deux infirmiers qui avaient soigné, pansé et enseveli le malade, furent atteints huit jours après sa mort de démangeaisons fort vives aux mains et aux bras. M. le docteur Bazin, en ce moment au pavillon Gabrielle, diagnostiqua la gale sur tous deux.

L'un d'eux prit un bain sulfureux, et est aujourd'hui complétement guéri. Le second fit une friction au savon noir et prit des bains simples. Chez celui-ci les démangeaisons persistent encore; au 8 avril, je pus constater chez lui, sur les mains, des sillons bien évidents, mais ouverts et paraissant en non-activité, et une heure de patiente recherche ne me fit découvrir aucun acarus.

En ce moment (18 avril) le corps est couvert de papules de lichen et de prurigo; il y a même aux mains quelques vésicules, et cependant on ne voit plus aucune trace de sillon, et un examen très-long et très-général n'a amené la découverte d'aucun acarus.

Au premier abord, cette maladie, d'aspect si étrange, fut prise pour un *impetigo scabida*. La couleur pâle des croûtes, l'absence de suintement sanguinolent et de pustules psydraciées firent bientôt abandonner cette idée. Et l'on pensa, sous toutes réserves, à quelque vieux lichen compliqué d'une hypersécrétion de toutes les glandes annexées à la peau.

Dans l'examen minutieux auquel fut soumis le malade, à l'œil nu et à la loupe, on n'aperçut aucun sillon. S'il en existait, les croûtes ou le suintement des parties malades suffisaient à masquer le tégument ou à en altérer l'aspect.

Le microscope et la contagion ont révélé la vraie nature de l'affection. La forme de l'acarus, la facilité avec laquelle il a été détruit sur les deux infir-

miers contagionnés, montrent qu'il n'y a pas là une espèce morbide particulière, et ce qu'il y a d'insolite dans la maladie doit être rapporté sans doute au malade lui-même, à sa constitution, à ses habitudes, à une sorte de cachexie de la peau, qui a favorisé au plus haut point la pullulation des parasites. C'est ainsi que cela s'observe dans certaines diathèses vermineuses.

Peut-être cependant cette forme de gale mériterait-elle une description à part, au moins à titre de variété. MM. Danielsen et Boeck, dans leur remarquable ouvrage sur la *spédalskhed* (éléphantiasis des Grecs), disent que « la » gale est si fréquente parmi les spédalsques, que c'est une rareté de voir l'un » d'eux exempt de ce mal. » Et dans le bel atlas qui complète leur livre, ils représentent à la planche 21 une main qui offre avec celle de notre malade une frappante analogie ; même couleur, même conformation, même épaisseur des croûtes, même structure au microscope ; seulement, au lieu de disposer en cuirasse continue, ces croûtes sont disséminées en îlots, ce qui leur donne des aspects très-bizarres de pics, de pyramides, de chaînes montueuses, comme dans le rupia proéminens.

A la planche 4, on trouve encore un cas très-analogue de gale siégeant au visage d'une spédalsque.

La cachexie de la peau, si prononcée dans l'éléphantiasis des Grecs, peut servir à expliquer comment cette forme spéciale de gale se rencontre si fréquemment chez les spédalsques de Norwége. Mais cette forme peut se rencontrer indépendamment de l'éléphantiasis, comme chez notre malade. Ce n'est donc pas là une simple complication de l'éléphantiasis des Grecs ; c'est une variété de gale pouvant exister dans des circonstances diverses, et reconnaissant des causes multiples ; variété caractérisée par une excessive pullulation des parasites et par la formation de ces croûtes extraordinaires composées, dans les deux tiers de leur énorme épaisseur, d'acarus à des degrés divers d'évolution.

Ce serait, si l'on veut, la *variété crustacée*, qu'on rangerait à côté des variétés de gale déjà décrites, pustuleuses et antres.

NOUVEAU MODE DE SE SONDER FACILEMENT SOI-MÊME ; note communiquée par M. le docteur LEMAZURIER, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine.

Mon très-cher et très-honoré confrère,

Parmi les positions recommandées par les auteurs pour procéder à l'opération du cathétérisme, il en est une dont les avantages m'ont paru évidents lorsque le malade est dans l'obligation de se sonder lui-même, et qui cependant, quoique connue sans doute, n'est pas mentionnée dans les ouvrages chirurgicaux qui sont en ma possession ; je veux parler de la position du malade placé dans un bain de siége, ayant le bassin très-déprimé et les cuisses fortement fléchies sur le tronc porté un peu en avant.

C'est dans cette position qu'un de mes malades, sujet aux spasmes du canal de l'urètre, et obligé de recourir à une main habile, mais étrangère, essaya de rétablir le cours des urines, en introduisant dans le canal une sonde courbe de gomme élastique, sans mandrin.

Découragé souvent, dans une circonstance pareille, par des essais répétés et infructueux, il ne fut pas médiocrement étonné de la promptitude et de l'extrême facilité avec lesquelles il fit pénétrer la sonde dans la vessie, et de l'absence complète des accidents consécutifs.

Plusieurs fois, depuis ce jour, il a répété la même opération et toujours avec le même succès, en se plaçant de même.

Convaincu que la position est pour beaucoup dans ce succès, j'ai pensé devoir, je ne dis pas la faire connaître, mais la rappeler aux chirurgiens spéciaux, et à ceux des malades qui peuvent être dans la nécessité de se sonder eux-mêmes, et dont ce procédé peut abréger les souffrances. Si vous partagez ma manière de voir à cet égard, je vous prie de donner de la publicité à ma lettre, en l'insérant dans votre estimable journal.

Agréez, etc.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

(Suite.)

III. THE LANCET.

MASSE DE CHEVEUX RETIRÉE D'UN KYSTE DE L'OVAIRE ; par M. COWARD.

OBS. — M. Coward cite l'observation d'une femme mariée, âgée de 24 ans, ayant des attaques fréquentes d'épilepsie, depuis deux ans, et qui était affectée de paralysie complète des extrémités supérieures.

Elle avait consulté les célébrités médicales et avait fini par laisser la médecine et les médecins de côté. Cependant les symptômes s'aggravant, elle fit appeler M. Coward le 11 mai 1855.

Les symptômes qu'elle présentait étaient des vomissements, de la diarrhée, et des douleurs intenses dans la tête et dans les intestins. Elle était émaciée et dans un état de prostration extrême. Le pouls, très-faible et intermittent, battait 100 pulsations ; la peau offrait une chaleur considérable ; la langue était fébrile.

L'attention de M. Coward s'étant portée vers l'abdomen, il découvrit une tumeur dans la région ovarienne droite, de la grosseur environ d'une grosse orange. Malgré le traitement qu'il lui opposa, cette tumeur se développa, la malade ne voulant pas se soumettre à l'opération.

Cependant, le 9 mars 1856, M. Coward ayant été appelé de nouveau auprès de la malade, qui éprouvait des douleurs violentes dans la région épigastrique accompagnées d'une grande difficulté de respirer, pensa que ces symptômes provenaient de la pression exercée sur le diaphragme par le liquide existant dans l'abdomen, et il proposa de nouveau la ponction comme seul moyen capable de la soulager. La malade finit par y consentir. Il retira environ quatorze pintes de pus jaunâtre et visqueux lorsque la canule se boucha. Jugeant que la cause provenait du pus épaissi, il introduisit un stylet et retira deux ou trois cheveux de 5 pouces de long à peu près ; il en vint d'autres après ; pour faciliter leur sortie, il élargit la plaie de l'abdomen au moyen du bistouri, et après quelques efforts il parvint à retirer une masse compacte de cheveux fins, élastiques et légèrement colorés, de différentes longueurs ; quelques-uns avaient 2 pouces de long. Il en retira à peu près autant que la main pouvait en contenir.

Depuis cette époque, la malade va assez bien et M. Coward espère qu'elle guérira.

La plupart des auteurs mentionnent le fait que des os, des dents, des matières grasses et des cheveux ont été trouvés dans des kystes de l'ovaire. Mais ce qui donne de l'intérêt au cas présent, c'est la quantité extraordinaire de cheveux qu'il contenait et son mode d'extraction.

RÉDUCTION DE LA LUXATION DU CUBITUS DATANT DE QUINZE JOURS, AU MOYEN D'UN LEVIER PUISSANT, NONOBSTANT L'EXISTENCE D'UNE FRACTURE COMPOSÉE DU RADIUS ET DU CUBITUS ; par M. EDWARDS.

OBS. — Madame P. ayant fait une chute de cheval le 4 janvier, se fractura le radius et le cubitus à leur tiers moyen et se luxa le cubitus en arrière.

M. Smith, chirurgien de la famille, réduisit la fracture, et après avoir pris l'avis d'un autre chirurgien, négligea la luxation jusqu'au 14, lorsque, voyant le danger dont on était menacé si on attendait la réunion parfaite de la fracture, il consulta M. Edwards.

Le bras était encore tuméfié, cependant on pouvait encore reconnaître distinctement la luxation du cubitus en arrière. D'après l'état de la main et la position normale de la tête du radius, les deux praticiens conclurent que l'os n'avait pas été déplacé.

Ils firent faire un anneau en fer solide, ayant un levier de 16 pouces de long. Cet anneau ayant été recouvert d'un linge fut adapté au bras jusque vers l'humérus. Une courroie entourant l'olécrâne fut placée de chaque côté de l'anneau, puis on saisit l'extrémité du levier et on fit fléchir l'avant-bras.

La réduction s'opéra aussi facilement que s'il n'y avait pas existé de fracture.

Ce moyen pourrait s'appliquer avec avantage à l'articulation du genou, de l'épaule et même de la hanche.

IV. THE DUBLIN QUARTERLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

Les livraisons de novembre 1855 et de février 1856 renferment les travaux originaux suivants : 1° *De l'excision des articulations* ; par M. Butcher. 2° *De l'hypertrophie concentrique du cœur* ; par M. Law. 3° *D'une forme non décrite de luxation du métatarse* ; par M. Tufnell. 4° *De l'hémorrhagie dans les fièvres*. 5° *De l'influence de la gestation sur la maladie*. 6° *Extraits des manuscrits inédits de feu Colles*. 7° *Sur quelques précautions opératoires nécessaires dans le traitement du bec-de-lièvre* ; par M. H. Butcher. 8° *Rapport sur 989 cas de fièvre traités et notés avec soin, suivi de quelques remarques* ; par M. Thomas Babington. 9° *Sur les sacs anévrismatiques* ; par M. W. Colles. 10° *Sur les propriétés et la valeur comparatives de la glace et du chloroforme comme anesthésiques ; observations chirurgicales dans lesquelles ces deux moyens ont été respectivement employés* ; par M. Charles Kidd. 11° *Observations sur le diagnostic et les complications des rétrécissements de l'urètre* ; par M. Samuel Wilmot. 12° *Observations cliniques de l'anévrisme thoracique* ; par M. John Popham.

EXCISION DE L'ARTICULATION DU COUDE; GUÉRISON AVEC CONSERVATION DES MOUVEMENTS DE L'AVANT-BRAS ET DE LA MAIN ET DES FONCTIONS DU MEMBRE; par M. BUTCHER.

OBS. — J. F., âgé de 56 ans, entra à l'hôpital de Merur, le 8 juillet 1854. Il avait servi pendant plusieurs années comme soldat. Il attribuait l'origine de sa maladie à un coup violent qu'il avait reçu au coude droit, dans une rixe qu'il avait eue avec un compagnon ivre, huit ans auparavant. Pendant ce temps, il y avait toujours éprouvé de la douleur. Dans ces derniers temps, sous l'influence de la souffrance, sa santé était complétement délabrée, il y avait perte de sommeil et d'appétit, diarrhée, sueurs nocturnes, urines rares. L'épaule et le tiers supérieur du bras étaient diminués de volume, l'avant-bras et la main atrophiés. L'avant-bras était presque en ligne droite avec le bras. Toutes les parties environnantes de l'articulation du coude étaient très-tuméfiées, des ouvertures multipliées, au nombre de huit, existaient autour de l'articulation. Le stylet, dirigé à travers ces trajets fistuleux, frappait contre des os cariés dénudés. Les mouvements de flexion et d'extension étaient impossibles. Convaincu qu'il n'y avait que les extrémités des os formant l'articulation malades, M. Butcher se décida à en faire l'excision.

Le malade ayant été soumis à l'inhalation du chloroforme et l'artère brachiale comprimée par un aide, il fit une incision commençant environ à 1 pouce au-dessus du condyle interne et s'étendant en bas, en ligne directe, un peu au-dessous de la jonction de l'apophyse coronoïde avec le corps du cubitus. La plaie dans toute sa longueur avait environ 2 pouces et demi. Une incision d'égale étendue fut faite sur le condyle externe vers la tête du radius. L'incision interne permit de sortir le nerf cubital de sa gaîne. La troisième incision fut faite transversalement sur l'extrémité de l'olécrâne et réunit les deux autres. Le triceps fut coupé à son attache, et le lambeau supérieur relevé, tandis que les parties recouvrant l'olécrâne et formant le bandeau inférieur, furent détachées rapidement de l'os et portées en bas; ensuite les ligaments latéraux furent coupés et l'avant-bras, violemment fléchi et les extrémités des os désarticulés repoussés en arrière à travers la plaie. M. Butcher coupa avec la scie la surface articulaire malade et les condyles de l'humus dans l'étendue de plus de 1 pouce et quart, puis il détacha le brachial antérieur de l'apophyse coronoïde et scia l'olécrâne et la tête du radius. Il coupa ensuite avec les ciseaux une grande quantité de tissus désorganisés et lia plusieurs vaisseaux, considérablement augmentés de volume. Le membre fut placé sur une attelle à angle droit. La plaie et les parties adjacentes restèrent quelque temps exposées à l'air, on y appliqua du linge trempé dans une solution alcoolique. Le patient fut ensuite porté dans son lit.

6 heures après l'opération, M. Butcher procéda au pansement, les lambeaux furent réunis par quelques points de suture, on laissa une ouverture pour l'écoulement des liquides, et on appliqua quelques bandes d'emplâtre adhésif, qui retinrent encore les lambeaux en place.

Le cas marcha rapidement vers la guérison. L'union osseuse n'eut pas lieu, mais la jonction des extrémités excitées par un tissu fibro-ligamenteux gagna rapidement en épaisseur et en solidité. Les mouvements des doigts étaient parfaits, l'avant-bras exécutait les mouvements de pronation et de supination dans toute leur étendue, seulement le pouvoir complet de fléchir le bras lorsque le membre était étendu manquait; M. Butcher l'attribue en grande partie à l'état d'émaciation du biceps qui existait avant l'opération. Avec le temps et l'exercice, ce pouvoir s'est rétabli peu à peu.

SUR LES SACS ANÉVRYSMATIQUES; par M. W. COLLES.

L'auteur modifie sous le rapport de l'anatomie pathologique la théorie qui règne dans nos écoles sur les sacs anévrysmatiques.

Hunter professait que le sang est un liquide vivant, et que le dernier acte de sa vitalité était sa coagulation; phénomène qui doit être distingué de sa séparation en ses éléments constitutifs. Mais si cette coagulation est un changement naturel qu'éprouve le sang dans le corps, l'auteur remarque qu'il n'y a pas là disposition en couches ou lamelles. Quelle est donc la cause, quel est le mécanisme de cette disposition lamellaire ou stratifiée? Lorsque, dit-il, par l'application d'une ligature ou par toute autre cause, on rompt les tuniques internes d'une artère, le vaisseau est oblitéré, mais non par la formation d'un coagulum, quoique cette condition en favorise matériellement l'occlusion. Ce sont les lèvres de la plaie faite aux tuniques de l'artère, c'est le tissu cellulaire environnant qui secrètent ensemble une lymphe plastique qui, finalement, vient obstruer complétement le calibre artériel; lorsque cette lymphe n'est pas bien organisée, on aura à craindre une hémorrhagie secondaire, bien qu'il existe plusieurs pouces de coagulum sanguin dans l'artère; car ce caillot n'est pas adhérent aux parois internes du vaisseau; aussi concourt-il seulement au but, mais non d'une manière essentielle. Il en est ainsi dans les sacs anévrysmatiques; ce sont leurs parois qui secrètent la lymphe; ce liquide tend à remplir la cavité, et s'étale en couche à mesure que le sac cède à la pression du sang et s'agrandit. Or, la seule altération qu'on rencontre dans le sang, c'est sa coagulation, et lorsqu'elle a lieu, elle s'opère sous l'influence du sac lui-même. S'il reste fluide et continue à circuler, il peut dissoudre la lymphe qui avoisine le courant; l'auteur est porté à croire qu'il a réellement ce pouvoir, car il a souvent trouvé les couches concentriques de lymphe divisées en lambeaux sur leurs bords, et ceux-ci étaient comme rongés et comme s'ils avaient perdu une partie de leurs molécules emportées par le torrent circulatoire.

L'auteur ne saurait admettre que le sac ait un rôle passif comme on le professe dans les écoles. Entre autres objections, il formule celle-ci: si le sac était très-grand et l'ouverture artérielle très-petite au contraire, on devrait dans la théorie classique considérer ce cas comme grave et décourageant, attendu que la quantité de sang capable de pénétrer dans la cavité ne paraîtrait pas suffisante pour amener la formation rapide de concrétions fibrineuses; et cette disposition est au contraire la plus favorable pour le traitement.

Il ne saurait admettre non plus que le sang en circulation est à la fois la cause de l'augmentation du mal et la source de la cure; cette croyance ne peut qu'occasionner de l'incertitude et de l'hésitation dans le traitement; car d'un côté, par la saignée et la diète on se propose de diminuer la quantité du sang, et de l'autre, par un régime nutritif on a pour but d'augmenter ses éléments fibrineux.

Pour M. Colles, la théorie qu'il propose pour expliquer la formation des couches de lymphes par le sac lui-même, paraît éloigner toute difficulté; il y a analogie parfaite avec ce qui se passe dans les autres organes, dans les cavités closes, etc. Il établit que l'on comprend mieux ainsi l'origine et les progrès du mal: ainsi d'un côté, c'est le sang qui, poussé violemment à chaque contraction du cœur, fait effort sur le sac anévrysmatique et tend à en augmenter la dilatation de plus en plus; de l'autre, c'est le sac qui résiste et dont les parois s'épaississent et se renforcent par l'exhalation d'une lymphe plastique qui les recouvre de couches concentriques.

De la sorte, dit l'auteur, on peut parfaitement concevoir comment il arrive qu'en modérant ou supprimant la force du courant sanguin qui tend toujours à dilater, comment, disons-nous, cette lymphe peut plus facilement se répandre couche par couche, comment les plus anciennes couches par leur contraction et le sac lui-même par son retrait peuvent favoriser l'occlusion de la cavité.

On peut aussi comprendre de la sorte quelle influence adjuvante exercera le coagulum sanguin pourvu qu'il ne soit pas absorbé avant que la lymphe plastique ne vienne combler le vide jusqu'à remplir la cavité de l'anévrysme lui-même. On ne pourrait guère, poursuit l'auteur, comprendre autrement pourquoi les couches profondes ou excentriques sont plus complètes et adhérentes, et pourquoi, lorsqu'on veut les enlever, on cause de la douleur; pourquoi enfin, après une ligature, on peut percevoir de légères pulsations pendant deux ou trois jours. La coagulation seule du sang n'offre que de faibles chances de succès; car souvent il peut survenir de la suppuration, et quand l'issue est heureuse, c'est que le coagulum s'est résorbé et qu'à mesure la lymphe s'est exhalée et organisée. Lorsqu'il y a retour des pulsations, c'est que la cavité était remplie de sang coagulé et non de lymphe; le coagulum sanguin a été attaqué et perforé alors par le torrent circulatoire.

M. Colles s'explique les sutures qui suivent la ligature de l'artère par la méthode de Brasdor, c'est-à-dire au-dessous du sac, en établissant qu'il peut à la vérité se former un caillot sanguin, mais que ce n'est pas là une guérison; il pourra bien pour un temps remplir le sac et l'artère; mais à la longue l'absorption qui se fait à sa surface ou même la contraction organique qui s'opère dans sa substance permettront au sang de reprendre son ancienne route, en rendant l'artère perméable de nouveau.

Sous l'empire de cette manière de voir, il a fixé ainsi qu'il suit les principes qui doivent servir de guide dans le traitement des anévrysmes. Si les téguments sont intacts au niveau de l'artère blessée, le sac se formera et nous trouverons en lui les moyens de procurer la guérison; il faut aider aux efforts de la nature dans le cas où l'ouverture artérielle est petite, il suffira souvent de soutenir le sac à l'aide d'une pression modérée; sinon, il faudra intercepter le cours direct du sang. Cette manœuvre permettra à la consolidation du sac de s'accomplir et à la plaie de se fermer. Si les téguments sont intéressés et que la plaie de l'artère soit large ou oblique, il n'y aura pas tendance à ce qu'elle se cicatrise, et, dans ce cas, l'obstruction du cours direct du sang ne sera plus suffisante, car la portion inférieure du vaisseau apportera un flot de sang, d'abord petit et faible, mais bientôt (comme il ne rencontre pas d'obstacle à son effusion extérieure) croissant en forme et en volume après chaque hémorrhagie, il importe alors de surveiller le cours du sang au-dessus et au-dessous de la blessure; et si l'on a recours à la compression, cette compression doit être complète, de manière à empê-

cher toute portion de sang de couler le long de l'artère; elle devra être continuée jusqu'à ce que la blessure extérieure soit cicatrisée et que le tissu cellulaire et les lèvres de la plaie artérielle aient secrété de la lymphe, et enfin jusqu'à ce que cette lymphe se soit organisée et ait formé un solide moyen d'union entre les bords de l'incision; on se rappellera, en outre, que lorsque la plaie de l'artère est petite et sur la direction même du vaisseau, il n'y a rien à faire pour l'intervention chirurgicale après la première effusion du sang; la blessure est vite cicatrisée. Cette heureuse issue, quoique rare, n'est pas hors de tout espoir, et le grand objet du chirurgien doit consister à concentrer tous ses moyens pour l'obtenir.

SUR L'ANÉVRISME THORACIQUE; par M. POPHAM.

Ce mémoire est composé d'une série d'observations par lesquelles l'auteur cherche à établir les différentes variétés que peut présenter l'anévrisme thoracique. Voici ses conclusions: La présence d'une tumeur pulsatile sur le côté droit du cou n'est pas nécessairement liée à un anévrysme du tronc innominé ou de la carotide.

La partie de l'aorte où on rencontre le plus souvent de semblables tumeurs est la portion antéro-supérieure de la crosse de l'aorte avant la naissance du tronc innominé.

On observe dans ces cas les mêmes symptômes d'oppression du côté droit qui accompagnent les anévrismes du tronc innominé.

L'état actuel de la science ne permet pas d'établir un diagnostic différeotiel précis entre ces deux variétés d'anévrisme.

Aussi l'opération d'un anévrisme de l'artère innominée devient-elle très-chanceuse par suite de cette difficulté de diagnostic entre deux affections si rapprochées.

Lorsque cette portion de la crosse transversale est affectée, il n'est pas rare de voir survenir une guérison totale ou partielle.

Si le milieu ou la partie gauche de l'aorte est le siége de la maladie, les symptômes d'oppression se manifestent du côté gauche.

La compression du plexus brachial par le sac anévrismal ne détermine jamais ou très-rarement la paralysie complète et permanente de l'une ou des deux extrémités supérieures.

Dans deux autres observations rapportées par le docteur Popham, le sac anévrismal était porté vers le côté gauche de la poitrine et les symptômes d'oppression étaient principalement bornés à ce côté.

Après avoir relaté trois cas d'anévrisme de la portion descendante de l'aorte thoracique, l'auteur fait observer que, dans ces affections, on ne rencontre qu'un très-petit nombre de signes diagnostiques; la dysphagie peut être souvent le seul symptôme, les anévrismes de la portion descendante s'accompagnant habituellement de plus de désordres du côté de l'estomac que ceux de la crosse. La faiblesse comparative du murmure respiratoire du poumon gauche ou son absence partielle est dans ces cas-là un symptôme important à noter pour le diagnostic.

Il en est de même de la douleur profonde sourde que les malades ressentent dans le dos, mais elle peut manquer, bien qu'il y ait une érosion des vertèbres.

Dans les cas d'anévrismes situés derrière le cœur, la fréquence des battements du cœur n'est pas aussi prononcée que le voisinage d'une aussi grande cause d'irritation pourrait le faire supposer.

Les battements énergiques du cœur forment un contraste frappant avec la régularité et le calme du pouls au poignet, qui indiquent que ces phénomènes ne sont pas dus à l'hypertrophie de cet organe.

La saillie des côtes est aussi plus prononcée que dans l'hypertrophie du cœur.

La diastole est plus forte, plus régulière et perçue plus distinctement dans ces anévrysmes que dans l'hypertrophie on l'adhérence du péricarde.

En l'absence de toute tumeur pulsatile visible, la diminution ou l'absence du murmure respiratoire dans le poumon gauche avec matité, à la percussion au-dessous de l'épaule du même côté, la douleur dorsale pénétrante, profonde, limitée à la même région, et les pulsations énergiques du cœur, forment un groupe de signes diagnostiques dont la présence indique très-probablement un anévrisme derrière le cœur.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 22 SEPTEMBRE.—PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE.

SUR L'ACTION PHYSIOLOGIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DU COURANT GALVANIQUE CONSTANT SUR LES NERFS ET LES MUSCLES DE L'HOMME; par M. R. REMAK.

(Commissaires: MM. Andral, Rayer, Velpeau.)

Au mois de décembre de l'année passée, j'ai eu l'honneur de communiquer à l'Académie une note sur des contractions toniques des muscles produites chez l'homme au moyen des courants galvaniques constants. En poursuivant depuis ce temps ces expériences, je suis arrivé à mettre hors de doute que les contractions toniques ou continues qui surviennent dans un membre pendant le passage d'un courant constant par un tronc nerveux, soit dans les muscles antagonistes, soit dans les muscles animés par ce même nerf, sont de nature réflexe et peuvent par conséquent être produites aussi par l'excitation galvanique de certains nerfs cutanés. Il était donc démontré que l'excitation continue des fibres nerveuses sensibles qui, comme on le sait depuis Volta, se produit par l'action du courant galvanique continu, peut se transmettre chez l'homme jusqu'aux centres nerveux, et causer même des contractions continues des muscles qui sont en rapport avec les parties centrales excitées.

A la même époque, une autre série de recherches anatomiques et physiologiques m'avait conduit à essayer sur l'homme l'effet des courants électriques pour faire cesser des contractures. M. Édouard Weber avait trouvé dans des expériences sur la grenouille (1845) que les muscles deviennent plus souples par l'action du courant induit. La première expérience faite par moi (le 13 juin 1856) sur une femme souffrant depuis deux ans d'hémiplégie, avec contractures, confirmait en apparence ce résultat; mais je reconnus bientôt que les muscles délivrés de la contracture par le courant induit ne rentraient pas sous l'empire de la volonté. En conséquence, j'entrepris la même expérience (le 22 juin) en remplaçant le courant induit par le courant constant d'une batterie de vingt éléments de Daniell. Après avoir conduit le courant pendant quelques minutes par les muscles contracturés de l'épaule, j'eus la satisfaction d'observer qu'ils devenaient plus mous et commençaient à obéir à la volonté de la malade. En poursuivant ces expériences, toujours avec un succès croissant, sur la même personne pendant un mois, mon attention fut captivée par des phénomènes qui me forcèrent à supposer que la cessation des contractures n'est pas un fait simplement périphérique, mais qu'elle est causée par une excitation de centres nerveux. Par là mes recherches furent dirigées vers une application thérapeutique des contractions galvanotoniques découvertes par moi sur mon propre corps, et je continuai à essayer les effets du courant constant en guérissant un grand nombre de contractures rhumatiques, arthritiques et paralytiques, c'est-à-dire de celles qui se combinent avec l'hémiplégie cérébrale.

Dans le cours de ces traitements d'hémiplégies, il m'est arrivé plusieurs fois de voir que la paralysie de la face ou de la langue, ou même la faiblesse intellectuelle, s'était améliorée, quoique les courants galvaniques n'eussent été conduits que par les extrémités. Ainsi, il ne restait plus de doute que l'action du courant se transmettait aux centres nerveux, et je fus conduit à essayer la guérison de la chorée partielle et générale, puis des paraplégies, notamment de cette paralysie de la moelle épinière, qui est connue en Allemagne sous le nom de *tabes dorsalis*, et que l'on suppose ordinairement être causée par atrophie de la moelle épinière.

Je ne veux pas parler encore des succès étonnants que j'ai obtenus dans le traitement de ces maladies ainsi que de la paralysie de la vessie et du rectum; mais je dois dire, à cette occasion, que tous ces succès élargissant le point de vue où je m'étais placé jusqu'ici dans mes expériences, me portaient à croire que le courant constant est en état, non-seulement d'exciter les centres nerveux, mais de régler et de rétablir les actions des cellules ganglieuses centrales, en leur communiquant l'excitation périphérique des fibres nerveuses. On comprendra aisément comment, en suivant cette hypothèse, j'ai pu guérir même des névralgies des extrémités déjà très-anciennes et apaiser quelquefois des tremblements des membres, qui évidemment avaient une cause centrale.

Il y a même des faits qui permettent de supposer que les fibres nerveuses, et par conséquent les cellules ganglieuses pourraient, sous l'influence du courant constant, revenir à leur volume normal. Au moins j'ai observé plusieurs fois que les muscles atrophiés d'un membre s'augmentaient subitement de volume pendant que le courant traversait les troncs nerveux, et je ne peux pas croire que cet effet soit purement périphérique, parce que je ne l'ai observé que dans des cas où les muscles étaient sujets, pendant le passage du courant, à des tremblements ou des contractions violentes, qui, selon mes expériences physiologiques, doivent être considérées comme mouvements réflexes. D'autre part, il résulte des recherches microscopiques que j'ai faites pendant les dernières années, que la partie centrale des fibres nerveuses découverte par moi en 1837, et reconnue maintenant sous le nom de *cylindre d'axe de Purkinje*, qui lui a donné ce nom, peut se gonfler quand elle est délivrée de sa gaîne en présence de liquides, et perd cette propriété

endosmotique quelque temps après la mort, en subissant un endurcissement analogue à la rigidité cadavérique de la fibre musculaire.

Comme le nombre des malades qui faisaient l'objet de ces recherches ne dépasse pas encore deux cents, on ne me demandera pas d'entrer déjà dans des détails sur l'application méthodique des courants constants à la guérison de toutes les maladies nommées dans ce travail. Je veux dire seulement que la guérison des contractures rhumatismales, qui existent si souvent dans la classe ouvrière, est devenue un fait certain, qu'on peut quelquefois démontrer en quelques minutes, et que je me suis convaincu que l'on pourrait appliquer le courant galvanique à la guérison ou amélioration des déviations scoliotiques et du rétrécissement de la cavité pectorale, qui surviennent si souvent dans la jeunesse par contracture et par faiblesse des muscles respiratoires. Il s'agit, comme on voit, d'un problème important, c'est-à-dire d'agrandir la surface respiratoire et de prévenir, si c'est possible, les destructions pulmonaires en tant qu'elles sont occasionnées ou facilitées par un rétrécissement de la cavité pectorale.

— M. Milne Edwards dépose sur le bureau de l'Académie une lettre de M. le docteur Knox au sujet de ses travaux sur l'adaptation focale de l'œil. (Renvoyée à la commission chargée de l'examen des communications de MM. Rouget et Muller sur le même sujet, commission composée de MM. de Quatrefages et Cl. Bernard.)

Note sur le développement incomplet de l'une des moitiés de l'utérus et sur la dépendance du développement de la matrice et de l'appareil urinaire chez la femme ; par M. J.-A. Stoltz.

(Commissaires : MM. Serres, Velpeau, Coste.)

Ce mémoire, qui est très-étendu et accompagné de plusieurs planches exécutées avec beaucoup de soin, est terminé par le résumé suivant que nous reproduisons textuellement :

1° Il existe un vice de conformation de l'utérus qui consiste dans le développement incomplet d'une des moitiés de son corps, et par suite duquel cette moitié défectueuse ne se trouve plus en rapport de continuité avec la moitié complète que par un cordon charnu, aplati.

2° On reconnaît facilement ce vice de conformation aux caractères suivants ; *a*, la moitié ou corne incomplète est plus ou moins éloignée de la moitié complète, et comme isolée dans la duplicature du péritoine appelée ligament large ; *b*, elle consiste en un corps ovoïde, charnu, creux ; *c*, elle a des annexes, tantôt normalement, tantôt vicieusement conformés ou imparfaitement développés ; *d*, elle est en rapport avec la corne complète au moyen d'un cordon fibreux plus ou moins épais et long.

3° La corne complète présente une configuration particulière, dépendante de son isolement ; *a*, elle est ordinairement allongée, recourbée vers le côté auquel elle appartient, convexe du côté qui est dirigé vers la moitié incomplète ; *b*, son fond, au lieu d'être large, est plus ou moins acuminé ; *c*, c'est de cette espèce de sommet représentant l'angle que se détachent la trompe, le ligament de l'ovaire et le ligament rond, dont les insertions sont très-rapprochées.

4° Un col souvent volumineux termine inférieurement la corne complète. Celui de la corne incomplète est représenté par le cordon qui la rattache à la première. La cavité du col n'est en rapport direct qu'avec la corne parfaite ; la corne vicieuse s'y ouvre quand son cordon est canaliculé.

5° La conception et la grossesse sont possibles dans la corne incomplètement développée. Cette possibilité est subordonnée à l'existence d'un canal de communication entre la cavité de la corne incomplète et celle du col.

6° L'œuf fécondé ne peut cependant jamais arriver à maturité, parce que la poche dans laquelle il est renfermé n'a pas les éléments d'un accroissement suffisant. Elle se rompt du troisième au cinquième mois ; sa rupture est généralement mortelle.

7° Jusqu'à ce jour la grossesse dans la corne utérine incomplète a presque toujours été confondue avec la grossesse extra-utérine tubaire.

8° C'est le plus souvent à gauche qu'existe le vice de conformation organique en question.

9° Le développement incomplet de l'une des cornes utérines est quelquefois le seul vice de conformation qu'on rencontre sur le cadavre ; le plus souvent cependant on en découvre d'autres qui indiquent que ces anomalies se sont formées sous l'influence d'une cause commune.

10° Un défaut organique qui semble lié au développement incomplet d'une des cornes utérines, c'est l'absence du rein du même côté. La capsule surrénale existe toujours. L'absence d'un rein implique celle de l'uretère et entraîne un développement unilatéral de la vessie.

— M. Desayvre adresse pour le concours Montyon (médecine et chirurgie) des recherches sur les causes et le traitement de la phthisie pulmonaire ; il y joint, conformément à l'une des conditions imposées aux concurrents, une indication de ce qu'il considère comme neuf dans son travail.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 30 septembre. — Présidence de M. Bussy.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

1° Un rapport de M. le docteur Gaudet, médecin inspecteur des bains de mer de Dieppe, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1854. (Commission des eaux minérales.)

2° Les tableaux des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements du Var, du Nord et des Côtes-du-Nord. (Commission de vaccine.)

— La correspondance non officielle comprend :

Une lettre de M. Delfraysssé sur un moyen prophylactique de guérison de la péripneumonie épizootique du gros bétail. (Commissaires : MM. Renaut et Leblanc.)

Une lettre de M. le docteur Barbaste (de Romans), qui sollicite le titre de membre correspondant de l'Académie.

Une lettre de M. Gandin, qui informe l'Académie qu'il a réuni plusieurs séries d'animaux, afin de constater la puissance nutritive de son lait artificiel ou lait de bouillon. (Commission nommée, M. Boudet, rapporteur.)

Un mémoire de M. Guillaume Delenda, intitulé : Recherches théologiques et médicales sur les scrupules du alliance de la théologie et de la médecine. (Commissaire : M. Gueneau de Mussy.)

— M. le docteur Tholozan lit un travail intitulé : Recherches sur les maladies de l'armée d'Orient pendant l'hiver de 1854 a 1855. (Commissaires : MM. Grisolle, Barthe, M. Lévy.) (Voir plus haut.)

De la non-formation du sucre dans le tube digestif des animaux nourris exclusivement de viande.

M. A. Chauveau, chef des travaux anatomiques à l'école vétérinaire de Lyon, donne lecture d'un travail sur cette question : Se forme-t-il du sucre dans le tube digestif des animaux nourris exclusivement de viande?

On sait que la question avait été résolue, par M. Cl. Bernard, de la manière suivante : au commencement de la digestion d'un repas de viande, il n'existe point de sucre dans le sang de la veine porte ni dans les chylifères ; donc, la fabrication du glycose animal ne s'opère pas au sein du tube digestif, puisque cette substance n'aurait pu être absorbée que par les vaisseaux précités.

Mais M. Figuier trouve, dans les mêmes conditions, le sang de la veine porte plus ou moins sucré ; mais M. Collin constate également la présence du glycose dans les chylifères. Aussi tous deux affirment-ils la formation du sucre dans l'intestin ; et, de plus, le premier nie formellement le concours de l'activité du foie dans la génération de la matière sucrée.

Sans raconter toutes les oscillations qui l'ont porté tantôt vers une affirmation, tantôt vers une autre, M. Chauveau fait connaître un ensemble de faits nouveaux, qui, d'après lui, permettent de juger définitivement la question.

Et d'abord, on trouve du sucre dans le sang de la veine porte, alors qu'il n'en devrait pas exister, d'après M. Bernard, après douze heures comme après vingt-quatre heures de diète absolue.

Ce fait, une fois constaté par M. Chauveau, il mit des animaux herbivores et carnivores à la diète, et il put s'assurer, dans une première série de recherches, qu'au sixième jour de l'inanition, on rencontre du sucre dans le sang de la circulation générale et dans la lymphe, sur tous les points de l'économie.

Plus tard, il poursuivit ses investigations pour la période totale de l'inanition. En voici le résultat exposé en quelques mots : chez les animaux privés absolument d'aliments, recevant de l'eau pure pour toute boisson, le sucre existe dans les fluides nourriciers tant que la température du corps ne baisse pas sensiblement ; et il existe en quantité à peu près égale depuis le premier jusqu'au dernier jour de l'expérience. Aussitôt que revient le refroidissement signalé par M. Chossat, aux approches de la mort, le sucre disparaît du sang comme de la lymphe. Si les animaux meurent sans se refroidir, ce qui arrive parfois accidentellement, dans les espèces de grande taille, le glycose se retrouve encore dans ces deux fluides.

Cette relation remarquable entre la présence du sucre dans les humeurs nutritives et la température des animaux, est un fait extrêmement important et qui ne manque jamais.

Sur près de 100 analyses de sang ou de lymphe d'animaux soumis à l'inanition, trois fois seulement le sucre a manqué avant la période de refroidissement, et peut-être y a-t-il lieu d'attribuer à une cause accidentelle ces quelques faits négatifs.

Les procédés d'analyse de M. Chauveau sont les suivants : quand il opère sur la lymphe, il se borne à la faire bouillir avec un peu de sulfate de soude ; il filtre, il exprime et il essaye avec les réactifs.

Pour obtenir avec le sang une liqueur incolore et limpide, condition indis-

pensable de succès, il traite le sang à chaud par le noir animal (50 grammes de sang mélangés avant la formation du caillot avec 20 ou 30 grammes de noir animal bien lavé). Il chauffe doucement en remuant continuellement, et quand la coagulation est opérée, il ajoute 50 grammes d'eau distillée et une nouvelle quantité de charbon, en maintenant la masse en ébullition pendant dix minutes environ. Il jette sur un linge, il exprime et reprend le résidu avec 50 grammes d'eau, à deux reprises différentes, pour l'épuiser. Le liquide provenant de ces opérations est chauffé de nouveau avec un petit morceau de noir animal pour achever sa décoloration. On évapore doucement jusqu'à réduction de moitié, des deux tiers ou des trois quarts, et on filtre. La liqueur ainsi obtenue est toujours claire et limpide, le plus souvent aussi incolore que l'eau pure, parfois légèrement teinte en rose ou en jaune; elle contient tout le sucre du sang.

Ce procédé, d'une exécution facile, permet des analyses quantitatives aussi précises qu'avec celui de M. Figuier, surtout si l'on agit toujours avec les mêmes quantités de sang, de charbon et d'eau, de manière à obtenir des résultats tout à fait comparatifs entre eux.

M. Chauveau a toujours soin de n'employer qu'une faible quantité du réactif cupro-potassique, de 3 à 5 centimètres cubes, suivant l'état de concentration de la liqueur. Un liquide notablement sucré peut ne donner aucun précipité, si on l'essaye avec une quantité trop considérable de réactif. C'est ainsi que M. Bernard a pu trouver le glycose dans les veines sus-hépatiques, où il y en a beaucoup, et nier ailleurs l'existence de cette substance.

Quand il veut déceler la présence du sucre par la fermentation, M. Chauveau opère sur 200 à 300 grammes de sang, à cause du peu de sensibilité de ce procédé, et il concentre ses liqueurs autant que possible, concentration qu'il achève au bain-marie.

Si le sang et la lymphe sont partout sucrés chez les animaux soumis à l'inanition, la présence du glycose dans la veine porte et dans les chylifères, pendant la digestion d'un repas de viande, ne prouve pas, comme l'ont avancé MM. Figuier et Colin, que le sucre a été fabriqué dans le tube intestinal. Cette preuve ne pourrait être faite aujourd'hui qu'en montrant, après le repas, le sang des vaisseaux efférents du canal digestif, chargé d'une proportion de sucre plus considérable que celui des autres vaisseaux veineux et lymphatiques de l'économie, et il est difficile de croire qu'on puisse y arriver. D'ailleurs, ce prétendu sucre engendré dans le canal digestif n'a jamais été retrouvé dans les matières chymeuses.

Mais, dira-t-on, si les vaisseaux afférents de la glande hépatique, artères et veines, y amènent incessamment du glycose, peut-on affirmer que la matière sucrée rencontrée dans les vaisseaux efférents ait été formée par le tissu de cette glande?

Sans doute, puisque l'expérience enseigne que le sang des vaisseaux efférents renferme toujours plus de sucre que le sang des vaisseaux afférents. Et ce serait à tort qu'on a expliqué cette différence en plus par la stagnation forcée du sang dans le tissu très-sucré du foie, avant son évacuation. M. Chauveau, pour mettre à néant cette fin de non-recevoir, a institué un procédé qui permet d'extraire le sang des vaisseaux efférents du foie dans les conditions de la circulation normale.

Frappé de la disposition anatomique que présentent chez les solipèdes et chez les ruminants les vaisseaux sus-hépatiques à leur embouchure dans la veine cave, M. Chauveau a pensé qu'il serait possible d'entrer dans l'un de ces vaisseaux, sur l'animal vivant, sans lui faire subir une mutilation capable de compromettre sa vie, ni même de troubler gravement sa santé, en employant une longue sonde introduite dans la veine jugulaire, tout à fait à l'entrée de la poitrine, puis dans la veine cave antérieure, l'oreillette droite et la veine cave postérieure. L'expérience a prouvé que ce mode de cathétérisme était non-seulement possible, mais, de plus, facile, du moins chez les animaux ruminants. Dernièrement encore, j'ai pu l'essayer et le réussir pleinement chez une chèvre, en présence de M. H. Bouley, à Alfort.

Le sang que cette aspiration permet d'extraire des vaisseaux efférents du foie, ne subissant aucune stagnation dans cette glande, ne peut s'y imprégner anormalement du sucre qu'elle contient dans sa trame parenchymateuse, et celui qu'il renferme représente bien réellement la glycose du sang sus-hépatique dans l'état physiologique. Et l'analyse démontre que ce fluide est toujours beaucoup plus sucré que le sang recueilli sur les autres points de l'appareil circulatoire, moins cependant que ne l'a cru M. Bernard. Le sucre qu'on y trouve en excédant a donc été fabriqué de toutes pièces dans le foie; je ne sais par quel faux-fuyant il sera possible maintenant d'éviter cette conclusion.

Dans quel lieu se produit la destruction du sucre qui vient incessamment remplacer celui qui se produit dans l'économie?

Le sang du cœur gauche se montrant à peu près aussi sucré que celui du cœur droit, quand on a soin de prendre celui-ci dans l'artère pulmonaire, le sucre ne se détruit, à aucun moment, en quantité appréciable pendant le passage du sang à travers le poumon. Le glycose des artères étant un peu plus abondant que celui des veines, il faut admettre que le sang se dépouille ainsi, en traversant le réseau capillaire, d'une certaine proportion de sucre, dont une partie passe dans les lymphatiques, pendant que l'autre disparaît définitivement de l'appareil circulatoire, en produisant un déficit comblé par la sécrétion glycogénique du foie.

Comme conclusion générale de son travail, M. Chauveau énonce que le foie fabrique du sucre, et qu'il ne s'en développe point dans l'intestin.

Les données expérimentales que MM. Figuier et Colin élèvent contre M. Bernard ne se trouvent pas contredites, à proprement parler, par les recherches de M. Chauveau; mais celui-ci démontre que ces données, qu'ils ont prises pour base de leur système théorique, sont tout à fait insuffisantes à le soutenir, tandis qu'elles ne portent point manifestement atteinte à la belle conception de M. Bernard. (Commiss. : MM. Bouley, Bussy, Bérard.)

NOUVELLE MÉTHODE D'ANALYSE QUALITATIVE DE L'IODE ET DU BROME.

M. O. Henry fils, en son nom et au nom de M. Humbert, donne lecture d'une note sur une nouvelle méthode pour reconnaître l'iode et le brome.

Qu'on prenne un produit chargé d'iodure ou de bromure, ou même de l'un et de l'autre de ces composés et qu'on le mélange exactement avec du cyanure de mercure ou d'argent, du peroxyde de manganèse et du sable, qu'on l'introduise dans un appareil approprié disposé de manière à dessécher les vapeurs et à les recueillir dans un tube effilé; puis, qu'après avoir ajouté une petite quantité d'acide sulfurique pur pour faire seulement une pâte presque sèche, on vienne à échauffer très-doucement, on ne tarde pas à voir se former dans le tube des vapeurs blanches qui se déposent en aiguilles fines et soyeuses ou quelquefois seulement sous forme d'une poudre blanche qui tapisse les parois de ce tube. Ces aiguilles ou cette poudre (souvent aiguillée aussi vue à la loupe) sont les iodure ou bromure de cyanogène. On peut les recueillir en soudant les deux extrémités du tube où elles se sont condensées, et pour s'assurer de leur nature il suffit de les dissoudre dans un peu d'eau, d'y mêler la solution d'amidon récemment préparée et quelques fragments de sulfite de soude; on voit avec l'iodure de cyanogène un iodure bleu d'amidon se produire progressivement. Quand on a affaire au bromure de cyanogène, il faut ajouter une couche d'éther sulfurique et agiter; ce menstrue se colore rapidement en jaune ou en jaune orangé. Enfin, dans le cas de mélange, le double effet se manifeste, iodure bleu qui se précipite, éther jaune bromé qui surnage.

Cette manière d'opérer permet de reconnaître de petites quantités des produits cherchés et surtout de les isoler purs et nettement détachés pour les montrer : avantage que présentent moins facilement d'autres méthodes où l'on n'arrive à déceler l'iode qu'avec des colorations quelquefois peu distinctes, contestables alors, ou bien on se trouve forcé de multiplier les essais. Ici on obtient la substance cherchée, isolée, en un composé nettement cristallisé et dont un essai ultérieur démontrera la nature.

Cette manière de procéder assez simple a offert quelquefois des difficultés, et nous avons cru pour cette raison devoir modifier le mode d'exécution. Dans ce but, pour rendre plus volatils le brome et l'iode, nous les avons combinés au chlore, de manière à les transformer en chlorures d'iode et de brome, corps très-volatils que l'on obtient par l'action du chlore sur les iodures et les bromures.

Ce procédé auquel nous donnons la préférence lorsque les quantités de bromures et d'iodures à déceler sont notables, est le suivant : On introduit les résidus dans un petit ballon avec du peroxyde de manganèse et une petite quantité d'acide chlorhydrique; un tube de dégagement amène les vapeurs chlorées (chlorure de brome et d'iode), préalablement desséchées sur du chlorure de calcium, dans une petite cornue contenant un mélange bien sec de sable et de cyanure de mercure; le tube doit arriver à la surface du mélange, lorsque le ballon ne dégage plus de vapeur, on interrompt la communication avec la cornue, on bouche cette dernière, et on la chauffe légèrement avec une lampe à alcool. Les aiguilles cristallisées d'iodure et de bromure de cyanogène viennent se condenser dans un long tube convenablement refroidi et communiquant avec le col de la cornue; ce tube peut être fermé à ses deux extrémités et contenir ainsi la preuve certaine de l'existence des produits cherchés. Ce procédé, convenable quand on opère sur des quantités un peu notables, ne suffirait pas quand on ne dispose que d'une très-faible proportion de matière. Dans ce dernier cas, il est indispensable pour éviter les pertes de faire, dans un tube fermé à la lampe, un mélange général de toutes les substances (résidus, peroxyde de manganèse, sable, cyanure de mercure et acide chlorhydrique), de chauffer légèrement ce tube, et de recevoir dans une petite éprouvette refroidie les produits volatils dégagés.

Le plus souvent, contre les parois de cette dernière, on voit les aiguilles se former en même temps qu'à la partie inférieure se condense une couche liquide.

Il peut se faire que cette liqueur contienne à l'état de dissolution tous les produits iodés et bromés, une légère élévation de température suffira pour les dégager et leur faire affecter l'état cristallisé.

Dans le cas où il ne se forme pas d'aiguilles visibles à l'œil nu (1), ce qui suppose des traces infinitésimales d'iode et de brome, l'emploi déjà mentionné plus haut de l'amidon, de l'éther hydrique et du sulfite de soude ne laissera aucun doute sur la présence de ces métalloïdes.

Nous trouvons encore dans la différence de volatilité du bromure et de l'iodure de cyanogène un moyen très-simple de les séparer; en plaçant le tube où sont disséminés ces cristaux dans un bain d'eau à 25 ou 30° c., on ne tarde pas à voir le bromure de cyanogène, volatil à + 15° c., venir se condenser dans la portion supérieure et refroidie du tube, tandis que l'iodure, qui ne bout qu'à 45° c., reste à la partie inférieure.

Après cette exposition de nos procédés, nous allons avoir l'honneur de re-

(1) Dans l'analyse de certains produits très-pauvres en iode, nous avons obtenu des cristaux microscopiques que l'on ne découvrait qu'à l'aide d'une forte loupe.

later en peu de mots les recherches pratiques auxquelles nous nous sommes livrés pour contrôler notre méthode.

Nos premières investigations ont eu pour but de retrouver l'iode et le brome dans différentes eaux minérales ; nous avons réussi, que ces eaux fussent riches ou pauvres en ces deux principes minéralisateurs.

Mais ce n'est pas seulement dans ce genre d'analyse que le procédé que nous proposons peut rendre des services. Toutes les fois qu'il s'agira soit après des médications où l'on en a fait usage, soit dans des recherches médico-légales de retrouver l'iode ou le brome, nous croyons qu'il peut être employé avec succès.

Dans ce but nous avons prié notre ami M. Alfred Fournier, interne de M. Ricord, de nous faire remettre de l'urine de malades soumis à des traitements variés par les iodures de mercure et de potassium.

Nous avons dû à son obligeance l'envoi de plusieurs échantillons dans lesquels nous avons reconnu l'iode; quatre de ces malades prenaient par jour 15 centigr. de proto-iodure de mercure. En opérant sur 750 grammes de liquide, nous avons obtenu des résultats convaincants. Le cinquième faisait usage de 3 grammes d'iodure de potassium par jour ; il nous a suffi d'expérimenter sur 50 grammes de son urine.

L'un de nous, après la prise d'un décigramme d'iodoforme, reconnut l'iode dans 200 grammes d'urine et avec la plus grande netteté.

Enfin nos expériences ont encore été couronnées de succès en prenant pour base de nos recherches des crachats de malades traités par l'iodothérapie dans le service de M. le professeur Piorry.

Conclusions. En résumé, nous pensons que ce nouveau moyen de recherche peut être utile à plus d'un titre :

1° En permettant de reconnaître le brome et l'iode dans tous les produits où ils existent, là même où d'autres méthodes n'auraient donné que des résultats incertains :

2° Que grâce à lui on obtient toujours à l'état de composé très-purs et dont il est facile de reconnaître la nature, les deux métalloïdes dont nous nous occupons. Nous n'avons pas à craindre que la présence de composés organiques déjà colorés vienne masquer les réactions.

3° Nous croyons enfin que, dans certains cas, on pourra non-seulement reconnaître l'iode et le brome, mais encore les doser, si l'on a pris soin de peser avant et après l'opération les tubes où se sont condensés les produits. (Commissaires : MM. Wurtz, Guérard, Chevallier.)

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE MAI 1856; par M. le docteur A. VULPIAN, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — Anatomie.

1° Description d'un nouveau ligament du ligament cubito-radial antérieur et supérieur ; par M. B. Béraud.

Les deux os de l'avant-bras sont solidement unis, non-seulement par des ligaments, mais encore par des muscles et par des aponévroses qui se portent de l'un à l'autre.

Les ligaments sont très-puissants et très-nombreux, soit à l'extrémité supérieure du radius et du cubitus, soit à l'extrémité inférieure, ou bien encore dans la partie moyenne de ces deux os. On connaissait bien le ligament interosseux, le ligament annulaire, la corde de Weibrecht, le ligament triangulaire, quand M. Denucé est venu signaler un nouveau ligament auquel il a donné le nom de *ligament carré radio-cubital* (Mémoire sur les luxations du coude. Paris, 1854, p. 20). Je viens aujourd'hui grossir encore la liste si nombreuse des ligaments qui unissent le radius et le cubitus. Voici la description de ce ligament que nous nommerons *ligament cubito-radial antérieur et supérieur*.

Il est *situé* au-dessous de l'articulation du coude en avant des deux os de l'avant-bras, au-dessus de la tubérosité bicipitale du radius et au-dessous du tendon du biceps.

Il se *dirige* obliquement de haut en bas, de dedans en dehors, mais cette obliquité est peu prononcée, de sorte que l'axe de ce ligament est presque parallèle à l'axe du radius.

Sa *forme* paraît d'abord arrondie ; au premier aspect, on croirait on dirait une corde se portant du cubitus au radius. Mais un examen plus attentif fait bientôt voir que l'on n'avait vu le ligament que par un de ses bords. En effet, ce lien fibreux a une forme triangulaire et se trouve placé de champ dans l'espace qui se trouve au-dessus de la tubérosité bicipitale du radius. Nous pouvons lui considérer deux faces : l'une est interne, l'autre est externe; et trois bords : l'un supérieur, l'autre inférieur, et le dernier, enfin, est antérieur; c'est celui qui est libre et se montre quand on a enlevé le tendon du biceps et sa synoviale.

Son *volume* est très-considérable ; ce n'est pas un de ces ligaments que le scalpel puisse fabriquer et qu'un œil un peu complaisant admet ensuite; non, il s'agit d'un lien qui est aussi puissant, je ne crains pas de le dire, que le ligament latéral externe de l'articulation fémoro-tibiale. Son bord libre a 3 à 4 millimètres d'épaisseur.

Son *étendue*, mesurée d'avant en arrière, c'est-à-dire de son bord libre vers son sommet, est de plus d'un centimètre.

Sa *longueur* à son bord libre est de plus de 2 centim. ; il va en diminuant de longueur à mesure que l'on s'approche du fond de l'espace interosseux. Il faut remarquer que sa face interne est plus longue que sa face externe.

Il *s'insère en haut* au cubitus dans les points suivants : 1° au-dessous de l'apophyse coronoïde de cet os dans une hauteur qui correspond à celle de la petite cavité sygmoïde de cet os ; 2° par ses fibres les plus internes, il s'insère au tiers externe de la face inférieure de l'apophyse coronoïde; 3° quelques-unes de ses fibres superficielles vont se confondre avec celles du ligament antérieur de l'articulation du coude.

En bas, il vient s'insérer sous le radius, au-dessous de son col, immédiatement au-dessus de la tubérosité bicipitale du radius qu'il contourne dans toute la moitié de sa circonférence externe. C'est à cause de ces insertions que nous lui avons donné le nom de *ligament cubito-radial antérieur et supérieur*.

Rapports.—Par sa *face interne*, ce ligament est en rapport, de haut en bas, avec le brachial antérieur, la face externe du cubitus, la racine de l'apophyse coronoïde de cet os, puis avec la face profonde du biceps, au moment où il va s'insérer à la tubérosité bicipitale. C'est dans ce point qu'il se met en rapport avec la synoviale bicipitale et qu'il la bride.

Par sa *face externe*, le ligament cubito-radial antérieur et supérieur est en rapport de haut en bas d'abord avec le ligament annulaire du radius, puis avec le radius et le court supinateur.

Par son *bord libre*, il est recouvert par le brachial antérieur et le tendon du biceps qui, dans ce point, s'élargit un peu.

Par son *sommet*, il se trouve en rapport avec les muscles qui existent à la partie postérieure de l'avant-bras et avec le bord inférieur du ligament de M. Denucé.

Usages. — Disons d'abord que ce ligament, en raison de son volume, doit avoir une grande force de résistance et doit puissamment contribuer à unir les deux os de l'avant-bras.

Il est surtout destiné à agir dans les mouvements de rotation du radius sur le cubitus. On comprend de suite que son axe étant parallèle à celui du radius, il pourra permettre ce mouvement tout en servant de moyen d'union aux deux os. Mais ce mouvement de rotation est le résultat de la supination et de la pronation ; comment se comporte le ligament que nous décrivons dans ces deux mouvements ?

Si l'on porte la main dans la pronation, le radius tourne sur sa tête de dehors en dedans, la tubérosité bicipitale qui était très-apparente et presque antérieure devient de plus en plus interne, et elle tend à pénétrer dans l'espace interosseux.

Dans ce mouvement, l'extrémité inférieure de notre ligament se rapproche de la ligne médiane de l'avant-bras, et par conséquent de son extrémité supérieure, d'oblique qu'il était, il devient parallèle, et alors on comprend très-facilement qu'il ne soit pas tendu dans ce mouvement. On dirait que le radius tourne autour de l'axe de ce ligament. La plus grande pronation possible ne tend pas ses fibres superficielles, les profondes seules sont un peu tiraillées et résistent alors.

Dans la supination, au contraire, l'extrémité inférieure de ce ligament se porte en dehors. Mais comme il est inextensible, il résiste et empêche une supination trop grande. L'usage de ce ligament est donc de limiter la supination.

Avant de finir, un mot sur l'existence de ce lien fibreux. On ne le rencontre pas chez tous les sujets; de là sans doute l'oubli dans lequel il était. Les recherches que nous avons faites dans les auteurs nous ont convaincu qu'il n'avait été signalé ni décrit par aucun anatomiste. En raison de son importance physiologique et du rôle qu'il peut avoir dans les luxations du coude, nous avons cru devoir en faire une description aussi exacte que possible.

2° Note sur le perchlorure de fer comme moyen de conservation et de préparation des pièces anatomiques; par M. Vulpian.

Le perchlorure de fer peut être employé comme moyen de conservation et même quelquefois comme moyen de préparation. Des pièces anatomiques placées dans une solution convenablement étendue de perchlorure sont parfaitement et entièrement garanties de la putréfaction. Lorsque je parlai de ce procédé à la Société anatomique, j'avais indiqué la solution suivante : perchlorure de fer liquide à 45°, une partie; eau, 15 parties. Mais cette solution est trop chargée de sel, et produit, dans beaucoup de tissus, une forte corrugation. Je crois qu'il vaudrait mieux, pour la plupart des pièces, employer une solution formée de 1/50 seulement de perchlorure de fer à 45°. Ce liquide a de nombreux avantages : il est désinfectant, et, de plus, il ne laisse pas en général se former à sa surface ou sur les pièces ces moisissures qui se développent si souvent lorsqu'on se sert d'acide chromique ; mieux que cet acide, il conserve les couleurs des tissus ; enfin, beaucoup d'éléments anatomiques sont reconnaissables. Les fibres musculaires, les fibres nerveuses, souvent même les épithéliums sont dans ce cas. Je parlerai plus loin des inconvénients. Dans une solution plus concentrée, contenant 1/15, 1/10 de perchlorure à 45°, on conserve très-bien les centres nerveux.

Certains tissus peuvent aussi y garder leur aspect et leur structure, le tissu pulmonaire est du nombre. Mais quand on veut se servir de la solution au 10e, il est préférable de ne pas l'employer dès les premiers moments, car elle pourrait durcir rapidement les couches extérieures des tissus mis en contact avec elle, et former ainsi un obstacle qu'elle ne pourrait plus franchir pour pénétrer plus profondément. Il vaut mieux, le premier jour, mettre les pièces anatomiques dans une solution au 20e ou même au 30e, et augmenter ensuite progressivement la proportion.

C'est pour le système nerveux que j'ai surtout employé le perchlorure de fer, et c'est dans ce cas qu'il peut servir de moyen de préparation. Après de nombreux essais, je dois déclarer que je regarde ce moyen comme inférieur à l'acide chromique. Cependant il est utile d'avoir plusieurs procédés qui puissent se contrôler réciproquement, et c'est pour cela que je propose le perchlorure de fer. Des portions de moelle épinière de cheval, de vache, de mouton, après une immersion dans une solution au 12e environ, pendant six semaines, deux mois, ont été étudiées à l'œil nu, à l'aide de coupes. On voit alors très-nettement la forme de la substance grise, les diverses radiations qui, de ses bords vont à la périphérie de la substance blanche, entre autres les fibres des racines antérieures. On voit également bien les commissures, le canal central et les entre-croisements. Le perchlorure de fer, mieux que l'acide chromique, fait ressortir certaines particularités : la substance gélatineuse de Rolando se distingue parfaitement. Mais il est bien plus difficile de faire des coupes minces sur les moelles préparées par le perchlorure, que sur celles qui ont été traitées par l'acide chromique. Cependant sur quelques coupes, j'ai pu reconnaître et montrer les fibres nerveuses provenant des racines antérieures. J'ai été frappé d'une circonstance qui a dû attirer l'attention de plus d'un observateur. Quelle que soit la minceur des coupes que l'on fait sur la moelle, et quel que soit leur nombre, sur chaque coupe, à la face inférieure et à la face supérieure, on retrouve toujours ces fibres allant de la surface de la moelle à la substance grise, et commençant à la périphérie de la moelle à peu près au niveau de l'insertion des racines antérieures. De cette remarque, je conclus ou bien que toutes ces fibres n'appartiennent pas au système des racines antérieures, on bien que ces racines, au point où elles se détachent de la moelle, sont si nombreuses qu'elles sont exactement contiguës. Je parle en ce moment surtout de la moelle épinière du cheval. D'ailleurs il est bien certain que les radiations si nombreuses que l'on voit, de la limite de la substance grise, se diriger vers la périphérie de la moelle, ou vers les sillons, n'appartiennent pas toutes aux racines antérieures ou postérieures, comme cela est indiqué immédiatement par leur direction. Beaucoup d'entre elles sont des traînées vasculaires ou cellulaires ; quelques-unes, formées par des tubes nerveux, viennent peut-être des faisceaux blancs de la moelle ; d'autres font partie de la commissure antérieure. Je dois dire pourtant que les lignes blanches les plus larges vont en grande partie aux racines antérieures.

Le perchlorure de fer peut rendre, je crois, de grands services à l'étude des tubes nerveux. J'ai fait voir à la Société de biologie que si l'on examinait un nerf qui a été plongé pendant un mois dans la solution assez concentrée que j'ai indiquée plus haut, on trouvait tous les tubes nerveux dans un état parfait de conservation. La membrane d'enveloppe demeure transparente ; la substance médullaire se coagule, il est vrai, mais sans devenir opaque et sans faire subir au tube nerveux la moindre altération de forme. En écartant les tubes nerveux avec des aiguilles, on en brise toujours quelques-uns, et alors on peut voir, mieux peut-être que par toute autre préparation, les cylindres axiles. On aperçoit souvent des fibres qui, sur une partie de leur longueur, ont été dépouillées de leur membrane d'enveloppe et de leur moelle. Dans ce point n'existe plus que le cylindre qui, à ses deux extrémités, s'enfonce dans le tube nerveux. Souvent même la membrane d'enveloppe et la substance médullaire sont devenues assez transparentes pour que l'on puisse reconnaître le cylindre axile au milieu d'elles. On pourrait, en mettant en usage ce moyen de préparation, chercher à contrôler les opinions de MM. Valentin et Remak, et surtout de M. Stilling (Académie des sciences de Paris, séance du 12 novembre 1855). J'ai bien vu, en répétant ses observations, les particularités qu'il indique; mais je ne suis pas convaincu de l'exactitude de son interprétation. Dans les tubes nerveux soumis pendant quelques semaines à l'action de l'acide chromique ou du perchlorure de fer en solution, la substance médullaire se coagule bien certainement, et cette coagulation peut se faire en masse homogène et continue, ou produire, par des ruptures multiples, de petits fragments de formes diverses. Je serais tenté d'attribuer à des petits fragments formés de cette façon l'apparence de tubes déliés, allant du cylindre axile à la membrane d'enveloppe.

Des tubes nerveux de largeur à peu près égale m'ont présenté des cylindres axiles de largeur très-variable. Les bords de ceux-ci sont tantôt réguliers, tantôt légèrement irréguliers.

Dans le cerveau et les masses médullaires, les fibres nerveuses se voient très-difficilement dans leur état d'intégrité. Par suite de l'absence de membrane enveloppante, la substance médullaire se disperse lorsqu'on fait la préparation, et presque toutes les fibres nerveuses se présentent à l'état de cylindres axiles.

L'acide acétique seul ou aidé de l'acide sulfurique étendu de moitié d'eau, donne plus de transparence aux préparations faites au moyen du perchlorure de fer.

Il faut avoir soin de prendre le cerveau ou la moelle épinière aussi rapidement que possible après la mort, et de les plonger aussitôt dans le liquide conservateur.

Les pièces préparées doivent être laissées dans le liquide qui a servi à les préparer.

On pourrait se servir de solutions de perchlorure de fer pour les embaumements, si cette substance ne communiquait pas à tous les tissus et à la peau en particulier, une teinte jaune assez foncée. Peu de liquides rendraient les tissus aussi inaltérables.

La solution de perchlorure de fer a des inconvénients qui peuvent s'opposer à ce qu'elle devienne d'un emploi ordinaire. Elle détériore le linge et attaque les instruments de dissection beaucoup plus qu'aucun autre liquide conservateur.

II. — Physiologie.

1° Innocuité de l'hydrogène sulfuré introduit dans les voies digestives; cause de cette innocuité démontrée par l'expérience; par M. Cl. Bernard.

M. Cl. Bernard rappelle que l'hydrogène sulfuré, absorbé par les voies respiratoires, est un agent éminemment toxique; tandis qu'il peut être introduit impunément dans les voies digestives, comme on le voit tous les jours chez les personnes qui boivent des eaux sulfureuses.

Quelle est la raison de cette différence entre des résultats produits par le même gaz ? Ne serait-il pas absorbé par les membranes du tube digestif? Ou faut-il chercher une autre explication? M. Bernard a élucidé cette question par l'expérience. La condition nécessaire pour qu'une substance toxique exerce une action délétère sur l'économie, c'est que cette substance arrive dans le système artériel qui la porte dans la profondeur des tissus, où se passent, en définitive, toutes les actions physiologiques et toxiques. Si la substance s'élimine avant d'arriver dans le système artériel, tant qu'elle est encore dans le système veineux, quel qu'ait été, d'ailleurs, le lieu d'absorption, on n'observe aucun phénomène d'empoisonnement. Si le gaz hydrogène sulfuré est introduit dans les poumons, soit par voie d'inspiration, soit injecté sous forme de dissolution, il passe directement dans le sang artérialisé des veines pulmonaires, et l'action toxique se manifeste : s'il est introduit dans l'estomac, on par le rectum dans l'intestin, il est absorbé par les radicules de la veine porte, passe de là dans la veine cave, puis dans le cœur droit, dans l'artère pulmonaire qui le conduit aux poumons, où il s'exhale, en totalité ou en partie, sans qu'il puisse pénétrer dans le sang rouge; alors il n'y a pas d'empoisonnement. M. Cl. Bernard fait l'expérience suivante devant la société. Il introduit une petite quantité d'eau saturée d'hydrogène sulfuré dans le gros intestin d'un chien, à l'aide d'une seringue. Au bout de quelques instants, il place devant les narines du chien un papier imbibé d'une solution d'acétate de plomb, et l'on voit ce papier noircir. Il se forme du sulfure de plomb par le contact de l'air expiré par l'animal et de l'acétate de plomb. Le chien exhale donc par les poumons l'hydrogène sulfuré introduit dans le gros intestin : d'ailleurs il ne paraît éprouver aucun malaise. M. Cl. Bernard fait remarquer qu'on pourrait se servir de ce moyen pour mesurer la rapidité de l'absorption, et du transport d'une substance absorbée aux poumons.

2° Observations sur la section de la moelle épinière ; par M A. Waller.

M. Waller présente à la société un cochon d'Inde sur lequel il avait pratiqué la section complète de la moelle épinière, au niveau de la 2e vertèbre lombaire, environ sept semaines auparavant. Il fait remarquer sur cet animal une bande ou zone étroite du corps au niveau de la section, sur laquelle on constate qu'il existe une sensibilité exagérée. Cette zone hyperesthétique qui entoure circulairement le corps, paraît plus nettement tranchée sur les parties latérales et postérieures du corps que sur la partie antérieure.

On constate cet excès de sensibilité au moyen d'une légère irritation sur cette région, où elle produit des cris de l'animal, tandis que sur le reste du corps situé en avant de la section, le même degré d'irritation ne produit point de cris. En arrière de cette zone hyperesthétique, la peau ne présente presqu'aucune sensibilité, et les mouvements qu'on produit sont presque exclusivement dus à une action reflexe. Ce qui caractérise donc cette bande est : 1° sa situation intermédiaire entre la région de sensibilité du segment céphalique de la moelle épinière, et la région d'anesthésie du segment caudal de la moelle; 2° son excès de sensibilité supérieure à celle de tout le reste du corps; 3° sa forme circulaire et ses limites assez nettement circonscrites.

M. Waller a constaté ce fait sur plusieurs animaux de cette espèce, sur lesquels il dit l'avoir constaté sans exception, depuis qu'il a eu son attention portée sur ce sujet. Sans prétendre, dès à présent, fixer exactement l'époque à laquelle cette hyperesthésie se déclare, il dit l'avoir trouvée dix à douze jours après l'opération, et pendant sept semaines, après lesquelles le degré de sensibilité est moins prononcé qu'à une période moins avancée.

M. Waller indique, en outre, le degré d'intérêt qu'il y aurait à constater si les mêmes symptômes se présentent sur l'homme dans des conditions semblables de la moelle épinière.

III. — Anatomie pathologique.

Altération graisseuse de l'épithélium dans toute l'étendue d'un poumon tuberculeux; par M. Vulpian.

Sur un sujet mort de phthisie pulmonaire, j'ai trouvé dans un des poumons une lésion qui a attiré mon attention et qui me paraît peu connue.

Les deux poumons sont criblés de tubercules à différentes périodes d'évolution, mais il n'y a pas de granulations grises. Le poumon droit offre une très grande caverne au sommet, et plusieurs cavernes de moindres dimensions. Dans le poumon gauche se rencontrent de nombreux tubercules plus ou moins volumineux et plus ou moins ramollis, et plusieurs cavernules. En coupant ce poumon, on est frappé de sa consistance; en effet, le tissu pulmonaire est, dans toute l'étendue de l'organe, plus ferme et plus dense qu'à l'état normal, bien que ce caractère ne soit pas très-accusé. Au premier coup d'œil, j'avais cru qu'il s'agissait là d'une de ces pneumonies chroniques qui accompagnent si fréquemment les tubercules; et qui se développent en général à la périphérie de ces produits morbides. Mais un examen plus approfondi m'a fait reconnaître mon erreur. J'ai constaté que le tissu cellulaire interlobulaire s'était considérablement hypertrophié et qu'il formait des cloisons épaisses, dessinant à la surface des coupes un réseau grisâtre à larges mailles et circonscrivant des portions plus ou moins grandes de tissu pulmonaire. Chaque portion ainsi encadrée sur la coupe, et enveloppée dans une sorte de sac polyédrique, si on se représente la disposition non plus sur les coupes, mais dans l'épaisseur du poumon, renferme un ou plusieurs tubercules, et quelquefois n'en contient aucun. Ces petits compartiments de tissu pulmonaire ont de 1 à 2 centimètres de côté sur les coupes pratiquées, et sont irrégulièrement quadrilatères. Dans ceux où l'on trouve des tubercules, ceux-ci peuvent n'occuper que la vingtième partie de leur volume, et d'autres fois jusqu'à la moitié. Dans tous ces petits lobes, contenant chacun un certain nombre de lobules pulmonaires, le tissu pulmonaire a subi une altération qui s'est produite dans toute l'étendue du poumon, et partout presque au même degré.

On aperçoit sur les coupes un semis très-fin de petites taches très-petites, ayant tout au plus un quart de millimètre de long sur un cinquième de millimètre de large, d'une couleur gris jaunâtre, et très-rapprochées les unes des autres.

Dans certaines parties, ces taches sont moins confluentes. On aperçoit, en outre, de petits points noirs foncés de pigment pulmonaire.

L'examen microscopique à un faible grossissement montre d'une façon beaucoup plus nette les taches qui viennent d'être mentionnées, et, vues ainsi par réfraction, elles paraissent obscures et noirâtres. On distingue déjà qu'elles ne sont pas dues à un dépôt confus de particules sombres, mais bien à de petits amas assez rapprochés les uns des autres. En un mot, chaque tache semble formée d'un cul-de-sac pulmonaire plus ou moins élargi, peut-être de plusieurs, et dont l'épithélium serait altéré.

La plupart des culs-de-sac ainsi modifiés sont limités par des faisceaux de fibres élastiques, et, de plus, recouverts par un réseau élégant et serré de vaisseaux sanguins.

Comme je l'ai dit plus haut, on aperçoit des culs-de-sac qui ont leur aspect normal, et même, dans les culs-de-sac altérés, l'altération ne porte pas toujours sur tout l'épithélium.

A un grossissement plus considérable, les détails deviennent plus nets. Les culs-de-sacs pulmonaires sont bien, comme je l'ai dit, tapissés d'un épithélium modifié. La modification est profonde : chaque cellule épithéliale est gonflée, devenue sphéroïdale, ce qui est une des premières et des plus constantes altérations que subit, en général, l'épithélium pavimenteux; de plus, elles renferment un très-grand nombre de granulations très-petites, très-réfringentes, que l'acide acétique ne modifie pas, et qui sont, bien certainement, de nature graisseuse.

Outre cette altération, que l'on trouve aussi très-souvent dans les cellules épithéliales dans l'état pathologique, on constate que plusieurs cellules semblent même recouvertes et comme parsemées de granulations de même nature. Les cellules épithéliales sont donc devenues graisseuses, et c'est à ce dépôt abondant de graisse à l'état granuleux que sont dus et l'aspect gris jaunâtre des culs-de-sac à la lumière réfléchie, et leur teinte noirâtre à la lumière transmise.

On rencontre aussi plusieurs cellules moins modifiées, qui ont conservé à peu près leur forme et qui ne contiennent que deux ou trois gouttelettes graisseuses. Enfin, il y a des cellules normales, des gouttelettes et de nombreuses granulations graisseuses à l'état de liberté. Peut-être se sont-elles échappées de cellules brisées par la préparation.

Les tubercules offrent leur aspect et leur structure ordinaires. Les corpuscules tuberculeux y sont très-abondants. Les bronches ont généralement leur membrane muqueuse rouge et enflammée dans le voisinage des cavernes. On a reconnu que les poumons étaient emphysémateux dans plusieurs points. Il y a surtout un emphysème très-marqué du bord antérieur du poumon droit.

Les culs-de-sac pulmonaires altérés qui viennent d'être décrits ne formaient aucune saillie sur la surface des coupes; leurs parois n'offraient aucune résistance, ce qui s'opposait à ce que l'on crût leur cavité comblée par les cellules altérées et par les granulations graisseuses. Je vais même jusqu'à penser que l'insufflation, si elle eût pu être faite, aurait fait pénétrer l'air dans la presque totalité de ces cellules. En coupant le poumon en différents sens, on ne voyait sortir d'aucune de ces vésicules pulmonaires la moindre goutte de liquide purulent; mais le tissu remplissant les intervalles qui séparaient les culs-de-sac altérés était manifestement œdémateux, ce qui lui donnait aussi une teinte toute spéciale.

Dans le poumon droit, dans lequel les lésions tuberculeuses étaient plus nombreuses et plus avancées que dans le gauche, l'épithélium n'était nullement altéré.

J'ai avancé au commencement de cette note que l'altération dont il allait être question était peu connue, mais je n'ai pas voulu dire qu'elle n'ait pas été encore signalée. Il me serait facile, en reproduisant plusieurs passages de la CLINIQUE MÉDICALE (t. IV, p. 1 et suiv.), de faire voir que M. Andral a certainement vu cette altération. Dans leur TRAITÉ CLINIQUE ET PRATIQUE DES MALADIES DES ENFANTS (t. III, p. 339), MM. Rilliet et Barthez sont encore plus explicites, et la description d'une des formes des tubercules, forme qu'ils nomment *poussière tuberculeuse*, correspond presque de point en point à la description que je viens de faire. Mais malgré les indications si précises données par ces auteurs, je ne vois pas qu'il soit fait mention de cette altération dans la plupart des autres livres où se trouve exposée l'histoire des tubercules, et certainement peu de médecins la connaissent. A ce point de vue, je n'aurais donc pas eu tort de dire que cette lésion est peu connue; mais je suis encore plus dans mon droit, si je considère la signification qui a été donnée à cette lésion. Faut-il y voir une forme spéciale des tubercules, comme le veulent MM. Rilliet et Barthez? Est-ce le point de départ de la formation tuberculeuse, comme le pense M. Andral? L'examen microscopique auquel je me suis livré ne m'a laissé aucun doute sur la constitution de cette *poussière*. J'ai vu et très-distinctement vu qu'elle était formée par le dépôt de graisse granuleuse, soit à l'intérieur de l'épithélium des culs-de-sac, soit sur la surface des cellules épithéliales qui en sont comme saupoudrées. Je n'oserais pas ici donner le résultat de mon examen s'il m'avait laissé le moindre doute, car je suis en opposition avec le micrographe le plus compétent sur ces matières, M. Lebert. Il parle aussi de dépôts extrêmement petits dans des poumons tuberculeux, et pour lui ces dépôts sont constitués par des amas de corpuscules tuberculeux. Probablement il a examiné des pièces différentes de celle que j'ai décrite. N'ayant pas hésité à écrire cette note, en présence des résultats contraires obtenus par M. Lebert, je n'ai pas pu me laisser arrêter par les raisons que donnent MM. Rilliet et Barthez pour appuyer leur opinion. Ces raisons sont au nombre de trois :

« 1° La poussière n'existe que dans des organes tuberculeux.
» 2° On trouve dans le même organe tous les degrés de volume intermédiaires entre la poussière la plus fine et les granulations jaunes.
» 3° Les grains de la poussière tuberculeuse s'unissent quelquefois de manière à former des noyaux dans lesquels il est impossible de méconnaître l'infiltration tuberculeuse. »

Dans une question de fait, l'examen direct est certainement supérieur au raisonnement, et malgré le poids des considérations exposées par MM. Rilliet et Barthez, non-seulement je persiste dans mon opinion, mais encore il m'est permis de conjecturer que, dans les pièces qu'ils ont eues sous les yeux, le microscope aurait peut-être ajouté un trait de plus à la ressemblance si grande qu'elles paraissent avoir avec la mienne, en démontrant la nature graisseuse de l'altération. Je ne puis pas me ranger non plus à l'opinion de M. le professeur Andral.

M. Mandl, dans son remarquable MÉMOIRE SUR LE TUBERCULE (p. 47 et suiv.), dit : « On rencontrera dans le plus prochain voisinage du tubercule quelques » cellules épithéliales infiltrées de la substance amorphe en subissant la » transformation graisseuse..... » Cette observation est très-vraie et très-facile à vérifier. Ce qui se passe ainsi autour et au voisinage des tubercules dans beaucoup de cas paraît s'être produit en grand dans le poumon que j'ai examiné.

Il se fait peut-être assez fréquemment un dépôt semblable de granules graisseux (1) au milieu de l'épithélium pulmonaire et dans une plus ou moins grande étendue, lorsque les poumons renferment des tubercules. On n'aperçoit pas au premier instant cette altération, et le peu de soin que l'on apporte généralement dans l'examen des poumons tuberculeux pourrait être la cause principale pour laquelle cette lésion est peu connue. Mais il est bien certain que la présence des tubercules dans les poumons, même en grande quantité, même à des périodes avancées, n'engendre pas nécessairement l'infiltration graisseuse de l'épithélium. Je pourrais citer à l'appui de cette proposition quelques recherches que j'ai faites depuis; mais où trouver une preuve plus concluante que dans l'état du poumon droit chez ce même sujet? Dans ce poumon, il y avait de nombreux tubercules, une grande caverne, d'autres petites, et cependant on n'y trouvait point de dépôt graisseux dans les cellules épithéliales. Je dois rappeler ici une circonstance qui pourrait avoir la plus grande influence sur le développement de cette altération : je veux parler de l'hypertrophie assez considérable du tissu cellulaire interstitiel qui formait des cloisons en différents sens dans le poumon gauche, et qui donnait aux parties de cet organe pressées entre les doigts une densité et une résistance plus grandes qu'à l'état normal. On ne peut pas s'empêcher de voir dans cette disposition, et probablement aussi dans l'état œdémateux du tissu intervésiculaire, le résultat d'un travail phlegmasique lent et de longue durée. Je suis ici tout à fait d'accord avec MM. Rilliet et Barthez qui disent : « Le » tissu au milieu duquel est semée cette poussière est presque toujours en- » vahi par une inflammation aiguë ou chronique. » On admettra d'ailleurs sans peine avec moi que c'est là une forme bien particulière de phlegmasie chronique du poumon. Pour moi, je craindrais de contribuer à confondre sous un nom semblable des lésions bien différentes, en appelant du nom de pneumonie chronique une affection caractérisée anatomiquement : 1° par le dépôt de graisse granuleuse dans l'épithélium altéré des culs-de-sac pulmo-

(1) La cause prochaine de cette altération graisseuse nous échappe. Est-ce une modification, un embarras de la circulation? Est-ce un obstacle à la libre entrée de l'air dans les vésicules pulmonaires, qui, mises ainsi dans un repos forcé et continu, deviendraient le siége d'un dépôt graisseux?

naires; 2° par l'œdème du tissu intervésiculaire (peut-être dans plusieurs vésicules l'épithélium graisseux a disparu et a été remplacé par de la sérosité); 3° par l'hypertrophie du tissu cellulaire interlobulaire, se dessinant sous forme de lignes réticulées, assez larges, et d'un gris bleuâtre. Cette dernière couleur tranche sur la teinte générale du poumon, teinte qui, vue d'ensemble, est d'un gris jaunâtre.

En terminant cette note, je ferai remarquer que le poumon gauche, bien que moins tuberculeux que le droit, était certainement plus perdu pour l'acte respiratoire que celui-ci. L'épithélium gonflé et devenu graisseux devait opposer un obstacle presque infranchissable aux échanges opérés pendant la respiration entre le sang et l'air. C'est donc une cause de plus qui peut s'ajouter à toutes celles qui produisent la dyspnée dans la tuberculisation pulmonaire.

ADDITION AUX SÉANCES DU MOIS D'AVRIL.

TÉRATOLOGIE.

MONSTRE DOUBLE MONOCÉPHALIEN DE L'ORDRE DES DÉRADELPHES, PRÉSENTANT UNE COMMUNICATION ANORMALE DES POUMONS AVEC L'ŒSOPHAGE; par E. LÉCORCHÉ, interne des hôpitaux, et C. JOUAULT, médecin.

Le chat est, comme on le sait, l'animal qui présente les monstruosités les plus fréquentes.

Parmi les monstres que Geoffroy-Saint-Hilaire a rencontrés le plus souvent dans cette espèce se trouvent les monstres doubles monocéphaliens; c'est dans cette classe qu'on doit ranger aussi celui que nous présentons à la Société de biologie.

Il appartient à l'ordre des déradelphes. La description exacte qu'en fait Geoffroy-Saint-Hilaire nous aurait dispensés de parler du fait particulier que nous avons rencontré, si, par une dissection attentive, nous n'avions point trouvé chez ce monstre une anomalie que n'a point vue Geoffroy-Saint-Hilaire.

Notre intention étant seulement de fixer l'attention de la société sur cette anomalie, nous serons brefs dans la description des autres appareils.

On trouve chez le monstre que nous avons désigné deux moelles épinières, qui ne se confondent qu'après leur entrée dans le crâne, à l'intérieur duquel elles pénètrent par deux trous occipitaux distincts. Les deux moelles allongées sont isolées et ne se réunissent qu'au niveau du mésocéphale.

Le cerveau ne présente rien de particulier. On y voit un seul mésocéphale, un cervelet, des hémisphères cérébraux à l'état normal.

Le cœur est unique avec ses quatre cavités, ses veines pulmonaires, une veine cave supérieure, une veine cave inférieure, un tronc pulmonaire, un tronc aortique qui se divise presque aussitôt son origine en deux aortes très-distinctes. Ces aortes croisent chaque bronche pour se porter ensuite en arrière et gagner leur rachis réciproque contre lequel elles s'accolent.

La cavité buccale, la langue, sont celles d'un chat unique. Rien de particulier.

L'œsophage n'est remarquable que par les orifices de conduits pulmonaires, qui s'ouvrent à son intérieur, vers la partie moyenne, et dont nous parlerons tout à l'heure à propos de l'appareil respiratoire.

L'estomac est unique; l'intestin grêle qui lui fait suite, ne se divise qu'à 3 centimètres environ du cœcum. — A partir de ce point, l'intestin est double; on rencontre deux gros intestins.

Le foie, la rate, le pancréas sont simples.

Comme l'unité cesse à l'ombilic, que là commence la duplicité, on devait s'attendre à trouver, à partir de l'ombilic et de chaque côté, les organes qui appartiennent à un être complet; c'est ce qu'il a été en effet facile de voir par la dissection de ces reins, un utérus, une vessie de chaque côté.

Les poumons sont au nombre de deux, situés l'un dans la cavité thoracique droite, l'autre dans la cavité thoracique gauche.

Ces poumons sont parfaitement distincts et séparés sur la ligne médiane par le cœur. Chacun d'eux communique avec l'extérieur par deux conduits différents: 1° Par une trachée qui n'a rien d'anormal, qui se bifurque comme d'habitude en deux branches, l'une droite, l'autre gauche; 2° par l'œsophage.

C'est cette communication que nous n'avons point rencontrée dans Geoffroy.

Cette communication bien évidente du poumon avec l'œsophage se fait au moyen des deux conduits membraneux qui, partis de chaque côté des lobes supérieurs, viennent s'ouvrir dans l'œsophage à la même hauteur, au niveau de la bifurcation de la trachée. Ces ouvertures œsophagiennes des deux conduits sont elliptiques, et leur grand axe longitudinal. Nous avons pu facilement introduire par ces ouvertures des stylets très-fins que nous avons poussés jusques aux poumons.

Entre les poumons on trouve un thymus unique très-développé.

Comme on le voit ici, l'anomalie consiste dans une communication des poumons avec l'œsophage. Or, d'après l'interprétation de Geoffroy-Saint-Hilaire, il est un fait qui peut, jusqu'à un certain point, se rapprocher de celui que nous avons décrit. C'est celui de Méry dans l'histoire de l'Académie (1702). Méry dit que la trachée n'existait pas dans le monstre double monocéphalien déradelphe qu'il décrit, et que cependant ce monstre a vécu une heure. Geoffroy pense que, dans ce cas, il y avait fusion de l'œsophage avec la trachée. Mais, en admettant l'opinion de Geoffroy, qui n'est qu'une pure hypothèse, le fait que nous présentons à la Société n'en serait pas moins intéressant, car il y avait chez ce monstre une trachée, et de plus, pour chaque lobe pulmonaire inférieur, un conduit s'ouvrant dans l'œsophage.

BIBLIOGRAPHIE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU CHOLÉRA-MORBUS. — ATLAS; par M. PIROGOFF, académicien et professeur à l'Académie médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg, chirurgien en chef du second hôpital militaire, chef des travaux anatomiques, etc.

(Suite et fin.— Voir le numéro précédent.)

Nous avons parlé de l'état diphthéritique de l'*estomac*. L'auteur représente encore une altération de cet organe qui se rencontre assez fréquemment dans la période algide, quoique l'estomac soit de toutes les parties du tube digestif la moins souvent affectée: c'est l'état catarrhal aigu, souvent accompagné de suffusions sanguines.

La muqueuse tuméfiée offre des plis très-prononcés de couleur rose pâle; elle est couverte d'un enduit épais de mucosités très-adhérentes qui souvent retiennent entre ses plis des fragments d'aliments non digérés, des champignons, par exemple; sur certains points de la muqueuse, on remarque une hyperémie plus intense et des suffusions sanguines pointillées. Ainsi, l'estomac présente trois sortes d'altérations: l'enduit diphthéritique, le catarrhe aigu et les suffusions sanguines. Quelquefois une agglomération énorme de bouillie alimentaire non digérée bouche comme une pelote l'orifice pylorique, et persiste malgré les vomissements.

M. Pirogoff représente aussi une altération du *foie* qui n'est pas particulière au choléra, mais qui ne se rencontre aussi souvent dans aucune autre maladie: elle consiste dans l'accumulation de la graisse du foie en petits dépôts; c'est, suivant lui, une altération aiguë, très-fréquente chez les individus qui succombent pendant la période algide. Sur la surface convexe du foie, ces dépôts ressemblent à des taches d'un jaune paille, plus ou moins étendues et de formes variées; ils pénètrent assez souvent dans le parenchyme de l'organe à la profondeur de quelques lignes, et sont circonscrits par une auréole d'un rouge clair. Au microscope on voit les globules graisseux, tantôt amassés dans les cellules du foie, tantôt disséminés entre ces cellules et les enveloppant. Avec ces dépôts coïncide ordinairement une hyperémie considérable des vaisseaux de l'organe, lesquelles contiennent un sang noir et visqueux; en même temps la vésicule est remplie d'une grande quantité de bile.

Après le tube intestinal, c'est le *poumon* qui fournit les altérations les plus remarquables et les plus caractéristiques.—Dans la période algide, on trouve les poumons *affaissés, secs, compacts, anémiques;* leur section par le scalpel offre une couleur d'un rouge vermeil; le sang, tantôt liquide et d'un rouge clair, tantôt épais et d'un rouge foncé, ne s'écoule que par épaisses gouttelettes des ramifications des vaisseaux pulmonaires divisés.—Dans la période de réaction, les poumons sont moins affaissés, moins compacts; leur coupe fait voir des parties vermeilles et des parties d'un rouge brun foncé; on distingue çà et là des *taches* brun-noirâtres, sèches, plus denses que le tissu normal et parsemées de points noirs. Il paraît évident que ces taches sont des rudiments de *foyers sanguins*, des rudiments d'hépatisation. Autour des foyers, le parenchyme pulmonaire est assez ordinairement affecté d'œdème aigu.—C'est à la période typhoïde qu'appartient, en général, *l'hépatisation rouge et grise:* quelquefois elle consiste en hépatisations lobulaires disséminées dans le parenchyme du poumon, mais le plus ordinairement l'hépatisation s'étend à tout un lobe. Cette hépatisation cholérique ne se distingue de l'hépatisation inflammatoire que par son mode de développement, qui commence toujours par des foyers sanguins. L'auteur fait remarquer que, lorsqu'il y a hépatisation cholérique dans la période typhoïde du choléra, le canal intestinal ne présente ordinairement, en fait d'altération pathologique particulière, que l'exfoliation de l'épithélium et le boursouflement partiel des cryptes solitaires.

La dernière planche est consacrée à la démonstration des lésions qu'on ne peut apercevoir qu'au microscope. On y voit, considérablement grossis, les lames d'épithélium cylindrique se détachant des villosités, le réseau vasculaire hyperémié ou anémique des villosités dépouillées de leur épithélium; les points noirs qu'on observe sur les cryptes et les plaques de Peyer, ceux qui forment les taches brunes du poumon, et qui ne sont, les uns et les autres, que des globules du sang décomposés, les globules graisseux du foie, etc.

Quant au TRAITÉ D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU CHOLÉRA qu'il annonce M. Pirogoff en a déjà communiqué le manuscrit à son ami, le savant et habile anatomo-micrographe M. Gruby, et j'ai pu le parcourir. L'auteur y donne les détails de 200 autopsies. Se basant sur les divisions établies dans son atlas, il range les cas suivant les espèces auxquelles ils ap-

partiennent; de cette sorte il constate leur fréquence relative, leur gravité. Il fait ressortir quelles sont les espèces qui vont le plus communément ensemble; à quelles espèces s'associent principalement les altérations cérébro-spinales et les épanchements dans les séreuses; à quelles formes correspondent soit le ratatinement et l'anémie de la rate, ce qui est le cas ordinaire, soit son engorgement et son hyperémie, ce qui est l'exception; à quelles formes se lient surtout la tuméfaction des ganglions mésentériques, et leur tendance au ramollissement jaune blanchâtre; quelles sont les maladies qui exposent le plus aux accidents cholériques. Il ne néglige dans aucun cas les altérations de la bouche, du pharynx et de l'œsophage, des bronches, des canaux biliaires et urinaires. Dans tous les cas de chaque espèce, il a noté avec soin les symptômes qui y ont correspondu; mais il avoue n'avoir pu arriver à donner des règles certaines pour reconnaître les espèces sur le vivant. Il décrit l'aspect extérieur du paquet intestinal: ses distensions, quelquefois générales, le plus souvent alternant avec des coarctations; ses invaginations, les arborisations du réseau vasculaire, les exsudations visqueuses agglutinantes de la séreuse. Les déjections et le contenu intestinal ont été analysés: ce sont des matières aqueuses mêlées à des débris d'épithélium et à des sels, ou bilieuses, muqueuses, sanguinolentes. Les matières vomies proviennent moins de l'estomac, qui souvent paraît peu malade, que de l'intestin; l'auteur croit que, dans le choléra, l'estomac est paralysé; que la paralysie s'étend, dans certains cas graves, à tout le canal intestinal; aussi n'admet-il point le *choléra sec*; dans les cas dits *foudroyants*, il a trouvé le tube digestif distendu par une énorme quantité de matières cholériques. L'altération du sang lui paraît être consécutive aux évacuations; le miasme provoque la séparation de l'eau et des sels d'avec les autres éléments de ce liquide; de là son épaississement, le ralentissement et l'arrêt de la circulation, la déformation des globules et même leur décomposition dans les capillaires.

Il est sans contredit d'une immense importance de bien connaître toutes les altérations anatomiques qu'entraîne une maladie; sous ce rapport M. Pirogoff a rendu un grand service à la science, car il a démontré que les lésions anatomo-pathologiques du choléra sont plus graves que certains médecins ne l'avaient cru. Mais une fois ces profondes altérations produites, il est souvent impossible d'arrêter le cours du mal: il faut que la nature répare les désordres ou que l'organisme y succombe. La science ne pourrait-elle pas arriver à les prévenir?

Qu'il me soit permis d'ajouter quelques réflexions. Il est incontestable aujourd'hui que la cause du choléra est un miasme; car comment s'exercerait la contagion? Et certes la contagion ne me paraît pas douteuse: l'infection de l'île Maurice par deux navires dont l'équipage était atteint du mal, celle toute actuelle de Madère, les faits rapportés par M. Gensoul, etc. (Moniteur des hôpitaux du 29 août 1854), la rendent de toute évidence.

D'un autre côté, comment se fait-il que certaines localités jouissent d'une sorte d'immunité? L'exemple de Lyon, pour ne parler que de celui-là, est un fait bien remarquable: ville sale, rues étroites, population nombreuse et agglomérée, misère, etc. Et cependant le miasme cholérifique semble ne pouvoir y vivre et s'y propager. Bien des individus y sont arrivés porteurs du mal, ils l'ont même communiqué à d'autres qui ont eu avec eux des rapports prochains, mais le mal n'a pu s'étendre et se généraliser. A quoi cela tient-il?

On se demande de quelle façon agissent les miasmes sur les corps organisés. Il est probable, pense-t-on généralement, que c'est en déterminant une sorte de fermentation: d'où il suit qu'il y aurait autant de fermentations morbides que d'espèces de miasmes, et que chacune de ces fermentations, outre les désordres nerveux qui en sont la conséquence, donnerait lieu à la formation de certains produits qui tendraient à s'éliminer par une surface particulière; de là les lésions spéciales. Cette idée de fermentation acquiert une grande importance de l'expérience faite par M. Cl. Bernard: en injectant une petite quantité de ferment dans les veines d'un animal, chien ou lapin, cet auteur ingénieux a déterminé une maladie analogue à la fièvre typhoïde, et par les lésions et par les symptômes. Or on sait que certaines substances ont la propriété d'arrêter la fermentation. Ne serait-ce point à la présence de quelque substance de cette nature que les localités à l'abri du choléra devraient cette immunité?

On sait qu'Hippocrate ne put délivrer sa patrie de la peste qu'en faisant brûler du soufre dans les maisons, les rues et les places publiques. Je dois à l'obligeance de M. Benoit, ingénieur des mines, l'observation suivante: Pendant l'année 1854, en automne, le choléra a sévi avec une grande intensité dans les provinces de Séville et de Huelva en Andalousie, sans excepter la région avoisinant le district des mines de Rio-Tinto. On remarqua que dans tous les endroits où on pratiquait le grillage des pyrites de fer que l'on extrait de ces mines, on n'avait pas observé un seul accident cholérique. Par le grillage de ces pyrites, il se dégage de l'acide sulfureux et un peu d'acide arsénieux. La confiance que les habitants avaient dans la salubrité de ces endroits, grâce à la purification produite par le grillage, était telle que plusieurs pour mieux se précautionner contre le fléau, ont fait griller de petits tas de ces pyrites dans leur cour. On en a même fait brûler sur la place de Rio-Tinto.

M. Benoit m'a communiqué encore un fait qui me paraît très-important. Si les eaux entraînent des matières organiques sur les terrains qui renferment des sulfates de fer, ou des sels de fer et des minérais contenant du soufre, il se forme des pyrites de fer. Ne pourrait-on pas en conclure que les miasmes qui se déposent la nuit, entraînés par la rosée, sont détruits par les sulfates de fer, si le sol en renferme? Je livre ces faits et ces réflexions au jugement des praticiens.

D[r] Louis Soulier.

VARIÉTÉS.

—Nécrologie.—Un de nos confrères les plus justement estimés sous le double rapport du talent et du caractère, le docteur Cayol, ex-professeur à la Faculté de Paris, vient de nous être enlevé en quelques jours par une attaque d'apoplexie avec hémiplégie, qui lui avait laissé pourtant une lucidité d'intelligence remarquable.

Peu connu de la jeunesse actuelle des écoles, M. Cayol jouissait d'une haute considération et d'une certaine autorité parmi les médecins mûris par la pratique.

On sait assez avec quel talent de systématisation et quelle verve de polémique, M. Cayol s'était constitué le restaurateur et le champion de l'*Hippocratisme*.

La notice suivante que nous empruntons à un journal politique, résume assez bien les travaux et la vie de notre regrettable confrère.

« M. le docteur G. B. Cayol, l'un des médecins les plus distingués de Paris, a succombé le 24 septembre, dans son château de Flotin, près Boiscommun (Loiret), aux suites d'une attaque d'apoplexie.

» M. Cayol était né à Marseille le 17 avril 1787: il fit ses études dans cette ville, puis vint suivre les cours de la Faculté de médecine de Paris. Il fut nommé au concours interne des hôpitaux civils; en 1809, après avoir soutenu une remarquable thèse sur la phthisie trachéale, il fut reçu docteur.

» Devenu l'ami et bientôt l'émule de Bayle, Laënnec, Nysten et Savary, il conquit rapidement une réputation méritée. Attaché successivement aux hospices Necker et la Rochefoucauld, il en dirigea par *intérim* le service médical de 1812 à 1817. En 1812, il fut nommé membre du bureau central d'admission aux hospices. Ses succès pratiques et d'éminents travaux le désignèrent au choix du gouvernement lorsque l'ordonnance royale du 2 février 1823 reconstitua la Faculté de médecine de Paris. Il fut nommé professeur de clinique, et par huit années d'un brillant enseignement à l'hôpital de la Charité il justifia la désignation dont il avait été l'objet.

» Après la révolution de 1830 le nouveau gouvernement revint sur les mesures prises en 1822 et 1823 à l'égard de la Faculté. La chaire qu'occupait M. Cayol étant de création nouvelle, il semblait devoir être à l'abri des représailles. A raison sans doute de ses opinions politiques, toutes favorables au gouvernement déchu, il fut néanmoins atteint et exclu de la Faculté, dont il était l'un des professeurs les plus distingués.

» En 1819, M. Cayol avait été associé par le docteur Royer-Collard à la direction de la *Bibliothèque médicale*; il la conserva pendant sept ans. Champion ardent des doctrines hippocratiques, il a consacré à leur défense de nombreux travaux dans un recueil périodique, la Revue médicale, dont il a été longtemps le rédacteur en chef. Il a publié, en outre: en 1814, une traduction de l'ouvrage de Scarpa sur les hernies, et, à la suite, un mémoire sur les hernies compliquées d'invagination et de gangrène de l'intestin; en 1833, une Clinique médicale suivie d'un Traité sur les maladies cancéreuses; en 1848, une touchante relation de la mort de Mgr Affre, dont il était médecin, et qu'il assista à ses derniers moments; à différentes époques, des mémoires sur le choléra, la fièvre typhoïde, etc.

» En 1811, il avait pris part à la rédaction du Dictionnaire de la science médicale. On y remarque son article *Bubonocèle* et l'article *Cancer*, écrit en collaboration avec M. Bayle. M. Laënnec lui dut d'importantes observations insérées dans son Traité d'auscultation médicale.

» Chrétien convaincu, M. Cayol n'était pas moins bienfaisant qu'érudit et expérimenté. A Paris et dans les environs de Boiscommun, les pauvres garderont longtemps le souvenir des soins précieux et désintéressés qu'il leur prodiguait. »

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DES SCIENCES : NOUVELLES RECHERCHES SUR LA TEMPÉRATURE ANIMALE.

Parmi les applications de la physique et de la chimie à la physiologie, il n'y en a pas qui aient donné lieu à des travaux plus importants que les recherches sur la température des animaux. La production de chaleur étant une des conditions les plus générales et les plus fixes de développement des corps vivants, a attiré de tout temps l'attention des observateurs. On en a fait d'abord un attribut essentiel de la vie, une qualité occulte tenant à l'existence même. Plus tard, quand la chimie a permis d'entrevoir une relation entre la nutrition indispensable aux végétaux et aux animaux, et la combustion, source puissante de chaleur, on a isolé la chaleur animale des autres attributs spéciaux de la force vitale, on en a fait un phénomène chimique, et on a cherché à l'interpréter par l'étude des combinaisons ou des décompositions qui s'opèrent dans les corps organisés vivants.

Lavoisier, le premier, posa nettement les conditions du problème et indiqua l'équation qui existe entre la chaleur animale et la combustion des matériaux alimentaires. Seulement, frappé outre mesure d'une coïncidence accidentelle, l'absorption de l'oxygène de l'air à la surface du poumon et le dégagement de l'acide carbonique de cette même surface organique, il admettait que la combustion du carbone s'accomplissait dans le poumon, et il calculait ainsi la quantité de chaleur produite. Le poumon devint, de cette manière, pendant longtemps, le principal foyer de la chaleur animale. Les expériences de beaucoup de physiologistes, Saissy, Davy, Crawford, Krimmer, Scudamore, Becquerel et Breschet, Nasse, confirmèrent pour un temps la théorie de Lavoisier, en faisant voir que dans le cœur gauche et dans les artères le sang oxygéné qui revient des poumons est à une température plus élevée que le sang carbonisé du cœur droit et des veines.

Ainsi, une induction trop hardie trouvait dans la physiologie expérimentale des observations qui la confirmaient au lieu de la réduire à sa juste valeur. Plus tard, quand on eut démontré qu'il y a seulement exhalation d'acide carbonique et absorption d'oxygène à travers le réseau pulmonaire, quand on eut admis que la combustion s'accomplissait dans les capillaires de tous les organes et au contact même des tissus, il restait à expliquer l'élévation de température trouvée dans le cœur gauche.

En cherchant, on prouva que dans quelques expériences différents physiologistes avaient obtenu une température plus élevée dans le cœur droit que dans le gauche. Ensuite M. George Liebig, dans un travail remarquable sur la température du sang, mit ce fait hors de doute et indiqua la cause d'erreur qui avait trompé les premiers observateurs, le refroidissement plus prompt du ventricule droit que du ventricule gauche sur des cœurs exposés à l'air libre. La question se trouvait donc ainsi déplacée quand M. Claude Bernard l'a reprise dernièrement et l'a résolue d'une manière si heureuse devant l'Académie des sciences. Il ne s'agissait plus d'expliquer l'élévation de température du sang des cavités gauches du cœur : il fallait rendre compte de l'excès réel de température du cœur droit. Les faits étudiés sur les animaux vivants, à l'aide des appareils thermométriques perfectionnés de M. Walferdin, ont conduit l'éminent expérimentateur, dont nous apprécions le travail, aux conclusions suivantes (1).

« L'appareil digestif fait éprouver au fluide sanguin un réchauffement constant, de telle sorte que dans cet appareil le sang veineux » est plus chaud que le sang artériel. Le sang qui sort de l'appareil » digestif par les veines hépatiques est une source constante de calorification pour le sang de la veine cave inférieure à son entrée dans le » ventricule droit. Parmi les organes qui concourent au réchauffement » du sang dans l'appareil digestif le foie occupe le premier rang. La » circulation du sang à travers l'appareil pulmonaire est une cause de » refroidissement pour ce liquide. La transformation du sang veineux » en sang artériel chez l'animal vivant ne coïncide pas avec une augmentation de chaleur dans ce liquide, mais au contraire avec un » abaissement de température. »

Il y a dans ces conclusions de quoi expliquer d'une manière satisfaisante les résultats auxquels est arrivé M. George Liebig et que M. Cl. Bernard a du reste vérifiés et confirmés. La question de la température animale se trouve ainsi ramenée à des éléments sinon plus simples, du moins plus certains. Mais il reste toujours à savoir comment s'opère cette élévation de température que l'on observe dans le sang de la veine porte, et dans celui des veines sus-hépatiques. Pour cela il faudrait comparer les actions physiques et chimiques qui s'opèrent dans le tube digestif et dans le foie avec celles qui ont lieu dans les autres organes et dans les différentes parties du corps. Quand l'analyse aura dévoilé les données de ce problème si difficile, on connaîtra les causes de la chaleur animale. Jusqu'ici on ne les connaît que d'une manière générale et assez vague; M. Bernard, en examinant la question dans une de ses parties et en l'étudiant avec une grande habileté, a permis d'entrevoir une des solutions dont elle est susceptible.

A ce point de vue, les faits intéressants, dont la physiologie expérimentale vient d'être dotée doivent encore être étudiés, et les conditions de l'expérimentation doivent être multipliées et étendues de manière à déterminer toutes les modalités du phénomène. N'y a-t-il point des organes et des parties autres que la muqueuse intestinale et le foie à la sortie desquels le sang ait une température plus élevée qu'à l'entrée? Ne serait-il point possible, en évaluant la quantité de chaleur qu'emportent de la surface du poumon l'air expiré et la vapeur d'eau, en connaissant la quantité de sang que le cœur droit fait circuler, ainsi que la capacité calorifique du sang, d'établir qu'il y a dans le poumon un centre calorifique, malgré l'abaissement de température du sang qui revient au cœur gauche? Ce calcul même approximatif ne manquerait pas d'importance. En effet, la différence de température des deux cœurs ne s'élève qu'à une fraction de degré, et le sang est incessamment refroidi sur la vaste surface du poumon par le contact de l'air extérieur et la vaporisation de l'eau.

Sans doute que ces résultats, même en les supposant conformes à nos prévisions, ne diminueraient pas l'importance de l'élévation de température observée dans l'abdomen; mais en nous ramenant un

(1) Séances du 18 août et du 15 septembre de l'Académie des sciences.

FEUILLETON.

ÉTUDES MÉDICALES SUR QUELQUES POÈTES ANCIENS ET MODERNES.

MARTIAL.

(Suite. — Voir les nos 34, 37 et 38.)

Le costume habituel des Romains entraînait d'assez graves inconvénients. Cette grande robe, majestueusement drapée autour du corps, enveloppait les jambes, mais sans s'y appliquer; aussi prenait-on l'habitude de les épiler, de les frotter à la pierre ponce. Les efféminés portaient fort loin le soin de leur personne; Martial en fait l'objet de ses critiques; on voyait les varices si communes serpenter autour des membres inférieurs, et pour peu que le personnage n'y prît pas garde, la toge relevée laissait voir des organes qu'il convient de dérober aux regards du public. Ces mêmes organes non soutenus devenaient souvent difformes, le scrotum s'allongeait, le varicocèle, les hernies, se montraient fréquemment, et si l'on ajoute à cela l'habitude dont nous avons parlé, de se baigner en commun, tous les jours, dans de vastes piscines où les sexes confondus rendaient les précautions rares et insuffisantes, on comprendra comment les satiriques romains, les poëtes comiques, et autres observateurs aimant à critiquer, ont prodigué les remarques à ce sujet. Je pourrais fournir un grand nombre de passages ayant trait à ce chapitre de la vie privée des contemporains de Martial; mais il suffit de noter le fait général, et de dire encore une fois que les idées de pudeur sont relatives au temps, aux mœurs et à diverses circonstances locales que chacun peut apprécier.

Voyons cependant si, parmi les maladies des organes génitaux faciles à constater à première vue, il n'en est pas qui pourraient nous conduire à des observations utiles. J'ai parlé de ce Grec Baccara, dont le pénis malade a tout à redouter d'un rival médecin. Rien n'indique la nature de la maladie; mais enfin elle était grave, puisque, pour la guérir, on pouvait avoir recours à une mutilation. Nous trouvons (livre II, n° 45) un certain Glyptus encore plus à plaindre que Baccara, car l'opération a été pratiquée. Tâchons de savoir pourquoi.

Quæ tibi non stabat, præcisa est mentula, Glypte.
Demens! Cum ferro quid tibi? Gallus eras.

On t'a coupé un pénis sans vigueur. Insensé! pourquoi recourir au fer? Tu étais eunuque, prêtre de Cybèle, impuissant! Quel besoin d'enlever un organe inutile? Le poëte ne dit pas ce qu'avait Glyptus, peut-être n'avait-il que cela, *mentula non stabat,* mais alors quelle nécessité de recourir au fer?

peu à la théorie de Lavoisier, ils rendraient peut-être aux poumons une importance qui nous semble leur être dévolue au même titre qu'aux autres organes parenchymateux. Malheureusement la physique et la chimie ne fournissent point jusqu'à l'heure actuelle des moyens exacts d'évaluer les températures produites par les combinaisons chimiques et par les réactions physiques qui s'accomplissent dans nos tissus. M. Grassi a fait voir, il y a longtemps (1), à propos d'un grand travail de Liebig sur la chaleur animale (2), qu'on n'était point autorisé à déduire le coefficient de combustion d'un corps simple de celui d'un corps composé dans lequel il entre, car cela reviendrait à dire qu'un corps composé développe, pendant sa combustion, la même quantité de chaleur que si chacun de ses éléments agissait séparément, assertion opposée aux faits connus. Le coefficient de combustion doit donc être déterminé par une voie différente, et cette voie est une des moins explorées de la chimie animale.

On sait depuis longtemps que la respiration n'est point le seul phénomène qui développe de la chaleur. Dans les corps vivants, il doit s'accomplir en outre une foule d'actions physiques et chimiques pendant la digestion et l'assimilation; quelques-unes de ces actions développent de la chaleur, d'autres en absorbent. A ce fait prouvé et énoncé déjà, il manquait la démonstration expérimentale, qu'a apportée M. Cl. Bernard; reste à savoir si le sang qui revient des reins, de la rate, du cerveau, n'est point aussi échauffé d'une manière proportionnelle aux différentes actions chimiques et physiques qui s'accomplissent dans ces organes.

John Davy a dit depuis bientôt vingt ans (3) qu'il n'y avait pas deux parties du sang et même pas deux gouttes de ce liquide dont la constitution soit parfaitement semblable et qui possèdent exactement les mêmes propriétés; il voulait parler de la coagulabilité de ce liquide. On pourrait en dire autant de la température du fluide sanguin et de sa composition chimique. Le sang subit dans chaque organe et dans chaque tissu des modifications qui, bien qu'inappréciables à nos réactifs et à nos instruments exploraleurs, n'en sont pas moins réelles. — Le sang n'est qu'un lieu de passage pour certaines substances; incessamment introduites à chaque impulsion circulatoire, elles sont incessamment consommées par des appareils qui fonctionnent en raison directe de la quantité des matériaux d'élection qui leur sont apportés. — La chaleur du sang ne lui est pas propre non plus; elle dépend des actions physiques et chimiques qui s'accomplissent dans les tissus; elle forme la moyenne et elle est comme le lien de plusieurs températures différentes. Aussi, de même qu'un jour l'un des moyens d'analyse les plus précis du sang sera l'analyse des sécrétions dans lesquelles s'accumulent les matériaux qui ont servi à la nutrition, de même on peut prévoir le moment où la température du sang artériel étant connue comme elle l'est aujourd'hui, on pourra, à l'examen des sécrétions et du sang qui provient de tel ou tel organe, dire si la température a été abaissée ou élevée, et la raison physique ou chimique de ces différents phénomènes.

(1) JOURNAL DE PHARMACIE, octobre 1845.
(2) ANNALEN DER CHEMIE UND PHARMACIE, 1845.
(3) EDINBURGH MED. ET SURG. JOURNAL, 1838.

THOLOZAN.

NOSOGÉNIE.

MÉMOIRE SUR LE TYPHUS OBSERVÉ AU VAL-DE-GRACE, DU MOIS DE JANVIER AU MOIS DE MAI 1856; par le docteur GODÉLIER, professeur de clinique médicale à l'école impériale de médecine du Val-de-Grâce.

(Suite et fin. — Voir les nos 31, 34 et 35.)

On sait que les médecins des îles Britanniques, il y a quinze ans à peine, confondaient encore sous le nom de fièvre continue (*continued fever*) des espèces morbides fort différentes. Le livre de M. Louis vint leur apprendre à distinguer les caractères propres de la fièvre typhoïde. Dès ce moment la lumière se fit. On commença à en séparer une autre affection plus fréquente en Irlande, en Écosse même, qu'en Angleterre, et pourtant endémique à Londres, comme la fièvre typhoïde elle-même: je veux parler du *typhus fever* que Valleix nous fit connaître en France d'après de bonnes relations. On le crut d'abord propre à l'Irlande ou tout au plus aux îles Britanniques; mais bientôt après les médecins américains le rencontrèrent sur divers points des États-Unis et sur leurs navires (1), puis on le reconnut dans la fièvre de famine des Flandres (2), et l'on peut voir par le livre du professeur Magnus Huss (3), qu'il est domicilié à Stockholm comme à Londres, en compagnie de la fièvre typhoïde. Le *typhus fever* a été parfaitement étudié dans ces derniers temps, et c'est une conviction générale à l'étranger, et très-nettement exprimée dans les livres classiques de Valleix et de MM. Grisolle et Monneret que le *typhus fever* diffère radicalement de la fièvre typhoïde.

Mais ce *typhus fever* qu'on retrouve en des régions très-distantes, à l'état endémique ou épidémique et toujours contagieux, est-il donc lui-même différent du typhus de Ramazzini, de Pringle et de Hildenbrand? Telle est l'importante question que se sont déjà posée Gerhard (de Philadelphie) (4) et M. Henri Gueneau de Mussy, après avoir vu le typhus d'Irlande, question qu'au dire de M. Grisolle (5), M. de Mussy est disposé à résoudre par l'identité, comme Gerhard l'a fait avant

(1) Upham (RECORDS OF MACULATED TYPHUS OR SHIP FEVER; New-York, 1852) trouve la fièvre des vaisseaux identiques au typhus fever.

(2) Verhaeghe, préf. de la trad. de Jenner, *loc. cit.*, p. 7. « Le travail de Jenner nous a démontré que l'épidémie des Flandres était le vrai typhus avec son éruption muricolore caractéristique et l'absence d'ulcérations des plaques de Peyer. »

(3) Magnus Huss, STATIST. ET TRAIT. DU TYPHUS ET DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE; Paris, 1855.

(4) « Le typhus des Anglais nous paraît identique à la maladie qui fait » l'objet de ce mémoire et qui a été désignée aussi souvent par les noms de » typhus gravior, fièvre des prisons, des vaisseaux, des camps; f. tachetée, » f. pétéchiale. En Amérique, il y a eu plusieurs épidémies plus ou moins » semblables au typhus anglais. » (Gerhard, *in* journal L'EXPÉRIENCE, 1838, n° 20.)

(5) Grisolle, *loc. cit.*, t. I, p. 61. « Le typhus fever se distingue-t-il du ty» phus des camps? M. H. Gueneau de Mussy ne le croit pas. »

Nous croyons que l'organe était malade, sérieusement même, et que le chirurgien ne l'a sacrifié que parce qu'il ne pouvait pas être conservé.

On me permettra d'insérer ici une historiette gaiement racontée par Martial; elle se rapporte à notre sujet et prouve que les chirurgiens ne jouaient pas seuls du couteau. Un certain aruspice recommande à un paysan qui voulait immoler un bouc, de lui enlever les testicules, afin d'empêcher que la chair de l'animal ne devînt fétide.

Dixerat agresti forte rudique viro,
Ut cito testiculos secaret,
Teter ut immundæ carnis abiret odor.

La recommandation était bonne; les chasseurs ne manquent pas d'en faire antant à certain gros gibier, et ils s'en trouvent bien. Mais le prêtre penché sur l'autel, laisse voir un scrotum énorme, gonflé par une hernie, et le rustre, croyant obéir aux rites sacrés, coupe d'un seul trait cette tumeur et châtre le pauvre aruspice, qui de Toscan qu'il était devient *Gallus*, Gaulois: il change de nation.

Ingens iratis apparuit hernia sacris.
Occupat hanc ferro rusticus, atque secat.
Sic modo qui Tuscus fuerat, nunc Gallus aruspex.

Il y a ici un jeu de mots, l'opposition de *Tuscus* et de *Gallus*, et cette dernière expression, caractérisant les prêtres de Cybèle, mutilés, comme on sait, donne lieu à une foule de plaisanteries qu'on retrouve dans Plaute, Térence, Martial et autres auteurs. Nous ne plaignons pas beaucoup cet aruspice qui a été opéré *cito* et *tuto*, sinon *jucundè*, parce que le chirurgien improvisé s'est servi d'un bon instrument, *falce peracuta*, tandis que les prêtres de Cybèle suivaient un procédé sauvage pour arriver au même résultat. Ainsi, dans l'épigramme n° 81, livre III, où Martial fait de graves reproches au prêtre Beticus, fort dissolu, il lui dit:

Abscissa est quare samia tibi mentula testa
Si tibi tam gratus, Bætice....

Pourquoi à l'aide d'un fragment de vase samien l'a-t-on enlevé cet organe inutile, si, néanmoins, tu aimes tant, ô Beticus, etc. Les érudits affirment que c'était la coutume, l'instrument consacré, et peut-être cette incision à l'aide d'un outil grossier était-elle moins dangereuse, moins souvent suivie d'hémorrhagie. On frémit à l'idée de ces mutilations si fréquentes, punition très-ordinaire des coureurs de bonnes fortunes, vengeance permise, de droit commun en pareil cas, et que la loi avait dû réglementer pour en restreindre l'abus. On trouve sous le n° 60, livre II, une épigramme adressée au jeune Hyllus qui a fait *agréer ses hommages* à la femme d'un tribun militaire. Ce *Chérubin*, à qui l'on dit de prendre garde, se flatte de n'encourir, en cas de surprise en flagrant délit, que la peine infligée aux adolescents, c'est-à-dire le fouet, mais il se trompe; Martial lui crie:

Væ tibi, dum ludis; castrabere: jam mihi dices,
Non licet hoc: quid, tu quod facis, Hylle, licet?

lui. Valleix (1), au contraire, sépare le *typhus fever* du typhus qu'il ne distingue pas de la fièvre typhoïde, tandis qu'il paraît plus sage à M. Monneret de rester encore dans le doute (2). Doute légitime en effet, car si la question a été posée, elle n'a point été débattue; on a produit des opinions, mais on n'a point apporté de preuves.

Aussi bien la discussion manquait de bases suffisantes; car s'il était jusqu'à un certain point facile de retrouver sous ses différents noms et de bien constater dans les auteurs du dernier siècle et du commencement du nôtre les caractères fondamentaux du *typhus*, il n'y avait pas encore de livre assez sérieusement élaboré pour fixer avec une autorité suffisante les traits typiques du *typhus fever*, et l'un des termes de la comparaison n'était pas encore assuré.

Il l'est aujourd'hui, grâce au professeur Jenner qui, s'inspirant de l'exemple de M. Louis, de son esprit et de sa méthode, a fait en Angleterre pour le *typhus fever* et avec le même succès ce que son illustre guide avait fait en France pour la fièvre typhoïde. Nous pouvons donc emprunter en toute assurance à cette œuvre exacte et minutieuse le portrait du *typhus fever* pour y chercher la ressemblance qu'on soupçonne entre ses devanciers et lui.

Si maintenant je trouvais un auteur de la fin du dernier siècle, savant professeur autant qu'habile clinicien, qui, après avoir observé par lui même plusieurs fois et longtemps la *fièvre pétéchiale* et l'avoir comparée aux relations antérieures et contemporaines les plus estimées, eût résumé avec une compétence parfaite les faits et les doctrines du passé, sous le contrôle de son expérience personnelle, ne me suffirait-il pas de mettre en regard sa description et celle de Jenner pour faire apparaître la vérité?

Le célèbre *Borsieri* réunit ces conditions rares, et dans ses INSTITUTIONES MEDICINÆ PRACTICÆ, il écrit avec une prédilection toute particulière le chapitre *De peticulis sive de morbo petechiali*. C'est qu'il était ému lui-même, comme nous le sommes aujourd'hui, par ces questions d'identité et de différence des espèces morbides. « Il m'arrivait assez » souvent, dit-il, de trouver décrites sous le même nom des fièvres » qui, comparées, différaient entre elles autant que possible, et de » voir, au contraire, désignée par les auteurs, sous des noms très-dif- » férents, une seule et même fièvre, ainsi qu'il ressortait de sa des- » cription et de ses symptômes, et cela me jetait dans le plus grand » trouble, et je ne savais à quoi m'arrêter (3). » Mais il ne perd pas courage; il lit, relit, compare, médite et compare encore, et ce n'est qu'après un sévère examen qu'il se résout à prendre parti. Sa décision, à l'égard de ces fièvres pétéchiales que chacun appelait d'un nom différent, est aussi importante que remarquable.

Ainsi, d'une part, il déclare identiques à la fièvre pétéchiale les *lenticulæ* et *puncticulæ* de Fracastor, les *peticulæ* et *pestichiæ* de Salius Diversus et la *fièvre pourprée* des Français, de Sagar et de Strack (4); de l'autre, les *fièvres carcéraires, nautiques, des camps* et des hôpitaux lorsqu'elles montrent des pétéchies (1). Il leur reconnaît les mêmes causes et leur applique le même traitement. Il partage ainsi la doctrine de Pringle et de Monro, il rattache à la fièvre pétéchiale la fièvre des armées et des hôpitaux que Hildenbrand désignera plus tard sous le nom plus usité en Allemagne de *typhus*, de *typhus contagieux*, qui a prévalu aujourd'hui. Hildenbrand accepte et proclame à son tour l'identité de ces fièvres à noms si divers; ainsi se trouve effectuée l'une de ces remarquables synthèses qui marquent les grands progrès dans la pyrétologie.

Toutes les conséquences qui vont ressortir de la comparaison du *typhus fever* avec la *fièvre pétéchiale* s'appliqueront donc de plein droit au typhus des hôpitaux, au typhus que j'ai décrit, de même que je me trouve autorisé à emprunter à Hildenbrand, comme à Monro, comme à Pringle, quelques traits qui pourraient avoir été omis par Borsieri.

Je mettrai d'abord en regard la description générale des symptômes en suivant la marche de la maladie, puis je ferai, à part, vu son importance, le parallèle de l'éruption caractéristique.

DESCRIPTION GÉNÉRALE DES SYMPTÔMES (2).

« Le typhus attaque indistinctement les personnes de tout sexe et de tout âge, depuis la première enfance jusqu'à la vieillesse la plus avancée. »

« Nemo effugit hunc morbum : mulieres, senes, juvenes, mares, infantes et pueri. » (P. 329.)

« Après quelques jours d'un léger sentiment de faiblesse, d'abattement ou de malaise, tant de l'esprit que du corps, le malade est pris plus ou moins soudainement de frissons et de sentiment de froid, ordinairement suivis de chaleur à la peau et parfois aussi de transpiration: en même temps il éprouve des douleurs dans le dos et dans les membres et se plaint d'une céphalalgie frontale. »

« Ambiguum hunc valetudinis statum excipit deinde febris, quæ a frigore, horrore aut rigore plerumque exorditur; capitis gravitas aut dolor obtusus, rheumatico similis, plus minus lumbos atque articulos sed erratice discrucians; lassitudo universi corporis; torpor insolitus; mœror. »

« Les frissons et la sensation de froid se répètent souvent à des intervalles réguliers pendant deux ou trois jours. »

« Quando vero ab horrore (febris) incipit, is pluries in die, primis speciatim diebus, reverti solet. »

(1) Valleix, GUIDE DU MÉD. PRAT., nouv. éd., t. V, p. 506. « Je reconnais » avec MM. Gaultier de Claubry et Louis l'identité du typhus nosocomial et » de la fièvre typhoïde, et, d'un autre côté, j'admets l'existence d'une maladie » très-différente qui est le typhus fever d'Irlande. »

(2) Monneret et Fleury, COMPEND. DE MÉD. PRAT., t. VIII, p. 295.

(3) Jo. Bapt. Burserius, INSTIT. MEDIC. PRACT., t. I, p. 28. Milan, 1829.

(4) Bors., *loc. cit.*, t. II, p. 294.

(1) « Inter causas... aerem impurum, mephiticum nosocomiorum, navium, carcerum, ergastulorum non satis recentatum ac ventilatum. » P. 341. « Febris enim quam dicunt nosocomialem, nauticam, carcerariam aut castrensem ut plurimum peticularis est, quemadmodum sæpius experientia comperi, nobisque adstipulatur Cl. *Monrous*, iteratis in nosocomiis militaribus diligentissimis observationibus. » P. 344. « Nobiscum prope sentit Cl. Monrous, cui febris maligna nosocomialis dicta et petechialis videntur unus idemque morbus esse. » T. I, p. 79, pars 2a, note.

(2) Le texte de Jenner, trad. de Verhaegbe, est marqué par des guillemets; le texte de Borsieri est en latin.

Malheur à toi! tu joues un jeu périlleux! Tu seras châtré. En vain, tu dis : Cela n'est pas permis! Et ce que tu fais, Hyllus, est-ce donc permis? La raison ne paraît pas suffisante, mais enfin on savait à quoi l'on s'exposait, l'épée de Damoclès était suspendue sur la tête du coupable; mais que direz-vous de ce guet-apens où tombe le malheureux Misitius qui, gagnant Ravenne, son pays, rencontre une troupe de ces demi-hommes, ainsi que les appelle Martial, et fait route avec eux?

Semiviro Cybeles cum grege junxit iter.

Sous un prétexte futile, ces eunuques que le vin échauffe et qu'un ardent prosélytisme enflamme, surprennent le vieillard endormi, le mutilent :

...... Somni post vina petuntur :
Continuo ferrum noxia turba rapit,
Exciduntque senem....

On se demande toujours ce que deviennent ces blessés, comment se termine cette affaire. Les gens du monde, du moins de nos jours, ont une singulière idée de la gravité de ces blessures. L'homme de l'art s'en inquiète moins. Qui n'a vu les mutilations qu'exercent sur eux-mêmes certains maniaques et qui sont si promptement guéris? Au dire de quelques voyageurs, la guerre dans l'Afrique centrale donne lieu à l'émasculation immédiate des prisonniers; les frères d'Abbadie racontent à cet égard des choses effroyables, et cependant ces opérations, faites avec une violence extrême, dans des conditions d'âge fort diverses, laissent survivre la plupart de ces hommes. Les climats chauds favorisent la cicatrisation de ces plaies. Quoi qu'il en soit, il paraît qu'à Rome l'abus de ces mutilations était si grand que Domitien fit une loi pour y mettre un terme. Martial l'en félicite (nº 2, livre VI) :

Lusus erat sacræ connubia fallere tædæ :
Lusus et immeritos exsecuisse mares.

Martial revient sur ce bienfait dans une autre occasion et avec plus de détails (nº 9, livre IX); il rappelle que des spéculateurs en débanche s'emparaient des enfants nouveau-nés :

Immatura dabant infandas corpora pœnas.
Non tulit Ausonius talia monstra pater.

Domitien, le père de l'Italie, n'a pas voulu tolérer de pareilles infamies, et celui qui avait déjà protégé la jeunesse a fait plus encore :

Idem qui teneris nuper succurrit ephebis,
Ne faceret steriles sæva libido viros.
Dilexere prius pueri, juvenesque, senesque.
At nunc infantes te quoque, Cæsar, amant.

Et ils ont bien raison, ces pauvres petits, de se montrer reconnaissants, car on ne leur laissait ni repos ni trêve; on les poursuivait jusque dans leur premier asile; la lubricité de quelques monstres infâmes cherchait des raffi-

« L'appétit est nul et il existe une soif plus ou moins prononcée. »

« Appetitus jam penitus aboletur; in multis sitis intenditur. »

« La langue est blanche, sale et souvent tremblottante (1). »

« Quoniam vero sæpenumero cum peticulari morbo cacochylia gastrica et verminosa conjungitur, quando id incidit, lingua muco albo aut flavo sordescit. »

« Il y a souvent des nausées et des vomissements qui comptent alors parmi les symptômes observés. »

« Interdùm singultus et vomituritio antecedit : embarras gastrique, nausées, vomissements, blancheur et saleté de la langue, dégoût. » (Hildenbrand.)

« Il y a de la constipation ou bien les évacuations sont régulières; l'urine est rare et foncée en couleur. »

« Alvus plerumque adstricta est; in aliquibus naturalem modum atque ordinem tenet; urina mox verò rubra, confusa et vino granatorum affinis. »

« Il y a de l'insomnie ou de l'assoupissement et de l'accablement. Le sommeil, s'il a lieu, n'est pas réparateur, mais il est souvent interrompu par des songes qui réveillent à chaque instant le malade en sursaut. »

« Assidua communiter vigilia eos exercet, ac, si unquam somnus obrepat, brevissimus est, turbulentus spectrisque interruptus, nec quidquam reficit. »

« Il se sent tout à fait malade et tellement faible que, malgré le plus pressant besoin, il est obligé de garder le lit, souvent depuis le premier jour de la maladie. »

« Interdum tanta est subita virium, sine evidenti causa, dejectio, ut nec pedibus stare, nec incedere, nec erecti consistere commode queant, ac facile animo linquantur. »

« Des vertiges et des tintements d'oreille comptent parmi les premiers symptômes observés et forment un sujet de vives plaintes de la part des malades. »

« Dolori capitis adjungitur aurium susurrus ac tinnitus et quidam mentis stupor. »

« Vers le septième jour, quelquefois plus tôt, les mouvements musculaires sont incertains et tremblants. L'impossibilité de fixer une idée se change bientôt en perte de mémoire et celle-ci en délire. »

« Si prius non erant, se manifestant manuum tremores, tendinum subsultus, mentis aberrationes, aliaque hujus modi. »

« Au commencement du délire, le malade est encore, lorsqu'il fait une erreur, en état de s'en apercevoir et de la corriger ; mais cette faculté se perd bientôt aussi, et il croit à l'existence réelle des fantômes que son imagination crée ou que ses sens trompés lui font apparaître. »

Ne voilà-t-il pas la typhomanie, le délire fantastique de Hildenbrand, comme je l'ai cité plus haut?

Tels sont les symptômes, depuis l'invasion jusqu'à l'époque de l'éruption.

« Vers le cinquième ou sixième jour il se fait une éruption à la surface de la peau. »

(1) Le tremblement de la langue est noté par *Rasori* et par beaucoup d'autres auteurs.

« Erumpunt deinde peticulæ, nempe intra quartum et septimum diem, quod maxime regulare et commune est. »

Puis chacun des auteurs donne ici sa description de l'exanthème, que je rejetterai plus loin, pour ne pas interrompre la scène morbide.

« A la fin du premier septenaire ou au commencement du second, la langue devient sèche à son centre, en même temps que la croûte blanche qui la couvrait est remplacée par une croûte de mucus brunâtre et sale. Plus tard, la langue est recouverte d'une croûte brune épaisse, et même comme si elle avait été brûlée; les dents sont couvertes de fuliginosités. »

« Lingua, quæ prius humida, mollis et rubra erat illicò, aut brevi albicat aut flavescit, deinde nigricat et desiccatur, nisi jam a principio aruerit. Dentes in primis et labia sordibus interdum nigricantibus scatent. »

« Le délire devient permanent; le malade devient quelquefois très-violent. La somnolence passe graduellement à la stupeur et au coma, tandis que l'expression indique une prostration des forces très-profonde. Il est impossible de tenir le malade éveillé plus d'une minute ou deux, pendant lesquelles il murmure des paroles incohérentes. »

« Mens aberrare incipit, aut si jam antea aberrabat, manifestius desipit ac furit; sopor delirio adjungitur, nunc brevis et transitorius, quem rursus excipit pervigilium, phrenitis et convulsis, nunc permanens et diutinus cum stupore, insensibilitate et plena ejus status, in quo versantur ægrotantes, ignoratione. »

« Le teint de la peau devient tout à fait terreux dans le cours du deuxième septenaire. »

« Rubor facile in plumbeum et tetrum colorem mutatur, ubi malum in deterius vergit. »

« Des vésicules miliaires ou sudamina existent quelquefois à la fin du deuxième septenaire. » *Il se développe des sudamina qui n'appartiennent point aux phénomènes indispensables du typhus.* (Hildenbrand.) « Le pouls, depuis le commencement de la maladie, est fréquent, et sa fréquence augmente jusqu'à sa terminaison fatale, ou bien, après avoir atteint un certain degré de fréquence, diminue graduellement jusqu'au rétablissement du malade. »

Pouls très-variable, faible, petit, grand ou accéléré. (Hildenbrand.)

« Il existe par moments un peu de toux. » — « Aliquando etiam tussis modo sicca, modo humida. »

« Avant la mort, la prostration devient extrême. »

« Inter notas periculi et aliquando etiam futuræ mortis numerantur summa virium defectio..., etc. »

« Des soubresauts des tendons ou des contractions involontaires des muscles de la face et des extrémités supérieures ont lieu. » — « Tendinum et musculorum subsultus crebri, magni, indesinentes. » — « La face prend une teinte foncée et même livide. » — « Facies ex atro rubra, aut livida, aut cadaveris similis. »

« La respiration devient très-fréquente. » — « Respiratio anhelosa, angusta, inæqualis. » — « Le pouls est très-rapide et si faible qu'il peut à peine être senti. » — « Pulsus parvus, obscurus. » — « Rétention d'urine. » — « Lotii suppressio. »

« La peau est quelquefois couverte de sueur et sa température au-dessous du degré normal. » — « Sudor frigidus ac viscidus. » — « Une

---

nements incroyables que tout le dévergondage de la Régence avait à peine soupçonnés. Lisez, si vous l'osez, l'épigramme n° 61, livre XI; écoutez Martial vous raconter les exploits de Manneius :

Modo qui per omnes viscerum tubos ibat,
Et voce certa, consciaque dicebat,
Puer an puella matris esset in ventre.

On me dispensera de dire à l'aide de quel procédé ce personnage arrivait à ce diagnostic impossible, comment il pouvait pénétrer ce mystère intra-utérin : Martial ne donne à cet égard aucun éclaircissement, mais il dit que ce Manneius :

Vagientes intus audit infantes.

Quoi qu'il en soit, le coupable est puni (dirai-je par où il a péché ?) Sa langue est frappée de paralysie :

Partem gulosam solvit indecens morbus.

Et c'est bien fait; mais cet accident se rencontre encore une fois chez un des libertins que cite notre poëte :

Sidere percussa est subito tibi, Zoïle, lingua.

Et si l'on cherchait bien dans cet amas d'immondices, on en trouverait d'autres qui, comme Zoïle et Manneius, ne méritent aucune pitié. Mais ces paralysies de la langue ne sont ici qu'un hors d'œuvre, et quelque étrange que paraisse ce phénomène, qu'il se rattache ou non à une lésion cérébrale, ou tout simplement à une affection du trijumeau, nous ne nous en occuperons pas davantage. Ceux de nos confrères qui voudront voir jusqu'à quel point la société romaine avait perdu toute trace des mœurs des antiques Sabins, jusqu'où le désordre avait pu atteindre, parcourront du doigt et de l'œil le livre de Martial et seront convaincus que ce qui n'est plus chez nous qu'une rare exception, qu'une suite de ces aberrations maladives, telles qu'on en rencontre dans les maisons d'aliénés, était à Rome, sous les empereurs, une coutume acceptée par les plus illustres citoyens, une chose de droit commun, protégée par l'assentiment public.

Mais tout cela est bien sérieux, que le lecteur me le pardonne ; il est difficile, en lisant l'œuvre de Martial, d'éviter ces cavernes que la poésie n'a pas craint d'illuminer, et qui attirent le regard des curieux, des oisifs, de ceux qui aiment à comparer les temps anciens aux temps modernes. Et notez que Martial l'effronté fait quelquefois le modeste : il parle des écrits de Musée (livre XII, n° 96) qui sont pleins d'une licence effrénée :

Musæi pathicissimos libellos,
Qui certant sybariticis libellis,
Et tinctas sale prurientes chartas.

Il reproche à Sabellus, livre 12, n° 43, de décrire en trop beaux vers des choses abominables,

escarre se forme souvent vers la fin du deuxième septénaire au sacrum et aux épines iliaques postérieures. » — « Necroses et gangrenæ circa os sacrum et nates apparent. »

« Si la maladie est destinée à se terminer par la guérison, l'amélioration qui survient dans l'état du malade a lieu souvent d'une manière subite. »

La diminution des accidents de la maladie est très-rapide et très-frappante. (Hildenbrand.)

« Si la maladie se termine par la mort, c'est ordinairement du douzième au vingtième jour qu'elle a lieu; par la guérison, du treizième au dix-septième jour. »

« Frequentissima communissimaque duratio a decimo quarto ad vigesimum primum diem circumscribi solet. »

Dans les hôpitaux, cette fièvre continuait généralement depuis quatorze jusqu'à vingt jours. (Pringle.)

C'est donc vers le quatorzième jour que le typhus se termine, quand il n'est pas dérangé de son cours ordinaire. (Hildenbrand.)

Une telle conformité dans l'expression symptomatique, la marche, la durée, les terminaisons de la *fièvre pétéchiale* et du *typhus fever*, serait certes des plus étranges si nous n'avions réellement sous les yeux une double épreuve d'un même type morbide. Voyons si les caractères de l'éruption dont l'importance nosologique est si considérable, vont nous offrir la même ressemblance? Nous avons déjà montré qu'elle survient au même moment dans l'une et l'autre affection.

Éruption. — Jenner décrit l'éruption du *typhus fever* avec une minutieuse analyse que l'esprit scientifique moderne exige aujourd'hui plus impérieusement qu'au temps de Borsieri.

Il y signale deux sortes de taches : 1° les taches distinctes; 2° les taches sous-cuticulaires.

Elles existent simultanément et forment ensemble l'éruption *mûricolore*, caractéristiques du typhus.

« L'éruption dans le *typhus* (fever) n'offre nullement la forme papuleuse, et ses caractères varient d'après l'époque où on l'observe. »

« Les taches distinctes passent par trois périodes.

» 1re *période*.—Au moment de leur apparition, les taches sont d'une couleur rouge obscur, très-légèrement élevées au-dessus du niveau de la peau. Chaque tache est aplatie à sa surface; ses contours sont irréguliers; ses bords, mal limités, se perdent insensiblement dans la couleur de la peau environnante. Elles disparaissent momentanément sous la pression du doigt, et varient en étendue depuis un simple petit point jusqu'à 3 ou 4 lignes de diamètre. Les plus grandes paraissent formées par la réunion de deux ou plusieurs petites, et leur forme est aussi plus irrégulière que celle de ces dernières.

» 2e *période*. — Après un, deux ou trois jours, ces taches subissent un changement marqué; elles ne sont plus élevées au-dessus du niveau de la peau; elles ont gagné une couleur plus foncée et plus sombre, les bords sont mieux dessinés qu'au début de l'éruption, et, malgré la plus forte pression, les taches ne disparaissent pas entièrement. Il est douteux, dans quelques cas, si les taches, au moment de leur apparition, n'ont pas les caractères de la deuxième période. Parfois elles deviennent plus pâles, se changent en macules d'un brun rougeâtre et puis disparaissent entièrement.

» 3e *période*. — Dans d'autres cas, elles passent à une troisième période. Leur centre devient d'une couleur pourpre foncé, et ne change plus sous la pression, mais la circonférence seule pâlit encore; ou bien toute la tache se change en véritable pétéchie, c'est-à-dire en tache offrant la couleur cramoisi foncé ou pourpre, ne changeant pas sous la pression, à bords nettement dessinés et de niveau avec le reste de la peau. Ce changement s'observe le plus souvent au dos, au pli du coude, aux aines.

» L'éruption sous-cuticulaire, lorsqu'elle est très-abondante, offre ordinairement l'apparence de nombreuses taches, qui sont pâles, imparfaitement dessinées, et qui se confondent les unes avec les autres. On ne les voit qu'indistinctement comme si elles étaient situées sous l'épiderme : elles donnent souvent à la peau un aspect tigré, et c'est sur cette surface maculée que j'ai désignée sous le nom d'éruption sous-cuticulaire que sont situées les taches distinctes plus foncées. Elle peut précéder les taches distinctes ou en être précédée, d'un jour ou deux, c'est-à-dire que pendant un jour ou deux l'éruption est très-pâle, et qu'alors quelques taches deviennent plus distinctes; ou bien des taches bien marquées apparaissent d'abord, et puis après un jour ou deux l'éruption devient plus abondante.

» Les variations dans le degré absolu ou relatif de l'éruption sous-cuticulaire, dans le nombre des taches distinctes, comme aussi dans leurs couleurs respectives, donnent lieu à une grande différence dans l'aspect général de l'éruption. Elle ressemble quelquefois tellement à la rougeole que ce n'est qu'avec difficulté qu'on parvient à l'en distinguer; d'autres fois elle présente cet aspect de la peau que l'on a désigné sous le nom de peau tigrée; d'autres fois encore elle est si pâle qu'il faut un œil exercé pour la découvrir.

» Dans la grande majorité des cas, les taches sont très-nombreuses, très-rapprochées les unes des autres, de manière à recouvrir quelquefois la presque totalité de la peau. Dans un petit nombre de cas cependant leur quantité est comparativement petite; elles sont alors très-pâles et très-espacées.

» Les taches ont pour siége ordinaire le tronc et les extrémités, mais parfois elles sont limitées au tronc seul et se montrent aussi à la face.

» Leur nombre acquiert son maximum les premier, deuxième ou troisième jour de l'éruption; de ce moment il n'en apparaît plus de nouvelles, et toutes restent visibles depuis le moment de leur apparition jusqu'à l'entière disparition de l'éruption. »

Ainsi l'éruption a son début a le caractère exanthémo-pétéchial ou ecchymotique; puis l'élément exanthématique s'efface et laisse subsister l'élément ecchymotique plus ou moins marqué, jusqu'à la résorption complète de l'ecchymose.

Il en résulte que l'éruption est protéiforme, mais qu'envisagée dans son *état*, elle est essentiellement pétéchiale, ou pour mieux dire ecchymotique.

C'est à cette période de *status*, de plein développement, qu'elle est décrite par Borsieri, ce qu'il ne faut pas oublier : « Peticulæ in ente summa sparsim apparent, rubro plerumque colore, interdum puniceo, aut livido, aut violaceo, aut nigricanti præditæ, forma fere rotundæ, modo parva puncticula referentes, modo lenticulis aut pulicum morsibus, aut potius guttulis sanguineis valde similes, sed planæ, nullo modo exstantes, neque epidermidem attollentes, exceptis quidem ra-

---

Facundos mihi de libidinosis
Legisti nimium, Sabelle, versus.

Et, pour le dire en passant, il y a dans cette pièce singulière, un vers qui a été la cause d'une erreur bizarre. Un auteur moderne a lu *novem figuræ* au lieu de *novæ figuræ*, et ce chiffre, qui ne se trouve dans aucune des éditions que j'ai sous les yeux, sert de base imaginaire à un système erroné sur l'iconographie libidineuse des Romains. Il a fallu une étrange préoccupation d'esprit pour prêter à Sabellus un sens qui est aussi loin de sa pensée. Martial a bien assez de griefs à lui reprocher, et il a mille fois raison quand il l'accuse de se complaire dans ces descriptions dangereuses. Après une énumération d'actes prodigieux non moins que révoltants, il s'écrie :

Tanti non erat esse te disertum!

Que ne s'appliquait-il cette réflexion et pourquoi cette pensée n'a-t-elle pas arrêté sa plume indiscrète? Ces peintures de mœurs ont leur prix, sans doute; mais elles sont affligeantes, on se demande si le côté moral de l'homme s'affaiblit, s'altère, à mesure que les États s'agrandissent, si la vertu s'efface quand la puissance publique atteint son développement extrême, enfin, si la grandeur de Rome entraînait absolument la décadence des Romains. Nos anciens professeurs d'humanités ne savaient guère ce qu'ils faisaient quand ils nous donnaient en prix l'ouvrage de Montesquieu, ce grand argument en faveur du régime politique des Chinois. Le mieux en gouvernement est l'ennemi du bien en morale particulière, témoin les siècles de Périclès, d'Auguste, des Médicis et de Louis XIV.

Pour ne pas tomber dans ces misanthropies légitimes, revenons à Martial le méchant, à Martial le persifleur, à ces épigrammes où la malice tient la première place. Voici un petit trait à l'adresse d'un certain Nestor qui s'étonne de ce que l'oreille de Marius offense l'odorat (livre 3, n° 28) :

Auriculam Mario graviter miraris olere!
Tu facis hoc : garris, Nestor, in auriculam.

Martial n'est pas embarrassé pour expliquer ce phénomène : C'est ta faute Nestor, tu chuchotes à son oreille! Cela donne une singulière opinion de cette bouche! Passons à un autre infirme. Il s'agit d'un personnage qui n'a pas le même inconvénient, mais qui a un vilain défaut : il lit mal, et cependant il prend des précautions pour conserver sa voix, il met une sorte de cravate, ou plutôt il entoure son col de laine; Martial lui donne un bon conseil (livre 4 n° 41) :

Quid recitaturus circumdas vellera collo?
Conveniunt nostris auribus illa magis.

Ce n'est pas à ton col, mais bien à nos oreilles qu'il faudrait un tel préservatif. Et puisque nous avons entamé ce chapitre, donnons place dans cette galerie de ridicules à ce poëte enrhumé (liv. 6, n° 41), qui se trouve dans un si grand embarras:

rissimis casibus, in quibus non nihil supra cutim eminere visæ sunt. »

Il décrit ainsi l'éruption à son *summum*, mais il n'ignore pas qu'au début les taches peuvent paraître plus claires et qu'on peut les distinguer en primitives et secondaires : « Discrimen etiam aliquod inter peticulas primarias et secundarias intercedere animadvertit Cl. Le Roi, idque in coloris differentia consistere, illos quippe colore dilute rubro ac roseo donari. »

Il signale toutes les variations de nuances qu'elles peuvent offrir. Leur double caractère exanthémo-ecchymotique, loin de lui échapper, le jette dans un embarras inextricable. Il n'ose prendre parti ni pour l'inflammation, ni pour l'ecchymose. Il y a là pour lui quelque chose de spécial.

« Humor hærens, aut etiam sub epidermide effusus, maculas format magnitudine, figura et colore varias. Cumque is humor plerumque sanguis sit, prout ipse purus est atque integer, aut a naturali statu ac crasi deflectit, aut cum aliis humoribus mixtus est, colores quoque macularum differant, necesse est, imo qui prius color erat, paulatim, prout humor eas efficiens mutationem subit, variari quoque per gradus poterit. Cujus rei specimen aliquod nobis exhibent ecchymoses, in quibus color primum rubet, deinde nigricat, cærulescit, flavet pallet-que, prout nimirum sanguis effusus gradatim varias dissolutionis vices subit. Non tamen hinc existimes velim peticulas primarias, de quibus speciatim disserimus, a nobis tanquam exiguas ecchymoses haberi ac reputari. Neque ex eo, quod maculæ plerumque rubeant, et quasi phlogosim aliquam interdum, imprimis quando diffusæ apparent, comitem habeant aut imitentur, unquam concludere ausim, pro tot inflammatiunculis habendas esse. Fateor equidem peticulas et cum ecchymosibus et cum inflammatione similitudinem aliquam præ se ferre, sed non ea est quæ communem earum naturam ostendat. Sic peticulæ ut quoddam peculiare exanthema, naturâ, origine, effectibus plane diversum; et sola resolutione numquam suppuratione aut abscessu finiendum constituant. »

Et Borsieri cite, au sujet de ces changements si divers d'aspects et de nuances de l'éruption, un très-curieux passage de Joh. Henric. Schlichthorst (1) :

« Petechiæ modo induunt colorem rubrum, roseum, purpureum, » modo flavum, fuscum, castaneum, modo viridem, plumbeum, cæru- » leum, nigrum, modo in uno ægro omnes simul colores adsunt, et » aliæ aliis pictæ, ut cutis inde quasi marmora variegata appareat, » quod notaverunt *Monro*, *Huxhamius*, atque olim jam *Neucrantzius*, » qui rubras, pallidas, citrinas, subvirides, lividas eodem tempore » animadvertit, atque has versicolores maculas lethales esse affirmat. » Quandoque etiam, postquam prodierint, colorem diversimode mu- » tare solent; nunc enim saturatus color diluitur, ac in rubentem » transit, nunc vice versâ, qua rubræ prodiere, purpuræ et lividæ » fiunt. »

Borsieri distingue aussi les taches sous-cuticulaires : « Interdum latent sub epidermide vix conspicuæ, perque eam tantummodo transversim et intenta oculorum acie spectatæ translucent. » Elles sont alors si pâles qu'on a bien pu les méconnaître. « Quo sæpe factum puto, ut eas abfuisse, ubi tamen erant, interdum nonnulli minus considerate scripserint. »

Il note leur confluence exceptionnelle aussi bien que leur inégale grandeur. « Ut vero magnitudine variant peticulæ, sic colore plurimum differunt. Fereque distinctæ ac discretæ esse consueverunt, interdum tamen confluunt et una coalescentes maculas quasdam majores formant. »

Enfin, il indique avec soin leur siége. « Plerumque apparent in collo, pectore, dorso, brachiis, cruribus, locis scilicet cordi propioribus, aut qua insigniora vasa decurrunt. Eruptio occupat ad imos pedes usque. »

Parfois elle se montre au visage. Nec omnino, nec semper faciem intactam relinquunt. »

Qui pourrait douter, après cette confrontation, que l'éruption de Jenner ne soit celle de Borsieri?

Or, si l'éruption est semblable, l'affection doit être semblable aussi, car c'est une loi pathologique qui n'a pas encore rencontré d'exception, que toute éruption spéciale appartient à une maladie spéciale.

Je pourrais porter maintenant la discussion sur le terrain de l'étiologie; je pourrais, par des citations nombreuses, montrer, dans vingt auteurs, ce que, pour plus de facilité, j'ai tiré de Borsieri seul, parce qu'il les résume, parce qu'il présente l'expression la plus complète des connaissances de son temps sur la fièvre pétéchiale. Mais il y aurait surabondance de preuves; la démonstration est acquise, et l'on est dès à présent amené à cette conclusion formelle :

Le typhus du Val-de-Grâce est identique au *typhus fever*, comme au *morbus petechialis*, comme au *typhus* d'Hildenbrand. Ces trois maladies n'en sont qu'une. Aucune différence radicale ne les sépare. Elles naissent sous l'influence des mêmes causes : l'encombrement, la misère, la contagion; elles ont le même mode d'invasion, la même éruption pathognomonique; elles affectent la même marche; elles ont la même durée, les mêmes complications, les mêmes suites, en un mot, les mêmes traits et la même physionomie. Également dépourvues de lésions anatomiques spéciales, elles peuvent revêtir la même variété de formes.

Gerbard et M. de Mussy ont bien jugé, mais il faut au contraire renverser la proposition de Valleix et dire : *Le typhus et le typhus fever sont identiques : ils diffèrent spécifiquement de la fièvre typhoïde.*

Et maintenant, reportons-nous à moins d'un siècle de distance. Quelle confusion, quelle anarchie dans ces fièvres continues signalées par un nom différent dans chaque contrée de notre Europe, où chacune de leurs formes prétend être considérée comme une espèce distincte admise et rejetée tour à tour selon les temps et selon les lieux!

L'analyse et la synthèse, désormais étroitement unies, interviennent enfin : les distinctions s'établissent, les analogies se classent, les similitudes se fondent l'une dans l'autre, puis des groupements provisoires s'essayent et de plus stables leur succèdent, jusqu'à ce qu'enfin toutes ces maladies pétéchiales, pourprées, des camps, des hôpitaux, des vaisseaux, se rangent sous le nom générique de typhus, tandis que, d'autre part, les fièvres inflammatoires, muqueuses, adynamiques, ataxiques, malignes, se réduisent à la fièvre typhoïde. On tente alors une synthèse plus large encore; on essaye de confondre en une seule deux races morbides distinctes; elles résistent par leur nature même.

(1) DISSERT. DE PETECHIIS. Gottingue, ann. 1783 edita, p. 7.

Qui recitat lana fauces et colla revinctus,
Hic se posse loqui, posse tacere negat.

Il ne peut pas parler, mais il n'a pas le courage de se taire : c'est un bavard, un importun, quelque Trissotin dont on peut rire à l'aise, comme ce Maximus, livre 3, n° 18, à qui Martial adresse ces deux vers :

Perfrixisse tuas, questa est præfatio, fauces.
Quum te excusaris, Maxime, quid recitas?

Tu es enrhumé, enroué, l'excuse est bonne; pourquoi veux-tu nous réciter quelque chose? Mais ici ce sont les oreilles des auditeurs qui sont menacées. Notons ces coutumes hygiéniques qui ne sont pas tout à fait perdues. L'usage de placer autour du cou de la laine, afin de conserver la voix, se retrouve encore aujourd'hui dans certaines localités, et peut-être a-t-on renchéri sur les contemporains de Martial en employant la laine grasse, *cellera*, en suint, comme on dit; nos ménagères qui placent un bas de laine autour du col des enfants affectés d'angine gutturale, obéissent, sans s'en douter, à la tradition, et peut-être trouverais-je l'origine de cette pratique dans des temps encore plus reculés.

Puisque nous sommes sur cette voie, ne la quittons pas; elle peut nous conduire à des observations assez intéressantes, témoin une certaine épigramme (livre 5, n° 77) que Dubos père n'a pas cru devoir traduire et qui ressemble assez à une énigme. La voici :

Narratur belle quidam dixisse, Marulle,
Qui te ferre oleum dixit in auriculam.

Ce qui veut dire, mot à mot : On raconte, Marullus, un mot heureux à ton sujet; quelqu'un a dit que tu portes de l'huile dans l'oreille. M. N.-A. Dubois, qui a traduit cette partie du Martial de Panckoucke, n'a pas pris la peine de nous expliquer ces deux vers, quand un sens caché, du moins, et les gens simples, bien intentionnés, n'y cherchant pas malice, sont libres de penser que Marullus fait provision de cérumen, ce qui n'annonce pas de sa part un grand soin de sa personne. Mais était-ce bien la peine de composer un distique pour apprendre à la postérité cette particularité si peu intéressante? Voyons donc si nous rencontrerons le pourquoi de cette affaire.

Un homme comme Martial passant en revue toutes les choses de son temps, surtout les choses usuelles, doit nécessairement avoir recours à des locutions communes, proverbiales, en quelque sorte, et il pourrait bien arriver que ces mots : *Ferre oleum in auriculam* eussent précisément ce caractère d'intimité domestique. Farnabius, l'auteur des notes savantes qui enrichissent le Martial imprimé à Londres en 1615, cite un adage : *Ferre ore oleum*, avoir de l'huile dans la bouche, qui s'applique aux flatteurs, aux courtisans, lesquels semblent verser cette huile dans l'oreille des puissants de la terre, et l'on comprend la justesse de cette image. Il s'agit de renverser les termes de cet adage, de reprocher à Marullus la complaisance de son oreille, ouverte à tous, acceptant tout, organe banal dont le libre accès n'offre aucune garantie. Je crois que c'est bien là la pensée de Martial, et je ne vois pas en quoi cette

Cependant chacun de ces essais, chacun de ces efforts a laissé sa trace, a gravé son mot; un jour enfin ces mots épars se réunissent comme d'eux-mêmes, et la formule d'une vérité définitive se trouve inscrite dans la science.

CHIRURGIE PRATIQUE.

ÉTUDES PRATIQUES SUR L'ATRÉSIE ET LES MAL-FORMATIONS DE L'ANUS ET DU RECTUM ET SUR LES OPÉRATIONS PAR LESQUELLES ON PEUT REMÉDIER A CES VICES DE CONFORMATION; par le docteur G. GOYRAND (d'Aix) (1).

(Suite et fin. — Voir les numéros 33, 34, 35 et 39.)

§ III. — DANS QUELS CAS DOIT-ON RENONCER A OUVRIR L'INTESTIN A LA RÉGION ANO-PÉRINÉALE? OPÉRATION DE LITTRE ET DE CALLISEN; PARALLÈLE DES DEUX MÉTHODES.

Si l'étroitesse du détroit inférieur et la dépression de la région ano-périnéale donnent de prime abord la certitude que le rectum est très-imparfait, peut-être jugera-t-on à propos de renoncer à établir l'anus à la place qu'il occupe ordinairement.

On n'entreprendra jamais l'opération à la région ano-périnéale, si l'on parvient à diagnostiquer d'emblée une oblitération, une transformation fibreuse d'une grande partie du rectum.

Enfin si, le plancher du bassin incisé, on reconnaît que l'intestin n'arrive pas aux régions inférieures de cette cavité, il ne faut pas porter dans les profondeurs du bassin et au hasard un bistouri ou un trois-quarts, comme on l'a fait souvent; mais se décider à faire un anus artificiel aux parois abdominales. Ici, deux méthodes se présentent, celle de Littre et celle de Callisen.

La première consiste à ouvrir l'S iliaque du colon au-dessus de l'aine gauche, et à fixer l'intestin ouvert dans l'incision de la paroi abdominale Pour cette opération, je ne crois pas qu'il existe un procédé préférable à celui que j'ai mis en pratique (GAZ. MED., numéro du 19 janvier), et qui consiste à réunir par la suture entrecoupée les bords de l'incision de l'intestin à ceux de l'incision de la peau.

La seconde, dans laquelle on ouvre le colon descendant dans la région lombaire gauche, sans diviser le péritoine, doit être exécutée suivant le procédé d'Amussat, dans lequel on incise transversalement les parties molles au milieu de l'espace qui sépare la dernière fausse côte de la crête iliaque, de manière à ce que la partie moyenne de la plaie réponde à quelques millimètres en dehors de la masse commune aux sacro-lombaire et long dorsal. Là se trouve le colon descendant, qu'on incise et qu'on fixe par la suture à l'incision de la peau.

Comparons les deux méthodes sous le triple rapport de la difficulté de l'exécution, des dangers de l'opération et des inconvénients de l'anus anormal en cas de réussite.

L'opération de Littre est très-simple. L'incision de la paroi du ventre ne présente pas de difficulté, et l'abdomen ouvert, le colon iliaque se présente distendu par le méconium, qui lui donne une teinte d'un vert noirâtre; l'amener au dehors, l'y retenir au moyen d'un fil passé à travers le mésocolon, l'inciser suivant la direction de son axe, coudre les bords de l'incision de l'intestin avec ceux de la peau, tous ces temps de l'opération ne présentent pas de difficulté sérieuse.

La méthode de Callisen, bien que le procédé d'Amussat en ait rendu l'exécution moins difficile, est cependant loin d'être aussi simple. Un chirurgien qui ne l'aurait pas étudiée avec grand soin, qui ne l'aurait pas essayée plus d'une fois sur des cadavres de nouveau-nés, pourrait éprouver des embarras dans son exécution. Il faut, pour la pratiquer avec sûreté, connaître exactement certaines particularités anatomiques propres à cet âge; ainsi, tandis que chez l'adulte le rein ne descend que jusque vers le milieu de l'espace qui sépare la dernière fausse côte de la crête iliaque, et ne dépasse pas en dehors le bord du carré lombaire, chez le nouveau-né, il dépasse de beaucoup le bord externe de ce muscle, et descend jusque dans la fosse iliaque. Ce n'est donc pas au même point que chez l'adulte qu'on doit chercher, chez le nouveau-né, le colon descendant; mais plus en dehors, plus loin de la ligne médiane lombaire. Dans tous les âges, le rein avec son atmosphère cellulo-adipeuse, servira de point de repère au chirurgien; mais, chez l'adulte, c'est l'extrémité inférieure de l'organe qui se présente dans l'incision, et chez le nouveau-né, c'est la face postérieure et son bord externe. Ces particularités anatomiques bien connues, l'opération de Callisen modifiée par Amussat, toujours très-difficile chez l'adulte, le sera bien moins chez le nouveau-né atteint d'imperforation de l'anus, parce que dans ce cas le colon distendu par le méconium qui lui donne un volume considérable et une teinte foncée, est facile à distinguer dans le fond de l'incision; mais la plupart des chirurgiens qui seront appelés à porter secours à un enfant imperforé n'auront pas étudié à ce point de vue l'anatomie du colon descendant et de la région lombaire chez le fœtus et le nouveau-né; et j'avoue que, quand j'ai fait mon opération par la méthode de Littre, j'ignorais en grande partie ces détails anatomiques, dont j'ai depuis acquis la connaissance par des dissections répétées, et que j'aurais craint de rencontrer des difficultés imprévues en opérant à la région lombaire.

Il est une disposition anatomique qui n'est pas fréquente il est vrai, mais qui a été rencontrée par M. Maisonneuve opérant par le procédé d'Amussat, c'est une situation anormale du colon descendant, qui se trouve, par anomalie, au devant du rein gauche, au lieu d'être placé le long du bord externe de cet organe (GAZ. DES HÔP., 1849, p. 92). M. Maisonneuve, dans ce cas, décolla le péritoine en dehors du rein, arriva au-devant de cet organe, reconnut avec le doigt le colon qu'il ne voyait pas, l'accrocha par derrière avec une pince à griffes, et l'amena dans la plaie où il le fixa après l'avoir incisé. On conçoit que cette anomalie rendrait l'opération bien plus difficile et plus dangereuse.

Le colon ascendant, chez le nouveau-né, passe toujours au-devant du rein droit, dans le sillon qui sépare cet organe du grand lobe du foie, lequel descend à cet âge bien plus bas que chez l'adulte. Aussi le pro-

(1) Le rapport de M. Robert sur l'observation de M. Leprestre est intervenu depuis que M. Goyrand nous a adressé son travail. Évidemment, si l'auteur eût écrit après ce rapport, il en aurait parlé, ainsi que de cette observation et de la discussion qui a eu lieu à cette occasion à l'Académie.

épigramme trouverait son complément, son explication dans celle qui est adressée à Oppianus (livre 6, n° 42), et qui me semble avoir un tout autre motif. En lisant avec attention cette dernière, qui est fort élégante et où il est question d'oreille, ne nous viendrait-elle pas en aide, vrai fil d'Ariane pour sortir de ce labyrinthe? Le poète veut séduire Oppianus, il lui fait un pompeux éloge des thermes d'Etruscus; c'est là seulement, dit-il, qu'on peut se bien baigner; les sources d'Apone et celles de Sinuesse, Passer, Anxur, Cumes et Baïes aux flots bouillants, ne sont rien en comparaison. Et après une énumération des qualités merveilleuses de l'eau chaude d'Etruscus, il ajoute:

Non attendis, et aure me supina,
Jamdudum quasi negligenter audis.
Illotus morieris, Oppiane!

Tu es distrait, et, l'oreille en l'air, tu m'écoutes à peine. Oppianus, tu mourras sans t'être baigné. On dirait une réclame en faveur d'un nouvel établissement de bains; Etruscus, l'entrepreneur de cette industrie, a sans doute payé à beaux deniers comptants les louanges de Martial, et celui-ci a fait son prospectus en conscience. M. A. Dubois a traduit *illotus* par *purifié*, mais il ne s'agit ici que d'un bain, de son action physique.

Notre annotateur trouve dans ces mots: *aure supina*, quelque rapport avec l'huile que Marullus porte dans l'oreille. Je demande bien pardon au docte Farnabius, mais je ne puis être de son avis sur ce point délicat, et je crois avoir justifié mon opinion différente. Quoi qu'il en soit de ce grave conflit, nous pouvons profiter de ces renseignements sur certains actes de la vie privée des Romains du temps de Martial, et, à l'exception de Pline le naturaliste, qui a eu la prétention de parler de tout, on ne trouverait peut-être nulle part ailleurs cette peinture exacte des coutumes hygiéniques d'un peuple qui avait porté au plus haut degré de perfection les raffinements d'une civilisation coupable.

P. MENIÈRE.

(La suite au prochain numéro.)

— M. le docteur A. Foncart vient de recevoir de S. M. Don Pedro II la décoration de l'ordre impérial Da Roza du Brésil.

— MM. Anitchskoff et Berzinski, officiers d'état-major rosses envoyés en mission par l'empereur Alexandre pour étudier l'enseignement de la médecine militaire, ainsi que le service des hôpitaux de l'armée en France, se rendent chaque jour au Val-de-Grâce, où ils se sont mis en rapport avec MM. Michel Lévy et Champouillon.

— ERRATUM. — Dans le dernier feuilleton, en évaluant les frais de l'enseignement médical aux États-Unis, il y a eu une erreur commise dans la réduction des monnaies américaines en monnaies françaises. Au lieu de 2,625 f. pour les frais des cours, il faut lire 525 fr.; au lieu de 175 fr. pour frais d'immatriculation, il faut lire 25 fr.; au lieu de 750 fr. pour frais de graduation, il faut lire 150 fr.

cédé de M. Baudens, qui consiste à ouvrir par la région lombaire le colon ascendant au lieu du colon descendant (Leç. faites a l'hôp. du Gros-Caillou, 1842, Gaz. des hôp.), serait-il absolument inexécutable chez le nouveau-né.

Ainsi la méthode de Callisen présente, chez l'enfant nouveau-né, des difficultés bien plus grandes que celles qu'on rencontre dans l'exécution de l'opération de Littre; mais ces difficultés, qui arrêteront souvent le chirurgien qui n'aura pas fait d'avance une étude approfondie de l'opération de Callisen, et qui n'aura ni le temps ni les moyens de se préparer à cette opération par des études sur le cadavre, quand il aura à opérer un enfant imperforé, ne doivent pas faire rejeter la méthode, si, sous d'autres rapports, elle est supérieure à celle de Littre.

Pour comparer les deux opérations au point de vue qu'elles entraînent, distinguons les accidents auxquels elles exposent en primitifs et consécutifs.

Accidents primitifs. — La péritonite est l'accident qu'on redoute le plus à la suite de l'opération de Littre. Dans cette opération, en effet, le péritoine est largement ouvert; mais l'incision de la séreuse entraîne-t-elle autant de danger qu'on le supposerait *à priori*? L'opération de la hernie est-elle souvent suivie d'une péritonite mortelle qu'on puisse imputer à la plaie pénétrante? J'ai bien souvent fait et vu faire la kélotomie; mais dans les cas que j'ai observés, quand j'ai vu survenir une péritonite mortelle, c'a toujours été par suite d'un épanchement stercoral, ou de l'extension d'une péritonite locale due à l'étranglement et ayant préexisté à l'opération.

Cependant cette crainte de la péritonite, peut-être un peu exagérée, n'en est pas moins fondée sur des faits malheureusement très-réels; ainsi M. P. Guersant a opéré à l'hôpital 11 enfants imperforés par la méthode de Littre, et les a, dit-on, tous vu mourir de péritonite du deuxième au troisième jour (Debout, *l. c.*). Ceci n'est pas encourageant; cependant la simplicité des suites de l'opération que j'ai pratiquée suivant cette méthode, l'absence de tout accident inflammatoire chez plusieurs sujets opérés par les chirurgiens de Brest (Duret, Serraud, Miriel père) me font penser que M. Guersant a eu une série malheureuse; peut-être les incisions profondes qui le plus souvent avaient été faites à la région ano-périnéale avant qu'on se décidât à faire l'anus iliaque, et les conditions peu favorables dans lesquelles se sont trouvé ses petits malades à l'hôpital, sont-elles pour beaucoup dans la production de ces funestes accidents; quoi qu'il en soit, il faut le reconnaître, l'opération de Littre exposera à la péritonite bien plus que celle de Callisen.

Accidents consécutifs. — Les premiers jours passés, il faut, pour que l'infirmité résultant de l'opération ne soit pas incompatible avec la vie, que l'anus artificiel fonctionne régulièrement; or quel est des deux anus (lombaire ou iliaque) celui qui remplit le plus sûrement le but?

Ici la réponse ne peut être douteuse. L'anus inguinal fonctionne toujours de la même manière, et n'a aucune tendance au rétrécissement. Duret, Serraud, Miriel, Klewig, de Colberg, ne s'occupèrent ni de le maintenir ouvert, ni de contenir les deux bouts de l'intestin qui se renversaient en dehors, et cependant, dans aucun cas, on n'a signalé d'accident occasionné par la procidence, chez aucun des opérés l'anus ne s'est rétréci de manière à rendre la défécation moins facile.

Il n'en est pas ainsi de l'anus lombaire. Ici l'intestin ouvert, conservant sa direction normale, n'a pas ordinairement de tendance à l'extroversion. Je dis *ordinairement*, car, par exception, cette extroversion s'est montrée compliquée d'un prolapsus par invagination des deux bouts, chez un petit enfant opéré à la Pitié par M. Maisonneuve, en juillet 1855, et que M. Hyppolite Larrey a montré il y a quelques mois à la Société de chirurgie (séance du 27 février 1856). En dehors de ces cas rares, l'anus lombaire conserve toujours une tendance au rétrécissement qu'il faut combattre d'une manière incessante, sous peine de voir cette ouverture se resserrer au point de ne pouvoir plus fonctionner; ainsi, chez le petit enfant à peine âgé d'un an qu'Amussat présentait à l'Académie de médecine, le 7 février 1843, deux fois déjà la vie avait été mise en danger par la rétention des matières fécales; et pour prévenir le retour du rétrécissement de l'anus, on était obligé d'entretenir l'ouverture avec des tubes de caoutchouc. Cette tendance au rétrécissement a été signalée aussi dans les opérations pratiquées chez les adultes : chez une femme de 21 ans, à qui M. Lenoir avait fait un anus contre-nature par la méthode de Callisen, procédé d'Amussat, tout alla bien pendant dix mois, mais plus tard survinrent des accidents occasionnés par le resserrement de l'anus artificiel; il fallut dilater, mais on le fit avec peu de succès, et pendant cinq mois qu'elle vécut encore après l'apparition des accidents, et surtout pendant les six dernières semaines, cette femme fut sans cesse tourmentée par des douleurs de ventre et des nausées (voir le compte rendu de la séance du 31 mai 1848 de la Société de chirurgie).

La mort, on le comprend, devra résulter, dans bien des cas, du rétrécissement consécutif de l'anus artificiel lombaire, car les sujets qui auront subi cette opération pourront bien souvent se trouver dans des conditions qui ne leur permettront pas de recevoir les soins continus de chirurgiens éclairés; sous ce rapport donc, nous ne pouvons méconnaître l'avantage de la méthode de Littre sur celle de Callisen.

Comparons, enfin, les deux méthodes sous le rapport des inconvénients, des désagréments inséparables de l'anus artificiel.

Il y aurait sans doute avantage à ce que l'anus artificiel fût situé loin de l'appareil sexuel. L'anus placé à la région lombaire serait, toutes choses égales d'ailleurs, moins désagréable que celui qui est situé au devant de la fosse iliaque; mais les inconvénients de l'anus iliaque sont bien diminués par la réduction et la contention de la procidence de l'intestin ouvert. Je rappellerai en deux mots en quoi ma manière de voir et ma conduite diffèrent de celles de mes prédécesseurs, dans les cas d'anus artificiel iliaque. Duret et Serraud ont vu la saillie de l'intestin, et la description qu'ils en ont donnée ne diffère en rien de celle que j'en ai donnée moi-même; seulement ils n'en ont pas bien saisi le mécanisme et n'ont rien tenté pour y remédier. Si l'on veut se donner la peine de jeter un coup d'œil sur mon premier travail et sur les gravures qui l'accompagnent, on comprendra facilement le mécanisme du renversement, de sa réduction et de sa contention, et on verra que cette extroversion, qui se reproduit forcément chaque fois qu'on enlève pour un instant l'appareil contentif, est un obstacle absolu au resserrement de l'ouverture, et que la contention doit diminuer beaucoup les inconvénients de l'anus artificiel, en empêchant la sortie involontaire des matières fécales solides.

Ainsi, en résumé :

1° L'opération de Littre est bien plus facile que celle de Callisen, avantage incontestable; car, quand un chirurgien sera appelé à donner des soins à un enfant imperforé, l'opération sera ordinairement urgente, et on ne peut pas exiger des praticiens qu'ils soient toujours prêts à exécuter immédiatement, sans étude et sans préparation, une opération qu'on a si rarement occasion de pratiquer.

2° Les accidents primitifs mortels sont, je crois, plus à craindre, à la suite de l'opération de Littre qu'après celle de Callisen.

3° Le temps des accidents primitifs passé, l'anus iliaque fonctionnera bien plus régulièrement que l'anus lombaire. Celui-ci restera exposé à un resserrement qui nécessitera la fréquente intervention d'un chirurgien intelligent, tandis que le premier n'exigera que des soins de propreté, et l'application d'un petit appareil analogue au bandage herniaire et aussi facile à appliquer que celui-ci. Dans l'anus lombaire se manifesteront fréquemment des accidents qui, malgré tous les secours de l'art, amèneront la mort dans certains cas, tandis que l'anus iliaque paraît ne devoir exposer à aucun danger celui qui en sera porteur.

Pour terminer ce parallèle, il aurait fallu pouvoir réunir un grand nombre de cas d'atrésie de l'anus traités, les uns par la méthode de Littre, les autres par celle de Callisen, et les comparer entre eux, comparer surtout les résultats des deux opérations sous le double rapport du nombre proportionnel des succès et des revers, et de l'état définitif de l'anus artificiel chez les opérés qui auraient survécu; mais les faits manquent pour établir ce parallèle, et il ne serait pas possible de tirer des conclusions légitimes du petit nombre d'observations qui ont été publiées jusqu'à ce jour; aussi les deux méthodes comptent-elles des partisans parmi les chirurgiens éclairés et de bonne foi.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

(Suite et fin.)

V. THE DUBLIN MEDICAL PRESS.

Les livraisons hebdomadaires d'octobre, novembre et décembre 1855 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Abcès lombaire dépendant d'une aménorrhée*; par M. Buckmaster. 2° *Observations sur la paralysie temporaire*. 3° *Observations pratiques sur la rétention du placenta et sur l'hémorrhagie qui suit l'accouchement, avec la description d'un bandage insufflé*; par M. Bernard. 4° *Cas de* delirium tremens; par M. Fyffe. 5° *Origine du mot pharmacie*.

OBSERVATIONS PRATIQUES SUR LA RETENTION DU PLACENTA ET SUR L'HÉMORRHAGIE QUI SUIT L'ACCOUCHEMENT, AVEC LA DESCRIPTION D'UN BANDAGE INSUFFLÉ; par M. BERNARD.

M. Bernard, après avoir cité plusieurs cas d'hémorrhagie plus ou moins graves survenus après l'accouchement, s'occupe du moyen de les prévenir. La vie de l'accouchée est entre les mains du praticien, dit-il. Quoique des centaines de cas heureux n'exigent pas autre chose que les précautions ordinaires, un seul cas malheureux peut survenir (au moment où il s'y attend le moins) qui mette à l'épreuve toute son énergie, toute sa présence d'esprit et toute son expérience.

C'est dans ces cas que l'application d'un bandage approprié après la délivrance est de la plus grande importance, non-seulement pour prévenir l'accident, mais encore pour le combattre lorsqu'il survient.

Mais est-il possible de construire un bandage qui, par une pression uniforme, excitera la contraction constante de l'utérus, remplira la concavité externe de l'abdomen formée par l'évacuation du contenu de l'utérus, et l'affaissement des parois abdominales qui supportera tous les viscères et en particulier la veine cave, et la colonne sanguine qui se trouve entre l'utérus et l'oreillette droite, qui aidera ainsi cette grosse veine à porter son sang en avant vers le cœur, au lieu de le diriger en arrière vers l'utérus, qui l'aidera non pas à la manière des bandages ou guêtres élastiques qu'on applique dans les cas de varices des extrémités, et qui évitera la nécessité des coussins ou la pratique douloureuse de comprimer ou d'exciter l'utérus avec la main. M. Bernard croit avoir trouvé un bandage qui remplit au moins quelques-unes de ces indications.

Trois larges courroies ayant des boucles sont attachées à chaque extrémité du bandage de toile ordinaire. Un sac élastique, de forme ovalaire, est fixé à la partie interne antérieure. Une ligne de points en dehors indique son axe longitudinal. Ce sac peut être fait avec les mêmes matériaux qui composent les coussins à air, dont on se sert communément; lorsqu'il est insufflé il prend presque la forme d'un citron coupé longitudinalement en deux parties égales. Lorsqu'on l'applique il doit remplir exactement la concavité externe, laissée par l'utérus vidé et le retrait consécutif des parois abdominales. Ce bandage s'applique très-simplement: il faut avoir soin que le sac insufflé soit situé directement sur la concavité abdominale; lorsqu'il est en place la ligne de points doit être parallèle à la ligne blanche et entre le pubis et le cartilage xiphoïde. La pression du sac sur les parois abdominales peut être réglée par le praticien avec la plus grande facilité. Ce bandage doit être maintenu seulement pendant quelques heures après la délivrance, jusqu'à ce que l'utérus se soit contracté complétement et que tout danger d'hémorrhagie soit passé; il peut ensuite être remplacé par le bandage commun. Ce bandage est indiqué surtout comme moyen préservatif de l'hémorrhagie. (On peut se procurer ce bandage chez MM. Faunin et comp., Grafton street.)

VI. THE DUBLIN HOSPITAL GAZETTE.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1855 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Leçons cliniques sur le diagnostic du cancer et les tumeurs cancroïdes*; par M. Collis. 2° *Cas de lithi-urie chez un enfant*; par M. Richardson. 3° *Moyen de reconnaître la transparence de l'hydrocèle au moyen du stéthoscope*; par M. Frazer. 4° *Cas de rupture de la rate par suite de violence extérieure; pleuro-pneumonie; mort*; par M. Duffin. 5° *Cas d'arachnitis étendue compliquée d'otorrhée, résultant d'une lésion légère de la tête; mort un mois après la lésion reçue*; par M. Wilmott. 6° *Lipôme du nez*; par M. Duigan. 7° *Cas de maladie du rectum, avec remarques*; par M. Fleming. 8° *Cas de chorée traitée par les attelles*; par M. Monaham. 9° *Cas d'une épingle extraite du larynx*; par M. Duigan. 10° *De la fièvre typhoïde*; par M. Gordon. 11° *Cas de lésion et de maladie de la langue, avec remarques*; par M. Fleming.

MOYEN DE RECONNAITRE LA TRANSPARENCE DE L'HYDROCÈLE A L'AIDE DU STÉTHOSCOPE; par M. FRAZER.

M. Frazer a reconnu que le stéthoscope est beaucoup plus utile que le moyen qu'on emploie ordinairement de placer une lumière d'un côté de la tumeur, en arrêtant les rayons lumineux latéralement avec la main, pour reconnaître la transparence de l'hydrocèle, pratique si importante pour établir le diagnostic différentiel des épanchements purement séreux, dans la cavité de la tunique vaginale et les différentes affections du testicule et les hernies scrotales. Le stéthoscope arrête mieux la lumière diffuse. Par son moyen, on peut reconnaître l'état des parties avec plus d'exactitude, si le liquide contenu a les caractères ordinaires, et découvrir la position du testicule par l'opacité qu'il produit, spécialement lorsqu'il occupe une position inaccoutumée, ou lorsqu'il est adhérent, par suite d'inflammation consécutive à une ponction pratiquée antérieurement. On peut l'employer avec une lumière dans un appartement éclairé par le soleil, comme le meilleur moyen d'obtenir l'éclaircissement qu'on recherche; cependant, même à la lumière diffuse, M. Frazer l'a employé avec un plein succès.

VII. THE EDINBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

Les livraisons mensuelles de juillet à décembre 1855, et de janvier à février 1856, contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Fistule périnéale à la suite du passage de l'enfant à travers le périnée*; par M. Simpson. 2° *Observations sur le croup*. 3° *De l'évidence médicale dans l'investigation préliminaire des cas criminels en Écosse*. 4° *Cas de hernie fémorale contenant le cœcum, et compliquée de l'irrégularité de l'artère obturatrice qui entourait les parties herniées*; par M. J. Spence. 5° *De l'amputation double simultanée*; par M. Marsden. 6° *Observations sur le croup*; par M. C. Wilson. 7° *De l'os sacrum considéré comme faisant partie de la voûte du pelvis et de sa fonction dans le développement de l'expansion latérale de cette cavité*; par M. M. Duncan. 8° *Maladies de la moelle épinière et de ses membranes*; par M. Reeves. 9° *De la grande diffusion, et de la fréquence des corpuscules d'amidon dans les tissus du corps humain*; par M. A. Carter. 10° *Cas d'opération de hernie fémorale*; par J. Spence. 11° *Fièvre scarlatine survenant deux fois chez la même personne*; par M. J. Webster. 12° *Remarques pratiques sur les différentes formes de dyspepsie*. 13° *Cas d'un sourd et muet de naissance devenu fou plus tard*. 14° *Cas de rétrécissement de l'urètre supposé imperméable guéri par la dilatation, avec remarques*; par M. King. 15° *Notes sur l'application de la statistique en médecine, particulièrement quant aux causes externes de maladie*; par M. Alison. 16° *De la composition du pain*; par M. Maclagan. 17° *Du spéculum dans les déplétions locales pratiquées dans les maladies de l'utérus*. 18° *De la communicabilité du choléra par les déjections*; par M. Alison. 19° *Du traitement local de l'érysipèle avec le gutta-percha*; par M. Hamilton. 20° *Mort subite dans un cas où on avait administré le chloroforme*; par M. Roberts. 21° *Remarques pratiques sur le traitement médical de la phthisie pulmonaire*; par le professeur Bennett. 22° *De l'élément nerveux dans l'inflammation, et de son influence sur le traitement*; par M. Alexander Wood. 23° *Sur la valeur diagnostique de l'albumine dans l'urine*; par M. George W. Balfour. 24° *Récit d'un cas remarquable d'empoisonnement par l'arsenic*; par le professeur Christison. 25° *Quelques remarques sur la dilution comme principe thérapeutique*; par M. Benj. Bellesq. 26° *Observations sur le croup; diagnostic précis*; par M. Charles Wilson. 27° *Sur l'amputation primitive, avec des observations*; par M. James Spence, esq. 28° *Cas d'hydrocéphale chronique compliqué d'un cancer de la base du cerveau*; par MM. Warburton Begbie et Rutherford Haldane.

DE L'AMPUTATION DOUBLE SIMULTANÉE; par M. MARSDEN.

M. Marsden appelle l'attention du monde médical sur l'amputation double simultanée, qu'il considère comme un progrès marqué dans la pratique chirurgicale de nos jours, et il réclame la priorité de son application.

Sa propre expérience et la connaissance qu'il a des résultats de l'amputation double simultanée lui prouvent que l'opération est également sûre et certaine, et *plus rapide* que sous l'ancien système, si toutefois le patient est en bonne santé et non trop affaibli.

En amputant les deux membres à la fois, outre qu'on diminue le double choc nerveux, on diminue encore le temps nécessaire pour que le patient gagne du ton et de la force pour pouvoir supporter la seconde opération, et on évite l'irritation nerveuse qui est fréquemment produite par le membre non amputé, sans parler de l'inquiétude mentale qu'éprouve habituellement le patient dans l'attente d'une deuxième opération. En outre, l'économie qu'on fait du fluide vital tend à la guérison plus rapide et plus complète de l'opéré, en ce que, dans la double amputation, il n'est presque pas perdu plus de sang que dans *chaque* opération séparée.

M. Marsden n'est point le seul à émettre ces idées, puisque tous ceux qui ont pratiqué ces amputations doubles ou assisté à ces opérations ont émis à peu près la même opinion.

CAS DE HERNIE FÉMORALE CONTENANT LE COECUM, ET COMPLIQUÉE D'IRRÉGULARITÉ DE L'ARTÈRE OBTURATRICE, QUI ENTOURAIT LES PARTIES HERNIÉES; par M. J. SPENCE.

OBS. — H., âgé de 49 ans, était entré à l'hôpital pour se faire traiter d'une bronchite et d'une maladie de peau. Pendant des efforts de toux qu'il fit, une hernie qu'il portait depuis plusieurs années s'étrangla.

On essaya le taxis, le chloroforme, etc., le tout sans succès. M. Spence fut appelé pour pratiquer l'opération.

Il divisa les téguments par une incision en T; mais, vu la couche épaisse de graisse qui recouvrait les parties, il la convertit en incision cruciale, pour gagner plus d'espace. Le fascia superficialis ayant été divisé, il vit que la tumeur était de forme irrégulière. Les fascias qui recouvraient immédiatement le sac ayant été divisés avec précaution, il incisa légèrement le bord falciforme, pour lui permettre de se servir de l'extrémité du doigt qui devait le guider pour diviser la constriction profonde. Alors il porta le doigt en haut et sentit indistinctement battre un vaisseau près de l'étranglement. En conséquence, il fit une très-légère incision en haut et en dedans et une autre directement en haut, de manière à diviser l'étranglement à deux points de sa circonférence. Il put alors porter l'extrémité du doigt assez loin sous l'arcade crurale, pour refouler en haut le vaisseau et diviser l'arcade dans une étendue suffisante, pour permettre la réduction d'une hernie ordinaire. Il coupa ensuite quelques fibres qui se trouvaient immédiatement sur le col du sac, et il essaya la réduction sans l'ouvrir, mais il ne put y réussir. Il fit peu d'efforts, parce que les parties herniées qu'il voyait à travers le sac épaissi semblaient très-noires et tendues. Alors il ouvrit le sac et donna passage à une grande quantité de sérosité sanguinolente et noire, et découvrit une portion d'intestin (le cœcum) ecchymosé et presque noir. Voulant éviter autant que que possible de presser davantage sur l'intestin, il agrandit de nouveau l'incision de l'anneau suffisamment pour pouvoir introduire le doigt et pour tirer et examiner la portion d'intestin qui se trouvait immédiatement au-dessus de l'étranglement. Il reconnut alors que le contenu du sac consistait dans le cœcum et la portion inférieure de l'iléum. Ce dernier fut réduit facilement, mais le cœcum, par sa forme et ses connexions, ne put pas être réduit aussi aisément, et comme en l'examinant il vit qu'une petite portion de ses membranes péritonéales et musculaires avait été lacérée par les tentatives de taxis qu'on avait faites, il jugea plus prudent d'augmenter encore l'ouverture en divisant complétement le ligament de Poupart. Ceci étant exécuté, il sentit qu'il y avait encore plus haut quelque chose qui maintenait l'étranglement; ayant passé le doigt, il reconnut comme une corde tendue qui serrait la hernie extérieurement au sac, et se rappelant le vaisseau qu'il avait senti battre, il conclut aussitôt que ce devait être l'artère obturatrice irrégulière. D'après le volume, la distension et l'état des parties herniées, il était évident qu'il fallait la diviser pour que la réduction pût s'opérer sûrement.

En conséquence, portant le doigt de la main gauche dans le sac pour lui servir de guide vers le vaisseau constricteur, il employa l'index de la main droite de manière à la tirer en bas, et il la mit distinctement en vue. Le vaisseau fut lié par deux ligatures, puis il en fit la division; l'intestin fut réduit et la plaie pansée et bandée selon le mode ordinaire.

L'opéré mourut neuf jours après de péritonite.

A l'autopsie, on retrouva les signes d'une péritonite aiguë, limitée en grande partie dans la région iliaque droite et le pelvis.

M. Spence introduisit un tube dans l'artère iliaque commune, et fit une injection pour distendre les vaisseaux.

L'artère épigastrique était d'un gros volume; l'obturatrice en venait. Celle-ci était oblitérée dans une certaine étendue, elle entourait l'anneau fémoral dans tous les points où il est convenable d'inciser avec le bistouri. La même irrégularité existait de l'autre côté.

Ce cas, dit M. Spence, est le seul dans lequel la présence de l'artère ait été reconnue durant l'opération et évitée, et dans lequel il ait été nécessaire de pratiquer la ligature et la division, pour enlever l'obstacle qu'opposait le vaisseau à la réduction.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 29 SEPTEMBRE.—PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE.

NOTE SUR LA SENSIBILITÉ DES TENDONS; par M. FLOURENS.

Il y a trente-cinq ans aujourd'hui que les expériences qui suivent ont été faites. Elles datent de 1821, époque où je m'occupais de mes expériences sur le cerveau et la moelle épinière, expériences bien autrement importantes, que je présentai à l'Académie en 1822, et dont l'importance même me fit négliger alors de publier celles-ci.

Dès ce temps-là le problème particulier de la *sensibilité* des tendons avait déjà fixé toute mon attention. Je n'avais pu voir sans étonnement la divergence singulière qui régnait entre les physiologistes et les chirurgiens touchant un simple point de fait, savoir si le tendons sont *sensibles* ou ne le sont pas. D'une part, tous les physiologistes, ou à peu près tous (1), soutenaient l'*insensibilité* des tendons, et, d'autre part, tous les chirurgiens, ou à peu près tous (2), soutenaient la sensibilité vive, et même dans certains cas extrême, des parties fibreuses ou tendineuses.

Ainsi, par exemple, tandis que Haller (et toute son école, alors l'école supérieure de la physiologie) posait en principe, à Gœttingue, l'*insensibilité absolue* des tendons, deux chirurgiens très-habiles, Morand et Jean-Louis Petit, affirmaient, à Paris, que non-seulement les tendons sont *sensibles*, mais que certaines de leurs lésions pouvaient être suivies des plus vives douleurs.

« J'ai rapporté, je pense, dit Haller, autant d'expériences qu'il en fallait pour » prouver qu'on coupe, qu'on brûle et qu'on détruit sans douleur les tendons » de l'homme et de l'animal, et que par conséquent les tendons sont dépourvus de sentiment. »

Et Morand disait :

« On sera peut-être étonné de voir un si grand nombre de blessures de » cette espèce (il s'agit de tendons et de membres *arrachés*) rassemblées » dans ce mémoire; mais ce qui, à mon gré, est bien plus étonnant, c'est » qu'en général elles sont moins suivies d'accidents que la simple piqûre du » tendon, qui est souvent mortelle. Voilà huit personnes blessées de cette façon guéries assez promptement, et il n'y en a eu qu'une qui ait éprouvé » quelques accidents. Il y eut des douleurs épouvantables les premiers » jours, etc. »

Jean-Louis Petit, cet observateur si judicieux et si clairvoyant, a inséré dans les volumes de notre Académie deux observations, l'une sur un cas de rupture complète du *tendon d'Achille*, et l'autre sur un cas de rupture incomplète de ce même *tendon*.

A propos de la première, Jean-Louis Petit dit :

« Je finis cette observation en faisant remarquer que la malade n'a senti aucune douleur en se cassant les tendons, ni dans la suite pendant tout son » traitement; » et à propos de la seconde, il dit : « De cela seul que le tendon » d'Achille est rompu entièrement, il n'arrive aucun accident...; et de cela » seul que ce tendon n'est rompu ou cassé qu'en partie, il doit nécessairement survenir de fâcheux symptômes. C'est ce que j'ai presque toujours » remarqué dans la rupture ou coupure incomplète des tendons des autres » parties. La douleur, l'inflammation, la fièvre, le délire et la gangrène qui y » surviennent quelquefois, rendraient cette maladie presque toujours mortelle » sans le secours de l'art. »

Jean-Louis Petit nous explique ensuite, par une analyse anatomique admirable, comment, dans le cas de rupture *complète* il n'y a jamais *douleur*, parce qu'il n'y a jamais *tiraillement*, et comment, au contraire, dans le cas de rupture *incomplète*, il y a toujours *tiraillement*, et par suite toujours *douleur*.

Je laisse à regret cette analyse, qui m'éloignerait trop de mon sujet; je me borne à ajouter que les deux observations de Jean-Louis Petit, comparées l'une à l'autre, furent pour moi le trait de lumière. Je vis tout de suite d'où provenait la divergence des physiologistes et des chirurgiens. Les physiologistes, opérant sur un tendon sain et normal, ne le trouvaient point *sensible*, et les chirurgiens, opérant sur un tendon déchiré, tiraillé, enflammé, le trouvaient *sensible*.

Il ne s'agissait plus que de confirmer cette interprétation par l'expérience. Je provoquai donc, sur différents animaux, l'inflammation du tendon d'Achille par des piqûres, par des tiraillements, par des coupures; et dès lors tout fut expliqué et concilié. Toutes les fois que j'opérais sur un tendon sain, je ne trouvais aucune *sensibilité*, et toutes les fois que j'opérais sur un tendon tuméfié et enflammé, je trouvais la *sensibilité* la plus vive.

Toujours emporté par d'autres travaux, j'ajournais sans cesse la publication de celui-là, lorsque, dans la séance du 3 mars dernier, M. Jules Guérin nous lut un mémoire très-remarquable sur ce qu'il nomme la *contractilité tendineuse*.

A l'occasion de ce mémoire, je pris la parole pour annoncer que « des ex- » périences sur les tendons, déjà fort anciennes, m'avaient conduit à reconnaître la sensibilité de ces parties, à préciser le mode de cette sensibilité » et à déterminer les procédés d'excitation au moyen desquels on l'oblige à » se manifester (3). »

En conséquence de ces paroles, j'aurais pu me borner à publier im-

(1) Je dis *à peu près tous* : il faut excepter, en effet, Laghi, qui avait déjà vu les nerfs des tendons, Lamberti, Whytt, Lorry, etc., et particulièrement un physiologiste que j'ai grand plaisir à nommer ici, Antoine Tandon, grand-oncle maternel de notre savant confrère M. Moquin-Tandon. (Voyez Housset, MÉMOIRES DE PHYSIOLOGIE ET D'HISTOIRE NATURELLE, t. 1, pages 95 et suivantes.)

(2) Ou *à peu près tous* : Haller cite, en effet, une observation très-intéressante et fort détaillée de Farjon, chirurgien de Montpellier, observation où quelques tendons, mis à découvert par une large plaie de la jambe, purent être pincés, piqués, brûlés, sans que le malade éprouvât aucune douleur; mais Haller, qui ne songeait pas à la différence du tendon sain au tendon malade, ne remarque pas que Farjon dit expressément « qu'il avait reconnu » que les tendons étaient dans leur état naturel par leur couleur, leur consistance et par le mouvement dans lequel ils étaient lorsqu'il faisait fléchir le » pied et étendre les orteils. » (Haller, MÉMOIRES SUR LA NATURE SENSIBLE ET IRRITABLE DES PARTIES DU CORPS ANIMAL, t. I; p. 134 Lausanne, 1756.)

(3) COMPTES RENDUS, séance du 3 mars 1856, p. 421.

médiatement mes anciennes observations. J'ai préféré les recommencer (1).

Sur différents animaux (chiens, lapins, cochons d'Inde), j'ai provoqué l'inflammation du tendon d'Achille par des piqûres et des coupures, et tout cela, bien entendu, sans le moindre signe de *douleur* ni de *sensibilité*.

Au bout de huit jours, j'ai trouvé, du moins en général, le tendon rouge, grossi, enflammé; je l'ai pincé alors, et toutes les fois que les signes d'*inflammation* étaient manifestes (2), les signes de *douleur* et de *sensibilité* l'ont été aussi.

J'ai répété ces expériences à plusieurs reprises, et par séries successives d'animaux opérés ensemble; je ne reproduirai ici que deux de ces séries.

Dans la première, sur six cochons d'Inde, dont le tendon d'Achille avait été soumis aux irritations indiquées, quatre ont manifesté une *sensibilité* très-vive chaque fois que leur tendon, rouge et tuméfié, a été pincé (3).

Dans la seconde série, sur cinq cochons d'Inde, le tendon d'Achille préalablement irrité, quatre ont manifesté la plus vive douleur chaque fois que le tendon a été pincé (4).

Pour avoir simultanément sous les yeux les deux effets opposés qui nous occupent, j'ai fait mettre à nu, sur ces quatre animaux, le *tendon sain* et le *tendon enflammé*. Une plaque de verre a été placée ensuite sous chacun de ces deux tendons pour l'isoler complétement des parties voisines et sous-jacentes.

Après quoi, on a pincé, piqué, coupé, brûlé avec l'acide nitrique, avec l'acide sulfurique, le tendon sain, et l'animal n'a ni crié ni bougé. On a pincé le tendon enflammé, et, à chaque pincement, l'animal a jeté un cri. C'était une chose frappante et une épreuve bien décisive que cette comparaison immédiate, que cette *impassibilité* absolue de l'animal tant qu'on n'agissait que sur le tendon normal et sain, et que les mouvements impétueux, les cris de ce même animal dès qu'on agissait sur le tendon malade.

Le fait est donc démontré : le tendon sain est dépourvu de *sensibilité* et le tendon enflammé a une *sensibilité* très-vive; mais quelle est la cause de ce fait? A quoi peut tenir cette différence entre le tendon sain et le tendon malade? Quel changement s'est-il opéré dans l'état du tendon, ou plutôt dans l'état des nerfs du tendon (car tout ce qui tient à la *sensibilité* dépend des nerfs), pour que, dans un cas, ce même tendon soit doué de *sensibilité*, tandis qu'il en est dépourvu dans l'autre?

C'est là une question toute nouvelle, d'un ordre beaucoup plus général, et qui sera examinée dans une seconde note.

X OBSERVATIONS MICROSCOPIQUES SUR LA CIRCULATION DU SANG DANS LES VAISSEAUX DE L'ŒIL, VUE EN TRANSPARENCE SUR LE VIVANT; par M. A. WALLER.

(Commissaires : MM. de Quatrefages, Cl. Bernard.)

Le procédé que j'emploie consiste à produire l'exophthalmose ou la luxation du globe de l'œil sur les animaux albinos, et à observer ensuite sous le microscope les différentes parties de l'œil qui sont ainsi accessibles à l'observation. Chez le lapin, le cochon d'Inde, le rat et les rongeurs en général, le globe oculaire n'est maintenu que faiblement dans sa cavité orbitaire par le muscle orbiculaire et par les muscles droits et obliques, et il suffit sur ces animaux d'écarter largement les paupières pour faire sortir l'œil. Dans tous les cas, il suffit d'une faible pression en arrière pour produire l'exophthalmose, qu'il est facile de maintenir pendant la durée des observations. Pendant la luxation de l'organe, la pupille est encore contractile, et les animaux paraissent distinguer plus ou moins bien les objets extérieurs. Cette opération est sans danger pour la vision et pour l'œil, et l'œdème des paupières, l'inflammation ou la congestion produite par la luxation prolongée pendant plusieurs heures, ne tardent pas à se dissiper après que l'organe a été remis dans sa cavité. En présentant une chandelle obliquement à l'axe visuel devant l'œil d'un animal albinos, on distingue une image renversée de la chandelle en transparence sur la sclérotique, comme dans l'expérience de Magendie pour démontrer la formation d'images renversées sur le fond de l'œil. En soumettant cette image lumineuse à l'observation sous le microscope, on parvient à distinguer la circulation des globules de sang dans les vaisseaux de la choroïde, sur le lapin, le cochon d'Inde et le surmulot albinos; chez ce dernier animal surtout, les parois de l'œil sont tellement transparentes, que sur les jeunes animaux on peut distinguer la surface postérieure du cristallin enchâssée dans le corps vitré, ainsi que la couronne de procès ciliaires. La disposition que je donne au surmulot pour mes expériences consiste à l'enrouler dans un bandage étroit et à le fixer ensuite sur une plaque de liége, comme pour mon expérience sur la langue de la grenouille. Au moyen de quelques tours de fils passés alternativement en avant et en arrière du globe de l'œil, il est fixé dans un état d'exophthalmose et d'immobilité nécessaire pour l'examen microscopique. L'iris et la sclérotique, à cause de leur transparence, laissent passer plus ou moins de rayons lumineux; de cette façon l'œil étant regardé en profil, on peut successivement promener sous le microscope toutes les parties accessibles de l'organe et les examiner sous des grossissements de 200 on 300 diamètres. Je me bornerai ici à exposer succinctement les résultats que j'ai obtenus sur l'œil du surmulot :

1° Les vaisseaux de la cornée transparente sont peu visibles au moment où l'œil est luxé. Ils s'étendent sur la moitié externe de la cornée en formant des réseaux et des anses à mesure qu'ils s'approchent de leur limite interne. Le courant vasculaire y est très-rapide, et peut être suivi sur toute l'étendue de ces vaisseaux, qui appartiennent presque exclusivement à la conjonctive.

2° L'iris, sur cet animal, est composé d'une membrane musculaire tellement mince qu'elle offre peu d'obstacle au passage de la lumière. Sur l'iris, séparé de l'œil, on peut suivre sans préparation toute la distribution des nerfs.

La convexité de l'iris occupe les trois quarts de la concavité de la cornée. L'iris est en contact immédiat avec la surface antérieure du cristallin.

Après l'opération de la cataracte, l'iris, qui n'est plus bombé en avant par le cristallin, perd sa convexité, et devient une surface plane.

Les veines de l'iris et le plexus capillaire forment deux couches distinctes, la première superficielle et la seconde profonde.

Les veines de l'iris, au nombre de vingt environ, commencent chacune au bord pupillaire, sous forme de trois ou quatre racines très-déliées, qui bientôt se réunissent en un tronc commun, qui suit une direction rectiligne jusqu'au bord ciliaire de l'iris, et de là au tronc des veines choroïdiennes, dans lesquelles elles se jettent.

La couche capillaire profonde de l'iris se compose d'un réseau de vaisseaux d'environ 0mm,005 de diamètre.

La direction générale de ces vaisseaux est parallèle aux fibres radiées, avec de fréquentes anastomoses transversales.

Dans les troncs des ciliaires longues, et dans leurs branches sur l'iris, le courant du sang est en général trop rapide pour être suivi. Il faut le ralentir en appliquant une légère compression sur l'œil, dont l'effet, à l'œil nu, est de faire pâlir tous les vaisseaux sanguins. Observé sous le microscope, le premier effet ainsi produit dans les artères est un reflux du sang vers le cœur, lequel, lorsque la compression est graduée et égale, continue quelquefois pendant au moins une minute, de sorte qu'il pourrait aisément en imposer sur la nature du vaisseau et le faire prendre pour une veine. En même temps, le calibre de ces vaisseaux diminue de moitié, les capillaires deviennent invisibles, et les veines ressemblent à des tubes transparents, incolores, sans traces de globules. Par une compression plus légère, on ralentit simplement la circulation dans ces vaisseaux, et alors on peut la suivre dans les artères ciliaires longues sous la sclérotique jusqu'à leur arrivée à l'iris, dans leurs branches et ramuscules, dans les dentelures du bord pupillaire et dans les veines de l'iris jusqu'à sa grande circonférence.

Suivant que la pupille est contractée ou dilatée, les vaisseaux présentent les aspects les plus variés. Pendant sa contraction, les vaisseaux radiés ont la forme de canaux presque rectilignes, depuis la pupille jusqu'à la périphérie de l'iris. Près du bord pupillaire, ces veines sont tellement serrées qu'elles sont comme accolées ensemble. Lorsque la pupille se dilate, ces vaisseaux s'écartent, les anses vasculaires du bord dentelé s'effacent de plus en plus, et les vaisseaux radiés se fléchissent en zigzags ou en spirales. La flexion des vaisseaux commence près du bord pupillaire.

Examinés après la mort, les éléments musculaires de l'iris ne présentent aucune déviation pareille à celle des vaisseaux.

Sur les jeunes sujets, on distingue les procès ciliaires sur presque toute leur étendue. A l'état normal, ils sont d'un blanc éclatant; mais sur l'œil luxé, ils deviennent rougeâtres sans augmenter sensiblement de volume.

La galvanisation de l'œil sur le vivant ou fraîchement enlevé ne produit aucun effet sur les procès ciliaires, quoique, dans le dernier cas, la pupille soit encore susceptible de contractions pendant une demi-heure.

Examinées sous le microscope, à chaque contraction, les fibres circulaires se dessinaient sous forme de sphincter large environ de 0mm,1. En même temps, les fibres radiées paraissaient se tendre fortement.

A travers la pupille se distinguait la figure stelliforme du cristallin avec ses tubes s'y rattachant.

Le galvanisme ne produisit sur eux aucun effet.

Près du sillon de réunion de la cornée avec la sclérotique sont deux ou trois anneaux veineux, très-réguliers, presque parallèles; du plus grand de ceux-ci partent quatre à six troncs se rendant aux veines ciliaires antérieures.

Les courants sanguins, dans l'intérieur de ces cercles vasculaires, sont très-variés.

Sur la membrane de la choroïde, les vaisseaux sont visibles dans le tiers ou même la moitié antérieure de son étendue, et on suit le cours du sang depuis la partie postérieure des procès ciliaires jusqu'à son entrée dans les troncs des veines choroïdiennes.

La disposition des *venæ verticosæ* sur cet animal est semblable à celle chez l'homme.

Grâce à ces observations, nous sommes maintenant en mesure d'examiner

(1) Avec le concours de mon habile aide-naturaliste au Muséum, M. Philipeaux.

(2) Ou m'ont paru tels : en effet, il y a ici quelque difficulté pour bien juger de l'état du tendon après une irritation préalable; si l'inflammation n'est pas encore née, bien qu'il soit déjà tuméfié, il n'y a pas douleur, et si l'inflammation commence à s'éteindre, il n'y a plus douleur.

(3) Les deux autres cochons d'Inde ont été impassibles.

(4) Le cinquième cochon d'Inde a été impassible.

quelques théories qui ont été proposées pour expliquer l'adaptation de l'œil pour la vue à diverses distances.

Quoique les recherches de Kramer et de Helmholtz aient précisé et considérablement rétréci le champ de la discussion, plusieurs physiologistes, tout en admettant la grande importance de l'action musculaire, pensent qu'il faut y adjoindre celle de certains organes vasculaires.

Suivant Fick, Czermak et M. Rouget, les procès ciliaires sont des organes vasculaires dont la turgescence fait varier la courbure du cristallin, et, partant, son adaptation focale.

D'après M. Rouget, pendant l'adaptation de la vue à courte distance, les veines de l'iris sont comprimées par les fibres circulaires, et tout le sang qui revient de l'iris obligé de passer par les procès ciliaires; en même temps, les fibres radiées de l'iris qui se contractent chassent le sang des vaisseaux iriens dans la même direction.

Les déductions intéressantes de M. Rouget m'ont engagé à vérifier sa théorie, que mes expériences permettaient de soumettre à un examen direct. Comme on sait que la dilatation de la pupille par la belladone change l'état d'adaptation de l'œil, j'ai examiné les procès ciliaires et la choroïde lorsque la pupille était tantôt contractée et tantôt dilatée, mais sans jamais remarquer aucun changement dans la plénitude de leurs vaisseaux. En faisant affluer le sang dans les vaisseaux de l'iris ou en le chassant par la compression, on n'aperçoit aucun changement dans la grandeur de la pupille sur cet animal.

RECHERCHES SUR LES MODIFICATIONS IMPRIMÉES A LA TEMPÉRATURE ANIMALE PAR QUELQUES MALADIES CHIRURGICALES; par M. DEMARQUAY.

(Commissaires : MM. Becquerel, Cl. Bernard, J. Cloquet.)

Je me suis proposé, dans le mémoire que j'ai l'honneur de soumettre aujourd'hui au jugement de l'Académie, de déterminer les variations imprimées à la température animale par les maladies chirurgicales suivantes :

1° L'infection purulente et l'érysipèle généralisé.
2° Les inflammations localisées et les plaies.
3° Les anévrismes.
4° La ligature des vaisseaux.
5° La gangrène sénile.

1° L'infection purulente et l'érysipèle donnent une élévation de la température animale de 2 à 3 degrés.

2° Tandis que les inflammations circonscrites, comme le phlegmon et l'érysipèle localisé, impriment à la partie malade une augmentation de température variable entre 1 et 5 degrés, comparativement aux parties du côté opposé restées saines. De la glace appliquée sur ces parties malades abaisse promptement la température. Cet abaissement est passager, car dès que celle-ci est enlevée, les parties non-seulement reviennent à leur état primitif de température, mais le dépassent même.

3° Un anévrisme vrai, le membre restant sain, ne fait éprouver aucune variation à la température animale. L'anévrisme artérioso-veineux, au contraire, donne lieu, au membre inférieur surtout, à une élévation de la température de 1 à 2 1/2 degrés.

4° Hunter et son école s'étaient occupés de l'influence de la ligature des vaisseaux sur la température animale. Les résultats auxquels ils sont arrivés sont contradictoires. Il résulte de mes expériences que la ligature de l'artère et de la veine dans un anévrisme artérioso-veineux du membre inférieur donne lieu à une élévation de la température, tandis que la ligature seule de l'artère principale d'un membre a donné toujours un abaissement de la température.

5° Il en est de même de la gangrène sénile, qui a toujours amené un abaissement de la température animale dans les parties situées au-dessus des parties mortifiées, abaissement qui a varié entre 1 et 5 degrés.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 7 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département du Nord pendant l'année 1855.

2° Les tableaux des vaccinations pratiquées pendant l'année 1855 dans les départements de Vaucluse et de la Corse. (Commission de vaccine.)

— La correspondance non officielle comprend :

Une lettre de M. le docteur Vallez (de Bruxelles) qui transmet à l'Académie un exemplaire de son TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DE MÉDECINE OCULAIRE et qui sollicite le titre de correspondant étranger.

Un rapport de M. le docteur Merland (de Napoléon-Vendée) sur la pratique de la vaccine dans le département de la Vendée en 1855, suivi de quelques réflexions sur la nécessité des revaccinations. (Commission de vaccine.)

Une note de M. le docteur Bédor (de Troyes) sur un cas remarquable de maladie mentale recueilli au dépôt d'aliénés de l'Hôtel-Dieu de Troyes. (Commissaire : M. Baillarger.)

Une réclamation de priorité adressée par M. Capron jeune à l'occasion du bistouri à châsses tournantes présenté récemment à l'Académie par M. Charrière fils. (M. Velpeau, rapporteur.)

Une lettre de M. Charrière fils, qui déclare n'avoir jamais eu connaissance de l'instrument de M. Capron et ne savoir en aucune façon si cet instrument est semblable au sien ou s'il en diffère.

Une note de M. Pons, de Bez, près le Vigan, relative aux théories de l'évolution et de l'épigénèse. (M. Bourdon, rapporteur.)

Une lettre de M. Colin (d'Alfort), dans laquelle il se défend du reproche que lui a adressé M. Bouley d'avoir nié qu'il ait soumis à un insignifiant traitement hydrothérapique un des chiens auxquels il a pratiqué la ligature de l'œsophage. (Commission nommée.)

Une lettre de M. le docteur Léon Marie, en réponse à la dernière note de M. Broca. M. Marie affirme que, dans la ponction initiale du bubon, il peut arriver qu'une artériole venant de l'iliaque externe soit quelquefois intéressée. Il invoque à l'appui des faits qu'il a avancés une lettre insérée dans L'UNION MÉDICALE du 25 septembre et signée par M. le professeur Leprestre, l'un des successeurs de Dominel à l'hôpital de Caen. Quant au défaut de publicité qu'aurait eu cette méthode, M. Marie rappelle qu'elle n'a pas cessé depuis longtemps d'être mise en pratique dans l'hôpital de Caen, qu'elle a été l'objet d'une communication à la Société de médecine de cette ville, et que, selon toute probabilité, elle a été décrite dans un des volumes que cette société publie chaque année. (Commission nommée.)

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL présente, au nom de M. le docteur Jobert (de Guyonvelle), un mémoire sur divers troubles de la vue propres à certaines femmes grosses; la diplopie, la triplopie ou la polyopie en particulier. (Commissaires : MM. Danyau et Cazeaux.)

AFFECTION CONVULSIVE ÉPILEPTIFORME, CONSÉCUTIVE A CERTAINES LÉSIONS DE LA MOELLE ÉPINIÈRE.

M. le docteur BROWN-SÉQUARD donne lecture d'une note sur une affection convulsive déterminée par certaines lésions de la moelle épinière.

Voici les termes mêmes de ce travail :

La note que j'ai l'honneur de lire à l'Académie a pour objet de signaler quelques faits nouveaux relatifs à une affection convulsive épileptiforme qui semble être le résultat constant de certaines lésions de la moelle épinière.

Dans plusieurs publications que j'ai déjà faites à ce sujet (1), j'ai signalé ce fait singulier qu'après une section transversale d'une moitié latérale de la moelle épinière, un peu au-dessus de l'origine des nerfs des membres abdominaux, une affection convulsive survient au bout de quelques semaines, et que l'on peut produire à volonté les accès de convulsions en irritant certaines parties de la face. J'ai constaté que si la lésion de la moelle épinière a lieu à droite, c'est à droite seulement que la face a la faculté de causer des convulsions, et que si c'est à gauche que l'organe médullaire a été lésé, c'est à gauche seulement que la face possède cette singulière faculté. En outre, j'ai trouvé que si les deux moitiés latérales de la moelle épinière ont été lésées profondément, les deux moitiés de la face ont la puissance de causer des accès quand on les irrite.

Quelles sont les limites précises des parties qui ont la faculté de provoquer des convulsions? Ces limites sont plus étendues que je ne l'avais cru d'abord. En outre de certaines parties de la face, une portion de la peau du col semble aussi posséder cette propriété. Des trois branches du nerf trijumeau, il en est une, l'ophthalmique, dont les ramifications cutanées ne paraissent pas avoir cette faculté. Des deux autres branches, quelques filets seulement la possèdent, et parmi ces derniers ceux qui surtout semblent avoir cette propriété, sont quelques parties du nerf sous-orbitaire et de l'auriculo-temporal. Quelques fibres du second nerf cervical et peut-être aussi du troisième, possèdent aussi cette faculté. A la face, on peut irriter la paupière supérieure, les narines, les lèvres, les oreilles et la peau du front, sans produire d'attaque; au col on obtient aussi le même résultat négatif en irritant les parties voisines de la ligne médiane, soit en avant, soit en arrière. Il en est de même quand on irrite une partie quelconque de la peau du tronc ou des membres, mais on provoque presque toujours un accès lorsqu'on irrite une zone de peau dont les limites sont : en haut la ligne qui s'étend de l'oreille à l'œil; en avant une ligne tombant perpendiculairement de l'œil sur l'os maxillaire inférieur; en bas le rebord de cet os, et enfin en arrière une ligne demi-circulaire s'étendant de l'angle de cet os à l'oreille. Quelquefois cette zone s'étend en arrière jusqu'au voisinage de l'épaule.

Peut-on attribuer à un excès de sensibilité qui existerait normalement dans cette zone de peau, la faculté qu'elle possède seule de causer des convulsions quand on l'irrite? Il ne semble pas en être ainsi. En effet, quand on n'a coupé qu'une moitié latérale de la moelle, la peau de la face et du col du côté correspondant a seule la faculté de causer des accès. Les mêmes parties de l'autre côté peuvent être irritées très-violemment et de manière à causer les plus vives douleurs, sans que des convulsions aient lieu. Il semble donc que ce n'est pas la douleur qui cause les accès. On arrive à la même conclusion lorsqu'on voit que les irritations les plus vives sur des parties du corps qui sont dans un état d'hyperesthésie très-prononcé n'occasionnent pas de convulsions. On sait que j'ai trouvé que, chez les animaux ayant eu une moitié latérale de la moelle épinière coupée en travers, le membre postérieur du côté corres-

(1) Voir COMPTES RENDUS DES SÉANCES DE LA SOC. DE BIOL., t. II, 1850, p. 105 et 169, et ARCH. DE MÉD., etc., fév. 1856.

pondant est dans un état d'hyperesthésie très-notable au lieu d'avoir perdu sa sensibilité, comme cela aurait eu lieu si les idées qu'on se faisait depuis Galien sur la voie de propagation des impressions sensitives dans la moelle épinière avaient été exactes. Eh bien! ce membre hyperesthésié peut être irrité de la manière la plus violente, soit mécaniquement, soit par le galvanisme, soit par la chaleur, sans que des convulsions surviennent. Il semble donc, je le répète, que ce ne soit pas par suite de la violence de la douleur qu'on cause des convulsions, en irritant la zone de la peau de la face et du col dont j'ai indiqué les limites.

Des faits que je vais rapporter semblent montrer qu'il faut faire entrer ces convulsions dans l'ordre des phénomènes réflexes. On sait que la peau et les muqueuses ont la faculté de produire certains mouvements réflexes que les troncs des nerfs de ces parties ne peuvent pas provoquer ou ne provoquent que très-rarement. Ainsi, par exemple, la toux est produite aisément par l'irritation de la muqueuse des voies respiratoires, et elle ne l'est que très-rarement par l'irritation des nerfs vagues. Il semble en être de même pour les accès convulsifs, qu'on produit en irritant la peau de la face sur les animaux qui ont eu la moelle épinière lésée profondément. Si l'on met à nu une branche quelconque des nerfs de la face ou du col, on trouve qu'en les irritant même très-vivement on ne produit pas d'accès. En outre, si l'on dissèque un large morceau de peau de manière à ne le laisser tenir aux centres nerveux que par le nerf sous-orbitaire, on trouve que l'irritation de ce lambeau de peau cause encore des convulsions, tandis que l'irritation du nerf sous-orbitaire lui-même n'en cause pas. Ainsi, c'est donc dans les ramifications cutanées de certains nerfs que réside la faculté de provoquer des convulsions après certaines lésions de la moelle épinière, chez les animaux d'espèces diverses sur lesquels j'ai expérimenté. Il y a alors, chez ces animaux, quelque chose de comparable à ce qui a lieu, chez l'homme, dans ces cas d'*aura epileptica*, où une ligature serrée autour d'un membre faisait avorter les accès.

Il semble que l'affection convulsive qui survient chez les animaux dont la moelle épinière a été lésée profondément doive être considérée comme une variété de l'épilepsie. Les phénomènes que je vais décrire et que je serais très-heureux de montrer tout à l'heure aux membres de l'Académie qui voudront les voir, sont très-intéressants. Lorsqu'on pince légèrement la peau de la face ou du col, sur un animal atteint de cette affection convulsive, il y a un léger spasme des paupières, des muscles de la face et du col, seulement du côté correspondant à celui qu'on irrite. L'animal crie alors moins que lorsqu'on irrite d'autres parties sensibles, et ce spasme cesse très-vite. Mais si l'irritation sur la face ou le col est très-forte, la tête est violemment entraînée du côté de l'irritation, par la convulsion de tous ou presque tous les muscles du col de ce côté, et la bouche s'ouvre par suite d'une contraction énergique des muscles abaisseurs de la mâchoire inférieure. Souvent un cri particulier, en général très-rauque, et dû probablement à l'existence simultanée d'une convulsion des muscles expirateurs et de la tension convulsive des cordes vocales, se fait entendre, et aussitôt après l'animal tombe sur le flanc, tantôt sur le côté irrité, tantôt sur l'autre. Des mouvements convulsifs se montrent alors dans toutes les parties du corps, excepté dans celles qui sont paralysées du mouvement volontaire. La tête est entraînée alternativement à droite et à gauche; les muscles de la face et des yeux se contractent successivement; les membres non paralysés s'agitent violemment; la respiration s'exécute irrégulièrement et convulsivement; il y a expulsion de matière fécale, souvent aussi d'urine, et quelquefois il y a érection du pénis et même éjaculation de sperme. L'attaque, en général, ne dure pas longtemps, mais elle est souvent suivie d'une ou de plusieurs autres.

Je crois pouvoir résumer dans les propositions suivantes les faits exposés dans cette note:

1° Que des lésions variées de la moelle épinière peuvent produire une affection convulsive ressemblant beaucoup à l'épilepsie;

2° Que les accès de convulsions chez les animaux ayant eu la moelle épinière coupée, peuvent survenir spontanément ou sous l'influence d'irritations de certaines parties de la peau;

3° Que lorsque la moelle épinière a été lésée d'un côté, c'est l'irritation de la face et du col du côté correspondant qui seule peut produire les accès de convulsions;

4° Que si la lésion de la moelle épinière a atteint profondément ses deux moitiés latérales, les convulsions peuvent être produites par l'irritation des deux côtés de la face et du col;

5° Que ce sont les ramifications cutanées des nerfs de la face et du col, et non leurs troncs, qui ont la faculté de causer des accès sous l'influence d'une irritation. (Commissaires: MM. Jobert, Michel Lévy, Bouvier.)

TYPHUS CONTAGIEUX.

M. le docteur A. PETIT lit une note sur le typhus contagieux, dont nous devons nous borner à reproduire ici les principales propositions.

Sous le rapport de la prophylaxie, il convient d'aérer les tentes d'une manière continue, d'obliger les soldats à des lotions d'eau de savon suivies de frictions sèches avec une toile rude tous les quinze jours; il est bon de soumettre les soldats à de légères fumigations chlorées. Il faut éviter de réunir les troupes fraîches à celles qui auront fait une campagne pénible, tant que celles-ci conserveront les mêmes vêtements et n'ont pas été soumises aux précautions précédemment indiquées.

Il convient d'entretenir dans les hôpitaux une ventilation continue de jour et de nuit, et de faire trois fois par jour des fumigations chlorées dans les salles infectées.

Le traitement doit varier nécessairement suivant les localités, le tempérament des malades, et surtout suivant l'organe affecté soit primitivement, soit secondairement. M. Petit s'est bien trouvé généralement, en 1813, des excitants diffusibles, de l'esprit de Mindererus dans une infusion de calamus aromaticus.

Le typhus contagieux et la fièvre typhoïde sont deux maladies parfaitement distinctes. La fièvre typhoïde n'est pas le produit d'une influence miasmatique et n'est pas transmissible.

Le cerveau et le cervelet deviennent principalement le siége de l'inflammation produite par le miasme contagieux du typhus; aussi beaucoup de typhiques sont-ils affectés de monomanie, et l'on trouve dans les nécropsies des traces non équivoques d'inflammation du cerveau et du cervelet. (Commissaires: MM. Loude, Lecanu, Collineau.)

— Avant la clôture de la séance, M. Brown-Séquard reprendrait devant l'Académie les expériences qui ont fait le sujet du mémoire dont il vient de donner lecture.

La séance est levée à quatre heures.

BIBLIOGRAPHIE.

MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION DE PARIS.— Tome III. — Paris, chez J. Baillière, 1856.

Depuis 1844, la *Société médicale d'observation* de Paris n'avait point publié de MÉMOIRES. On apprendra avec grand intérêt qu'elle vient de faire paraître un nouveau volume contenant des travaux importants de MM. Barth, Lebert, Oulmont, Valleix, Woillez.

On sait que le tome I de ces MÉMOIRES, édité en 1837, contient le travail de M. Louis sur « l'examen des malades et la recherche des faits généraux, » ainsi que les recherches de ce grand observateur sur « l'emphysème des poumons; » « l'Essai statistique de Th. Maunoir sur quelques points de l'histoire de la cataracte: » les recherches si multipliées et si précises de M. Bizot sur « le cœur et le système artériel chez l'homme; » un mémoire analytique de M. Marc d'Espine sur « l'orchite blennorrhagique. »

Le tome II, édité en 1844, contient les recherches de M. Louis sur « la fièvre jaune de Gibraltar de 1828; » les travaux de Valleix sur « la fréquence du pouls chez les enfants nouveau-nés et chez les enfants âgés de 7 mois à 6 ans; » les recherches de M. Ducrest sur « une production osseuse développée à la surface du crâne des femmes en couches; » celles de M. Fauvel sur « la bronchite capillaire suffocante des enfants et des adultes. »

Le tome III, que nous avons sous les yeux, renferme un travail de Valleix sur « la coïncidence du rhumatisme articulaire et des maladies du cœur; » un mémoire de M. Cossy sur « une cause encore peu connue d'engouement interne de l'intestin; » des recherches de M. Woillez sur « les variations de la capacité thoracique dans les maladies aiguës; » un mémoire de M. Lebert sur « les cancroïdes cutanés; » des recherches de M. Cossy sur « le délire aigu des épileptiques pour servir à l'histoire de l'épilepsie et de la folie; » un travail de M. Oulmont sur « les oblitérations de la veine cave supérieure; » les recherches de M. Barth sur « la dilatation des bronches. »

A première vue, les titres de ces mémoires nous suggèrent les observations générales suivantes:

La pathologie, comme presque toutes les sciences à l'heure actuelle, se compose d'un certain nombre de monographies. La recherche des faits généraux ne dépassant presque jamais l'ordre des faits matériels, les lois ou les résultats obtenus par les observateurs vont à peine au delà des observations elles-mêmes. Il en résulte que chaque monographie est complétement isolée des autres; elle porte sur un sujet déterminé; elle l'étudie, elle l'éclaire complétement en lui-même par les lumières de l'analyse; elle en fait voir toutes les parties; elle en décrit le mécanisme, mais elle ne va pas au delà. De telle sorte que le mot monographie convient parfaitement à ce genre de travaux qui ne s'appliquent qu'à un point très-limité de la science. Le moyen de bien étudier et de bien voir est sans doute de circonscrire le champ de l'observation; mais cela même a des limites. Si le sujet circonscrit tient à des sujets voisins, les résultats obtenus par une investigation trop restreinte perdent de leur importance réelle; il y a plus, leur caractère et leur signification véritables peuvent être faussés. A ce point de vue, on pourrait élever de sérieuses objections contre quelques-uns des mémoires du volume que vient de faire paraître la Société d'observation. Mais avant toute appréciation, nous devons à nos lecteurs une analyse sommaire de ces différents travaux.

Le mémoire de Valleix sur *la coïncidence du rhumatisme articulaire et des maladies du cœur* repose sur l'analyse de 214 observations

recueillies par MM. Cossy, de Castelnau, Barth, Barthez, N. Guéneau de Mussy, Fauvel. Les conclusions suivantes de M. Valleix résument les principaux faits signalés par ces observateurs :

« 1° La proportion des cas qui présentent des bruits anormaux du cœur (bruit de souffle, de râpe, etc.) dans le cours du rhumatisme aigu traité par la méthode ordinaire est d'un tiers environ.

» 2° Dans les séries de faits où l'on a trouvé cette proportion plus grande, on avait pratiqué des saignées plus nombreuses et plus abondantes qu'on ne le fait ordinairement.

» 3° Les faits prouvent que les saignées répétées ne préservent pas, comme on l'a pensé, des inflammations du cœur.

» 4° Lorsque les bruits anormaux ne s'accompagnent pas d'autres symptômes de maladie du cœur, tels que la douleur, une plus grande étendue de la matité, les palpitations, l'oppression, ils n'ont pas la signification qu'on a voulu leur donner dans ces derniers temps, et tout prouve qu'ils ne sont pas dus à une inflammation du cœur.

» 5° On retrouve ces mêmes bruits dans beaucoup d'autres maladies aiguës ou chroniques; la proportion varie seulement suivant qu'on saigne ou qu'on ne saigne pas, et suivant qu'il existe ou non une anémie particulière.

» 6° Les inflammations du cœur se produisent plus souvent dans le cours du rhumatisme articulaire aigu que dans celui des autres maladies (nous ne parlons pas ici des affections organiques du cœur); mais la proportion de ces coïncidences est infiniment moins grande qu'on ne l'avait cru d'abord d'après des faits mal interprétés.

» 7° La proportion des cas dans lesquels il y a eu une relation évidente de cause à effet entre le rhumatisme et les maladies du cœur n'est que de 1/13°.

» 8° C'est de 15 à 25 ou 30 ans que le rhumatisme produit habituellement les maladies du cœur. Ces maladies, en pareil cas, sont caractérisées anatomiquement par des lésions des orifices.

» 9° A un âge plus avancé, l'influence du rhumatisme diminue graduellement et finit par devenir nulle, à moins de rares exceptions. Dans ces cas, la lésion consiste ordinairement en une hypertrophie simple. »

La pathologie enregistrera ces conclusions importantes à plus d'un titre pour l'histoire du rhumatisme articulaire aigu. Elles figureront, sans doute à cause du mérite et du caractère scientifique des observations sur lesquelles elles sont basées, à côté des résultats déjà obtenus sur ce point de doctrine par l'observateur éminent à qui revient l'honneur d'avoir le premier montré les rapports qui existent entre les maladies du cœur et le rhumatisme articulaire aigu. Que les données fournies à ce sujet par M. le professeur Bouillaud ne se retrouvent plus dans les mêmes proportions numériques dans de nouvelles séries de faits, les conclusions du travail de Valleix le démontrent, et on pouvait aisément le prévoir. Quel que soit le point de vue sous lequel on considère les lésions du cœur dans l'arthrite rhumatismale, qu'elles soient ou une complication ou le résultat de la simple extension de la maladie, il est impossible de ne pas reconnaître que, suivant les différentes époques auxquelles l'observation s'appliquera, la péricardite et l'endocardite rhumatismales seront plus ou moins fréquentes. En effet, on peut démontrer que le rhumatisme articulaire, comme la fièvre typhoïde, comme les fièvres éruptives, présente des caractères particuliers et une intensité différente à certaines époques. De même qu'il y a des saisons et des localités dans lesquelles le rhumatisme articulaire est beaucoup plus fréquent, de même il y a des époques dans lesquelles cette maladie présente plus ou moins de gravité et des épiphénomènes ou des complications d'une nature spéciale. L'observateur qui persisterait à ne tenir aucun compte de ces données serait exposé à trouver souvent des résultats divergents sans pouvoir les interpréter. Il faudrait pour rendre la comparaison possible observer en même temps des faits analogues. Sans cela le contrôle des observations devient souvent impossible, surtout quand il s'agit, comme dans l'espèce, de proportions sujettes à varier suivant les circonstances et les observateurs.

Le mémoire de M. J. Cossy sur l'engouement intestinal forme un article intéressant à ajouter à l'étiologie des rétentions stercorales. Il contient l'histoire et l'analyse de six cas d'engouement intestinal : 1° Engouement de l'intestin grêle, par suite de l'adhérence d'une portion de l'iléon voisine du cæcum, à l'utérus; — 2° Engouement de l'intestin grêle, survenu dans le cours d'une péritonite tuberculeuse; adhérences étendues de l'iléon, dont deux circonvolutions, voisines du cæcum, sont fixées au plancher de l'excavation pelvienne; — 3° Engouement incomplet de l'intestin grêle, causé par l'adhérence de divers points de la moitié inférieure de l'iléon au détroit inférieur du bassin, ainsi qu'à un kyste séreux de l'ovaire droit; — 4° Engouement de l'intestin grêle, causé par des adhérences très-anciennes de la fin de l'iléon avec le détroit supérieur du bassin; péritonite aiguë générale précédant immédiatement les symptômes de l'engouement; — 5° Engouement de l'intestin grêle, par suite de l'adhérence de deux anses de l'iléon, voisines du cæcum, à la face postérieure de la vessie hypertrophiée; péritonite aiguë; — 6° Obstacle au cours des matières fécales, par suite de l'adhérence de l'S iliaque du colon à l'utérus cancéreux.

Les conclusions de l'auteur sont que l'étendue plus ou moins considérable des adhérences intestinales n'a aucune influence appréciable sur la production de l'engouement; que l'adhérence d'une portion plus ou moins étendue de l'intestin dans l'excavation du bassin, soit avec les parois pelviennes, soit avec les organes intra-pelviens, est la cause organique de la stase stercorale; qu'elle constitue, du moins, une prédisposition plus ou moins puissante à l'engouement stercoral complet ou incomplet; que les symptômes de cet engouement ne diffèrent pas de ceux de l'engouement en général; que, dans l'espèce, on peut en espérer la guérison par l'usage des purgatifs.

Le troisième mémoire, celui de M. Woillez sur la capacité de la poitrine dans les maladies aiguës, a trait à l'une des questions les plus difficiles de la séméiologie, celle de la mensuration du thorax. L'auteur, bien connu pour ses RECHERCHES SUR L'INSPECTION ET LA MENSURATION DE LA POITRINE, publiées en 1837, avait indiqué à cette époque quels sont les résultats de la mensuration du périmètre des deux côtés du thorax à l'état physiologique; il avait fait voir comment ces résultats se modifient dans différentes hétéromorphies du thorax; il démontrait aussi expérimentalement que les dilatations de la poitrine sont sensibles à la mensuration avant de l'être à l'inspection; de plus, il voyait que l'inspection et la mensuration ont des résultats négatifs au début des épanchements pleurétiques, que les augmentations de volume de la rate amplifient le côté gauche du thorax; enfin, que le météorisme de l'abdomen agit d'une manière analogue.

Aujourd'hui, M. Woillez apporte des résultats intéressants qui ont trait à l'ordre pathologique. Il étudie, dans les maladies aiguës, la capacité relative des deux côtés de la poitrine, les variations de la capacité générale du thorax dans le cours de ces maladies, les variations de l'élasticité thoracique par mensuration. La mensuration circulaire du thorax a été pratiquée, le malade étant à jeun ou à la diète; elle a été faite toujours au même niveau, et l'on a choisi de préférence le cercle horizontal passant par l'articulation sterno-xyphoïdienne; on s'est servi d'un ruban inextensible, qu'on a eu soin de serrer autant que possible pour avoir la mesuration forcée; *l'élasticité générale de la poitrine par mensuration* a été obtenue en prenant la différence de la mensuration par simple application et de la mensuration par tension forcée.

En procédant ainsi, l'observateur distingué qui a pratiqué sur un grand nombre de malades ces patientes investigations, a trouvé que dans le cours des maladies aiguës la capacité de la poitrine présente fréquemment des changements marqués qui ne sont sensibles qu'à la mensuration circulaire. Ainsi, les maladies qui débutent par des symptômes généraux fébriles bien caractérisés permettent de constater une ampliation des deux côtés du thorax; cette ampliation, qui est à peu près la même pour toutes les maladies aiguës, est de durée beaucoup plus courte pour certains exanthèmes, tels que la scarlatine, la variole, l'érysipèle de la face; elle dépendrait, suivant M. Woillez, de la congestion pulmonaire qui accompagne le début des maladies fébriles aiguës.

Ces résultats nouveaux et importants méritent de fixer l'attention des cliniciens; il faudrait chercher, à l'aide de la même méthode, à voir les faits indiqués, non pas qu'ils aient besoin de contrôle ni de vérification, mais bien à titre de preuve complémentaire, et comme moyen de vulgarisation et d'interprétation.

THOLOZAN.

(La suite au prochain numéro.)

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DES SCIENCES : SENSIBILITÉ DES TENDONS. — ACADÉMIE DE MÉDECINE : TRAITEMENT DES KYSTES OVARIQUES PAR LES INJECTIONS IODÉES. — LETTRE DE M. CAZEAUX.

Les expériences de M. Flourens sur la sensibilité des tendons, communiquées dans l'une des dernières séances de l'Académie des sciences, sont trop importantes pour qu'on ne s'y arrête pas quelques instants; elles le méritent à plusieurs égards. Par une réserve habituelle à l'auteur, réserve puisée dans l'extrême précision et l'extrême sévérité de son esprit, il a omis de tirer de ses observations les conséquences qu'elles renferment. Cependant elles sont riches d'inductions; et sans vouloir prendre la place de l'auteur, il est permis d'en faire l'objet de quelques remarques, qui ne peuvent qu'en mieux montrer la haute signification.

M. Flourens ne s'est proposé qu'une question de fait, à savoir : si les tendons sont ou ne sont pas sensibles; cette question il l'a résolue de la manière la plus nette: il a fait voir qu'à l'état sain les tendons ne manifestent aucune sensibilité; on peut les piquer, les tordre, les contusionner saos que l'animal accuse la plus petite douleur; mais à la suite d'un état inflammatoire provoqué (gonflement, rougeur), les tendons acquièrent une sensibilité vive, qui se manifeste au moindre pincement. Cette différence de résultats explique et met d'accord la divergence d'opinions qui existait entre les physiologistes et les chirurgiens. Les uns et les autres professaient une opinion opposée, parce qu'ils avaient expérimenté, observé et conclu dans des conditions différentes. On pourra donc regarder désormais comme une vérité acquise et incontestable que les tendons sont sensibles quand ils sont enflammés; mais que, comme l'avaient professé Haller et autres physiologistes, ils ne manifestent aucune sensibilité à l'état sain.

Voilà où s'arrête la communication de M. Flourens. Cependant, comme on l'a dit plus haut, elle soulevait plusieurs questions importantes.

La première est celle-ci : en présence de cette sensibilité vive provoquée par l'inflammation du tendon, est-il encore permis de soutenir que le tendon est une corde inerte dépourvue de tout sentiment; car, qu'on le remarque bien, les physiologistes ne disaient pas : les tendons ne manifestent aucune sensibilité, mais sont dépourvus de toute sensibilité: ils avaient conclu absolument. Or la sensibilité développée par l'inflammation est-elle une propriété nouvelle, ajoutée à l'état vital du tendon, ou bien n'est-ce qu'une mise à découvert en évidence d'une propriété latente à l'état physiologique? M. Flourens ne s'est pas expliqué à cet égard. Cependant la difficulté est sérieuse et la solution d'une pareille question méritait qu'on l'examinât. Eh bien! pour nous la conclusion de M. Flourens est absolue : sa démonstration s'applique à l'ordre physiologique aussi bien qu'à l'ordre pathologique. La sensibilité des tendons enflammés révèle, à n'en pas douter, la sensibilité dissimulée des tendons sains. Quelques remarques suffiront pour le prouver.

La physiologie actuelle ne distingue pas assez la sensibilité perçue, réfléchie, de la sensibilité manifestée. Il est à peine utile de le faire remarquer : la perception de la douleur par celui qui l'éprouve n'est pas une condition nécessaire de l'existence de la sensibilité. La sensibilité organique de Bichat avait déjà établi cette distinction, que l'observation des animaux inférieurs et même de certaines plantes rendent des plus légitimes. La douleur n'est donc pas une preuve indispensable de la sensibilité. Cela étant, ne peut-on pas se demander si la sensibilité des tendons à l'état physiologique n'existe pas de fait, et en l'absence de toute perception, sauf à chercher ailleurs que dans l'état inflammatoire la preuve de cette sensibilité? Or cette preuve, elle existe réellement dans la science.

En démontrant, comme nous croyons l'avoir fait, que les tendons se contractent d'une certaine manière, n'avons-nous pas prouvé implicitement qu'ils sont sensibles? La contractilité ne saurait être séparée de la sensibilité qui la provoque; elle en est la conséquence comme elle en est la manifestation. Quand l'intestin se contracte au passage du bol alimentaire pour l'aider à cheminer, l'homme n'a nullement conscience de ce contact, ni de la sensibilité qu'il provoque : cette sensibilité est le moyen de transmission directe de l'impression causée par l'aliment, et cette impression a pour résultat nécessaire la contraction du plan musculaire de l'intestin. Voilà le mécanisme et la liaison de ces deux faits qui n'en font qu'un. La contractilité tendineuse est exactement dans le même cas, et l'analogie est si complète, que l'intestin enflammé se comporte absolument comme le tendon enflammé; le contact qui n'est point perçu à l'état sain devient des plus douloureux à l'état pathologique. Il suffit de faire ce rapprochement pour montrer l'analogie, sinon l'identité des résultats : pour nous donc, et par le seul fait de l'existence de la contractilité tendineuse, les tendons jouissent d'une sensibilité non perçue à l'état physiologique.

Dans la suite qu'il a annoncée de son important travail, M. Flourens ne manquera sans doute pas de reprendre et de résoudre cette question, que nous nous bornons à soulever ici.

—L'Académie de médecine semble vouloir marquer sa rentrée par une discussion qui réveille l'attention. Dans la dernière séance, une communication de M. Barth sur la guérison d'un kyste de l'ovaire par un procédé des plus ingénieux, propre à l'auteur, a soulevé une discussion générale sur le traitement des kystes de l'ovaire par les injections iodées. Ce sujet est aussi neuf qu'important. On ne peut donc qu'applaudir à l'intention des membres qui voudraient la voir s'élucider au contrôle des faits et de la discussion publique. Et par le nombre des personnes qui ont déjà pris part au débat, et surtout par le nombre des questions soulevées, on ne saurait douter que la discussion n'acquière une véritable importance.

Malheureusement, il faut le dire, ici comme toujours, la discussion a commencé par un pêle-mêle d'opinions portant sur toutes choses et n'éclairant rien. C'est le fait d'une discussion improvisée, comme l'a fort bien dit M. Velpeau; mais l'expérience des discussions passées devrait servir : on devrait se préparer à ce qu'on a à dire, et surtout savoir choisir les questions qui demandent vraiment la lumière. En un mot, la question devrait, au préalable, être posée. Pour aider, autant qu'il est en nous à ce travail préparatoire et méthodique, nous allons indiquer les points qui seraient utilement abordés, et sur lesquels on peut solliciter les lumières et l'expérience de chacun.

FEUILLETON.

HISTOIRE PROFESSIONNELLE.

RECHERCHES HISTORIQUES SUR LES MÉDECINS ET LES CHIRURGIENS DES ROIS DE FRANCE ET SUR LES DROITS ET PRIVILÈGES DONT ILS JOUISSAIENT, DEPUIS LE COMMENCEMENT DE LA MONARCHIE JUSQU'A LA FIN DU DIX-HUITIÈME SIÈCLE.

(Troisième article. — Voir les nos 31 et 35.)

Nous avons fait voir qu'au commencement du dix-septième siècle la juridiction des barbiers chirurgiens n'appartenait pas au premier chirurgien du roi, mais à son premier barbier. Ce n'est qu'en 1606 que le premier chirurgien eut une place marquée dans les assemblées de la confrérie de Saint-Côme. Il y était invité, assistait aux actes publics de maîtrise, occupait la place d'honneur avant les maîtres chirurgiens jurés; en second lieu venaient les deux chirurgiens jurés du Châtelet, puis le prévôt de la confrérie, puis les maîtres chirurgiens suivant le rang de réception. Ces privilèges, purement honorifiques, ne portaient point atteinte à la juridiction du premier barbier sur les barbiers chirurgiens (1). En 1656, les lettres patentes qui opérèrent l'union des barbiers chirurgiens aux chirurgiens non barbiers portent encore que les deux communautés réunies demeurent sous la juridiction du premier barbier qui en reste prévôt honoraire; l'arrêt d'enregistrement ajoute seulement, en faveur du premier chirurgien du roi, que les deux communautés sont tenues de lui conserver les mêmes privilèges honorifiques dans les assemblées.

Enfin, douze ans plus tard seulement, Louis XIV trouva extraordinaire cette juridiction du premier barbier, et voulut la reporter sur son premier chirurgien. Félix traita alors des droits de la charge de premier barbier avec Jean de Rety, sieur de Villeneuve, et unit ces droits à son office de premier chirurgien. C'est donc à partir de 1668 que le premier chirurgien du roi exerça son autorité sur la chirurgie et la barberie du royaume. Un arrêt du conseil, du 6 août 1668, porte « qu'à l'avenir toute juridiction et connaissance du fait de » la barberie et chirurgie, sur les maîtres-chirurgiens-jurés-barbiers de la » ville de Paris, baigneurs, étuvistes, perruquiers, sages-femmes, et tous » autres exerçant l'art et profession de chirurgie, barberie et dépendances » dans tout le royaume, appartiendra audit Félix et à ses successeurs en la» dite charge, comme étant le chef et gardien des chartes et privilèges dudit » art. »

Cette émancipation définitive de la chirurgie était à peine effectuée qu'elle agrandit considérablement la position du premier chirurgien. Le roi fit expédier des lettres patentes confirmatives où il assura au sieur Félix et à ses successeurs, et leurs lieutenants et commis, la jouissance pleine et paisible de tous les privilèges ci-devant attribués au premier barbier, « encore qu'ils

(1) Guyot, DES OFFICIERS DE SANTÉ, t. I, p. 553.

Et d'abord quelles ont été jusqu'ici les ressources :

1° De l'expectation ;

2° Des ponctions palliatives ;

3° De l'extirpation ;

4° Des injections irritantes et des injections iodées en particulier ? Quels accidents comparatifs ces diverses méthodes ont-elles entraînés ? Rechercher combien de guérisons et de terminaisons fatales chacune d'elles peut invoquer. Dans quelles conditions ont-elles réussi ou échoué ? Indiquer la nature des kystes curables et non curables, et les conditions personnelles et opératoires qui paraissent favoriser ou empêcher le succès de chaque méthode.

Si ces diverses questions peuvent être traitées avec les idées qu'elles comportent et les lumières qu'elles réclament, la discussion actuellement soulevée devant l'Académie pourra passer pour une des plus importantes et des plus utiles. Pour sa part, la GAZETTE MÉDICALE ne manquera pas à sa mission, et peut-être y apportera-t-elle des études spéciales capables de contribuer au résultat désiré. Attendons donc la prochaine séance.

JULES GUÉRIN.

— Notre article était composé lorsque nous avons reçu la lettre suivante de M. Cazeaux, qui en est en quelque façon le complément. Nous nous empressons de la mettre sous les yeux de nos lecteurs.

« Mon cher confrère,

» La question soulevée mardi dernier à l'Académie, et dont la discussion doit continuer à la séance prochaine, est des plus importantes. Faut-il, dans les kystes de l'ovaire, abandonner les malades à elles-mêmes? Se borner aux ponctions palliatives, ou faut-il tenter la cure radicale à l'aide des injections?

» Une pareille question ne peut être élucidée que par un très-grand nombre de faits, et quelque vaste que soit la pratique d'un seul homme, elle est insuffisante pour la résoudre. Mais ce que personne ne peut faire dans son isolement, tous peuvent le faire, et je viens, par l'intermédiaire de votre journal, m'adresser à tous.

» Je viens prier nos confrères de France et de l'étranger de m'adresser immédiatement un résumé de leurs observations sur ce point important de pratique chirurgicale, et voici les points principaux sur lesquels des détails précis me semblent indispensables.

» A. Kystes de l'ovaire abandonnés complétement à eux-mêmes.

» Époque de leur apparition.... leur marche plus ou moins rapide.... leur durée..... leurs complications et accidents..... ont-ils été pour quelque chose dans la mort de la malade?

» B. Kystes de l'ovaire traités par les ponctions palliatives.

» A quelle époque la première ponction a-t-elle été nécessaire?.... Après quel temps et combien de fois a-t-il fallu la renouveler?.... Ces ponctions ont-elles été suivies d'accidents?.... Combien de temps la femme a-t-elle vécu après la première ponction?

» C. Kystes traités par la ponction et l'injection irritante (iodée ou autres).

» Résultats immédiats de l'opération. La tumeur s'est-elle reproduite et avec quelle rapidité? Combien a-t-il fallu faire d'injections? Dans combien de cas la sonde à demeure a-t-elle été employée? Durée du traitement. Accidents divers.

» Résultat définitif. Combien de morts, combien de guérisons?

» Si j'étais assez heureux pour obtenir la collaboration de tous mes confrères, il me serait facile de dresser une vaste statistique, à l'aide de laquelle l'Académie pourrait enfin résoudre ou au moins éclairer beaucoup cette question encore si indécise.

» J'ai pensé, mon cher confrère, que vous voudriez bien me permettre d'insérer dans la GAZETTE MÉDICALE cet appel aux souvenirs de tous les praticiens, et je vous prie d'agréer, etc.

» P. CAZEAUX. »

ANTHROPOLOGIE.

MÉMOIRE SUR LA MENSURATION DE L'ANGLE FACIAL, LES GONIOMÈTRES FACIAUX ET UN NOUVEAU GONIOMÈTRE FACIAL INVENTÉ PAR L'AUTEUR (lu à la Société de biologie le 6 octobre 1855); par M. le docteur HENRI JACQUART, aide d'Anthropologie au Muséum d'histoire naturelle, ex-interne des hôpitaux de Paris, chevalier de la Légion d'honneur.

Pour obtenir l'angle facial d'après Camper, on tire une ligne nommée *faciale*, depuis l'angle antérieur de la mâchoire supérieure, ou, si les dents font saillie au delà de la mâchoire, depuis les dents mêmes jusqu'à la partie la plus saillante du front, qui est constituée ordinairement par l'espace compris entre les arcades sourcilières. On mène une seconde ligne, ou ligne horizontale, à travers l'ouverture du conduit auditif jusqu'à la rencontre de la base des narines, entre les sommets des racines des incisives moyennes, et de ce point on la prolonge jusqu'à ce qu'elle coupe la *ligne faciale*.

Mais afin d'avoir un point fixe pour la terminaison antérieure de cette ligne horizontale, le docteur Morton la dirige toujours au-dessous de l'épine nasale inférieure, au-dessus et entre les racines des dents incisives. L'intersection de ces deux lignes est pour lui le sommet de l'angle facial. « Jusqu'à quel point, comme le fait observer l'auteur américain, l'angle facial est-il un critérium du degré d'intelligence? N'indique-t-il pas surtout les rapports qui existent entre les saillies de la face et de la tête, sans donner la moindre idée de la capacité cranienne, qui est souvent la même avec des diamètres différents? » Ce sont là des questions à examiner. En effet, l'obliquité seule des dents suffit pour diminuer l'angle facial, et la saillie exagérée de la bosse nasale l'agrandit et peut le porter à 90 degrés centigrades, tandis que parfois le front au-dessus de cette bosse est promptement fuyant; et que si l'on faisait passer la ligne faciale au-dessus de cette éminence, on verrait sur la même tête l'angle redescendre d'une dizaine de degrés.

Je me propose d'établir plus tard la valeur et la signification de l'angle facial dans un travail plus étendu et plus approfondi. Pour le moment je me bornerai à rechercher quels ont été les moyens employés jusqu'ici pour le trouver.

Comment procédait Camper, lui dont le nom est attaché à ce mode

---

» ne fussent énoncés en ces présentes, disent les lettres patentes, et que nous » voulons être tenus pour exprimés, sans aucun en excepter. » Malgré cette décision si formellement exprimée, les nouvelles fonctions du premier chirurgien furent l'objet de quelque résistance, surtout à Paris; les chirurgiens du Châtelet prétendaient présider toujours dans la communauté des chirurgiens de Paris, et d'un autre côté la communauté des barbiers chirurgiens de Paris voulait conserver le droit de nommer son greffier. Ces deux chefs donnèrent lieu, en 1671, à un nouvel arrêt du conseil qui maintient le droit de présidence du premier chirurgien sur toutes les assemblées de la communauté des maîtres chirurgiens de Paris, avec pouvoir de nommer le greffier pour enregistrer tous les actes de ladite communauté.

La juridiction extraordinaire du premier barbier, ainsi supprimée, ne remontait pas du reste à une époque reculée; lorsqu'en 1581, Henri III érigea en maîtrises tous les métiers des villes où il n'y avait pas de jurandes, les barbiers y furent expressément dénommés, et l'édit ne dit rien de la juridiction du premier barbier, soit sur eux, soit sur les chirurgiens. En 1592 seulement, on commence à trouver les chirurgiens soumis au premier barbier. Les statuts d'Henri IV de 1592, la déclaration de 1597 établissent cette prérogative, qui est confirmée en 1611 dans les termes suivants : « Voulons que » notre premier barbier et valet de chambre, et ses successeurs, soient maîtres et gardes de l'état de maître-barbier-chirurgien par toutes les villes, » bourgs, bourgades, villages et autres endroits de notre royaume; lui donnons plein pouvoir, puissance, autorité, de mettre et ordonner en chacune » des villes, pays, terres et seigneuries, un lieutenant ou commis pour lui » qui aura égard et visitation sur tous les barbiers chirurgiens desdites » villes. » Les mêmes statuts et lettres patentes ordonnent à tous les barbiers chirurgiens du royaume de payer au premier barbier ou à ses lieutenants et commis, une fois seulement durant sa vie, *vingt sous parisis*.

Quand Charles-François Félix succéda à son père, il obtint en 1679 des lettres patentes qui confirmèrent les priviléges accordés à celui-ci. Les premiers chirurgiens ne jouirent de ces prérogatives que pendant vingt-cinq ans environ; en 1692, un édit leur ôta la faculté de nommer et de commettre des lieutenants dans le royaume; il révoqua de plus toutes les lettres et commissions expédiées par eux. Cette ordonnance, confirmée par plusieurs arrêts, créa deux chirurgiens jurés royaux pour remplacer les lieutenants et greffiers du premier chirurgien, et leur attribua les mêmes droits et préséances que Louis XIV avait si libéralement concédés à Félix. Mais cet édit ne toucha point à la juridiction de la ville et de la banlieue de Paris; les premiers chirurgiens, leurs lieutenants et commis, y conservèrent les mêmes droits, priviléges et fonctions; ils gardèrent de plus le titre honorifique de *chef de la chirurgie du royaume*. En 1710, une déclaration faite en faveur de *Maréchal* lui donne encore la qualité de chef de la chirurgie et de la barberie (1) du royaume, lui reconnaît le droit de juridiction et d'inspection sur

(1) Cette double juridiction, dit Verdier, tome II, p. 94, fut confirmée par quantité d'ordonnances; mais comme la barberie a été désunie en partie de la chirurgie, son titre à l'égard du premier de ces arts a changé de nom. Par

d'examen? Profitant de la supériorité de son habile crayon, il traçait les profils des têtes soumises à son observation, et pour cela il se servait de fils verticaux, horizontaux et obliques; en un mot, c'étaient des moyens graphiques analogues à ceux que mettent en usage les artistes, quand ils ont recours à de petits carrés, pour reproduire des objets plus grands ou plus petits que nature ou de grandeur naturelle.

Ainsi il lui fallait esquisser d'abord les profils; puis il menait sur le dessin la ligne horizontale et la ligne faciale. Si le diagraphe ou le daguerréotype eût été inventé, il est probable qu'il en eût préféré l'emploi à son procédé, et je ne doute pas que les figures exécutées ainsi ne surpassent en exactitude, celles qui sont dessinées par les mains les plus habiles, sans le secours de ces instruments.

Tous ceux qui après lui se sont occupés de l'angle facial ne s'y sont pas pris autrement. Un quart de cercle gradué porté sur l'angle formé par les deux lignes leur en donnait la valeur.

Le savant crayon de Camper a pu approcher de la vérité. Mais est-il besoin de faire sentir la lenteur et l'insuffisance d'une méthode qui exigeait un trait préalable, et qui, confiée à des dessinateurs moins consommés ou moins attentifs, devait traduire des inexactitudes dans l'esquisse par des erreurs dans l'évaluation de l'angle facial, surtout si, comme il arrive le plus souvent, ces profils sont réduits? Veut-on, pour ne pas se donner la peine de dessiner, prendre directement l'angle facial sur un crâne sans un instrument particulier? Si on le mesure plusieurs fois de suite sur la même tête, et qu'agissant avec sincérité on ne retienne pas le premier chiffre trouvé pour le donner invariablement à chaque mensuration, on trouvera des résultats qui pourront différer de 3, 4 et même 5 degrés. On restera convaincu que ce procédé approximatif et en quelque sorte à vue d'œil ne peut inspirer aucune sécurité pour l'appréciation des différences individuelles.

La seule manière précise de mesurer l'angle facial, c'est d'évaluer l'angle plan que forment entre eux le plan frontal et le plan qui, passant par le milieu des deux conduits auriculaires et l'un des points déjà indiqués ci-dessus, soit le bord alvéolaire du maxillaire, soit au-dessous de l'épine nasale inférieure, ou enfin même le tranchant des incisives, forme le plan horizontal.

C'est sur ce principe que le docteur Morton a construit son goniomètre, dont je joins ici la figure et la description prises dans son ouvrage intitulé : CRANIA AMERICANA, p. 250, et que j'ai établi le mien qui en est un perfectionnement, comme je le démontrerai plus loin.

En poursuivant mes recherches, j'ai trouvé dans le MAGASIN ENCYCLOPÉDIQUE, (première année, t. III, p. 451, à l'histoire naturelle des orangs-outangs par Cuvier et Geoffroy-Saint-Hilaire, dans une note à la p. 459, un procédé adopté par ces illustres anatomistes pour trouver l'angle facial.

Voici dans quels termes ils s'expriment : « Nous avons à peu près suivi la même voie que Camper dans ses recherches sur les physionomies des différentes races d'hommes. Nous avons seulement cherché à décrire d'une manière plus rigoureuse les lignes principales : l'une nommée horizontale est censée passer par le milieu de celle qui va d'un tron auditif à l'autre et par le tranchant des dents incisives; l'autre ou faciale va de ce dernier point à la saillie que l'os frontal fait entre les sourcils, ou sur la racine du nez. L'angle intercepté entre ces deux lignes est l'angle facial. »

Je ne puis, faute d'espace, donner ici les figures géométriques qu'ils ont tracées. Je tâcherai cependant d'exposer leur procédé aussi clairement que possible. Ils joignent les milieux des orifices auriculaires par une ligne; ils construisent un triangle isocèle sur cette ligne, comme base et en prenant pour côté double de ce triangle la distance d'un conduit auriculaire au tranchant des incisives. Une perpendiculaire est abaissée du sommet sur la base. Un autre triangle isocèle est construit avec cette même base, et a pour côté double la distance du conduit auriculaire au point le plus saillant du front. Une perpendiculaire joint le milieu de cette base au sommet du triangle. Il s'agit dès lors de construire un triangle sur la perpendiculaire du premier triangle isocèle, avec la distance des incisives à la partie la plus saillante du front, et la perpendiculaire du second triangle; l'angle compris entre les deux premières lignes est l'angle facial adopté par Cuvier et Geoffroy-Saint-Hilaire. Si ce n'est pas celui de Camper, il me sera facile de démontrer dans un instant qu'ainsi que l'instrument du docteur Morton et le mien, il donne des résultats et plus sûrs et plus précis.

Pour avoir celui de Camper, je propose une opération géométrique des plus simples, dont le procédé indiqué ci-dessus m'a suggéré l'idée, et qui consiste également à construire un triangle connaissant les trois côtés; savoir :

1° La distance du milieu de l'orifice auriculaire au tranchant des incisives, pour me servir du même point que les savants auteurs cités plus haut.

2° La distance de ce dernier point au point le plus saillant du front.

3° La distance de ce point proéminent du front au milieu de l'orifice externe du conduit auditif.

L'angle compris entre les deux premières lignes, une fois le triangle construit, donne l'angle facial de Camper. Je ne crois pas qu'aucun auteur ait indiqué avant moi cette manière de le trouver.

Cet angle obtenu même par ce procédé, et supposé à l'abri de toute erreur dans l'exécution, est loin cependant d'être le moyen le plus précis, et le plus sensible pour mesurer les rapports des saillies de la face avec celle du crâne.

Je ferai remarquer en passant que Camper est beaucoup plus occupé de la ligne faciale que de l'angle facial qu'il n'indique que d'une manière accessoire. À la vérité, il n'y a pas de ligne faciale sans l'angle du même nom qui en donne l'inclinaison; mais enfin, dans la pensée de ce dessinateur consommé, la ligne faciale est tout, c'est à elle que les races doivent les caractères de leurs physionomies. Depuis Camper, on fait le contraire; l'angle facial est placé en première ligne, la ligne faciale n'est mentionnée que comme l'un de ses côtés.

Qu'est-ce donc après tout que l'angle facial de Camper? C'est un compas dont une branche est formée par la ligne faciale, et l'autre par la ligne horizontale menée du milieu du conduit auriculaire à un des points du sus-maxillaire déjà indiqués. Or c'est sur le trajet d'un plan médian vertical antéro-postérieur que se manifestent surtout les variations de la face par rapport au crâne. Ne voit-on pas alors que Camper a mal placé la branche inférieure de son compas ou la ligne

---

les communautés, et maintient de nouveau l'impôt de vingt et un sous trois deniers, « à être payés au premier barbier chirurgien et à ses successeurs » dans cette charge pour son droit d'avénement par tous les maîtres chirurgiens, barbiers, perruquiers, baigneurs, étuvistes, bailleurs, renoueurs, » oculistes, lythotomistes, experts pour les dents, -sages-femmes et tous » antres faisant aucunes desdites professions (1). » En 1716 et 1719, Louis XV confirma d'abord cette déclaration sans préjudice de l'exécution de l'édit de 1692 portant création de chirurgiens jurés royaux. Quelques années plus tard (1723), par un édit substitué à celui de 1692, il restitue au premier chirurgien le droit de nommer les lieutenants et greffiers, à la condition de choisir son lieutenant parmi trois maîtres de chaque communauté dont les noms seront présentés par les officiers municipaux des diverses localités. Les statuts généraux de 1730, les déclarations de 1736 et de 1743, et enfin l'édit de 1768 confirment définitivement ces privilèges : le premier chirurgien nomme l'un des maîtres gradués du collège des chirurgiens de Paris son lieutenant dans sa corporation; il nomme aussi le greffier à son gré; il a sa chambre de juridiction au collége; il convoque les assemblées; il les préside; il reçoit le serment des nouveaux membres, etc.; enfin, il est président-né de l'Académie de chirurgie; l'article 2 du règlement donné à cette assemblée en 1751 lui assure cette présidence et détermine la nature de ses fonctions (1). « Si la santé la plus précieuse du royaume, dit Verdier, » mérite à celui à qui elle est confiée le titre de chef de la chirurgie, il est » censé mériter la première place parmi les savants de cet art. »

J'ai indiqué déjà le nombre des chirurgiens attachés aux maisons royales et à la suite de la cour en 1669. En 1762, le nombre était encore très-grand: Verdier compte un premier chirurgien, un chirurgien ordinaire, huit chirurgiens par quartier, un chirurgien-dentiste *opérateur pour les dents*, trois chirurgiens renoueurs, deux opérateurs ordinaires du roi, un oculiste. Jusqu'en décembre 1733, on compta de plus un chirurgien opérateur pour la pierre; plus tard, il paraît que cet office fut rétabli, car Guyot, qui écrivait en 1786, mentionne deux opérateurs pour la pierre, l'un au petit appareil et l'autre au grand appareil. Le TRAITÉ DES OFFICES compte de plus un chirurgien pédicure

---

la déclaration de 1743, les privilèges du premier chirurgien sur les barbiers du royaume lui furent confirmés sous le titre d'*inspecteur et de directeur général commis par le roi*.

(1) Deux arrêts du parlement datant de 1737 et de 1747 font encore mention de la rétribution de 21 sous 3 deniers.

(1) Les premiers chirurgiens du roi avaient beaucoup contribué dans le temps à la fondation de l'ancienne corporation des chirurgiens de Paris; aussi, dès l'origine, ils en avaient été reconnus comme chefs, à titre de chirurgiens du Châtelet. Ce sont eux qui contribuèrent plus tard en grande partie à l'établissement de l'Académie de chirurgie, dont la fondation suffit pour immortaliser les noms de Maréchal et de Lapeyronie.

horizontale; que ce n'est pas obliquement et sur les côtés de la face qu'elle doit être appliquée, mais bien dans le plan vertical médian antéro-postérienr. C'est précisément ce qu'ont fait Cuvier et Geoffroy-Saint-Hilaire. Mais je vais plus loin, et je ne crains pas d'avancer que Camper n'a tiré différemment la ligne horizontale que parce qu'il traçait cette ligne sur un dessin : là, en effet, elle tend à se confondre avec la perpendiculaire menée du milieu de la ligne inter-auriculaire au maxillaire. Camper n'y voyait, je pense, que l'horizon qui correspond au plan de la base de nos goniomètres faciaux.

Les deux grands anatomistes, qui sont venus après lui, ont été amenés à la découverte de l'angle facial qu'ils ont adopté par l'examen de têtes sciées verticalement d'avant en arrière et sur la ligne médiane. La ligne faciale pour eux reste la même que pour Camper, et correspond au plan frontal de nos goniomètres, la ligne horizontale rattachée aux données de Camper est menée perpendiculairement du milieu de la ligne inter-auriculaire au point choisi du maxillaire; voici leur premier triangle isocèle qui correspond au plan horizontal de nos instruments.

Comme il leur fallait un triangle et partant un troisième côté pour déterminer l'angle facial, ils ont pris la ligne menée du milieu de l'espace inter-auriculaire à la saillie du front.

Comme on le voit, c'est sur le plan médian vertical antéro-postérieur qu'ils appliquent la branche inférieure de leur compas, bien sûrs d'avoir des résultats mathématiques; en supposant que dans l'exécution compliquée de leurs trois triangles, dont les éléments viennent se combiner, il ne se glisse pas d'erreur.

Je n'ai pas à examiner jusqu'à quel point la facilité d'un procédé, au moyen duquel on n'obtenait qu'une mesure imparfaite, a popularisé la méthode de Camper. Je doute que la mensuration précise et géométrique de Cuvier et Geoffroy-Saint-Hilaire ait obtenu le même succès.

Cependant elle doit seule rester dans la science.

Si je suis parvenu à démontrer que les goniomètres faciaux sont basés sur les principes adoptés par Cuvier et Geoffroy-Saint-Hilaire, comme leur emploi est plus facile et cent fois plus prompt, ils devront être préférés.

Revenons donc à l'instrument de Morton d'abord, puis au mien, et tâchons d'apprécier leur valeur respective.

Nous traduisons textuellement ici l'explication que l'auteur donne du sien (ouvrage cité).

Cet instrument, dont l'idée première appartient au docteur Morton et à son ami le docteur Turpenny, a été soumis ensuite à de nombreuses modifications; le voici tel qu'il a été définitivement établi, et tel que l'emploie l'auteur.

Les lettres AAA représentent les bords de la base de l'instrument (qui est en cuivre).

Le bord antérieur est divisé en B en deux parties qui glissent l'une sur l'autre, de manière à pouvoir augmenter ou diminuer la distance entre les branches latérales gauche et droite.

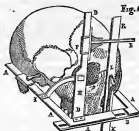
Afin de fixer le goniomètre au crâne, on adapte à chacune des branches latérales un coulant plat (1). Il est muni d'un pivot conique qui pénétre dans le conduit auriculaire; la branche DD est fixée à la base à l'aide d'une charnière et peut être amenée à former un angle avec elle.

G est une échelle de 100 degrés, fixée en I par une charnière et qui traverse la branche DD en H.

E est une branche horizontale à angle droit avec la branche DD sur laquelle elle glisse en F.

La régle de bois RK a une ouverture en L pour laisser passer les os du nez. Or cette régle touche nécessairement les parties les plus saillantes du front et de la mâchoire supérieure, et représente par conséquent *la ligne faciale*.

INTRUMENT-DU DOCTEUR MORTON.



Pour mesurer l'angle facial, on place la surface supérieure de la branche antérieure de la base de l'instrument, sur un plan horizontal et de niveau avec l'épine nasale inférieure; puis on incline DD jusqu'à ce que la branche latérale F touche la régle ou plan facial RK, et l'angle facial sera de suite indiqué par l'échelle graduée.

Pour plus d'exactitude, la branche latérale de la base de l'instrument est graduée en pouces, et ses divisions (ce que nous n'avons pas figuré dans la planche) et les parties de la branche antérieure qui glissent l'une sur l'autre sont fixées de chaque côté par des écrous en A.

Lorsque l'instrument est convenablement ajusté, on obtient aussi l'angle facial d'un crâne quelconque avec exactitude et facilité en deux ou trois minutes.

DESCRIPTION DU GONIOMÈTRE FACIAL DU DOCTEUR JACQUART (FIG. 2).

Cet instrument est formé essentiellement par deux plans, l'un dit frontal, s'appliquant sur la saillie du front et sur le bord alvéolaire du maxillaire supérieur, le tranchant des incisives ou l'apophyse nasale inférieure; l'autre horizontal, passant par le milieu des orifices des conduits auditifs externes et par le point du maxillaire déjà choisi pour l'autre plan.

(1) Ce coulant glisse d'avant en arrière sur la branche correspondante, mais peut être rendu fixe par une vis.

---

du roi et de la famille royale. Je n'énumère pas les chirurgiens attachés aux troupes de la maison du roi et de l'artillerie, qui jouissaient des privilèges des commensaux.

En 1762, les appointements du *premier chirurgien* étaient seulement de 2,272 liv., dont 1,000 liv. de gages et 1,272 liv. pour sa bouche à la cour; quand l'édit de 1692 supprima ses lieutenants, le roi lui donna, en outre, une pension de 3,000 fr. comme dédommagement. Cette pension fut supprimée en 1723, lors du rétablissement des places de lieutenants et de greffiers du premier chirurgien, places dont la vente formait un revenu assez considérable. Lorsque le premier chirurgien faisait des saignées au roi, il en était payé par un mandat spécial. Le *chirurgien ordinaire* touchait 1,000 liv. de gages, 600 liv. pour sa bouche à la cour, 1,200 liv. pour sa charge de chirurgien-major, et 1,200 liv. de récompense. De plus, s'il accompagnait le roi en campagne, il percevait 1,500 liv. à titre d'entrée en campagne pour se mettre en équipage, 500 liv. par mois pendant la campagne, dix rations de pain par jour; il avait aussi alors à ses ordres un garçon chirurgien entretenu à l'hôpital de l'armée, et 2,000 liv. de gratification au retour de la campagne. Les chirurgiens servant par quartier avaient chacun 1,360 liv. d'appointements, sans compter ce que leur payait par an celui qui tenait sous leur privilége boutique ouverte dans la ville de leur résidence.

Le chirurgien-dentiste, *opérateur pour les dents*, était traité comme valet de chambre; il avait 600 liv. de gages et 600 liv. de récompense, plus 1,095 liv. pour son ordinaire. « Il avait soin de nettoyer et couper les dents, et fournir » de racine et d'opiat quand le roi lave sa bouche. » Les trois chirurgiens renoneurs, servant chacun quatre mois, avaient 600 liv. chacun, plus leur ordinaire à la table des valets de chambre.

Les chirurgiens assistaient aux repas du roi, à son lever et à son coucher; ils l'accompagnaient à la chasse de crainte d'accident, et ne s'éloignaient pas beaucoup de sa personne quand il était en campagne. Le premier chirurgien n'était pas primitivement au nombre des grands officiers de la maison du roi; il ne portait pas alors le titre de conseiller d'Etat, mais simplement celui de conseiller du roi; à son installation il prêtait entre les mains du premier médecin le même serment que celui-ci prêtait entre les mains du roi. Mais à partir de 1770, il ne prêta plus serment qu'entre les mains du roi. Dès cette époque, le premier chirurgien jouit du titre de conseiller d'Etat et eut les mêmes entrées que le premier médecin.

THOLOZAN.

(*La suite prochainement.*

— Le concours pour les prix de l'externat et pour la nomination des internes des hôpitaux de Paris commencera le 22 de ce mois.

Les membres du jury sont MM. Delasiauve, Jobert (de Lamballe), Barthez, Lenoir et Béhier.

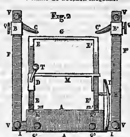
Membres suppléants : MM. Chassaignac et Bazin.

Ces deux plans sont joints par des charnières, et l'angle qu'ils comprennent entre eux donne l'angle facial.

Indiquons maintenant les différentes pièces qui entrent dans la composition de cet instrument.

Fig. 2. — Cette figure représente le goniomètre replié, c'est-à-dire le plan frontal et le plan horizontal formant un angle très-aigu.

INSTRUMENT DU DOCTEUR JACQUART.



AA, pièce dont la face supérieure fait partie du plan horizontal.

Deux charnières KK' unissent l'un des bords fortement taillé en biseau de cette pièce aux deux pièces EE, E'E', qui correspondent par leur face antérieure à la face postérieure de la pièce mobile D, laquelle face est dans le plan frontal.

D est échancrée en M pour donner passage à la saillie du nez ou à la bosse nasale ; elle glisse à l'aide de deux coulisses et d'une vis à crémaillère T sur les montants EE, E'E' ; sa course est bornée en haut par la traverse G qui est destinée à donner plus de fixité aux deux montants, et en bas elle est arrêtée par la rencontre des deux petites pièces *m m'* qui recouvrent la moitié correspondante des deux charnières.

Dans la pièce AA est une coulisse dans laquelle glissent à frottement les deux règles I I' soudées en équerre, avec les règles F F'.

Des vis de pression *v' v'* servent au besoin à fixer les deux premières.

Quatre vis de pression V permettent de dresser la portion de cadre FI F'I' sur le plan qui supporte l'instrument.

B et B' sont deux coulants aplatis glissant à frottement sur les deux règles F F'. Deux vis *v v* servent à les arrêter en place. C et C' sont deux pièces moulées dans les conduits auditifs externes, et qui sont destinées à entrer dans ces conduits dont elles ont la forme et la direction, tournées qu'elles sont d'arrière en avant, de dehors en dedans et de bas en haut. Elles sont fixées sur les coulants B et B' de telle manière que le plan supérieur de ces coulants, qui est le même que celui de AA, étant prolongé, passe par les axes de ces pivots une fois introduits.

I, demi-cercle divisé en dehors en 180 degrés, et en 200 degrés en dedans, offrant ainsi réunies, d'après le conseil de M. Serres, la nouvelle graduation et l'ancienne. Ce demi-cercle correspond centre pour centre avec l'axe des charnières qui unissent des deux plans horizontal et frontal.

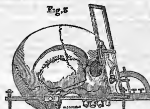
H, traverse aplatie correspondant par sa face antérieure à la face postérieure de D ou au plan frontal.

C'est sur cette face que repose le côté postérieur d'une aiguille ou petite règle, qui est fixée par une de ses extrémités au centre du demi-cercle, et doublement coudée à l'autre, de manière à marquer à la fois sur les deux faces du cadran, et à indiquer ainsi l'angle facial évalué en degrés centigrades, et suivant l'ancienne graduation.

Si donc on veut appliquer l'instrument sur un crâne, il faut commencer par relever le cadre E GE', tirer sur les deux règles F F' afin de les écarter et de recevoir la tête dans leur écartement la face tournée vers la pièce AA, faire pénétrer dans les conduits auditifs externes les pivots G G, en rapprochant les deux règles latérales autant qu'il est possible, puis ramener la tete ainsi fixée, jusqu'à ce que le bord alvéolaire du maxillaire supérieur, par exemple, si on choisit ce point, vienne se mettre en contact et de niveau avec la pièce AA.

Il faut s'assurer que les deux coulants se trouvent également éloignés du bord fortement taillé en biseau de la pièce AA, par l'examen des divisions des deux règles parallèles. Autrement l'instrument pourrait ne pas être appliqué symétriquement, ce qui amènerait des erreurs. On relève ensuite, à l'aide de la vis à crémaillère T, la pièce D jusqu'à ce qu'elle réponde à la partie la plus saillante du front, c'est ordinairement la bosse nasale. On rabat la pièce D sur cette éminence, et on regarde le nombre de degrés. Telle est la manière la plus ordinaire de procéder. Mais je propose, outre l'angle facial ainsi obtenu, d'en prendre un autre, en portant le bord inférieur de la traverse M de la pièce D, 3 centimètres au-dessus de la suture fronto-nasale ; car là seulement la face postérieure de D sera en rapport avec la saillie du frontal moulée sur le lobe antérieur du cerveau. Il résulte, en effet, de l'examen d'une vingtaine de crânes sur lesquels M. le professeur Serres, pour des recherches particulières, a fait sculpter les sinus frontaux, que la limite supérieure de ces chambres aériennes est située en moyenne, à 3 centimètres au-dessus de la suture fronto-nasale. On obtient ainsi un angle un peu plus aigu, mais plus vrai et dégagé d'une cause d'erreur.

INSTRUMENT DU DOCTEUR JACQUART, APPLIQUÉ (TÊTE CAUCASIQUE).



La figure 3 représente le même goniomètre appliqué sur une tête de la race caucasique. C'est une tete de soldat corse. Le plan horizontal passant par le bord alvéolaire du maxillaire supérieur, et la traverse de la pièce D correspondant à la bosse nasale. Je ne donnerai pas la description détaillée de cette planche, l'instrument ayant été complétement décrit à la fig. 2.

L'invention du goniomètre du docteur Morton a fait faire un pas immense à la mensuration de l'angle facial. Je ne l'ai pas vu fonctionner ; je ne le connais que par la figure assez incomplète qu'il en donne dans son ouvrage. J'ai tâché, en la rectifiant un peu, de la rendre plus intelligible. Son instrument ne me paraît avoir été construit que pour des têtes osseuses.

L'échancrure L de la pièce du plan frontal ne semble guère susceptible de s'appliquer sur le vivant. Ni la figure, ni le texte explicatif n'indiquent comment cette pièce est maintenue en rapport avec la base de l'instrument, et peut se mouvoir sur elle pour abaisser ou élever l'échancrure, suivant les sujets. S'il n'y a pas de vis de pression pour équilibrer cette base, c'est plutôt une imperfection qu'une simplification.

Son goniomètre adapte invariablement la partie supérieure de l'échancrure du plan facial sur la suture fronto-nasale. Il me paraît impossible d'opérer avec lui, tel qu'il est, sur une tête de fœtus de très-jeune enfant ou d'un petit animal ; pour un animal de forte taille, il serait en entier à reconstruire. Mais, ce qui est plus grave, je soupçonne un vice dans sa structure. En effet, une condition essentielle pour bien établir le plan horizontal, c'est que ce plan prolongé coupe par le milieu, au niveau des orifices externes des conduits auditifs, les pivots introduits dans ces conduits. Or l'auteur américain garde un silence complet sur ce point. N'aurait-il pas senti toute l'importance de cette condition ? La face supérieure de chaque coulant sur lequel est soudé le pivot correspondant n'est pas dans le plan de la base de son goniomètre, on a donc tout lieu de craindre que les pièces qui s'introduisent dans les conduits auditifs externes ne soient pas avec cette hase dans les rapports voulus pour que l'instrument soit exact.

Le mien me paraît plus précis et plus simple. Il peut non-seulement s'adapter sur des têtes d'adultes, mais aussi de très-jeunes enfants, et même de fœtus ou de petits animaux. Il suffit, pour les trois derniers, d'avoir des coulants de rechange avec des embouts plus longs, et comme chez eux le conduit auditif externe est très-raccourci, ces embouts sont dirigés transversalement par rapport aux coulants.

Pour s'en servir sur de grands animaux, il ne faut que donner à l'instrument de plus grandes dimensions. Il peut s'appliquer sur le vivant sans inconvénient, en se servant de pivots auriculaires beaucoup plus courts et plus gros, arrondis, transversalement dirigés et re-

vêtus de fourreaux en caoutchouc. La manière la plus commode de procéder dans ce cas, c'est de faire passer le plan horizontal immédiatement au-dessous du nez et par-dessus la lèvre supérieure.

Enfin, ce qu'on ne saurait faire avec l'instrument de l'auteur précité, et qui cependant est très-important, il permet de prendre l'angle facial au-dessus de la bosse nasale et de la saillie des sinus frontaux. Il est temps, en effet, de dégager la mensuration de cet angle de cette cause d'erreur, ou du moins, si on continue à l'effectuer comme par le passé, de noter aussi l'angle qu'on obtient en plaçant le bord inférieur de la traverse M de mon instrument sur la limite supérieure des sinus frontaux, comme je l'ai indiqué précédemment.

Il me paraît en outre possible, en faisant parcourir à la traverse mobile de mon goniomètre un trajet plus ou moins étendu, et notant à diverses hauteurs les différents angles faciaux obtenus, de tracer, en s'aidant d'autres données que je ne possède pas encore, la courbure du front soumis à l'observation.

Maintenant que l'habile ouvrier qui a exécuté mon goniomètre vient d'y mettre la dernière main et lui a donné toute la précision dont il est susceptible, je me propose de faire connaître les résultats que m'aura fournis son application sur les nombreux crânes et bustes de la galerie anthropologique du Muséum, que M. Serres a la gloire d'avoir fondée. Déjà les observations faites sur un certain nombre de médecins mes confrères, qui ont bien voulu se prêter à cet examen, m'ont donné, en prenant les deux limites extrêmes des angles faciaux trouvés sur eux, une différence de 20 degrés centigrades. Vingt degrés de différence dans une même race! Quels seront donc les résultats auxquels la suite de nos recherches nous conduira?

En terminant, je ferai remarquer que le point du maxillaire choisi en avant pour le passage du plan horizontal est loin d'être indifférent. Vous obtiendrez un angle d'autant plus aigu, que vous choisirez un point plus inférieur du maxillaire supérieur. Si, sur une même tête, vous portez, comme le docteur Morton, la base de l'instrument au-dessous de l'épine nasale inférieure, vous aurez le maximum de l'angle facial. Vous le verrez diminuer, au contraire, si vous choisissez le bord alvéolaire. Si vous partez du tranchant des incisives, vous aurez son minimum. Enfin, il descendra aussi de plusieurs degrés si, comme je l'ai proposé, vous faites passer votre plan facial au-dessus de la bosse nasale, quel que soit l'endroit de la mâchoire supérieure que vous ayez choisi pour point de départ.

J'aurais voulu parler de l'angle palatin de Geoffroy-Saint-Hilaire et Cuvier, dont il est traité à l'endroit cité précédemment, de l'angle métafacial exposé par M. Serres dans ses leçons, et dont j'ai moi-même présenté quelques applications à l'étude des races, il y a quelques années, dans la Gazette Médicale, et aussi dire quelques mots d'une nouvelle mensuration de l'angle antérieur et de l'angle postérieur du sus-maxillaire; mais je réserve ces questions pour les traiter ailleurs avec des développements suffisants.

En résumé, l'angle facial de Camper ne peut guère être pris que sur des dessins exécutés par des artistes très-habiles et très-consciencieux, et de préférence à l'aide du diagraphe ou du daguerréotype. Cette méthode, longue et difficile, et par cela même impraticable le plus souvent, ne produit que des résultats approximatifs. Celle que j'ai proposée, et qui consiste dans la construction d'un triangle connaissant les trois côtés, est assez simple, mais elle ne donne que l'angle facial selon Camper. Or nous avons montré pourquoi nous devons le délaisser, et lui préférer le procédé de Cuvier et de Geoffroy-Saint-Hilaire, plus sensible et plus précis. Mais ce dernier procédé demande trop de temps pour être journellement employé. Restent donc les goniomètres faciaux, celui du docteur Morton et le mien. Puisse ce dernier, par la précision des résultats qu'il fournit et la facilité de son application, paraître digne de fixer les suffrages des anthropologistes!

CHIRURGIE PRATIQUE.

NOUVELLE ÉTUDE DE LA TAILLE MÉDIANE; par P. BOUISSON, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

(Suite. — Voir Gaz. Méd., année 1855.)

III. — DU MEILLEUR MODE A SUIVRE POUR L'EXÉCUTION DE LA TAILLE MÉDIANE; PROCÉDÉ DE L'AUTEUR OU TAILLE PARA-RAPHÉALE; REMARQUES SUR LES TEMPS DE L'OPÉRATION.

La taille médiane comprend deux modes d'exécution bien distincts. l'un, que le temps a mis hors de cause et dans lequel l'incision médiane n'était qu'un moyen, pour ainsi dire, de faciliter la dilatation du col de la vessie, cette dilatation constituant elle-même la partie essentielle de l'opération; l'autre, dans lequel on trace avec l'instrument tranchant et dans la direction de la ligne médiane, la voie artificielle que le calcul doit franchir. Le premier constitue exclusivement le *grand appareil*, ou le procédé de Marianus et de Colot; le second, ou *taille médiane* proprement dite, est dû à Mareschal et représente une simplification de toutes les méthodes cystotomiques, qu'il réduit à un simple débridement urétro-prostatique. Cette réforme, qui permet de recommander utilement la taille médiane aux opérateurs, date du commencement du dernier siècle. Le mode proposé par Mareschal ayant détrôné celui de Colot servira seul de point de mire à la discussion. Qu'on l'exécute comme Mareschal lui-même; qu'on préfère suivre la modification proposée par Vaccà Berlinghieri; qu'on applique à cette opération les modifications que nous avons cru nous-même de voir proposer, ou qu'on y introduise un changement quelconque, relatif, soit aux instruments, soit à tout autre détail, ce n'en est pas moins la seule façon d'opérer qui nous paraisse recommandable. La méthode étant posée, il ne s'agira plus que de s'entendre sur le meilleur procédé à suivre. Les observations réunies dans la partie clinique de ce travail ont déjà fait connaître la conduite chirurgicale qui nous a paru la plus convenable. Nous avons actuellement à mieux préciser les règles de cette opération; elles montreront en quoi le mode que nous avons adopté diffère des procédés de Mareschal et de Vaccà.

Les différences qui caractérisent notre procédé portent surtout sur l'adoption d'un cathéter à large cannelure et sur le transport de l'incision à la limite latérale de la paroi inférieure de l'urètre distendu. L'incision parallèle à la ligne médiane, mais reportée à quelques millimètres en dehors, imprime à l'opération une modification qu'on pourrait exprimer par les mots de *taille directe*, parce qu'on intéresse le rayon direct de la prostate ou de *taille para-raphéale*, parce qu'on incise à côté du raphé.

Les calculeux qu'on se propose d'opérer par la taille para-raphéale doivent être préparés comme dans les cas ordinaires; seulement il importe ici, plus que dans toute autre opération, de vider le rectum des matières fécales, ou des gaz qu'il peut contenir. Un régime assez sévère pendant quelques jours, un laxatif administré la veille et un lavement pris dans la matinée même du jour de l'opération, et dont le malade aura le soin de se débarrasser complétement, constitueront tout autant de précautions indispensables. La disposition à donner au malade et aux aides n'a rien qui diffère de ce qu'on fait habituellement en vue de la taille latéralisée. Il sera toujours utile d'anesthésier le malade et de l'attacher solidement pendant l'administration des dernières doses de l'agent stupéfiant. C'est aussi dans ce moment que l'opérateur doit introduire le cathéter cannelé. La cannelure de cet instrument doit être large et profonde. Sa largeur a pour but de distendre la paroi inférieure de la portion membraneuse de l'urètre, et d'en faciliter l'incision. Plus le cathéter sera volumineux et sa cannelure large, plus l'opération sera rendue facile. Ce développement de l'instrument ne doit être limité que par la nécessité de conserver dans le canal la liberté de jeu indispensable pour explorer la vessie et constater la présence de la pierre.

PREMIER TEMPS. — *Incision de la peau et des parties subjacentes.* — Les téguments préalablement rasés sont tendus en travers entre le pouce et l'indicateur. Le scrotum est médiocrement relevé avec le côté cubital de la main. Il importe, dans la taille médiane, de ne pas trop relever cette partie, ce qui exposerait au retrait de la couche cutanée celluleuse et, par suite, à la perte de parallélisme entre la plaie superficielle et la plaie profonde qui intéresse le canal et qui conserve sa fixité. On comprend que ce défaut de rapport exposerait à l'ecchymose de la région scrotale ou à des infiltrations urinaires. L'incision, faite avec un bistouri, devra intéresser la couche comprise dans l'aire du triangle urétro-rectal, parallèlement au raphé et de préférence sur le côté gauche de cette ligne. Le chirurgien commencera son incision à 3 ou 4 centimètres au-dessous de l'anus, suivant l'âge du malade, et la terminera à 1 centimètre en avant de cette ouverture. La section des tissus devra être nette, mais faite avec précaution, en arrière, afin de ne pas intéresser le rectum.

DEUXIÈME TEMPS. — *Incision de l'urètre.* — Lorsque la section des premières couches du périnée a mis à nu la paroi inférieure de l'urètre, on ne tarde pas à la reconnaître dans l'intervalle qui sépare les deux rebords de la cannelure du cathéter. Le chirurgien recherche, avec le doigt indicateur gauche, le rebord droit de cette cannelure, qu'il engage entre la pulpe du doigt et le bord de l'ongle, de manière que le dos de celui-ci regarde la cuisse gauche de l'opéré et serve à diriger le bistouri. La pointe de l'instrument doit inciser l'urètre en

arrière du bulbe, et non sur celui-ci, comme le faisait Colot. L'incision doit s'étendre à toute la portion membraneuse de l'urètre, en faisant glisser le bistouri dans la cannelure du cathéter. Cette incision se fait d'autant plus facilement que la paroi du canal est plus tendue sur la cannelure du cathéter. Le chirurgien ne doit pas manœuvrer trop rapidement pendant ce temps de l'opération, qui en constitue un des points essentiels; l'incision doit s'étendre jusqu'à la prostate, de manière à mettre bien à découvert la cannelure de la sonde, et à frayer une bonne partie de la voie que doit parcourir le calcul.

Chez les vieillards dont l'ampoule rectale est développée, et chez lesquels on peut craindre que la saillie de la paroi antérieure du rectum n'expose cet intestin à être blessé, il est prudent de le refouler en agissant avec un doigt sur l'angle postérieur de la plaie ou en pressant avec une stapule engagée dans ce même point et qui éloigne la paroi rectale du tranchant du histouri.

Ajoutons qu'on ne doit pas inciser exactement l'urètre sur la ligne médiane. Sa paroi inférieure, tendue entre les deux côtés de la cannelure du cathéter, présente une certaine largeur. Or pour éviter le vérumontanum et les canaux éjaculateurs, il vaut mieux inciser un peu sur le côté gauche de la ligne moyenne, mais toujours dans le sens antéro-postérieur.

TROISIÈME TEMPS. — *Incision de la prostate et du col de la vessie.* — Ce temps de l'opération, qui est le plus délicat dans les autres modes de cystotomie périnéale, se présente ici avec une simplicité spéciale, à cause de la rectitude des premières incisions qui rend la prostate plus superficielle et la rapproche pour ainsi dire de l'opérateur. On peut terminer la taille avec le bistouri même qui a servi à attaquer la portion membraneuse de l'urètre, en poussant un peu plus loin la pointe de l'instrument dont on relève le manche et en exerçant une pression modérée dans le sens de la première incision. On entame légèrement la prostate et le col de la vessie, ou seulement la partie antérieure et supérieure de la prostate, de manière à débrider l'obstacle que la résistance de son tissu et de la couche fibreuse qui l'emprisonne forment à l'entrée du canal de l'urètre. Ce débridement suffit pour les calculs de petite et de moyenne dimension. On ne doit pas oublier que le rayon antéro-postérieur de la prostate étant le plus court, il ne faudrait pas faire dans l'épaisseur de cette glande une incision qui exposerait à dépasser ses limites dans le sens indiqué et à intéresser le rectum. Si le chirurgien n'est pas sûr de l'action qu'il veut exercer, il peut, au lieu de terminer l'opération par le coup de maître, introduire un lithotome caché monté à un degré un peu inférieur à l'étendue du rayon prostatique et agir avec cet instrument comme dans la taille latéralisée; mais en dirigeant son action parallèlement à la ligne médiane, et en opérant la section de la prostate de la partie vésicale vers la superficielle. Le bistouri de Vaccà Berlinghieri agirait comme le lithotome caché d'arrière en avant; mais avec moins de précision que ce dernier instrument. L'incision accomplie et le cathéter extrait, le chirurgien introduit son doigt indicateur dans la plaie, et apprécie facilement par la voie courte et directe qu'il a tracée, l'état des parties. Il y engage le gorgeret et les tenettes, comme on a coutume de le faire dans la taille ordinaire, et il procède à l'extraction du calcul. Il est de rigueur, dans la taille médiane plus que dans les autres, de retirer le corps étranger en disposant les cuillers des tenettes, de manière à ce que l'une corresponde à l'angle intérieur et l'autre à l'angle postérieur de la plaie, afin de ménager le bulbe de l'urètre et le rectum, limites extrêmes du champ opératoire entre lesquels il faut manœuvrer et qu'il ne faut pas entamer.

L'opération se termine, comme d'habitude, par une injection tiède dans la vessie. On se dispense de tout pansement; il suffit de rapprocher les cuisses du malade et de lui faire conserver cette attitude dans son lit, en combinant cette position avec la demi-flexion des membres inférieurs. L'urine s'écoule librement par la plaie, et le malade couché dans le décubitus dorsal sur une alèze qu'on déplace à volonté pour empêcher la souillure et l'irritation qu'occasionnerait ce liquide, a les membres inférieurs soutenus par un coussin placé sous les jarrets. On le soumet au régime diététique des opérés, et, dans ces conditions, la guérison est ordinairement obtenue dans un court délai.

(La suite au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION D'HÉMOPHILIE; communiquée par le docteur THORE fils, ancien interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté de Médecine, etc.

La disposition morbide qu'ont certains individus aux hémorrhagies, et qu'on a désignée par le mot: *Hémophilie*, avait été reléguée jusqu'à ce jour dans la classe des cas rares. Elle a pris définitivement droit de domicile dans la science, et grâce à plusieurs mémoires considérables, elle fait désormais partie du cadre nosographique. La GAZETTE MÉDICALE a publié dans les nos 43, 45 et 47 de l'année 1855, un important travail de M. le docteur Schnepf, qui résume l'état actuel de nos connaissances sur cette intéressante question.

Bien que les faits de ce genre se comptent déjà en assez grand nombre, il ne sera peut-être pas tout à fait inutile de faire connaître une observation que nous avons recueillie il y a quelques années.

OBS. — Hant..., garçon né de parents vigoureux, bruns et de forte constitution, est blond, à peau fine, mais non transparente; il est peu développé et d'un tempérament délicat. Il nous a été présenté pour la première fois à l'âge de 18 mois. Il avait une énorme ecchymose qui, partant de la fesse gauche, s'étendait jusqu'à la partie antérieure de la cuisse; elle était tellement considérable que nous fûmes d'abord disposé à soupçonner l'existence d'une fracture de la cuisse; cependant il n'avait point été possible de savoir s'il avait fait une chute, et par un examen attentif, il fut facile de se convaincre qu'il n'y avait aucune lésion sérieuse.

Sous l'influence de quelques résolutifs, l'ecchymose disparut assez rapidement.

Depuis cette époque, il nous fut présenté plusieurs fois pour des ecchymoses fort étendues et qui se montraient de préférence aux membres inférieurs; elles paraissaient se développer sans cause appréciable ou étaient provoquées par le moindre choc, par le plus léger frottement. Il n'a jamais eu d'épistaxis.

Les renseignements pris auprès de ses parents ne permettent point de constater des faits d'hérédité dans la famille.

A l'âge de 3 ans, il fait une chute sur la face. Au bout de deux jours, il se déclare une hémorrhagie qui paraît avoir son siége près du frein de la lèvre supérieure. Une petite excoriation à peine visible semble en être le point de départ.

Cette hémorrhagie fut d'une grande intensité et d'une ténacité remarquable; tous les astringents sont employés sans succès; des cautérisations avec le nitrate d'argent sont vainement répétées. On a recours à l'application du fer rouge; rien n'y fait et l'hémorrhagie continue. L'enfant devient exsangue, les lèvres sont complétement décolorées, le pouls filiforme; syncopes fréquentes.

Cet état dure trois jours, et au moment où l'on s'attendait à voir succomber ce malheureux enfant, un dernier effort est enfin couronné de succès. Une nouvelle cautérisation faite avec plus d'énergie et aidée d'une compression vigoureuse met fin à l'écoulement du sang. On prescrit des boissons acidulées; un régime tonique et ferrugineux ramène assez rapidement le petit malade à son état normal.

Un an après, nouvelle hémorrhagie à la suite d'une chute sur le front qui avait déterminé dans ce point une légère excoriation; elle a duré quatre jours et a aussi provoqué des syncopes et un affaiblissement considérable; elle paraît s'être arrêtée d'elle-même, car nous n'avons point été alors appelé auprès de l'enfant, et nous n'avons pu obtenir d'autres détails.

En novembre 1848 (il avait alors 5 ans), il sortit, une bouteille à la main, pour faire une commission; il tombe dans l'escalier, la bouteille se brise et l'un des fragments fait à la pommette de la joue droite et au-dessus du sourcil gauche de petites plaies qui égalent à peine, en étendue, une piqûre de sangsue et n'intéressent point la peau dans toute son épaisseur. Il s'est écoulé de ces deux plaies, à peine apparentes, une quantité de sang rosé, rutilant, évalué à plus d'une livre. Cautérisation avec le nitrate d'argent; compression au moyen de l'agaric; limonade.

Le 21, l'hémorrhagie est définitivement arrêtée.

Le 9 mars 1849, son jeune frère, en jouant avec lui, lui écorche la lèvre avec un fragment d'assiette. C'est tout au plus si l'épiderme a été enlevé; la plaie est aussi peu étendue qu'elle est superficielle. Cependant depuis il s'en était écoulé continuellement du sang, au point qu'il en avait déjà perdu une livre.

Le 10 mars, cautérisation avec l'azotate d'argent; l'hémorrhagie est arrêtée.

Le lendemain, il arrache la mince escarre produite par le nitrate d'argent, et l'écoulement du sang reparaît avec une plus grande abondance que jamais; il est pâle et excessivement faible; menaces de syncopes. Nouvelle et profonde cautérisation avec le nitrate d'argent.

Le 12, l'hémorrhagie est tout à fait arrêtée; cependant il a eu dans la journée un écoulement sanguin assez considérable pour nécessiter l'emploi de l'agaric et de la compression.

L'enfant est resté anémique pendant assez longtemps.

Six ans plus tard, le hasard nous a fait rencontrer de nouveau cet enfant;

il paraît n'avoir plus éprouvé d'hémorrhagie depuis l'époque où nous l'avions perdu de vue. Nous n'avons pu savoir s'il avait éprouvé des douleurs rhumatismales; mais il avait une tumeur blanche du genou droit, assez prononcée et qui semblait s'être développée spontanément. Nous n'avons pas, du reste, obtenu d'autres renseignements de ses parents qui, livrés à l'ivrognerie et à la paresse, n'avaient pris aucun soin de lui et l'avaient placé pendant quelque temps dans un hôpital de Paris.

Sa constitution nous a toujours paru grêle et délicate; il était amaigri, il souffrait médiocrement de son genou, qui était volumineux et fortement engorgé.

L'observation qui précède reproduit les trois formes de l'hémophilie décrites dans le travail de M. Schnepf: l'ecchymose, l'hémorrhagie, le gonflement articulaire.

Comme dans tous les cas de ce genre, la cause la plus légère, une lésion très-superficielle de la peau et des muqueuses a servi de point de départ à l'hémorrhagie, qui a toujours été très-considérable et très-réfractaire aux moyens dirigés contre elle; les cautérisations ont été souvent insuffisantes; c'est, en général, la compression qui a donné les meilleurs résultats, quand elle a pu être appliquée d'une manière convenable.

Jamais il n'y a eu d'épistaxis, de flux hémorrhoïdal; les hémorrhagies avaient pour cause plutôt des excoriations que de véritables plaies, ce qui justifierait l'opinion de Fordyce, qui avait reconnu que, chez les individus disposés aux hémorrhagies, les plaies superficielles et les déchirures étaient plus dangereuses que les plaies profondes et nettes produites par des instruments tranchants.

Nous n'avons pu faire l'analyse du sang; il nous a paru d'un rose vermeil, non diffluent et assez facilement coagulable au début de l'hémorrhagie. La coloration et la coagulabilité diminuaient à mesure qu'elle se prolongeait. Ce point de la science paraît, du reste, réclamer de nouvelles recherches.

Nous n'avons jamais pu savoir si les ecchymoses considérables qui ont été observées chez cet enfant avaient toujours pour point de départ une lésion extérieure; elles paraissent s'être manifestées plusieurs fois spontanément, car nos informations, prises avec le plus grand soin, n'ont pas pu nous faire connaître si l'accident avait été précédé d'un coup ou d'une chute.

Ce qui complète enfin le tableau, c'est le développement d'une tumeur articulaire survenue au bout de plusieurs années, mais sur la nature et le développement de laquelle les renseignements nous font malheureusement défaut.

M. Dequevauviller, dans un travail que nous regrettons de n'avoir pas vu citer dans le résumé de M. Schnepf, et qui contient plusieurs observations intéressantes, s'est surtout attaché (Journal de Chirurgie, 1844, p. 164), à déterminer les caractères extérieurs que l'on remarque habituellement chez les hémophiles (Bluters ou Bleeders des Allemands et des Américains). Cette disposition aux hémorrhagies peut être, selon lui, reconnue aux caractères suivants: La peau est fine et mate, la couche sous-cutanée du tissu cellulaire est mince et ne contient point de graisse; le système musculaire est flasque et peu développé, les sclérotiques sont translucides et laissent apercevoir la couleur de la choroïde.

Ces caractères sont généralement admis; ou les reconnaît, mais non d'une manière très-tranchée sur l'enfant que nous avons observé.

Il appartenait au sexe masculin, qui constitue une prédisposition évidente, puisque l'on a constaté que l'hémophilie était sept fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme.

Les premiers accidents ont eu lieu à l'âge de 18 mois On voit, en effet, que c'est dans le cours des deux premières années que le début a été noté plus fréquemment; mais c'est dans la première année que cette proportion est énorme et qu'il faut attribuer à l'*hémorrhagie ombilicale*, dont M. Grandidier compte déjà 88 exemples.

On doit vraiment s'étonner de ne voir cet accident si grave, connu en France que par quelques observations éparses dans les journaux et les thèses. Nous avons rapporté un cas de ce genre dans la Gazette Médicale (année 1848, p. 191). Quelques autres ont été cités, depuis, par M. Roger (Union Médicale, 1853); dans la thèse de M. Émile Dubois (décembre 1848).

Nous devons, en terminant, faire remarquer qu'à l'époque où nous avons revu notre malade, il n'avait pas éprouvé d'hémorrhagie depuis six ans. Cette disposition morbide paraissait avoir cessé ou s'être tout au moins profondément modifiée.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

I. THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES, by Isaac Hays.

La livraison d'octobre 1855 contient les mémoires originaux suivants: 1° *Recherches sur l'anatomie pathologique de la pneumonie aiguë*; par M. J. da Costa. 2° *Statistique vitale de la ville de Baltimore*; par M. Charles Frick. (Études sur la mortalité parmi les blancs et parmi les noirs, comparativement.). 3° *Rapport sur l'épidémie de choléra qui a sévi à Pittsburg en septembre et octobre* 1854; par les docteurs J. Gallaher, A. M. Polleck et W. Draino. 4° *Statistique de* 258 *cas d'obstructions intestinales, suivies de remarques*; par M. Foster Haven. 5° *Sur le climat et la salubrité du fort Moultrie et de l'île de Sullivan, avec des observations incidentes sur la fièvre jaune de la ville de Charleston*; par M. John Porter. 6° *Sur les anomalies des artères*; par M. C. E. Isaaes. 7° *Observation de grossesse extra-utérine*; par M. Samuel Kurtz. 8° *Cas de hernie diaphragmatique*; par M. W. Chancellos. 9° *De la cure de l'hydrocèle par la combinaison des injections d'iode et du séton à demeure*; par M. Isaac Lefever. (M. Pétrequin a l'habitude de recourir à l'emploi combiné des injections iodées et du séton à demeure dans les cas difficiles d'hydrocèle, où l'inflammation adhésive est malaisée à produire d'une manière curative et où il convient d'entretenir une phlogose prolongée pour amener l'oblitération de la tunique vaginale. Seulement le chirurgien de Lyon, pour être toujours maître de la réaction, emploie un séton en plomb qui n'expose pas comme les mèches du chirurgien anglais à provoquer une irritation trop grande.)

Des anomalies des artères; par M. C. E. Isaacs.

M. Isaacs, démonstrateur d'anatomie à l'Université de New-Yorck, passe en revue la plupart des artères du corps humain dont il a eu occasion d'observer des anomalies. Nous nous bornerons à signaler les principales.

Tronc innominé. — L'auteur a rencontré trois cas dans lesquels cetteartère donnait trois grandes branches: la sous-clavière droite, la carotide droite et la carotide gauche. Sur un sujet, elle fournissait en outre la thyroïdienne moyenne. Sur deux cadavres, le tronc innominé manquait complétement: la crosse de l'aorte donnait naissance à la sous-clavière droite, à la carotide droite, à la carotide gauche et à la sous-clavière gauche. Il a vu sept fois l'artère thyroïdienne moyenne provenir de l'innominée et aller se distribuer au corps thyroïde; elle était remarquablement développée chez deux sujets, et la lésion dans la trachéotomie aurait pu occasionner une hémorrhagie profuse.

Artère sous-clavière. — L'auteur s'occupe de la troisième portion de cette artère, c'est-à-dire de celle qui s'étend du bord externe du scalène antérieur au bord inférieur de la première côte. Il a trouvé que cette portion de l'artère variait beaucoup quant au point où elle s'élève dans le cou: chez quelques sujets elle passe très-haut au-dessus de la clavicule, chez d'autres sujets elle s'enfonce au-dessous de cet os, et devient alors d'un accès très-difficile. Dans un cas, elle était tellement recouverte par un plexus de larges veines qu'il eût été impossible de placer une ligature autour de l'artère, sans avoir préalablement lié quelques-unes de ces veines et les avoir ensuite divisées entre les ligatures; une disposition semblable, sinon identique, n'est pas très-rare.

Quant au tubercule de la première côte que la plupart des chirurgiens ont l'habitude de considérer comme un guide sûr pour la ligature de l'artère sous-clavière, il n'est pas toujours facile à trouver dans une blessure profonde. Il est tout à fait imparfait chez quelques sujets, et il en est chez qui c'est à peine si l'on peut dire qu'il existe.

Artère axillaire. — Dans trois cas l'artère axillaire se divisait juste avant d'atteindre le tendon du hiceps (*teres major*). Les artères radiales et cubitales qui en naissaient étaient unies au-dessous du pli du bras par une branche qui, dans les trois cas, égalait les dimensions d'une plume de corbeau. Si donc, chez l'un de ces sujets, il avait existé durant la vie un anévrisme brachial, et que l'un de ces vaisseaux eût été lié au bras pour l'artère humérale, les autres branches auraient été plus que suffisantes pour porter le sang dans le sac anévrismal à travers les rameaux transverses, et l'opération, selon toute probabilité, eût été sans succès.

ARTÈRE ILIAQUE PRIMITIVE. — Les deux artères iliaques primitives, lorsqu'elles sont normales, s'étendent depuis la bifurcation de l'aorte au niveau de la partie inférieure du corps de la quatrième vertèbre lombaire jusqu'à la symphyse sacro-iliaque. L'auteur a rencontré quelques cas dans lesquels ces artères étaient longues seulement d'un pouce (2 centim. 53 millim.) ou d'un pouce et demi; chez un sujet l'aorte abdominal produisait à la fois, sur le côté droit, l'iliaque externe et l'iliaque interne, *si bien qu'il n'y avait pas d'iliaque primitive de ce côté*. A gauche, l'iliaque commune n'était longue que d'un pouce et se bifurquait en iliaque externe et interne; les deux obturatrices provenaient de l'iliaque externe.

II. THE NEW-YORK JOURNAL OF MEDICINE AND THE COLLATERAL SCIENCES;

Publié par S. PURPLE et STEPHEN SMITH.

Les livraisons de novembre 1855 à janvier 1856 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Observations d'obstétrique, suivies de remarques*; par M. Thomas Cock. 2° *Cas d'hydrophobie*; par M. Turner. 3° *Observation d'encéphalite tuberculeuse, avec une tumeur pulsatile à l'occiput*; par M. Andrews. 4° *Cas de nécrœmie, avec quelques remarques*; par M. C. Willard. (Le docteur Williams a décrit sous le nom de necrœmie (*necrœmia*) l'ensemble des symptômes qui indiquent une altération du saug.) 5° *Recherches sur la nature de l'affection anomale connue en Amérique sous le nom d'anémie puerpérale ou mal de bouche des nourrices*; par M. L. Knapp. 6° *Amputation dans l'articulation du genou, avec des observations tirées de la pratique des Américains et surtout du service de l'hôpital de New-York*; par M. Thomas Markoe. 7° *Analyse de 131 cas d'hydrophobie;* par M. Lewis Smith. 8° *Nouvelles observations sur l'existence constante de la diarrhée prodromique du choléra*; par M. David Macloughlin. 9° *Relation de trois cas de luxation du fémur réduite par des manipulations*; par M. J. Fountain. 10° *Observation d'une hématocèle considérable*; par M. D. Lente. 11° *Extraits des procès-verbaux des Sociétés médicales de New-York*. (C'est une relation d'observations plus ou moins intéressantes sur divers points de pathologie : on y remarque des faits sur l'absence de l'occipital, sur la hernie diaphragmatique, sur la non-consolidation des fractures, sur des concrétions du pancréas, sur un anévrisme de l'artère coronaire, etc.)

SUR L'AMPUTATION DANS L'ARTICULATION DU GENOU; par M. THOMAS MARKOE.

M. Markoe se déclare partisan de l'amputation dans l'articulation du genou, et depuis 1841 qu'il s'est fait cette opinion à l'hôpital de New-York, il l'a fortifiée d'une foule de faits. Il rapporte en détail, dans son mémoire, dix-huit observations nouvelles, qu'il emprunte plus particulièrement à la pratique de ses collègues de l'hôpital de New-York.

Des questions aussi graves de chirurgie opératoire ne sauraient se résoudre à l'aide d'un aussi petit nombre de faits; l'auteur l'a bien compris, et il procède ainsi : les exemples américains s'élèvent à 18, dont 13 ont guéri et 5 sont morts. Il a ajouté à cela la statistique du docteur Stephen Smith, qui donne le résumé de 28 cas étrangers, dont 12 ont succombé et 16 ont été sauvés.

En somme, c'est un total de 46 observations : il y a eu 17 décès.

M. Markoe établit la proportion de 43 morts pour 100 dans la pratique étrangère, et de 28 pour 100 dans la pratique américaine; la moyenne générale est de 37 pour 100.

L'auteur compare cette mortalité avec celle qu'on rencontre dans l'amputation de la cuisse. Les chirurgiens d'Amérique lui fournissent 68 cas, sur lesquels il y a eu 29 morts; il y joint 987 cas recueillis par M. Phillips dans sa statistique: sur ce nombre, il y a eu 435 décès. L'auteur arrive par le calcul à une moyenne générale de 43 1/2 morts pour 100, ce qui, dit-il, fait une différence de 6 1/2 pour 100 en faveur de l'amputation dans l'articulation du genou.

On peut réunir tous ces résultats et former le tableau suivant, qui permet de saisir d'un coup d'œil et de comparer tous les chiffres de cette grave question :

AMPUTATION DU GENOU.

	Total des cas.	Morts.	Proportion des morts.
Statistique du docteur Smith. . . .	28	12	43 p. 100
Pratique américaine	18	5	28
Totaux. . . .	46	17	37 p. 100

AMPUTATION DE LA CUISSE.

	Total des cas.	Morts.	Proportion des morts.
Statistique de M. Phillips.	987	435	44 p. 100
Pratique américaine	68	29	43
Totaux. . . .	1055	464	43 p. 100

M. Markoe conclut de ses recherches que, d'après l'expérience, il y a lieu à une révision du jugement défavorable porté contre cette opération;

Que le moignon que laisse la désarticulation du genou est bien plus utile que celui de l'amputation de la cuisse, et plus propre à supporter le poids du corps et à s'adapter à un membre artificiel, considérations d'une grande importance à la fois pour le riche qui se sert de membres artificiels, et pour le pauvre qui doit pouvoir marcher sur un simple appareil, lequel lui assure la facilité de se soutenir sur une jambe ordinaire et le rende capable de gagner sa vie;

Que cette désarticulation est certainement suivie de moins d'ébranlements de l'organisme, d'autant mieux qu'elle se pratique plus loin du tronc que l'amputation de la cuisse;

Qu'elle fait réellement une plaie moins étendue que cette dernière, que les espaces musculaires ne sont pas ouverts par le couteau, et qu'il y a conséquemment moins de danger de voir l'inflammation s'étendre à la cuisse;

Qu'il y a moins de ligatures à faire et qu'elles sont plus faciles;

Que les muscles qui meuvent le moignon ne sont pas divisés et que l'opéré est en état de mouvoir le membre avec une très-grande facilité, et se trouve moins exposé aux douleurs des contractions musculaires;

Qu'enfin, il ne peut y avoir de ces rétractions qui, retirant les chairs en haut, laissent l'os à découvert et forment le *manche de gigot*;

Que l'os lui-même n'est pas intéressé, et que dès lors on est à l'abri de ces graves et nombreux dangers qui résultent de la section osseuse et de l'ouverture de la cavité médullaire;

Enfin, que la crainte qu'on avait d'ouvrir une aussi grande articulation a été exagérée, et que, d'après la statistique, cette désarticulation l'emporte sur l'amputation de la cuisse, n'ayant qu'une proportion de 37 décès pour 100, tandis que la seconde en offre 43 1/2.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 6 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE.

DE LA GLYCOSURIE PHYSIOLOGIQUE CHEZ LES FEMMES EN COUCHES, LES NOURRICES ET UN CERTAIN NOMBRE DE FEMMES ENCEINTES; par M. H. BLOT.

(Commissaires : MM. Dumas, Rayer, Cl. Bernard.)

Jusqu'à présent la présence du sucre dans l'urine a été considérée par les médecins comme le signe pathognomonique d'une des maladies les plus graves, c'est-à-dire du diabète. Les recherches nombreuses auxquelles je me suis livré m'ont fourni des résultats qui, dorénavant, devront enlever à ce signe une partie de sa valeur diagnostique. En effet, il ressort nettement de ces recherches que le sucre existe normalement dans l'urine de toutes les femmes en couches, de toutes les nourrices et d'un certain nombre de femmes enceintes.

Je dirai, afin de donner plus de poids à ces résultats, que je me suis associé, pour la partie chimique de ce travail, avec M. Réveil, professeur agrégé à l'École de pharmacie, et que, dans plusieurs circonstances, j'ai eu recours aux lumières de M. Berthelot, dont les beaux travaux en chimie organique sont connus de tous.

Pour arriver à la démonstration du fait que j'annonce, j'ai eu recours à tous les moyens généralement employés pour déceler le sucre dans un liquide; et j'ai constaté ainsi, de manière à ne pas laisser place au moindre doute, que les urines en question présentent réunies ces quatre propriétés qui n'appartiennent qu'aux sucres : 1° de réduire la liqueur cupropotassique; 2° de brunir les solutions alcalines caustiques de potasse ou de chaux; 3° de donner, par la fermentation, de l'alcool et de l'acide carbonique; 4° enfin de dévier à droite la lumière polarisée.

Disons maintenant dans quelles conditions se présente cette glycosurie physiologique. Chez toutes les femmes en couches (45 fois sur 45), c'est au moment de la sécrétion laiteuse que le sucre commence à exister dans l'urine en proportion suffisante pour être dosée. Chez beaucoup de femmes, il n'apparaît qu'à cette époque; chez quelques-unes on en trouve auparavant, mais le plus souvent en quantité peu considérable. Si la sécrétion lactée se conti-

nue, le sucre continue de passer dans l'urine, avec des variations quotidiennes encore inexpliquées. Quand la sécrétion lactée est très-abondante, la proportion de sucre est, en général, grande; si elle est peu active, l'urine est peu sucrée. Aussi l'examen des urines peut-il servir, jusqu'à un certain point, à juger de la valeur d'une nourrice. Si ta sécrétion laiteuse est diminuée ou tarie par une cause quelconque, et en particulier par le développement d'un état morbide plus ou moins grave, le sucre diminue ou disparaît complétement; si l'état morbide fait place à la santé et que la sécrétion laiteuse se rétablisse, le sucre reparaît. Enfin les urines continuent à renfermer du sucre tant que la sécrétion laiteuse persiste. J'en ai trouvé des proportions très-notables (8 gr. sur 1,000 gr. d'urine) chez une nourrice qui allaitait depuis vingt-deux mois. Je n'ai pas besoin d'ajouter que toutes ces femmes, enceintes, en couches ou nourrices, ne présentent aucun des symptômes du diabète. Au contraire, les urines sont, en général, d'autant plus riches en sucre que ta santé est meilleure et se rapproche le plus possible de l'état normal ou physiologique.

Quand la lactation cesse, le sucre disparaît des urines, et cela dans un temps variable chez les différents sujets : plus vite chez les femmes qui ne nourrissent pas, plus lentement chez celles qui, après avoir nourri, commencent à sevrer. Chez ces dernières surtout, la disparition du sucre peut offrir quelques alternatives; il m'est arrivé d'en trouver un jour, de n'en pas constater le lendemain et d'en retrouver le surlendemain. Mais ce qui est constant, c'est la réduction du sucre à de très-faibles proportions dès que la tuméfaction mammaire, consécutive au sevrage, a disparu.

D'après ce qui vient d'être dit, il me paraît impossible de ne pas admettre que cette glycosurie physiologique est en rapport avec la sécrétion lactée.

J'ai dit que la quantité de sucre variait chez les différents sujets et aux différentes époques de la lactation; j'ajouterai qu'elle est, le plus ordinairement, beaucoup moindre que dans le diabète. La quantité que j'ai pu ainsi constater a varié depuis 1 et 2 gr. jusqu'à 12 gr. pour 1,000 gr. d'urine. Je ferai seulement observer, à ce propos, que ces quantités se sont présentées dans l'urine du matin, c'est-à-dire dans celle qui peut-être est la moins riche.

Chez les femmes enceintes, le sucre se rencontre environ dans la moitié des sujets observés. Je crois, sans qu'il me soit encore permis de l'affirmer d'une manière positive, que cette particularité se rencontre surtout quand les phénomènes sympathiques de la grossesse du côté des mamelles sont très-développés; elle manque, au contraire, quand les mamelles restent, pour ainsi dire, indifférentes à ce qui se passe du côté de l'utérus.

Cette glycosurie bien reconnue chez la femme, il était tout naturel de penser que, dans les mêmes conditions, elle existait aussi chez les femelles des différentes espèces d'animaux mammifères; j'ai dû poursuivre mes recherches dans cette direction, et j'espère être très-prochainement en mesure d'en soumettre les résultats à l'Académie. Je puis même, dès à présent, lui annoncer que le phénomène se produit chez la vache. En effet, dans neuf observations recueillies sur des animaux de cette espèce, je l'ai constaté dans tous les cas.

NOTE SUR LA GALVANOCAUSTIQUE; par M. MIDDELDORPF.

(Commissaires : MM. Despretz, Velpeau, Jobert de Lamballe.)

Je me suis proposé d'utiliser pour les usages de la chirurgie les effets thermiques de la pile, et je désigne sous le nom de *galvanocaustique* l'ensemble des opérations exécutées à l'aide de ce moyen. La première idée d'une semblable application appartient à M. Heider, de Vienne (1844), qui a été suivi par MM. Amussat fils, Bardeleben, Bence Jones, Cloquet, Crosell, Ellis, Harding, Hilton, Leroy-d'Étiolles, Longet, Marshall, Nélaton, Sédillot, Waite.

Comme source de la chaleur, je me sers d'une pile de Grove; les instruments que j'emploie sont : 1° différents cautères (cautère simple, cautère à coupole en porcelaine, cautère du sac lacrymal, cautère pour les rétrécissements : ce dernier instrument est droit ou courbe); 2° le séton galvanique; 3° le porte-ligature galvanique ou anse coupante, susceptible de pénétrer là où l'accès est interdit à tout autre instrument tranchant, et réunissant les avantages à la fois de l'incision, de la ligature et de la cautérisation. Ces instruments s'adaptent à la pile à l'aide des fils conducteurs; un mécanisme particulier permet d'exciter ou de suspendre le courant, et par conséquent de faire naître dans les instruments une chaleur intense ou de les refroidir à volonté.

Les avantages les plus essentiels de cette méthode : sont l'absence d'hémorrhagie par les petits vaisseaux; la faculté d'employer une température très-élevée, de produire une action des plus énergiques, et qui cependant est nettement limitée; l'accès rendu possible à un instrument qui divise et brûle dans des régions où le bistouri, les ciseaux, le cautère ordinaire ne peuvent absolument pas pénétrer, et, s'ils y pénètrent, ne peuvent rester sans blesser les parties ou tout au moins sans se refroidir; la possibilité de conduire des instruments très-déliés à travers des ouvertures étroites et au besoin par la méthode sous-cutanée; l'avantage d'une chaleur ayant sa source dans les instruments eux-mêmes et que l'on est maître d'augmenter, de modérer ou d'arrêter.

Ce feu intelligent, que l'on me pardonne l'expression, permet de couper, de fendre, d'exciser, de faire des cautérisations pointillées, rayées ou sur de larges surfaces; d'arrêter les hémorrhagies, de provoquer l'inflammation de certains tissus, la coagulation du sang, la suppuration, le développement de granulations de bonne nature. Enfin, étant introduits à froid, les instruments galvanocaustiques n'inspirent aux malades aucune frayeur; une fois en place, il suffit d'une pression avec le doigt pour les porter au rouge. Toutefois, quand il s'agit d'obtenir un effet hémostatique, il ne faut pas que la chaleur atteigne un degré trop élevé, ni que l'instrument soit manié avec trop de rapidité.

A la suite des opérations galvanocaustiques, l'inflammation est bien limitée, jamais diffuse. Sur plus de 400 opérations de ce genre que j'ai pratiquées, je n'ai pas observé un seul cas d'érysipèle, de pyohémie, ni d'hémorrhagie secondaire.... Plusieurs centaines d'observations attestent l'innocuité et les avantages d'une méthode qui maintes fois a permis de mener à bonne fin les tentatives les plus difficiles de la médecine opératoire, alors que les procédés généralement usités n'offraient guère de chances de succès. Sans doute ni la physique ni la chirurgie n'ont dit leur dernier mot; mais les faits déjà acquis me semblent suffisamment nombreux pour asseoir sur cette base une conviction motivée. Ce que je me propose, ce n'est ni de proscrire systématiquement le bistouri ni d'adopter exclusivement le feu, mais bien de remplacer la méthode ordinaire de cautérisation par une autre plus rationnelle, meilleure, susceptible d'applications plus étendues et plus variées.

ADDITION A LA SÉANCE PRÉCÉDENTE.

NOTE SUR QUELQUES RÉACTIONS PROPRES A LA SUBSTANCE DES CAPSULES SURRÉNALES; par M. VULPIAN.

(Commissaires : MM. Dumas, Pelouze, Cl. Bernard.)

La substance des capsules surrénales, mise dans certaines conditions que je déterminerai tout à l'heure, présente des réactions spéciales et toujours les mêmes. Je prends, comme exemples, les capsules surrénales du mouton, les plus faciles à se procurer, et celles qui m'ont offert les phénomènes les plus marqués.

Les capsules surrénales du mouton se composent, comme celles des autres mammifères, de deux parties : une partie corticale, à déchirure fibreuse, d'une couleur analogue à celle des reins, et une partie médullaire plus homogène, d'une teinte grisâtre, un peu perlée. C'est cette dernière substance qui produit surtout, et presque exclusivement, les réactions.

Si, après avoir divisé en deux moitiés une capsule surrénale, un racle avec un scalpel la surface de la substance médullaire, on obtient une sorte de suc.

Soumis à l'examen microscopique, ce suc paraît formé de noyaux libres pour la plupart, de quelques éléments fusiformes à noyaux, de granulations moléculaires, graisseuses en général, de fragments de fibres nerveuses, et enfin d'un liquide où nagent ces différents éléments.

Ce suc, ainsi constitué, est délayé avec de l'eau distillée : il donne lieu aux réactions suivantes :

I. Il est à peu près neutre ou très-légèrement acide.

II. Le sesquichlorure de fer (1) et les sels de sesquioxyde de fer y produisent une teinte glauque, quelquefois noirâtre, tirant un peu sur le bleu ou sur le vert.

III. Les sels de protoxyde de fer donnent lieu aussi à une coloration analogue, mais plus lentement et probablement après s'être suroxydés.

IV. La teinture aqueuse d'iode y développe une teinte rose-carmin tout à fait remarquable.

V. La potasse, la soude, l'ammoniaque, la baryte font naître aussi cette teinte, mais à la condition d'être employées en petite quantité : un excès de ces bases détruit la coloration.

VI. Le chlore et le brome en solution aqueuse agissent de même que l'iode, mais moins énergiquement. Ces corps en excès anéantissent la réaction.

VII. Si on laisse en repos pendant quelques heures l'eau dans laquelle on a délayé la substance médullaire des capsules, la coloration rose-carmin dont il vient d'être question s'y produit spontanément : elle est à peine appréciable, si l'on s'est servi d'eau distillée; très-marquée, au contraire, si l'on a employé l'eau ordinaire. Le phénomène se montre beaucoup plus rapidement et devient alors prononcé, même dans l'eau distillée, si l'on expose la liqueur, dans un tube de verre, à l'action des rayons solaires.

VIII. L'ébullition, faite au moment où l'on vient de délayer la substance, ne détruit en rien le principe de ces réactions, qui se dissout, au contraire, en plus grande abondance, et tous les phénomènes deviennent encore plus apparents.

IX. Les acides azotique et sulfurique, en petite quantité, ne le détruisent pas non plus. Si l'on verse quelques gouttes de ces acides dans l'eau contenant ce principe, et si l'on ajoute la teinture aqueuse d'iode, la réaction ne se produit pas; mais en neutralisant l'acide à l'aide de l'ammoniaque, la teinte caractéristique se montre à l'instant même, pour disparaître si l'on verse de nouveau de l'acide, et reparaître encore au moyen de l'ammoniaque.

X. Le principe de ces réactions est soluble dans l'eau. L'alcool rectifié, mis en contact avec les capsules pendant quarante-huit heures, s'empare de ce

(1) Pour cette réaction, je me suis servi le plus souvent d'un papier blanc collé, imbibé d'une solution aqueuse au maximum de sesquichlorure de fer, puis séché.

principe en très-grande partie : il ne semble pas absolument insoluble dans l'éther sulfurique.

Je passe sous silence, pour le moment, différents autres caractères moins évidents. Je les indiquerai plus tard.

J'ai produit la plupart de ces réactions avec les capsules surrénales de tous les mammifères que j'ai examinés à ce point de vue. Ce sont : l'homme (la substance médullaire est chez l'homme presque toujours altérée, et, pour cette cause, on doit s'attendre à voir la recherche échouer souvent), le chien, le chat, la taupe, le surmulot gris et le surmulot albinos, le lapin, le cochon d'Inde, le mouton, le veau et la vache, le cheval. Je les ai produites également chez les oiseaux avec les capsules surrénales d'une poule et d'une mouette, chez les reptiles avec les capsules surrénales des grenouilles.

Lorsqu'on essaye les capsules des animaux mammifères, il faut, avec beaucoup de précaution, ne prendre que la substance médullaire, car la substance corticale masque quelquefois la réaction, au point de la rendre méconnaissable.

Ces réactions appartiennent exclusivement aux capsules surrénales. A l'aide de mon papier imbibé de sesquichlorure de fer, j'ai essayé sans résultat la rate et les corps thyroïdes ; la substance cérébrale, les ganglions semi-lunaires, les nerfs ; les ganglions lymphatiques, le foie, le pancréas, les poumons et les reins, toutes les membranes muqueuses, les muscles, le pigment choroïdien, le sang.

Il existe donc une matière spéciale, inconnue jusqu'ici, douée de propriétés chimiques remarquables, qui se trouve exclusivement dans la substance médullaire des capsules surrénales, et qui par conséquent constitue le *signe particulier* de ces organes.

Mais cette matière, qui se montre ainsi dans la substance médullaire, est-elle destinée à s'y détruire sur place, ou bien pénètre-t-elle dans le sang, pour être entraînée dans le torrent circulatoire? Je suis très-disposé à admettre la seconde supposition. Chez le mouton, il y a une veine principale, une sorte de sinus qui parcourt toute la longueur de la substance médullaire, et s'ouvre à une des extrémités de la capsule : j'ai toujours vu la gouttelette de liquide sanguinolent qui sortait de l'orifice veineux produire, avec le sesquichlorure de fer, la réaction indiquée. Dans un cas même, un petit caillot, pris dans la veine cave auprès de l'embouchure de la veine capsulaire, s'est comporté de même, quoique plus faiblement, avec le même réactif. La matière s'était donc fait jour dans la veine, au travers de ses parois ; et, ce qui se fait si constamment après la mort, peut, et doit même, ce me semble, avoir lieu pendant la vie : l'expérience en décidera. Ainsi serait prouvée, pour la première fois et d'une façon décisive, l'hypothèse qui regarde les capsules surrénales comme des glandes dites sanguines, c'est-à-dire versant directement dans le sang leur produit de sécrétion.

Quelle est l'importance de cette sécrétion? J'avoue que je n'ai encore pu me former aucune idée sur les usages possibles de cette matière. Je ne hasarderai par conséquent aucune hypothèse.

DE LA DYNAMOSCOPIE OU NOUVEAU SYSTÈME D'AUSCULTATION ; par M. V. COLLONGUES.

(Commissaires : MM. Andral, Caguiard de Latour, Jobert de Lamballe.)

En plaçant l'un des doigts de la main d'un homme à l'état de santé ou malade dans le conduit auditif externe, on entend un bruit continu très-semblable à un bourdonnement ; à ce bruit s'ajoutent, par intervalles irréguliers, des crépitations bien distinctes du bruit de bourdonnement, et qu'on peut appeler *pétillements* ou *grésillements*. Les bourdonnements et les pétillements sont plus sensibles lorsqu'on se sert d'un corps intermédiaire entre le doigt et le conduit auditif. Les meilleurs conducteurs jusqu'à présent sont le liége et l'acier. Les bruits entendus appartiennent bien réellement au sujet en exploration et non à l'oreille de l'observateur, pas plus qu'à l'air comprimé entre le tympan et l'instrument explorateur. Preuve : si l'on appuie l'instrument que nous appelons *dynamoscope* contre un corps inerte, ou si l'on introduit dans le godet de l'instrument le doigt d'un cadavre, on ne perçoit aucun de nos bruits. Le bourdonnement est un phénomène général. Les pétillements n'existent qu'à l'extrémité des doigts des mains et des pieds. Le bourdonnement et les pétillements, considérés sous le rapport physiologique, varient suivant les sexes, les âges, les tempéraments, les saisons, les climats, l'état de veille ou de sommeil, de fatigue ou de repos, de grossesse.

Etudiés dans certaines circonstances physiologico-pathologiques, comme la douleur pendant les opérations sanglantes, l'électrisation, l'éthérisation, le bourdonnement et les pétillements ont des différences marquées. Pendant les maladies, soit aiguës, soit chroniques, le bourdonnement se modifie ainsi : s'il est doux, lent, continu, égal à l'état normal, il devient rude, fort, rapide, continu, nous l'appelons *bourdonnement roulant*. Ce bourdonnement coïncide avec un état morbide exempt de danger. Si le bourdonnement, au lieu d'être continu, uniforme, devient tremblotant, c'est l'indice d'un état sérieux. Le bourdonnement peut être très-variable, très-inégal ; il peut affecter tantôt une note aiguë, tantôt une note grave, et il correspond alors à un état morbide grave. Le cas devient plus grave encore si le bourdonnement passe du roulant, du tremblotant à l'intermittent. Lorsque le bourdonnement passe du roulant, du tremblotant, de l'intermittent, au doux, c'est le signe de la rétrogradation de la maladie. Enfin, l'absence du bourdonnement à l'extrémité des doigts est l'augure d'une mort prochaine. Pourtant, dans quelques maladies en particulier, il ne faudrait pas se laisser tromper à ce caractère : ainsi, dans les paralysies complètes, le bourdonnement est nul ; dans les maladies qui se manifestent par la perte de la connaissance (épilepsie, catalepsie, apoplexie, etc.), le bourdonnement peut se supprimer longtemps et reparaître. Son apparition avant la fin de l'attaque indique que le malade reprendra bientôt ses sens.

Les pétillements dans les états morbides sont très-variables. Après la mort, c'est-à-dire après la cessation complète de la respiration et des battements du cœur, le bourdonnement persiste ; il est seulement très-affaibli. Il est au point dans les régions précordiale et épigastrique où il est plus évident que partout ailleurs. La durée du bourdonnement après la mort varie de la dixième à la quinzième heure. Il suit une loi de retraite des extrémités vers le centre.

Dans les membres séparés du tronc, le bourdonnement existe partout immédiatement après l'amputation. Il disparaît de minute en minute, en allant des deux extrémités vers le centre. Ce n'est que vers la quinzième minute qu'il a complétement disparu.

Les corollaires de toutes ces observations indiquent que le bourdonnement et les pétillements ne tiennent pas à la circulation, ni à la chaleur animale. Sans rien conclure sur la nature de ces bruits, nous constatons qu'ils sont une résultante de l'action organique.

L'absence du bourdonnement de la surface du corps est le signe le plus certain de la mort ; elle fait distinguer la mort réelle de la mort apparente. Les variations du bourdonnement éclairent la marche et le pronostic des maladies. Enfin l'absence du bourdonnement fait distinguer une paralysie complète d'une paralysie incomplète ; elle est le signe le plus certain de la paralysie vraie et la fait distinguer de la paralysie simulée.

Comme on le voit, notre système d'auscultation diffère du système d'auscultation de l'immortel Laennec. L'auscultation stéthoscopique ne transmet à l'oreille que des bruits résultant d'une action physique, comme le passage de l'air à travers les mucosités accumulées dans les bronches ou les vésicules pulmonaires, le choc de deux fragments d'os ou de pierre, le frottement de deux surfaces rugueuses, etc. Notre système d'auscultation transmet les produits de l'action organique. C'est pour cela que nous l'appelons *dynamoscopie*, et l'instrument explorateur *dynamoscope*.

NOTE ADDITIONNELLE AU MÉMOIRE SUR L'ACTION PHYSIOLOGIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DU COURANT GALVANIQUE CONSTANT SUR LES NERFS ET LES MUSCLES DE L'HOMME, lu le 22 septembre par M. REMAK.

(Commissaires : MM. Andral, Rayer, Velpeau.)

C'est par oubli que je n'ai pas parlé dans mon mémoire de la guérison de douleurs rhumatismales, qui s'opère aussi bien que celle de contractions par l'application du courant continu, selon la méthode inventée par moi. Il faut même noter, en outre, que la guérison des douleurs entre pour beaucoup dans le traitement des contractions, attendu que celles-ci ne sont, dans bien des cas, que des phénomènes consécutifs des douleurs. Parmi les malades que j'ai eu l'occasion de guérir ici à Paris, avantage que je dois à la bienveillance des médecins des hôpitaux et des consultations gratuites, notamment de MM. Cazalis, Moissenet, Follin, Brocca, Buigont, Lecorcher et autres, il y en avait un nombre considérable où un état maladif récent des nerfs sensibles semblait constituer la seule cause des troubles des fonctions musculaires, et qui pouvaient par conséquent être guéris en peu de minutes par des courants modérés. Dans d'autres cas déjà anciens de contractures, comme dans celui que j'ai eu l'honneur de traiter sous les yeux de la commission de l'Académie aujourd'hui même, la susceptibilité des nerfs sensibles étant diminuée, il fallait introduire des courants plus forts pour faire cesser les contractures en rendant aux centres nerveux l'empire sur les muscles antagonistes affaiblis.

Je ne peux pas finir cette note sans remercier MM. Rayer et Despretz qui ont, par tous les moyens possibles, facilité mes expériences, et M. Hulot directeur des travaux galvanoplastiques de la Monnaie, pour l'extrême bonté qu'il a eue de mettre à ma disposition ses piles galvaniques si excellentes et si savamment disposées.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 14 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

1° Un rapport de M. Comon, médecin cantonal à Longuyon, sur une épidémie de fièvre typhoïde. (Comm. des épid.)

2° Une demande formée par le sieur Rempp, à l'effet d'être autorisé à exploiter, pour l'usage médical, l'eau d'une source située à Soultz-sous-Forêts (Bas-Rhin). (Comm. des eaux minérales.)

— La correspondance non officielle comprend :

Un mémoire de M. le docteur Billiard (de Corbigny), intitulé : DÉCOUVERTE DES SOURCES DE L'OZONE ORGANIQUE. (Comm. : M. Bouchardat.)

TRAITEMENT DES KYSTES DE L'OVAIRE PAR LES INJECTIONS IODÉES.

M. BARTH communique l'observation d'une malade atteinte d'un kyste ovarique, qu'il a présentée en avril à l'Académie, et chez laquelle il a mis en usage un procédé particulier de ponction suivie d'injections iodées.

Cette malade, dit M. Barth, âgée de 37 ans, entra dans mon service à l'hôpital Beaujon, au mois de février de cette année; elle était atteinte d'une varioloïde, qui fut promptement guérie, et portait en outre, depuis deux ans, un kyste volumineux dans l'abdomen. Elle assurait, et cette assurance, elle l'a renouvelée bien des fois depuis, que ses règles avaient cessé de paraître depuis *huit mois*. Pendant la convalescence de la varioloïde, le kyste prit un tel accroissement, qu'il arriva bientôt à remplir toute la capacité du ventre, et qu'il devint nécessaire de prendre un parti à cet égard.

Fallait-il abandonner la tumeur à elle-même? Fallait-il la vider par une simple ponction? ou bien traiter par une ponction suivie d'injections irritantes un foyer aussi étendu? Après avoir pesé les raisons qui militaient en faveur de l'une ou de l'autre conduite à suivre, j'instituai l'opération de manière à obtenir d'abord le retrait du kyste, puis, dans sa cavité ainsi réduite, de pratiquer des injections dans le but d'en obtenir l'oblitération.

Le 10 mars, je fis au-dessus du pubis, et la vessie étant préalablement vidée, une ponction avec un trocart courbe; parvenu dans la cavité du kyste, je retirai le poinçon, et retournai la gaîne de manière à diriger sa concavité en avant, puis le poinçon étant réintroduit, je ponctionnai le kyste et la paroi abdominale de dedans en dehors, en un deuxième point, à quelque distance au-dessus du premier; enfin je fis définitivement sortir le poinçon, et j'y substituai un tube mince et flexible en caoutchouc. Ce tube avait l'avantage, d'une part, de tenir la tumeur appliquée contre la paroi abdominale; d'une autre part, les trous dont il était percé pouvaient donner issue au liquide du kyste et permettaient de pratiquer des injections aussi souvent qu'on le jugerait nécessaire.

L'opération ne présenta rien de particulier; la douleur et la réaction fébrile furent ce qu'elles sont habituellement à la suite des ponctions simples.

Au bout de huit jours, la tumeur ayant notablement diminué de volume, j'y fis une injection d'eau tiède qui sortit tout entière par le bout inférieur du tube en caoutchouc; dix jours après l'opération, j'y poussai une première injection iodée, que je renouvelai les jours suivants, sans aucun accident. Le 1er avril j'amenai la malade devant l'Académie; à ce moment il existait dans le ventre une tumeur assez volumineuse dont j'espérai obtenir la diminution en continuant l'emploi des mêmes injections.

C'est ce que je fis en effet; j'ajoute que pour mettre le liquide iodé en contact avec tous les points de la poche, j'imprimais assez souvent à celle-ci des mouvements assez étendus, et que ces manœuvres se sont montrées constamment d'une innocuité parfaite.

Toutefois, à partir de ce moment, la tumeur cessa de décroître, son volume resta stationnaire; et, à en juger par la quantité de liquide qu'on en faisait sortir chaque matin et par celle que l'injection y faisait pénétrer, la cavité conserva toujours les mêmes dimensions.

La malade se lassait de la longueur de ce traitement; un jour elle arracha le tube de caoutchouc... Devions-nous faire une nouvelle ponction pour replacer ce tube dans le kyste? La proposition en fut faite à la malade, qui insista pour quitter l'hôpital. Elle en sortit le 18 mai. Le 26, elle s'y présenta à la consultation; le ventre était développé, le visage amaigri. Vainement j'engageai cette femme à rentrer dans mes salles; elle retourna à Neuilly (d'où elle était venue à pied). Mais le soir même (26), on la *ramena* à Beaujon, en proie à de vives douleurs. Le lendemain (27), arrivant à l'hôpital, j'appris qu'elle était *accouchée!* Je ne vous dirai pas mon étonnement, que vous partagez sans doute en ce moment, ni mes frayeurs rétrospectives. Elle était accouchée d'un fœtus de 5 mois; une péritonite suraiguë suivit cet accouchement et se termina par la mort le 28.

L'autopsie fut faite le 29 mai. Je trouvai d'abord au-dessus de la vessie et appliquée contre la paroi du ventre le kyste ovarique aplati, renfermant un liquide analogue à celui qui avait été évacué pendant la vie. A la partie supérieure du kyste existait une ouverture arrondie, de la largeur d'une pièce de 10 sous; c'est par là que le contenu de la poche s'était échappé dans la cavité abdominale. Le péritoine était rempli d'une sérosité floconneuse et tapissé de dépôts pseudo-membraneux. Enfin, derrière la tumeur, on trouvait la matrice revenue sur elle-même et telle qu'elle se présente d'ordinaire après l'accouchement.

Comme on a fait plusieurs objections contre le procédé opératoire mis en usage par moi chez cette malade, je demande la permission d'en occuper un instant l'attention de l'Académie. Ce procédé opératoire a été présenté comme offrant des inconvénients très-sérieux. Or vous avez vu que l'opération elle-même et ses suites n'ont rien présenté de sérieux, que tout s'est passé selon nos prévisions et nos désirs, c'est-à-dire que nous étions complétement maîtres du kyste, pouvant le vider aussi souvent que cela nous semblait nécessaire et y pousser des injections sans crainte aucune.

Derrière ce kyste, une grossesse existait et s'est développée sans que nous en ayons eu le plus léger soupçon. La malade nous affirmait n'avoir pas eu ses règles depuis huit mois; elle nous l'a répété encore après son accouchement. Elle était mariée et n'avait aucun motif pour cacher sa grossesse; il est dès lors évident qu'elle s'était trompée elle-même. Ce n'est pas un des points les moins curieux de cette observation, que cette grossesse poursuivant régulièrement ses différentes phases derrière un kyste volumineux et ne se laissant entraver ni par la présence de cette tumeur, ni par le traitement que nous avons mis en usage et les manœuvres assez brusques employées pour disséminer le liquide des injections sur toutes les parois de la poche ovarique.

Le tube en caoutchouc arraché, l'issue fermée au contenu de cette poche, il y a eu rétention du liquide, distension et finalement rupture du kyste à sa partie supérieure avec épanchement dans la cavité abdominale. De là une péritonite suivie d'un accouchement prématuré. Il est à noter que le fœtus ne présentait aucune altération.

Je viens de montrer que le manuel opératoire employé par moi dans cette circonstance offrait de grands avantages et était loin de présenter les dangers qu'on lui a attribués. Une autre objection encore a été produite par M. Boinet qui reproche à ce procédé, en fixant le kyste, d'empêcher sa rentrée dans le petit bassin, et de créer une sorte de bride derrière laquelle les anses intestinales peuvent venir s'étrangler. Mais on ne peut guère assimiler à une bride étroite et allongée, capable de produire un étranglement de ce genre, un corps plus ou moins volumineux attaché à la paroi du ventre, au-dessus de la vessie; quant à la rentrée du kyste dans l'excavation, rentrée que l'on faciliterait en fixant une ponction dans la région inguinale, on ne peut espérer de la voir s'effectuer quand il s'agit d'une tumeur aussi volumineuse que celle à laquelle j'avais affaire.

Une dernière remarque. L'observation que j'ai rapportée tout à l'heure détruit l'objection faite par M. Depaul à la *rétractilité* des kystes ovariques. Cette rétractilité, j'en avais déjà *vu* les effets et les avais constatés par l'autopsie. Le nouveau fait dont je viens de vous entretenir prouve que cette propriété des kystes de l'ovaire, qui d'ailleurs est généralement admise, ne saurait être sérieusement contestée.

M. MALGAIGNE : L'observation remarquable que vient de nous communiquer M. Barth pourrait devenir le point de départ d'une discussion d'autant plus importante qu'il n'est guère de question d'un intérêt plus grand que celle de l'état actuel de la chirurgie relativement au traitement des kystes ovariques.

Il y a deux choses dans la communication de M. Barth. Il y a d'abord le procédé employé par notre collègue, et dont l'opportunité ne me paraît pas démontrée. En quoi une double ponction est-elle préférable à une ponction simple? J'avoue ne pas le saisir. Or, en médecine opératoire, ce qui est inutile est bien près d'être nuisible. Je verrais même à cette double ponction quelques inconvénients: vous vous rapprochez un peu plus du péritoine, ce qui n'est jamais sans quelque danger.

L'un des reproches que l'on peut faire à la ponction, en général, c'est de laisser après elle, retenu dans le kyste, un liquide purulent. Les qualités de ce liquide ont peut-être été un peu déguisées par notre collègue; tranchons le mot, c'était du pus, et ce pus avait érodé, perforé la paroi de la poche; l'orifice par lequel il s'est échappé dans le péritoine était peut-être le trou de la ponction supérieure.

La double ponction, en résumé, me paraît créer un principe de plus sans bénéfice aucun; une seule ouverture me paraît suffisante. De même, à la double ponction de l'hydrocèle, a été substituée la ponction simple que tout le monde emploie aujourd'hui et qui ne fait pas regretter la méthode plus ancienne.

Mais ce sur quoi je tiens surtout à appeler l'attention de l'Académie, c'est la thérapeutique générale des kystes de l'ovaire. Faut-il abandonner ces tumeurs à elles-mêmes? Faut-il les soumettre aux ponctions palliatives? Celles-ci sont, *en général*, inoffensives et produisent du soulagement; on cite même des exemples de ponctions répétées six à huit cents fois (un chiffre qui me paraît bien fort!). Je dis qu'*en général* ces ponctions soulagent; cela n'est pas constant, en effet. S'il est des femmes, et j'en ai vu, qui viennent au bureau central, relèvent leur robe, se font faire la ponction et s'en vont, il en est d'autres, comme j'en ai vu un exemple, qui ne s'en retournent pas ainsi, mais sont obligées de s'aliter aussitôt et meurent dans l'espace de vingt-quatre heures. Cependant, quand il y a danger de suffocation, on est évidemment autorisé à pratiquer cette ponction.

Mais autre chose est l'opération curative. Il a été beaucoup question en Amérique et même en France, il y a quelques années, de l'extirpation des kystes ovariques, opération qui me paraît infiniment trop radicale et de nature à mettre les femmes trop absolument à l'abri de toute récidive. Les statistiques que l'on a alléguées ne prouvent rien; on sait ce que valent ces statistiques, où tous les succès sont ramassés et où manque la liste des revers.

Mais si l'extirpation est généralement repoussée, une autre méthode a prévalu, c'est la ponction suivie d'injections iodées, que plusieurs de nos collègues ont pratiquée, et que j'ai faite moi-même. Cette méthode a, dit-on, procuré de véritables guérisons. Je l'admets: la nature est si puissante, qu'elle pourrait guérir les malades malgré et contre le chirurgien. Ces guérisons, s'il en est, mériteraient d'être vérifiées. J'ai vu les ponctions et les injections iodées déterminer le retrait des kystes ovariques; mais cette rétractilité a ses limites, et un moment arrive où elle s'arrête, comme dans le fait de M. Barth. Et quand un kyste a cessé de se rétracter, il se produit une fistule des plus dangereuses; pour peu que l'orifice se bouche, il devient nécessaire, en présence de la rétention du pus et des conséquences qu'elle entraîne, ou de dilater l'ouverture, ou d'en faire une autre. J'ai vu avec M. Huguier une femme qui a failli succomber à cette rétention du pus après une première ponction; notre habile collègue lui en a fait une deuxième; j'ignore quel en a été le résultat; M. Huguier nous le dira.

Sans avoir, au sujet du traitement chirurgical des kystes ovariques, une expérience personnelle très-étendue (mais en y ajoutant celle de mes collè-

gues, j'en aurai une à laquelle aucune autre ne saurait se comparer), je trouve la méthode des injections pleine de difficultés : vous reconnaissez un ou plusieurs kystes ; mais derrière ces kystes se trouvent ces gâteaux de matière cancéreuse, fibro-plastique, fibreuse, colloïde.... (n'y a-t-il pas ici un micrographe qui puisse nous éclairer sur ce point?) et ces amas de substance solide empêchent les kystes de revenir totalement sur eux-mêmes. D'une autre part, il est grave sans doute, surtout pour une femme encore jeune, de se voir affligée d'une infirmité qui ruine son avenir et qui la menace d'une mort prématurée. C'est pourquoi je pense que la ponction simple doit être adoptée. Mais quant à celle que l'on combine avec les injections iodées, j'attendrai que son opportunité soit bien établie, car les guérisons, s'il y en a eu, et je le crois, sont très-rares, et la méthode par elle-même présente plus d'un danger.

M. MOREAU : Dans le fait très-intéressant dont M. Barth nous a donné connaissance, l'un des points qui ont le plus frappé notre collègue, c'est le développement régulier d'une grossesse malgré la présence d'un kyste de l'ovaire. Cette circonstance est peut-être moins rare que M. Barth n'a semblé le penser, et j'ai observé plusieurs exemples de ce genre : des kystes assez volumineux pour mettre obstacle à l'accouchement et nécessiter alors des opérations chirurgicales, n'avaient nullement entravé la marche de la grossesse, qui était parvenue à son terme.

Le procédé opératoire de M. Barth me paraît fort rationnel. Mais avant d'en discuter la valeur, il faudrait décider la question générale de l'opportunité d'une opération quelconque contre les kystes de l'ovaire. Or j'estime que le meilleur est de ne pas toucher à ces tumeurs. J'ai vu Récamier employer l'électricité pour les guérir ; je lui disais : Vous allez augmenter l'exhalation, déterminer des accidents inflammatoires... et j'ai vu deux femmes succomber à la suite de ce traitement. L'extirpation du kyste a eu le même résultat funeste.

Il est des femmes qui portent de ces kystes pendant quinze ou vingt ans, et dont la santé n'est nullement altérée. Quand la tumeur fait des progrès considérables, la seule chose à faire, c'est la ponction palliative. Une de mes clientes l'a subie vingt-huit fois depuis vingt-huit ans ; une autre a été ponctionnée cent dix fois.

La ponction du kyste peut avoir pour résultat la guérison complète. J'en ai observé un exemple, mais c'est le seul, chez une dame à laquelle M. Roux a fait une seule ponction, et dont le ventre, plat et régulièrement conformé, n'aurait pas permis, plusieurs années après, de reconnaître la présence antérieure d'une tumeur.

M. HUGUIER : La question de la thérapeutique chirurgicale des kystes ovariens est complexe : comme à M. Malgaigne, elle me paraît assez importante pour nécessiter une discussion assez approfondie, et si l'Académie le permet, dans une prochaine séance, je pourrai présenter à ce sujet quelques détails.

Pour le moment, je me bornerai à répondre à l'interpellation de M. Malgaigne. La malade à laquelle il a fait allusion était âgée de 40 ans ; elle avait à la fois une tumeur fibreuse de l'utérus, occupant le tiers du bassin, et un kyste de l'ovaire duquel nous avons retiré par la ponction seize à dix-sept litres de liquide. Un de nos collègues, à qui cette dame s'était adressée, avait renoncé à la traiter. La tumeur faisait des progrès rapides, les membres inférieurs étaient œdématiés, il y avait menace d'asphyxie. Je fis la ponction, et retirai la quantité de liquide déjà indiquée ; l'inflammation fut d'abord assez modérée ; mais bientôt le liquide se reproduisit au milieu de symptômes qui indiquaient une inflammation violente, la suppuration et même un certain degré d'infection purulente. C'est à ce moment que M. Malgaigne fut consulté. Il y avait évidemment lieu de faire une seconde ponction ; je la fis, et je retirai dix ou douze litres de pus ; la canule fut laissée à demeure. Aucun accident ne se manifesta ; un traitement tonique fut prescrit. Voyant que la poche se rétractait de plus en plus, et rassuré contre les inconvénients d'irriter une surface trop étendue, je substituai à la canule d'argent une autre en gomme élastique, et commençai à injecter d'abord un mélange à parties égales d'eau et de teinture d'iode, puis de la teinture d'iode pure ; la santé se rétablit, et aujourd'hui cette femme a repris son embonpoint et sa fraîcheur. Elle porte encore sa canule.

Je ferai observer que la rétraction du kyste a été ici des plus évidentes : cette poche, qui logeait d'abord seize litres de liquide, n'admet à présent qu'un demi-verre de liquide iodé et ne sécrète guère qu'un quart de verre de pus dans les vingt-quatre heures.

M. CAZEAUX : Les observations de M. Malgaigne ont considérablement élargi la question, et ce dont il s'agit maintenant, c'est la cure radicale des kystes ovariques en général. M. Malgaigne et M. Moreau paraissent ennemis de ces tentatives. M. Malgaigne semble demander que l'on produise des faits de guérison. Comme, il y a quelques années, l'Académie m'a chargé d'un rapport sur les observations de M. Boinet (rapport que je n'ai pas lu, le travail de M. Boinet ayant été livré à l'impression), et que même avant cette époque je m'étais occupé de cette question, je suis en mesure de donner à cet égard quelques renseignements. Il est certain que des guérisons ont été obtenues par la méthode des ponctions et des injections iodées ; un grand nombre de ces faits ont été publiés. J'ai vu des malades de M. Boinet, trois, quatre, cinq ans après l'opération ; c'étaient des femmes chez lesquelles avaient existé des kystes d'un grand volume, et dont plusieurs avaient déjà subi antérieurement la ponction palliative : entre les mains de M. Boinet, à la suite d'une ou plusieurs injections iodées ces femmes ont guéri. A la place d'un kyste énorme, remplissant ou dépassant même la cavité abdominale, on ne trouvait plus qu'une tumeur de la grosseur d'une tête de fœtus à peu près, solide, n'ayant aucun des caractères qui appartiennent aux kystes. Voilà, ce me semble, des faits que l'on ne peut s'empêcher de considérer comme des guérisons radicales.

M. Malgaigne paraît croire que la méthode des injections donne lieu à des fistules incommodes pour le moins, et qui exposent les femmes à de graves inflammations. Les opérées de M. Boinet ne présentent aucune trace de fistule.

Ce n'est pas à dire qu'il faille entreprendre la cure de tous les kystes de l'ovaire indistinctement. Il est des kystes multiloculaires, il en est qui sont compliqués de tumeurs cancéreuses, fibreuses, fibro-plastiques, qui opposent à la guérison des obstacles insurmontables. Ceux-là, personne ne tente de les guérir, du moins sciemment : et quand, sur la foi d'un diagnostic incomplet, la méthode des injections leur est appliquée, comme j'en ai vu des exemples, l'opération échoue, et la mort peut en être la conséquence.

Mais de ce qu'il y a des incertitudes, de ce qu'il y a des dangers, s'ensuit-il qu'il faille renoncer à une méthode qui peut procurer la guérison? Les kystes de l'ovaire ne me paraissent pas aussi inoffensifs que M. Moreau les a dépeints ; sans doute il en est qui laissent aux femmes une santé à peu près parfaite, et je connais une dame qui, depuis trente ans, porte un kyste énorme sans en souffrir notablement. Mais ce sont là des faits exceptionnels. Le plus souvent la gêne occasionnée par ces tumeurs rend la ponction indispensable, et après des ponctions répétées, au bout de quelques années, arrive la terminaison fatale. La moyenne de la vie est bien peu considérable chez les femmes dont les kystes exigent de ces ponctions à courte échéance, et il est fort rare de la voir se prolonger assez pour permettre au chirurgien de renouveler la ponction jusqu'à deux cents fois, comme on en cite cependant des exemples.

Relativement à la coexistence d'une grossesse et d'un kyste de l'ovaire, M. Moreau m'a paru porter un pronostic trop favorable. J'ai vu tout récemment une cliente de M. Moreau, qui en est la preuve : atteinte d'un kyste ovarique, elle est accouchée prématurément, ou, si l'on veut, a avorté à cinq mois et demi. Ashwell a publié un travail spécial sur les cas de cette espèce, et il est arrivé à cette conclusion générale, que l'abdomen étant doué d'une extensibilité limitée, il arrive un moment où la place fait défaut à l'utérus pour se développer, et où l'avortement, l'accouchement prématuré a lieu. D'une autre part, l'utérus comprime le kyste, y détermine de l'inflammation et la purulence du contenu. Loin d'admettre cette innocuité presque complète à laquelle M. Moreau semble croire, je serais très-effrayé si, chez une de mes clientes, je constatais la simultanéité d'une grossesse et d'un kyste. Je donne des soins à une jeune dame, dont le ventre, dilaté par un kyste ovarique, offre le volume que lui donnerait une grossesse de six mois ; elle désire ardemment une grossesse, mais j'ai cru devoir faire part au mari de mes craintes et l'engager à s'abstenir. Toutefois, en présence du désir si vif qui préoccupe constamment l'esprit de cette femme, je me suis demandé si je ne devais pas tenter la cure radicale du kyste, en le supposant uniloculaire, pour la mettre à même de devenir enceinte sans l'exposer aux accidents dont j'ai parlé tout à l'heure.

Mais je reviens à la question principale. Ma conclusion est celle-ci.

Avant d'entreprendre la cure radicale des kystes ovariques, il faut, par une première ponction, s'assurer que l'on a affaire à un kyste uniloculaire, non compliqué de la présence de tumeurs d'une autre nature (toutefois, la présence de plusieurs poches n'est pas une contre-indication absolue) ;

Laisser le liquide se renouveler et se guider, pour instituer l'opération, sur le temps plus ou moins long que la tumeur met à revenir à son premier état ;

Si, au bout de trois ou quatre mois, on remarque que le kyste a déjà repris les dimensions qu'il avait avant la ponction, j'estime qu'il est de bonne chirurgie de pratiquer une opération à laquelle on doit déjà des succès incontestables et avérés.

M. MOREAU demande la parole pour un fait personnel :

Je suis loin, dit M. Moreau, de croire que les kystes de l'ovaire soient toujours exempts de dangers, comme me l'a fait dire M. Cazeaux ; mais j'en ai vu, je le répète, qui permettaient aux femmes de vivre de longues années.

Je ne suis pas un ennemi des injections iodées, mais je reste dans une grande réserve à l'endroit de ce traitement, ne voyant pas figurer le nécrologe en face de la colonne des succès.

Il ne me semble pas aussi facile que le dit M. Cazeaux de reconnaître exactement si un kyste est uniloculaire ou multiloculaire, d'affirmer que, dans telle loge de la tumeur, il n'existe pas une de ces matières colloïde, cancéreuse, analogue au tissu du foie, etc. Que, dans un cas de ce genre, on fasse des ponctions et des injections iodées, les femmes périront certainement.

L'une des malades dont M. Cazeaux nous a parlé porte, depuis sept ou huit ans, un kyste dans l'abdomen. S'il avait l'intention de tenter sur elle la cure radicale, je l'en dissuaderais comme d'une imprudence.

M. VELPEAU : La pensée de M. Malgaigne, de porter devant l'Académie la question de la cure radicale des kystes ovariques, me paraît d'autant plus heureuse que cette question n'a jamais été, ni en France, ni même à l'étranger discutée aussi sérieusement qu'elle le mérite. Ce n'est pas qu'on n'en ait beaucoup parlé, surtout il y a une vingtaine d'années ; à cette époque, il existait pour les kystes de l'ovaire comme une épidémie d'*extirpation*, mais je ne sache pas que cette opération ait été pratiquée en France. En revanche, on s'est occupé, dans ces derniers temps, des in-

jections iodées, et il y a toujours assez de faits pour qu'on puisse juger, en connaissance de cause, les avantages ou les inconvénients de cette méthode.

En ce qui me concerne, j'ai le plaisir, plaisir trop rare pour moi, d'être ici d'accord avec tout le monde. Avec M. Barth d'abord, dont je suis disposé à adopter le procédé, si ce procédé permet un écoulement continu du liquide; ce résultat important est difficilement atteint avec la canule ordinaire, où le liquide est obligé de remonter contre son propre poids.

Avec M. Moreau, je reconnais que la présence d'un kyste ovarique n'empêche pas un grand nombre de femmes de jouir d'une assez bonne santé, pendant dix, vingt, trente ans, et d'atteindre enfin la moyenne de la vie ordinaire. C'est même, je crois, ce qui s'observe dans la majorité des cas. Mais toutes les femmes ayant des kystes de cette espèce ne sont pas aussi heureuses, et il en est qui succombent dans les dix premières années de la maladie, soit au développement excessif du kyste, soit à son inflammation, par suite des ponctions qu'on est obligé d'y pratiquer, soit enfin à des maladies intercurrentes.

La gêne mécanique occasionnée par le développement excessif du kyste est généralement soulagée par la ponction palliative. Cependant cette opération détermine quelquefois des accidents mortels. Sous ce rapport, j'ai passé par deux phases successives : après avoir fait un grand nombre de fois la ponction des kystes ovariques sans aucune suite fâcheuse, je m'étais habitué à la considérer comme chose très-simple, quand il m'arriva d'y voir succomber *cinq* femmes dans le cours d'une seule année. Je suis donc convaincu qu'une simple ponction peut occasionner la mort, et cela très-rapidement. Est-ce par le fait même de l'opération ou par quelque coïncidence singulière? Voici ce que j'ai observé, il y a quelques années, dans mon service à la Charité : une malade s'y présenta avec la résolution de s'y faire opérer par les injections iodées, dont elle avait entendu vanter l'efficacité. J'avais vainement essayé de lui faire peur, de la dissuader : elle persista à demander l'opération ; je déclarai qu'il me fallait le consentement du mari; celui-ci, consulté, dit qu'il y souscrivait de grand cœur, aimant mieux voir sa femme morte qu'affligée de son kyste!... On invita la malade à descendre à l'amphithéâtre, mais elle était souffrante et ne put s'y rendre. L'opération fut donc ajournée. Le lendemain cette femme était morte. Que serait-il arrivé si nous l'avions opérée? N'aurait-on pas attribué à l'injection iodée ce qui a été l'effet d'une tout autre cause?

Ce qui donne surtout à réfléchir dans cette question de la cure radicale des kystes, c'est que cette cure peut être tentée seulement chez des femmes dont la santé n'est presque pas altérée; car s'il y a des troubles fonctionnels considérables, on ne peut guère espérer obtenir la guérison. Il en résulte pour le chirurgien ce dilemme embarrassant : faut-il, chez une femme qui se porte bien, faire une opération qui peut la tuer? Faut-il abandonner à elle-même une maladie qui peut devenir grave?

Relativement aux injections iodées (et ce n'est pas moi qu'on accusera de vouloir les déprécier), j'ai toujours fait mes réserves quand il s'est agi de leur application aux kystes de l'ovaire. Il me semble démontré que ces injections donnent les plus merveilleux résultats dans les maladies des membranes séreuses, mais que leur efficacité est d'autant moindre que la surface dont on veut obtenir la modification s'éloigne davantage de la structure des membranes séreuses. S'agit-il d'un kiste renfermant un liquide sanguin, sans caillots, elles réussissent encore assez bien; moins bien quand la poche contient un liquide gélatineux; encore moins lorsque c'est du pus; enfin, dans les foyers dont les parois se rapprochent par leur structure de celle des membranes muqueuses, elles ne déterminent presque jamais l'adhésion des deux feuillets opposés.

Je ne crois pas, quant aux kystes de l'ovaire, que l'on y ait jamais observé un pareil accolement, une oblitération semblable, après les injections iodées; et, en effet, le contenu de ces kystes n'est pas constitué par de la sérosité, mais bien par un liquide gélatiniforme, huileux, épais, diversement coloré. Quelquefois même, sa consistance est telle, qu'il ne coule pas, et qu'après s'être échappé en petite quantité par l'ouverture de la ponction, il demeure presqu'en entier renfermé dans l'intérieur du kyste.

Mais si l'on ne doit pas s'attendre ici aux mêmes résultats que dans les cavités séreuses, on peut essayer de traiter le kyste de l'ovaire comme un abcès, c'est-à-dire de vider la poche, d'y pousser une injection iodée et d'y laisser à demeure une canule. Ces deux manières de faire se ressemblent en apparence, au fond elles sont essentiellement différentes.

Quand après l'injection on laisse la piqûre se fermer, on a pour but (et ce but on l'obtient presque toujours) de provoquer une inflammation sans suppuration, mais adhésive; d'abord le liquide se reforme, puis l'absorption s'en empare, enfin a lieu l'accolement des surfaces opposées de la cavité.

Si, au contraire, on laisse la canule à demeure, il y a suppuration, chose toujours sérieuse, surtout quand le foyer est vaste, comme dans un kyste ovarique, capable quelquefois de contenir vingt litres de pus!

Je ne suis donc pas très-grand partisan des injections iodées dans les kystes de l'ovaire. Au rebours de ce qui arrive généralement aux praticiens qui préconisent un remède, je suis resté en deçà de la limite que d'autres ont franchie. D'autres ont appliqué la méthode, ils ont réussi, et, venant après eux, j'ai obtenu à mon tour quelques succès. En voici un dont j'ai été témoin et qui m'a frappé : Une femme de 55 ans (son nom ne vous est pas inconnu), portait un gros kyste multiloculaire, dont les parois présentaient par place des plaques épaisses, fibro-plastiques; l'embonpoint de la malade rendait en outre l'opération difficile. M. Boinet la traita par la ponction et les injections iodées, le kyste s'affaissa peu à peu; aujourd'hui, bien que le ventre conserve encore un volume considérable, cette femme est guérie et très-heureuse du résultat obtenu. Ce sont là des faits très-encourageants.

M. Boinet a traité aussi le kyste de l'ovaire par la méthode appliquée à l'hydrocèle, c'est-à-dire par la ponction et l'injection, suivie de l'occlusion de la poche; je n'ai pas vu de cas de guérison ainsi obtenue. Quant à moi, j'ai réussi à oblitérer ces kystes après quatre ou cinq ponctions suivies de la reproduction du liquide; mais comme il me paraît démontré que l'injection iodée n'ajoute rien, dans ce cas, à la gravité de l'opération, rien ne s'oppose, je crois, à ce qu'on tente la cure radicale au lieu de pratiquer simplement la ponction palliative. Sur six ou sept cas d'opération de kystes par la *méthode de l'hydrocèle* (que j'ai vus ou dont j'ai eu autrement connaissance), une fois seulement il y a eu des accidents inflammatoires, et cela longtemps après l'opération. C'était chez une femme qui avait déjà été ponctionnée deux fois; six semaines après la seconde ponction, elle fut prise d'une péritonite qui détermina la mort dans l'espace de quatre ou cinq jours. L'autopsie montra, outre les signes de l'inflammation péritonéale, une perforation de 1 centimètre de largeur sur le kyste, dont le contenu était purulent. Etait-ce au niveau de l'ancien passage du trocart que s'était formée cette ulcération? S'était-elle produite spontanément? La question est difficile à résoudre. Mais une circonstance importante ne doit pas être ici omise : c'est que cette femme s'était livrée imprudemment à des mouvements de toutes sortes, s'était exposée à des fatigues, etc., et que ç'a pu être là la cause de la péritonite.

On voit qu'il y a bien des arguments à faire valoir pour et contre les injections iodées. Je proposerai à l'Académie de renvoyer la suite de la discussion à la prochaine séance.

M. LE PRÉSIDENT met cette proposition aux voix. Elle est adoptée.

M. BARTH demande la parole pour une rectification.

M. Malgaigne s'est trompé quand il a supposé que la perforation du kyste chez la femme dont j'ai rapporté l'observation correspondait au trou de la ponction supérieure. Il y avait entre ce trou et la rupture du kyste un intervalle considérable.

Selon M. Malgaigne, le liquide contenu dans le kyste a dû être du pus; je n'ai pas présents en ce moment tous les détails de l'autopsie; je compte les retrouver dans mes notes et me mettre en mesure, pour la prochaine séance, de répondre à cette question. Mais il n'est jamais entré dans ma pensée de *déguiser* la vérité quelle qu'elle soit.

OTOMIOSIE.

M. JOBERT (de Lamballe), au nom d'une commission dont il fait partie avec M. Poiseuille, donne lecture d'un rapport sur une observation de M. Giuseppe di Martino, relative à une anomalie du pavillon de l'oreille et à un procédé d'*otomiosie*.

Il s'agit d'un jeune homme qui présentait un développement exagéré des deux oreilles; il en résultait une difformité choquante. M. Martino y remédia par son procédé d'exérèse; dans un premier temps, une perte de substance fut faite au pavillon de l'oreille; dans le second, on rapprocha les lèvres de la plaie et on les maintint en contact par la suture. Le pavillon de l'oreille fut divisé de dehors en dedans, du bord externe vers le centre de la conque et de haut en bas. Un second coup de ciseaux intéressa l'épaisseur du pavillon à un demi-pouce de la première section, de manière à obtenir une perte de substance triangulaire. Quatre points de suture furent ensuite appliqués.

Le cinquième jour, l'appareil fut levé et l'on trouva la plaie réunie par première intention.

Un mois plus tard, une opération identique fut pratiquée sur l'autre oreille.

Le rapporteur regrette que l'auteur ait passé sous silence le mode de réunion des cartilages. Cette opération n'offre pas de gravité et peut être approuvée, quoiqu'on doive la classer parmi les opérations de complaisance. Les excisions des parties exubérantes de l'oreille ne sont pas d'ailleurs des opérations nouvelles, puisqu'on les trouve indiquées dans les ouvrages classiques.

La commission propose à l'Académie d'adresser à l'auteur des remerciments pour sa communication et de déposer honorablement son travail dans les archives. (Adopté.)

La séance est levée à quatre heures et demie.

VARIÉTÉS.

— M. Borlée, agrégé à la Faculté de médecine de Liége, vient d'être promu au grade de professeur extraordinaire.

— MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — COURS DE ZOOLOGIE. — M. le docteur Aug. Duméril, professeur agrégé à la Faculté de médecine, commencera le *mardi 14 octobre*, à midi précis, et continuera les mardis et samedis suivants à la même heure, le cours dont il est chargé comme suppléant de M. le professeur C. Duméril. Il traitera de l'histoire naturelle des poissons. Après avoir présenté des considérations générales sur leurs divers modes d'utilité, il fera connaître les principaux systèmes de classification de ces animaux, et passera en revue toute la série des familles naturelles de cette classe.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : TRAITEMENT DES KYSTES DE L'OVAIRE. — M. TROUSSEAU, — M. JOBERT (DE LAMBALLE).

On se rappelle que dans l'avant-dernière séance les orateurs, pris au dépourvu, avaient improvisé quelques aperçus concernant le traitement des kystes de l'ovaire. On avait agité plutôt que posé la question. Dans la dernière séance, M. Trousseau l'a abordée avec l'esprit d'ordre, la méthode, la lucidité et la science dont le nouvel académicien a donné tant de preuves ailleurs. Si son discours, parfois trop redondant et trop brillanté, a un peu manqué de cette sobriété et de cette simplicité de langage qui sied si bien aux faits et aux bonnes raisons, on ne saurait pourtant méconnaître que M. Trousseau a touché, en les éclairant, la plupart des points de la question.

L'honorable académicien a d'abord signalé un fait des plus intéressants : c'est que chez les vieilles femmes, il est très-commun de rencontrer des kystes de l'ovaire, depuis la grosseur d'une aveline jusqu'à celle d'un orange, lesquels kystes ont existé parfois pendant un demi-siècle sans causer le moindre accident et presque à l'insu des malades. D'où cette triple conclusion : 1° que, dans un grand nombre de cas, les kystes de l'ovaire ne constituent pas une maladie à proprement parler ; 2° qu'ils restent souvent stationnaires quand ils ne se résorbent pas d'eux-mêmes ; 3° que, dans un grand nombre de cas, toute intervention de l'art est inutile. Cela étant, M. Trousseau aurait dû dire immédiatement quand il convient de laisser à la nature le soin de la guérison ou de la demander à l'art ; en un mot, quand il faut s'abstenir et quand il faut agir. Au lieu de cela M. Trousseau a préféré faire l'histoire naturelle et statistique des différentes manières dont les kystes se terminent comparativement aux différentes méthodes employées dans le même but, méthodes qu'il a très-ingénieusement considérées, dans la plupart des cas, comme des imitations des procédés de la nature. Cette manière d'envisager la question n'a pas été dénuée d'intérêt ; mais elle a jeté du vague et de l'incertitude dans les résolutions de l'auteur ; si bien qu'il a été difficile, sinon impossible, de savoir à quoi, dans un cas déterminé, il se résoudrait. C'est qu'en effet le discours de M. Trousseau est plutôt une exposition qu'une discussion, une sorte de leçon sur la matière qu'une solution des difficultés du sujet. Mais reprenons notre analyse.

Passant en revue les divers modes de terminaison naturelle des kystes de l'ovaire, M. Trousseau conteste qu'il y ait des cas de résorption spontanée sans inflammation préalable ; il a rapporté des cas assez nombreux d'ouvertures spontanées dans le rectum, dans la vessie ; mais il ne connaît pas de guérison définitive par cette voie ; il admet, au contraire, que l'inflammation spontanée guérit parfois complétement, quoique dans un nombre restreint de cas ; il en est à peu près de même de la rupture spontanée des poches ; d'où il résulte que les kystes de l'ovaire abandonnés à eux-mêmes ont la chance de rester stationnaires, de se résorber par inflammation, de se vider et de se rompre, le tout sans résultat certain et constant ; et, a ajouté le savant professeur de thérapeutique, sans le secours de la médecine, qu'il regarde comme stérile et parfaitement inutile. Cela étant, M. Trousseau s'est tourné vers la chirurgie, et il lui a demandé les secours qu'il ne trouvait point dans la médecine. C'est ainsi qu'il en est venu à considérer la ponction des kystes, non comme un moyen de guérison, mais comme une ressource palliative dont il se contente. On est obligé de reconnaître que cette conclusion, pas plus que les précédentes, n'a été précise, suffisamment motivée, en un mot telle qu'elle dût être pour être admise comme une conséquence de faits et de prémisses bien posés. On peut la considérer, au contraire, comme une de ces résolutions capricieuses, aventureuses, que l'esprit adopte sans trop se rendre compte des motifs et par l'unique raison qu'il n'a pas de motif d'en agir autrement. Ajoutons toutefois que M. Trousseau n'a jamais expérimenté, ni consenti qu'on expérimentât dans son hôpital les injections iodées.

Telle est la substance — dégagée sans doute de son appareil brillant — de l'argumentation de M. Trousseau. Revenons un peu sur nos pas.

Il est impossible de ne pas faire remarquer, en premier lieu, l'omission grave commise par l'honorable académicien. Comment, après avoir révélé le fait important de l'existence d'une foule de kystes ovariques bénins, stationnaires, inoffensifs, contrastant avec d'autres kystes portant le même nom, mais donnant lieu aux plus graves accidents et à la mort, comment n'a-t-il pas été conduit d'emblée à se demander s'il n'existe pas des kystes d'une nature différente, et s'il n'y a pas lieu de rechercher, dans cette différence de nature, la raison de l'opposition qu'on remarque dans leur marche et leur terminaison. Plusieurs fois déjà, dans la discussion, on a prononcé le mot d'hydrocèle à propos du mode d'action des injections. Comment n'a-t-on pas songé à poser immédiatement tous les termes de comparaison entre les deux sortes d'hydropisies sous le rapport étiologique, nosologique et anatomo-pathologique ?

La question posée à ce point de vue fait voir combien est à regretter l'inadvertance de M. Trousseau. En présence d'une hydrocèle, la première chose que fait un chirurgien est de se demander dans quel état est le testicule, s'il a affaire à une hydrocèle *essentielle* ou *symptomatique*. N'en est-il pas de même des hydropisies de l'ovaire ? Cette première division ne devrait-elle pas leur être appliquée préalablement ? Par une espèce de prétérition, M. Trousseau a bien excepté les cas dans lesquels l'ovaire renfermerait des poils, des débris de fœtus, etc. Mais ce ne sont là que des cas particuliers et tout à fait insolites. On ne peut donc pas s'empêcher de regretter que le savant académicien ait passé à pieds joints sur la distinction fondamentale qui devait précéder toute appréciation des méthodes. L'importance de cette omission se fait surtout sentir dans ses résolutions thérapeutiques. La médecine, a dit M. Trousseau, n'a que faire dans le traitement des kystes de l'ovaire. Et pourtant si l'hydropisie n'est que le symptôme et le produit d'une maladie de l'ovaire ! Dans ce cas, le médecin abdiquera-t-il et se tiendra-t-il les bras croisés ? Il y a donc lieu de faire quelque réserve au profit de l'art et d'en appeler de la sentence un peu précipitée du savant thérapeutiste.

Après avoir annihilé les services de la médecine dans le traitement des kystes de l'ovaire, M. Trousseau ne nous paraît pas s'être montré beaucoup plus sympathique à l'intervention de la chirurgie. On a vu

---

FEUILLETON.

HISTOIRE PROFESSIONNELLE.

RECHERCHES HISTORIQUES SUR LES MÉDECINS ET LES CHIRURGIENS DES ROIS DE FRANCE, ET SUR LES DROITS ET PRIVILÈGES DONT ILS JOUISSAIENT, DEPUIS LE COMMENCEMENT DE LA MONARCHIE JUSQU'A LA FIN DU DIX-HUITIÈME SIÈCLE.

(Quatrième article. — Voir les nos 31, 35 et 42.)

Dionis, qui fut pendant quarante ans chirurgien de la cour, de 1680 à 1718, raconte que, quand on saignait le roi ou quelqu'un de la famille royale, le premier médecin tenait la bougie et se faisait un honneur de rendre ce service, aussi bien que l'apothicaire de tenir les palettes. Il ajoute que s'il y avait quelqu'un parmi les assistants que le premier chirurgien ne crût pas de ses amis, il pouvait le faire sortir de la chambre, afin de ne pas avoir pour spectateur des gens qui pouvaient l'inquiéter ou le chagriner par leur présence. Un jour que Félix allait saigner Louis XIV, il dit à l'huissier de faire sortir un des chirurgiens par quartier qui n'était pas de ses amis. Du temps de Dionis, cela ne se pratiquait plus ainsi ; il a soin de dire lui-même que toutes les fois qu'il saigna la dauphine ou quelqu'un des princes, la chambre était pleine de monde et que même « monseigneur et les princesses se mettaient sous le rideau du lit sans que cela l'embarrassât. »

Dionis, d'abord chirurgien de Marie-Thérèse d'Autriche, fut plus tard premier chirurgien de la dauphine et des Enfants de France. On sait qu'il occupa le premier la chaire des dissections anatomiques et des opérations chirurgicales établies par Louis XIV au Jardin des plantes. Un passage de son *Cours d'opérations de chirurgie démontrées au Jardin Royal*, définit de la manière suivante les préséances des médecins, des chirurgiens et des apothicaires à la cour : « Dans les consultations sur les maladies chirurgicales, les chirurgiens signent les ordonnances conjointement avec les médecins, et les apothicaires ne font que les exécuter ; les rapports et les relations des ouvertures de corps sont signés des médecins et des chirurgiens, et jamais des apothicaires. On remarque que dans les états des maisons royales, les médecins sont enregistrés les premiers, puis les chirurgiens et ensuite les apothicaires. Enfin, le roi voulant donner des gratifications aux officiers de madame la duchesse de Bourgogne qui l'avaient su quérir, il mit de sa main sur l'état qui lui en fut présenté, pour M. Bourdelot, médecin, 1,000 écus ; pour moi, chirurgien, 1,500 livres ; pour M. Riqnart, apothicaire, 1,000 livres. » Plus loin il ajoute : « Ambroise Paré, qui a été premier chirurgien de plusieurs rois, nous a fait part dans ses œuvres des relations d'ouverture des corps des rois qu'il avait servis. Elles sont toutes signées des médecins et des chirurgiens qui étaient présents et nous ne voyons pas qu'elles le soient d'aucuns apothicaires, et encore aujourd'hui dans toutes les relations d'ouverture de corps de personnes de la famille royale

d'abord qu'il n'admet ni l'évacuation continue du kyste, ni la rupture artificielle, ni les injections iodées; il se borne à conseiller les ponctions palliatives. Et encore, a-t-il eu soin de le faire remarquer, bon nombre de fois ces ponctions ont occasionné la mort. N'est-ce pas le cas de s'écrier avec le poëte :

« Accepte si tu peux, et choisis si tu l'oses. »

Une pareille irrésolution n'est ni de la science ni de l'art : n'y avait-il pas un autre chemin à prendre?

Il est acquis à la discussion que bon nombre de kystes de l'ovaire restent stationnaires et sont tout à fait inoffensifs. La première chose à faire était de rechercher à quelles conditions tient cet état de bénignité, et à quoi est dû le développement et l'aggravation de ces tumeurs. L'art découle immédiatement de cette considération : favoriser les causes qui maintiennent le kyste à l'état stationnaire, et combattre celles qui viennent rompre cet équilibre.

Il est encore acquis à la discussion que, dans un très-grand nombre de cas, on a pu s'en tenir aux opérations palliatives. M. Velpeau y a eu recours 14 ou 15 fois sans danger, et M. Trousseau a cité des exemples assez nombreux de ponctions réitérées chez la même personne, à la faveur desquelles le mal est resté stationnaire pendant quinze ans. Voilà donc une seconde catégorie de faits qu'il importait d'étudier au même point de vue et dans le même ordre d'idées que la première. Quoi! tout le monde le reconnaît, il y a de nombreux exemples de ponctions palliatives réitérées sans le moindre danger, et au lieu de vous borner à supputer les proportions de ces cas heureux avec les cas malheureux, vous n'êtes pas conduit immédiatement à vous demander quelles sont les circonstances qui favorisent les premiers, et à quelles circonstances sont dus les seconds! La première de ces deux méthodes s'appelle la méthode statistique; la seconde s'appelle la méthode étiologique. On voit par là de quoi il s'agit. Ramenée ainsi à des questions de principes, la discussion s'illumine et s'agrandit; nous espérons bien que les orateurs qui succéderont à M. Trousseau ne l'amoindriront pas, ne la maintiendront pas stérilement dans le cercle où il l'a renfermée.

M. Jobert, qui a succédé à M. Trousseau, a parlé plutôt en praticien qu'en pathologiste. A travers une diction un peu embarrassée, il a donné quelques indications utiles et fait connaître quelques résultats bons à considérer.

Pour M. Jobert, il y a une première et importante distinction à établir — eu égard aux résultats heureux et malheureux de la ponction — entre les kystes adhérents et les kystes mobiles. Dans les premiers, la ponction n'occasionnerait jamais d'accidents sérieux ; dans les seconds, au contraire, rien ne serait plus fréquent qu'une terminaison fatale. Il y aura sans doute à prendre cette remarque de M. Jobert en grande considération. Cependant ne voit-on pas tous les jours — et les auteurs ne sont-ils pas remplis de faits de ce genre — les mêmes kystes ponctionnés d'abord sans aucun danger, puis s'enflammer et causer la mort après une dernière ponction? Il y a donc lieu de restreindre la distinction de M. Jobert dans certaines limites, et de rechercher s'il n'existe pas d'autres causes de danger intercurrentes dans la marche de la maladie, ou inhérentes à la manière de faire la ponction. Ces réserves seront examinées plus tard. Notons provisoirement le conseil donné par M. Jobert de laisser la canule en place comme moyen de favoriser l'inflammation adhésive. Mais convient-il d'admettre, avec notre habile collègue, que cette précaution suffit pour se mettre à l'abri de tout accident? Cette pratique serait vraiment trop facile et trop commode. Toujours est-il que, contrairement à l'observation de M. Trousseau, M. Jobert a vu survenir des guérisons définitives à la suite de ponctions palliatives réitérées. Voilà qui est plus rassurant. Notre conclusion est toujours la même : rechercher, dans les cas de cette sorte les conditions qui les ont amenées ou favorisées, afin de réduire cette connaissance en principe, et d'en déduire les règles d'une bonne méthode.

M. Jobert a fait connaître en outre un résultat digne d'attention. Il a employé une trentaine de fois les injections iodées, et dans aucun cas il n'a observé d'accidents sérieux. Mais dans aucun cas non plus il n'a obtenu de guérison définitive.

La suite de la discussion montrera le parti qu'on doit tirer de cette double révélation ; on se borne à la mentionner ici.

Jules Guérin.

PATHOLOGIE INTERNE.

Note sur une affection analogue au diabète ; par C. Baron, médecin des hôpitaux.

J'ai observé, dans ces dernières années, deux exemples très-semblables d'une affection analogue au diabète, et qui cependant différait de celui-ci, en ce que l'on ne put découvrir par les réactifs la présence du sucre dans l'urine des malades. C'est chez deux hommes, l'un de 25 à 27 ans, l'autre de 35 à 40 ans, nerveux, impressionnables, peu communicatifs, d'un embonpoint médiocre, et assez habituellement constipés avant le développement de la maladie.

A la suite, chez l'un, d'un chagrin violent et subit, chez l'autre, d'un chagrin, puis de tracas, de contrariétés répétées et auparavant inconnues, ces deux sujets maigrirent peu à peu ; leur teint devint légèrement jaunâtre; leur peau, sèche et même un peu écailleuse par places; leur humeur, triste, sombre et sauvage. Ils n'aimaient plus la société et les plaisirs qu'elle procure ; leur énergie et leurs forces diminuaient. Une constipation opiniâtre devint habituelle : il y avait entre les garde-robes des intervalles de trois, cinq, six ou huit jours et souvent davantage.

Les urines étaient abondantes, plus copieuses que les boissons lorsque les sujets avaient mangé des farineux. C'était trois ou quatre heures après le repas ainsi composé, que le besoin de rendre ces urines commençait à se faire sentir; et ensuite, pendant quatre ou cinq heures, les besoins continuaient à être plus fréquents qu'à l'ordinaire. La quantité d'urine emise chaque fois était aussi plus copieuse que dans les autres circonstances. Ce liquide était un peu pâle, aqueux, quelquefois un peu mousseux à sa surface, sans dépôt, trouble, ni nuage; en général, médiocrement acide, sa pesanteur spécifique n'était pas augmentée; il avait, assez ordinairement, au mo-

» que j'ai faites ou que j'ai vu faire, tous les chirurgiens en charge ont signé » conjointement avec les médecins, et jamais les apothicaires, quoique sou- » vent ils aient été présents à ces ouvertures(1). » Il paraitrait, d'après la chaleur avec laquelle Dionis défend les droits des chirurgiens, qu'à cette époque les pharmaciens de la maison du roi voulaient s'immiscer dans l'embaumement des corps, l'une des attributions les moins contestables de la chirurgie à cette époque.

Dans l'*Histoire anatomique d'une matrice extraordinaire*, publiée à Paris en 1683, Dionis parle pour la première fois des ouvertures de corps qui se pratiquaient à la cour. Il est question d'une des femmes de chambre de la dauphine, qui mourut subitement au sixième mois de la grossesse. Il raconte que la reine et la dauphine surprises d'une mort si prompte, ordonnèrent de faire l'ouverture du corps ; il la fit en présence de Daquin et de Fagon.

Indépendamment des médecins et des chirurgiens attachés à la maison du roi, Guyot distingue ceux des princes et ceux de la reine.

La maison des *princes fils de France* comptait, d'après les déclarations de 1771 et de 1773, un premier médecin à 2,000 livres, un médecin ordinaire à 1,000 livres, quatre médecins servants par quartier à 500 livres chacun, un apothicaire du corps à 1,000 livres, un aide apothicaire à 600 livres, un premier chirurgien à 1,800 livres, un chirurgien ordinaire à 600 livres, quatre chirurgiens servants par quartier à 200 livres chacun, un chirurgien renoueur à 300 livres, un opérateur pour les dents à 600 livres.

La maison du *premier prince du sang* comptait, en 1724, quatre médecins à 60 livres, quatre chirurgiens dont un à 400 livres et les deux autres à 60 livres, un chirurgien opérateur à 200 livres, quatre apothicaires à 60 livres.

Seul des officiers de santé de la *maison de la reine*, le premier médecin était d'ordinaire breveté conseiller d'Etat ; il avait droit de porter la robe de satin et d'être reçu aux écoles de médecine par le doyen accompagné des bacheliers et précédé des bedeaux, alors même qu'il n'était pas docteur. La déclaration de 1774 fixait ses gages à près de 5,000 livres, sans compter la pension de conseiller d'État et son logement. Le médecin ordinaire de la reine, second médecin, ou médecin du commun, avait un traitement de 2,500 livres. Le premier apothicaire touchait annuellement 4,253 livres, sans compter son logement en nature au château.

Le premier chirurgien, selon la déclaration du roi de 1774, n'avait que 200 livres de gages, mais on y ajoutait 1,116 livres de dépense, 1,500 livres pour les saignées de la princesse et autres nécessités et 3,200 livres d'entretien.

Chaque saignée du bras lui était payée, par ordonnance, 300 livres, et celle du pied 600 livres. Il avait en outre son logement au grand commun. Le chirurgien ordinaire de la reine n'avait pour toute allocation que 1,776 livres, ses gages ne s'élevaient qu'à 180 livres. Les deux chirurgiens du commun n'avaient que 643 livres, y compris 180 livres de gages.

(1) « Ici donc, dit Ambroise Paré dans son discours de la Mumie, je veux avertir le lecteur sur ce qu'on m'a voulu donner quelquefois blasme de n'avoir su bien embaumer les rois, attendu la pourriture qui tôt après s'élevait de leur corps. »

ment de l'émission, l'odeur du farineux ingéré. Ni le sous-acétate de plomb et la potasse, ni le réactif de Bareswill ne décelaient la présence du sucre dans ces urines. Elles furent examinées par M. Gobley, par M. A. Becquerel dont chacun connait les importants travaux sur la séméiotique des urines, et par M. Robiquet auquel on doit, ainsi qu'à M. Becquerel, l'invention d'un diabétomètre. Ces trois habiles expérimentateurs m'assurèrent que ces urines ne contenaient pas de sucre. Il ne peut donc rester aucun doute à cet égard.

Quoique la quantité des urines émises par mes deux malades, après l'ingestion des farineux, fût plus abondante qu'à la suite des repas composés d'autres substances, elle était un peu moins considérable qu'on l'observe chez les individus dont les urines sont sucrées. Moins les farineux ingérés contenaient d'azote, plus la quantité d'urine rendue après leur ingestion était grande. Ainsi les pommes de terre et les marrons donnaient lieu à une miction beaucoup plus abondante que la farine de froment, les haricots blancs et les pois. Un de ces malades distinguait parfaitement, par la quantité des urines rendues, la proportion d'azote contenue dans chacun des aliments féculents qu'il avait pris, ainsi que la proportion de gluten des différents pains. Il lui était facile de découvrir ainsi les fraudes des fabricants de pâtes, des boulangers ou des pâtissiers. confectionnant avec une quantité plus ou moins considérable de fécule de pommes de terre, les aliments qu'ils eussent dû composer avec la farine de froment. Les pommes de terre, au commencement de la saison où l'on en fait usage, déterminaient chez lui moins de malaise qu'à une époque plus avancée, lorsqu'elles étaient devenues plus féculentes. Plus elles étaient farineuses, plus la quantité des urines qui suivaient leur ingestion était abondante. Ce malade reconnaissait la quantité de farine qui entrait dans la composition de ses aliments. Les personnes dont je parle digéraient beaucoup mieux des gâteaux de pâte ferme, lourds et compactes, indigestes pour la plupart des hommes, mais constitués par une farine azotée et une quantité assez notable d'œufs, que des pâtisseries légères et facilement digérées par les autres hommes, mais composées surtout de fécule de pommes de terre.

Les aliments sucrés produisaient un effet analogue à celui des aliments féculents, mais à un degré beaucoup moindre.

Avec l'augmentation de la quantité des urines coïncidaient quelques autres symptômes : des tiraillements d'estomac, une sensation de creux à la région épigastrique ; trois ou quatre heures après le repas, une faim impérieuse, moins vorace cependant que chez beaucoup de véritables diabétiques ; des borborygmes, surtout dans la région épigastrique ; une lassitude douloureuse dans les régions lombaires, ainsi qu'à la partie supérieure des cuisses ; une fatigue, une faiblesse générale prononcées, de la langueur ; un sommeil, on le conçoit, interrompu par les envies d'uriner, lorsque les farineux avaient été pris au repas du soir ; le teint un peu plus jaunâtre qu'à l'ordinaire, le visage plus fatigué, les yeux plus cernés, une légère sécheresse de la peau, un peu de diminution dans les sécrétions autres que celle des urines.

En général, la bouche n'était pas ou n'était que très-peu pâteuse. La langue n'était que peu ou point chargée ; souvent même elle l'était moins après la digestion des féculents, qu'après celle des autres aliments. La soif n'était pas vive, comme chez les individus affectés de diabète sucré, pendant l'intervalle des repas et aux repas, même à ceux composés de féculents (1). Un de ces malades, loin d'être altéré, n'éprouvait jamais la sensation de la soif. En général même, il lui était peu agréable de boire. Il prenait à chaque repas une quantité peu considérable de boisson, et lorsqu'il buvait un peu plus qu'à l'ordinaire, l'estomac traduisait son malaise par des rapports ayant l'odeur de la boisson ingérée.

Quelques conditions influaient sur la digestion des féculents, chez ces malades. Pendant les saisons froides, cette digestion était accompagnée de malaises plus prononcés et de l'émission d'une quantité plus grande d'urine que pendant les saisons chaudes. L'ingestion de substances excitantes aidait à la digestion. Les causes susceptibles d'augmenter la sécrétion des fluides destinés à l'élaboration duodénale, ainsi les émotions, l'ingestion d'aliments relâchants, d'une assez grande quantité de corps gras, facilitaient la digestion. Aussi, dans les temps où, par une cause quelconque, les garde-robes étaient plus molles, lorsque surtout elles étaient colorées en vert par la bile, lors même que les sujets venaient d'avoir une indigestion, les farineux étaient mieux digérés, la quantité des urines émises après leur ingestion, moindre, et les malaises concomitants nuls ou moins prononcés. Il en était de même pour les repas qui suivaient une selle copieuse, succédant à une constipation de plusieurs jours.

En examinant les circonstances qui se rattachent à cette affection, il m'a semblé qu'elle pouvait être rapportée à une diminution de la sécrétion des fluides destinés à l'accomplissement de la digestion duodénale, et particulièrement de la bile, dont sans doute la quantité était insuffisante pour que cette digestion s'effectuât complétement.

Comme on ne trouvait pas de sucre dans les urines, j'avais eu l'idée que peut-être la digestion duodénale s'arrêtait à son premier degré, à la formation de la dextrine, et que celle-ci n'était pas convertie en sucre. J'eus encore recours à l'obligeance de M. Gobley, pour savoir si l'urine contenait de la dextrine : elle n'en contenait pas.

Ce n'était point de la polydipsie, puisque les malades buvaient fort peu.

Était-ce un diabète insipide, provoqué par les mêmes conditions que le diabète sucré ? ou l'urine renfermait-elle une quantité de sucre trop minime pour pouvoir être décelée par les moyens d'investigation connus jusqu'à présent ? La fidélité et la puissance de ces moyens rend cette dernière hypothèse peu probable.

M. Becquerel, que je consultai relativement à ces malades, émit l'opinion qu'ils étaient peut-être destinés à devenir prochainement tuberculeux.

Cependant, cette affection m'a semblé moins grave que le véritable diabète sucré. Nos deux malades, évitant l'usage des aliments dont la digestion leur était le plus pénible, ou n'en prenant qu'une très-petite quantité, n'éprouvaient pas, en général, de grands malaises ; aussi ne se sont-ils pas astreints à une médication suivie. J'incline à penser que, dans les cas de ce genre, on pourrait espérer, par l'emploi prolongé des médicaments propres à exciter les sécrétions duodénales, ou

(1) Cette différence dans l'intensité de la soif, entre mes malades et les véritables diabétiques, m'avait porté à supposer que, peut-être, ce n'était pas le même acte de la digestion des féculents, qui était défectueux, chez les uns et chez les autres.

Il n'y a que peu de mots à dire des apothicaires attachés à la maison des rois dans les deux derniers siècles.

Guyot apprend qu'il n'y avait point de premier apothicaire. Huit apothicaires servant par quartier, dont quatre appelés *chefs* et quatre autres appelés *aides*, assuraient le service de la pharmacie.

Il y avait, de plus, deux *apothicaires-distillateurs*, des apothicaires attachés aux troupes de la maison du roi, à ses écuries, à l'artillerie. Ils prêtaient tous serment de fidélité entre les mains du premier médecin. Les apothicaires fournissaient les médicaments prescrits dans les ordonnances des médecins ; il leur était défendu d'en fournir d'autres, sous peine de démission de leurs fonctions. Ils avaient toute latitude pour les sachets de senteur pour les habits, les linges et les perruques du roi ; de même que pour les compositions d'anis, de coriandre, de fenouil et pour quelques liqueurs. — Il y avait à la suite de la cour le charroi de l'apothicairerie. Un brevet de 1642 ordonna aux syndics des apothicaires de Paris d'avertir les apothicaires du roi de l'arrivée des drogues pour en prendre la quantité nécessaire pour la maison du roi.

Les apothicaires du roi et ceux de la cour formaient une corporation distincte de celle des apothicaires de Paris, dont les premiers statuts furent homologués en 1638. Ils étaient soumis à la juridiction du premier médecin et formaient une communauté qui avaient ses règlements particuliers (1). En 1625, un arrêt rendu entre les apothicaires de Paris et ceux de la cour portaient que ces derniers ne devaient pas être reçus, s'ils n'étaient *maîtres*, dans l'une des villes du royaume, et s'ils n'avaient point été préalablement interrogés par le premier médecin du roi, le doyen de la Faculté de médecine, l'ancien des maîtres apothicaires de la ville de Paris, et le plus ancien apothicaire suivant la cour, sous peine de nullité des réceptions. A la même époque, les pharmaciens de l'artillerie étaient examinés par les médecins de ce corps.

Le nombre des règlements relatifs aux chirurgiens, médecins et pharmaciens des rois est trop considérable pour que nous en puissions donner ici le résumé ou même les titres avec les indications chronologiques. Guyot, qui emprunte en partie la table qu'il en donne au recueil imprimé chez Prault, en 1733, sous le titre de TABLE CHRONOLOGIQUE DE TOUS LES ÉDITS ET RÈGLEMENTS CONCERNANT LES MÉDECINS, CHIRURGIENS, ETC (1), énumère plus de 170 édits, déclarations, lettres patentes, arrêts du conseil, statuts ou règlements.

Dans le quatorzième, quinzième, seizième, dix-septième et dix-huitième siècle, les ordonnances relatives à la profession médicale sont souvent dictées par l'intérêt des corporations puissantes des médecins, chirurgiens et apothicaires de la cour. Ces communautés privilégiées affranchissent souvent la corporation entière dans leur intérêt particulier, et toute la profession en bénéficie. C'est à ce point de vue que nous avons voulu rappeler avec

(1) Leurs statuts, en 18 articles, arrêtés en 1642, furent enregistrés au grand conseil en 1671.

(1) In-4° de 88 pages.

à faciliter la digestion des farineux, d'amener les organes chargés d'élaborer et d'assimiler ces aliments, ainsi que les sécrétions destinées à l'accomplissement de ces opérations, à un état permanent et durable, dans lequel les digestions continueraient à s'effectuer convenablement, après la cessation du traitement.

Il m'a paru rationnel d'administrer la rhubarbe, le colombo, le quinquina, propres à exciter les forces digestives et à augmenter la sécrétion de la bile; et aussi, pour produire ce dernier effet, de temps en temps, une petite quantité de calomel; la magnésie, la craie, le bicarbonate de soude, les eaux de Vichy, de Pougues, et autres eaux alcalines, ayant la propriété de favoriser la digestion des substances amylacées et sucrées. Par le conseil de M. Becquerel, j'essayai aussi la dextrine et la levûre de bière. Cette dernière substance ne m'a pas semblé avoir d'efficacité, et elle est fort désagréable au goût. La dextrine, mais au moins à la dose de 2 grammes, même pour une quantité médiocre de féculents, m'a paru un peu plus utile. La rhubarbe a été moins efficace que le bicarbonate de soude.

Le traitement hygiénique est moins pénible à subir que celui du véritable diabète sucré. L'abstinence rigoureuse de tout féculent n'est pas indispensable : un petit nombre seulement, les pommes de terre, les châtaignes, les marrons, doivent être exclus de l'alimentation ; les autres pouvaient être pris en quantité modérée.

Il est utile d'opérer parfaitement la mastication, afin que la quantité de salive mêlée aux bols alimentaires soit aussi considérable que possible. J'ai reconnu plusieurs fois l'importance de cette dernière condition. J'engageai les malades à faire arriver dans la bouche et à avaler une notable quantité de salive, immédiatement après le repas; alors la digestion des féculents fut plus convenable, l'augmentation des urines moindre, et les autres malaises furent aussi moins développés. C'est aussi, par la quantité de salive ingérée, que j'ai cru pouvoir expliquer, au moins en partie, une sorte d'anomalie observée plusieurs fois chez un de mes malades, la digestion meilleure des haricots entiers, que des haricots écrasés en purée et privés de leur pellicule d'enveloppe, dernière forme qui rend en général leur digestion plus facile. J'ai pensé que, chez mon malade, la purée était avalée sans avoir été aussi longtemps mâchée que les haricots entiers, et sans avoir par conséquent provoqué l'afflux dans la bouche et l'ingestion dans l'estomac d'une aussi grande quantité de salive.

Le vin rouge ou le café, pris en quantité modérée, aux repas dont les féculents faisaient partie, ont presque toujours aidé à la digestion de ces aliments et amoindri les inconvénients qui résultaient de l'ingestion de ceux-ci, lorsque ces excitants digestifs n'y étaient pas associés.

Le séjour à la campagne, la respiration d'un air vif et pur, les voyages, ont toujours produit sur mes deux malades un effet salutaire. Dans ces conditions, la digestion des féculents était moins imparfaite, la quantité des urines émises après cette digestion, ainsi que les malaises qui la suivaient, étaient beaucoup moindres, les gardes-robes plus faciles. Ainsi, un des malades passait souvent quelques jours dans une maison de compagne, où il joignait à une habitation plus saine et à la respiration d'un air plus vif et plus pur, la suspension du tracas des affaires. Pendant toute la durée de son séjour dans ce lieu, il digérait toujours facilement les fécules et les sucres, sans malaise, sans augmentation de la quantité des urines et sans constipation.

Les vêtements de laine sur la peau, les frictions sèches exercées sur cette membrane, moyens propres à la préserver du froid et à exciter ses fonctions, me parurent des adjuvants utiles dont l'emploi était indiqué par le rapport inverse des sécrétions urinaire et cutanée, et surtout par l'intensité plus grande des malaises éprouvés par mes deux malades pendant les saisons froides.

Les moyens précités seraient, je crois, susceptibles de procurer la guérison, ou, au moins, une grande amélioration, dans les cas semblables à ceux que je viens de rapporter. Ils seraient, d'ailleurs sans doute aidés par l'action du temps; car, chez mes deux malades qui ne se sont pas soumis à un traitement suivi, une amélioration graduelle, à peu près spontanée et néanmoins notable, s'est manifestée quelques années après l'impression de la cause morale qui avait présidé au début de l'affection. La sécheresse et la teinte jaunâtre de la peau, la maigreur, la faiblesse, la constipation, sont devenues moindres, l'énergie un peu plus grande, l'augmentation de la quantité des urines après l'ingestion des féculents, et surtout l'indisposition qui accompagnait cette augmentation, bien moins prononcées.

MÉCANIQUE HUMAINE.

CONSIDÉRATIONS GÉOMÉTRIQUES PROPRES A PRÉCISER LES RAPPORTS DE SITUATION DE L'HUMÉRUS AVEC LE SCAPULUM DANS L'ÉTUDE DES MALADIES DE L'ARTICULATION SCAPULO-HUMÉRALE; APPLICATION DE LA MÉTHODE PROPOSÉE DÉJA POUR LA CUISSE (1); par M. GIRAUD-TEULON, D. M. P.; ancien élève de l'École polytechnique.

Les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE qui peuvent avoir pris connaissance d'un mémoire que nous avons publié dans ce savant recueil en septembre 1854, sur une méthode nouvelle et exacte d'apprécier les rapports de situation du fémur avec le bassin, dans les états morbides de l'articulation coxo-fémorale, ne seront pas surpris, en rencontrant ce nouvel essai, que nous ayons eu la pensée d'étendre et d'appliquer les mêmes principes à la précision des rapports analogues de l'humérus avec le scapulum, dans le but d'élucider quelques points douteux par lesquels on est encore arrêté dans l'étude des maladies de l'articulation scapulo-humérale.

Bien des circonstances communes à l'une et à l'autre de ces articulations rendent de part et d'autre très-délicates les appréciations à porter sur les résultats que peuvent fournir pour le diagnostic les mensurations pratiquées sur l'un ou l'autre membre. Les réflexions que nous avons sommairement indiquées dans notre précédent mémoire, sur l'incertitude des apparences et même des mensurations quand il s'agit de constater l'existence d'un allongement ou d'un raccourcissement du membre inférieur, trouvent presque au même degré

(1) Voir GAZ. MÉD., année 1854, nos 38, 39, 42, 44 et 48.

quelques détails les fonctions et les priviléges des médecins et des chirurgiens des rois. On trouvera peut-être avec nous, dans les phases successives par lesquelles passent ces offices, l'image des rapports de la médecine et de la chirurgie avec le public.

De toute façon, cette étude montrera la trace des progrès incessamment accomplis depuis cinq siècles, et qui ont conduit à l'émancipation presque complète de notre profession.

L'histoire anecdotique des médecins et des chirurgiens des rois nous reste encore à faire; après la description officielle des fonctions et des priviléges, il reste à dire un mot des hommes et de leur caractère. Cette esquisse mérite un chapitre spécial.

THOLOZAN.

— Par arrêtés de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 15 octobre 1856 :

M. Marcé, professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes, est nommé professeur titulaire de pathologie interne à ladite École, en remplacement de M. Saillon.

M. Saillon est nommé professeur honoraire à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes.

M. Malherbe, docteur en médecine, est nommé professeur suppléant à la même École, en remplacement de M. Marcé.

Il sera spécialement attaché, en cette qualité, aux chaires de médecine proprement dite.

— Par décret du 13 octobre, M. le docteur Pascal, médecin principal à l'hôpital militaire de Bayonne, a été nommé officier de la Légion d'honneur; M. Rougerie, vétérinaire au dépôt de Mérignac, a été nommé chevalier du même ordre.

— Une décision ministérielle du 18 septembre porte que l'inspection médicale des officiers de santé des corps de troupe et des hôpitaux militaires aura lieu, pour 1856, en France, en Algérie et en Italie. Elle sera divisée en sept arrondissements, confiés à MM. les médecins inspecteurs ci-après indiqués, savoir :

Bégin, président du conseil de santé : 15e, 16e et 18e divisions militaires.

Vaillant : 3e, 4e, 5e et 6e divisions militaires.

Baudens : 11e et 13e divisions militaires, la division d'Oran et toute la partie de la division d'Alger à l'ouest du méridien d'Alger.

Michel Lévy, directeur de l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires : 1re et 2e divisions militaires.

Guyon : la division de Constantine et la partie de la division d'Alger à l'est du méridien d'Alger.

Maillot : 7e, 8e, 9e et 17 divisions militaires et la division d'occupation en Italie.

Scrive : 10e, 12e, 14e, 19e, 20e et 21e divisions militaires.

leur place et leur à-propos, lorsqu'on se propose de résoudre le même problème relativement au membre supérieur.

Si, dans le premier cas, il était difficile, sinon impossible, d'apprécier exactement les rapports du fémur avec les axes ou les points principaux du tronc, à raison des mille éléments variables introduits par les mouvements opérés dans les articulations pelvi-rachidiennes, vertébrales et coxales, la mobilité bien plus grande encore de l'omoplate donne naissance à des difficultés non moindres quand il s'agit de l'articulation de l'épaule. Les auteurs ne pouvaient point s'entendre on s'accorder sur les variations de longueur du membre abdominal, quand ils prenaient un point mobile (l'épine iliaque antéro-supérieure) pour base de leurs opérations ; ils ne peuvent évidemment s'être accordés davantage lorsque, pour déterminer les variations de longueur du bras à la suite d'un déplacement, ils font reposer leurs mesures sur des points mal définis quant à la fixité, tels, par exemple, qu'*une* des apophyses du scapulum et l'*olécrâne*. D'une part, en effet, le moindre défaut de symétrie géométrique de position entre l'un et l'autre omoplate, c'est-à-dire la plus légère inclinaison de l'un de ces os sur le rachis ou le thorax, et d'autre part l'inégalité inévitable du degré de flexion ou d'inclinaison de l'avant-bras sur le bras, du côté sain et du côté malade, vont altérer puissamment les résultats fournis par la mensuration. Aussi n'est-il pas étonnant qu'avec des éléments aussi inconstants, les auteurs offrent tant de divergences sur un caractère qu'il semblerait devoir être si facile et si simple de contrôler, la variation d'une longueur.

La méthode que nous avons donnée relativement à la hanche peut nous fournir des conséquences avantageuses, appliquée à l'épaule. L'exposition de ces résultats fera l'objet du présent travail, entrepris comme le précédent, exclusivement au point de vue anatomo-mathématique et comme simple secours apporté au diagnostic.

Dans l'étude que nous avons faite des variations de longueur que peut éprouver le membre abdominal, nous nous sommes efforcé de déterminer d'abord la *longueur propre de la cuisse*. Cette donnée devait être évidemment la base de nos opérations.

Il est naturel de suivre ici la même marche.

De même que nous avions choisi pour figurer le rayon virtuel des circonférences décrites par l'extrémité mobile du fémur, une droite menée du centre de la tête fémorale à l'une des tubérosités condyliennes (l'interne), de même, pour les mouvements de l'humérus, nous prendrons une ligne tirée entre le centre de la tête humérale et l'une des épiphyses interne ou externe de son extrémité inférieure. Suivant que l'une ou l'autre, eu égard au volume des masses musculaires de la région, sera plus aisément réunie aux apophyses supérieures par un ruban métrique tendu en ligne droite, dans la position du membre que l'on aura à examiner, on devra en faire choix pour extrémité inférieure du rayon mobile. Sur le squelette, nous avons choisi l'apophyse interne, l'épitrochlée, qui est, d'ailleurs, plus aisément appréciable au doigt sur le sujet vivant; mais tout ce qui se dira ici relativement à elle serait, sans différence aucune, applicable à l'autre apophyse inférieure.

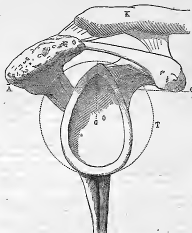
Ayant ainsi fixé les idées sur ce que nous nommerons axe des mouvements de l'humérus ou rayon virtuel, ou même *longueur absolue du membre* dans sa situation normale, cherchons à reconnaître avec précision les variations que feront subir à cette quantité les changements de position du membre, quand ses rapports avec l'os contigu viennent à être altérés; car nous devons considérer que cette longueur (nous pouvons, comme à la cuisse, la nommer r) demeurera constante pour tous les mouvements naturels du membre, pour lesquels le centre de la tête humérale demeurera constamment et nécessairement identifié avec le centre de la cavité de réception ; caractère inséparable de toute articulation par énarthrose. La sphéricité de la tête humérale ne permet pas d'ailleurs de concevoir qu'il en puisse être autrement, et justifie pleinement ce nom d'énarthrose appliqué à l'articulation scapulo-humérale.

Cela posé, le problème à résoudre consiste à trouver sur l'os supérieur, l'omoplate, ce centre de la cavité articulaire, ou des points avec lesquels il soit lié par quelque relation géométrique bien définie et aisément accessible à nos moyens d'investigation.

Or l'examen attentif du scapulum, en rapport de contact avec la tête humérale, nous fournit les données suivantes :

On sait ce que les auteurs ont défini sous le nom de voûte acromio-coracoïdienne, à savoir : une vraie voûte formée par la face inférieure de l'extrémité acromiale, l'extrémité coracoïdienne et le ligament qui les unit. Cette voûte coiffe exactement, en haut, la capsule articulaire et la tête même de l'humérus qu'elle renferme. Or, en l'examinant avec attention, on reconnaît que la corde de cet arc de cercle, c'est-à-dire la droite AC (voy. fig. I), qui réunirait le point le plus bas et le plus saillant de l'apophyse coracoïde au point également le plus saillant, en bas, de l'apophyse acromion, est une corde qui, dans la position verticale naturelle du membre, coupe la tête articulaire dans le plan vertical passant par son centre et, à peu de chose près, au milieu du demi-diamètre vertical supérieur de cette même tête. Cette ligne a pour longueur, suivant les sujets, de 6 à 7 centimètres.

FIGURE I.



A. Acromion.
C. Ap. coracoïde.
G. Cavité glénoïde.
K. Clavicule.
AC. l.
OT. Projection circulaire de la tête humérale.

D'autre part, le rayon ou demi-diamètre de la tête humérale a lui-même de 2 à 2,5 centimètres. On peut alors, sans inexactitude grave, regarder la corde dont il est question comme placée dans le plan vertical (plan parallèle, dans l'état normal de suspension ou de flexion du membre, au bord interne ou spinal du scapulum), passant par le centre de l'article, et à 1 centimètre environ au-dessus de ce dernier point.

En cette situation du membre (suspension verticale), la longueur r est donc de 1 centimètre inférieure (à très-peu près, suivant les sujets) à la distance qui sépare l'extrémité mobile de l'humérus du *milieu* de la corde que nous venons de définir.

Si donc nous nommons a et c les distances d'une des épiphyses inférieures (l'épitrochlée, par exemple)aux points saillants ci-dessus désignés sur l'acromion et l'apophyse coracoïde, et l la distance de ces deux points entre eux (voy. fig. 2) (longueur de la corde de la voûte), nous aurons exactement comme pour le fémur (voir le précédent mémoire) :

$$x^2 = \frac{a^2 + c^2 - \frac{1}{2}l^2}{2},$$

x étant la distance de l'épitrochlée au milieu de l.

Cette distance x, diminuée de 1 centimètre, donnera, à très-peu près, le rayon virtuel r, ou longueur normale du bras.

Une remarque subsidiaire va nous donner un moyen de contrôle et une seconde évaluation plus simple quoique aussi exacte de ce même rayon r.

Fixons le scapulum et amenons le bras dans l'abduction directe, de façon à être à peu près perpendiculaire (au plan de la figure 1, en pratique) à la direction du bord interne ou spinal de l'omoplate, et, en même temps, à la corde acromio-coracoïdienne (l). Dans cette situa-

tion du membre, le rayon virtuel de circumduction tombe, au centre de l'article, perpendiculairement au plan passant par ce centre et la corde l. La très-faible distance qui sépare ce centre du milieu de la corde, pied de l'oblique (x) menée de l'épitroklée au milieu de la corde, permet de considérer cette oblique comme parfaitement égale à la perpendiculaire elle-même (r) (1). On peut donc, dans ce cas, prendre x pour r indifféremment.

FIGURE II.

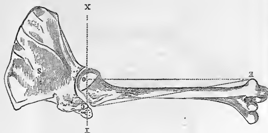


FIG. 2. Le bras dans l'abduction exacte ; son axe est perpendiculaire au plan XY (plan de la fig. 1). Ce plan contient le centre de l'article O et la corde acromio-coracoïdienne l ou AC.
E Épitrochlée.
EO Longueur normale du bras r.
EC Distance de l'épitrochlée au milieu de la corde l, l'x du calcul.

Les auteurs, notamment M. Nélaton (PATHOL. CHIR., vol. II, p. 361), avaient reconnu déjà, dans le mouvement d'élévation du bras, la cause d'un raccourcissement de la longueur propre du membre.

Nous voilà donc pourvus d'une seconde valeur de r, exacte cette fois-ci : le calcul de x, dans cette nouvelle position, nous donne :

$$r^2 = x^2 = \frac{a^2 + c^2 - \frac{1}{2} l^2}{2};$$

et si on porte le bras, *très-légèrement*, en avant ou en arrière, on peut avoir aisément $c = a$, et conséquemment

$$x^2 = \frac{2a^2 - \frac{1}{2} l^2}{2} = a^2 - \frac{1}{4} l^2.$$

Formule infiniment simple à laquelle il sera presque toujours possible de réduire les calculs à pratiquer.

Les deux points que nous avons choisis sur l'omoplate pour relever les mesures susdites sont d'ailleurs facilement reconnaissables : l'apophyse acromion est, en effet, superficielle, et, d'autre part, si l'on presse avec les doigts dans le creux sous-claviculaire, ou plutôt un peu en dehors, on sent l'apophyse coracoïde qui est subjacente à la clavicule et au muscle deltoïde (Thivet, TRAITÉ DES BANDAGES).

(*La suite au prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE HISTORIQUE SUR L'AUSCULTATION APPLIQUÉE AU DIAGNOSTIC DES MALADIES INTERNES DE L'OREILLE, adressée à l'Académie des sciences, et lue dans la séance du 20 octobre, par M. le docteur B. SCHNEPF.

Dans sa séance du 1er septembre 1856, l'Académie des sciences a entendu la lecture d'une lettre que M. Gendrin, médecin de la Pitié, lui a adressée le 30 août dernier. Cette communication épistolaire renferme le résumé d'explorations capables de faire connaître les lésions profondes des organes de l'ouïe; il s'agit de l'auscultation appliquée à la détermination des signes qui caractérisent les maladies de l'oreille interne. A cet effet, le savant médecin de la Pitié fait usage du stéthoscope ou même il applique son oreille immédiatement sur celle du malade; il recueille ainsi, dans les conditions physiologiques et pathologiques, les bruits provenant de la propagation des vibrations sonores de la respiration, de la toux, de la voix et du sifflement labial. Après avoir décrit les phénomènes que l'oreille saine et l'oreille malade lui fournissent, depuis dix ans qu'il appelle à son aide ce moyen d'investigation, M. Gendrin, qui a laissé croire jusque-là à une innovation, à une application *nouvelle* de l'acoustique à la détermination des maladies de l'oreille, dit formellement en terminant : « J'espère, monsieur le président, que l'Académie trouvera dans cette lettre un exposé suffisant, quoique succinct, des *nouveaux* signes diagnostiques que je *propose* pour les maladies internes de l'oreille. »

Les signes d'acoustique *proposés* par M. Gendrin ont certainement toute l'importance que ce savant médecin leur accorde; mais ils ne sont pas *nouveaux* et on a tout lieu d'être étonné qu'ils n'aient pas soulevé de discussion, soit au sein même de l'Académie, soit dans la presse médicale. C'est ce silence, couvrant une injustice scientifique, une inexactitude chronologique dans une branche de la médecine, qui nous a engagé à rechercher dans les recueils et les traités spéciaux des faits dont nous conservions de vagues souvenirs et que nous avons l'honneur d'exposer sommairement à l'Académie.

Nous croyons trouver les premières traces de l'application de l'auscultation au diagnostic des maladies de l'oreille dans une expérience de Valsalva, rappelée déjà par Schmalz (ERFAHRUNGEN, etc.; Leipzig, 1846); elle consistait à tenir fermés la bouche et le nez du malade qu'on engageait à faire des efforts d'inspiration et d'expiration; en même temps le médecin appliquait son oreille sur celle qu'il voulait examiner, et si la trompe était perméable il devait entendre le choc de l'air contre le tympan; on entendait même, suivant l'auteur, des bruits provenant des mucosités accumulées dans la cavité tympanique; si, au contraire, on ne percevait pas de choc, c'était une preuve de l'obstruction de la trompe.

Quoique les médecins spécialistes étrangers, que nous aurons à citer, paraissent avoir été inspirés surtout par le souvenir de cette expérience de Valsalva, nous ne sommes pas moins heureux de rappeler que c'est à un Français, au fondateur de l'auscultation médiate, à l'immortel Laennec que nous sommes redevables de véritables recherches précises sur les lésions profondes de l'organe de l'ouïe au moyen de l'acoustique. Les quelques pages que Laennec nous a laissées sur ce sujet ont pour titre : « *Application de l'auscultation au diagnostic des maladies de la caisse du tympan, de la trompe d'Eustache et des sinus des fosses nasales.* » (TRAITÉ DE L'AUSC. MÉDIATE, éd. du professeur Andral, t. III, p. 535.)

Dans ses recherches Laennec s'est servi de son stéthoscope ordinaire; il l'applique sur le conduit auditif externe, sur l'apophyse mastoïde, sur les bosses sourcilières, les os maxillaires supérieurs ou la racine du nez; il recommande à la personne qu'il examine de boucher avec le doigt la narine du côté opposé et de souffler un peu fortement par celle qui reste libre; ainsi il perçoit non-seulement le souffle que produit l'air en pénétrant dans les cellules mastoïdiennes, ou le timbre de la voix chez des personnes en bonne santé; mais encore il signale la présence de mucosités dans la trompe d'Eustache ou dans la caisse du tympan, ou dans les cellules de l'apophyse mastoïde par l'existence d'*un gargouillement fort analogue*, dit-il, *au râle muqueux*. Ces faits paraissent être confirmés aujourd'hui par les recherches d'un certain nombre de spécialistes, ainsi que par celles de M. Gendrin.

Ces tentatives de Laennec n'eurent guère de retentissement en France; mais les médecins spécialistes des autres pays ne perdirent plus de vue la nouvelle voie ouverte au diagnostic des maladies internes de l'oreille. Nous ne pouvons, dans cette lettre, que signaler leurs travaux à l'attention de l'Académie. Ainsi, en Angleterre, Curtis imagine un stéthoscope particulier pour l'auscultation de l'oreille; il l'appelle céphaloscope (THE CEPHALOSCOPE, AND ITS USE IN THE DISCRIMINATION OF THE NORMAL AND ABNORM SOUNDS IN THE ORGAN OF HEARING. London, 1842). Cet instrument ne diffère du stéthoscope qu'en ce qu'il se termine en un pavillon assez évasé pour embrasser toute l'oreille. Toynbée (LONDON MED. GAZ., 1849) fait construire pour le même usage son otoscope élastique et cylindrique, que son compatriote Harvey modifie, peu de temps après (LONDON MED. GAZ., 1850), en évasant une des extrémités, comme l'avait fait Curtis pour son céphaloscope, et en arrondissant l'autre de manière à ce qu'elle puisse être reçue dans le pavillon de l'oreille du médecin. Kramer avait déjà employé un stéthoscope semblable, et tous les deux sont connus sous le nom d'auriscope.

Après plusieurs essais, le professeur Richter s'est déclaré pour le stéthoscope ordinaire en bois, avec peu d'évasement; seulement il pratique l'auscultation sur le pavillon de l'oreille renversé, d'arrière

(1) Le calcul de cette différence donne environ $\frac{1}{2500}$, pour terme de sa comparaison avec la longueur même de r.

en avant, sur le conduit auditif externe (*in* Schmidt's Jahrb. B. 70, 1851). De cette manière ce savant professeur prétend obtenir par l'auscultation des résultats qui le dispensent, dans bien des cas, de recourir au cathétérisme de la trompe. Cependant cette occlusion de l'orifice du conduit auditif externe est repoussée par le professeur Rau, de l'Université de Berne, qui aime mieux employer un stéthoscope dont l'extrémité infundibuliforme est obturée par une feuille métallique ou une simple membrane (LEHRB. D. OHRENHEILKUNDE; Berlin, 1856.)

En France, les médecins spécialistes sont restés à peu près étrangers à ce mouvement de progrès dans le diagnostic des maladies de l'oreille, quoique Deleau ait cependant déja recommandé (INTROD. A DES RECHERCHES PRAT. SUR LES MALAD. DE L'OREILLE. 1834) de pratiquer l'auscultation médiate pendant qu'on souffle de l'air dans la cavité du tympan. Ce n'est que dix ans plus tard que M. Menière, médecin de l'institution impériale des sourds-muets, a inséré dans le TRAITE PRATIQUE D'AUSCULTATION de MM. Barth et Roger (Paris, 1844; p. 530), une note qui prouve qu'il a constaté, comme Laennec, l'existence des bruits de souffle, de gargouillement, de sifflement dans les maladies de l'oreille; mais il ne croit pas qu'on puisse percevoir par l'auscultation aucun bruit dans les conditions physiologiques de l'oreille. Nous devons éviter toute discussion, quant à présent, pour ne poursuivre que le but de cette lettre qui est de communiquer à l'Académie une note historique sur l'auscultation appliquée aux maladies internes de l'oreille et nullement sur sa valeur pratique, en faveur de laquelle d'ailleurs, plaident assez éloquemment les résultats obtenus par M. Gendrin, lesquels, sans être une nouveauté scientifique comme nous venons de le démontrer, ajoutent cependant à l'importance des faits épars dans les annales de la science qu'ils nous semblent compléter sous plus d'un point.

TRAITEMENT DES FRACTURES DE LA JAMBE PAR L'EMPLOI D'APPAREILS HÉMI-PÉRIPHÉRIQUES EN PLATRE; note adressée à l'Académie des sciences, séance du 20 octobre, par M. JULES PÉRIER, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire du Roule, etc.

Je crois devoir à la solution d'une question qui occupe encore les chirurgiens, et en même temps au zèle éclairé des médecins de Boulogne dont j'ai partagé les travaux, alors que dernièrement encore je dirigeais le service de santé de l'armée du Nord, de signaler à l'Académie les résultats remarquables que nous avons retirés, dans le traitement des fractures de la jambe, d'appareils *hémi-périphériques* en plâtre, rendus tout à fait favorables par la suspension.

Ces appareils, susceptibles de modifications suivant les cas, que cependant je n'ai pas eu besoin, dans dix applications, de modifier d'une manière importante, embrassent toute la partie postérieure de la jambe et ne dépassent que peu la moitié de la hauteur de ses faces latérales; ils se relèvent à partir des malléoles pour accompagner et soutenir la moitié de la face plantaire. Ils ont pour avantages particuliers :

1° *Dans toutes ces fractures*, d'être applicables dès le premier jour de l'accident, dès les premières heures, ainsi que nous l'avons pu faire; de permettre de fixer en quelques minutes, d'une façon très-exacte et pour toute la durée du traitement, les rapports obtenus par la réduction de la fracture, en laissant, pendant cette opération et après, le membre sous les yeux du chirurgien; de donner, par une contention toujours égale et uniformément répartie, tout ce que l'on peut demander à l'extension et à la contre-extension permanentes; de n'exercer aucune constriction et de ne pas entraver dans le membre les fonctions organiques; de lui conserver par là, en grande partie, sa richesse musculaire; enfin, et surtout de faire disparaître la douleur; de rendre impossibles les raccourcissements après l'application; de pouvoir être enlevés sans aucun effort, sans destruction même de leurs parties;

2° *Dans les fractures compliquées*, de permettre, sans mobilité comme aussi sans déplacement, sans altération de l'appareil, l'emploi des irrigations, des applications topiques, des émissions sanguines locales, les débridements, les recherches d'esquilles, etc.; de conserver leurs avantages malgré le volume souvent énorme des pièces nécessaires au pansement des plaies graves;

3° *Dans les fractures intra-articulaires*, de donner des résultats on ne peut plus satisfaisants, obtenus avec une extrême facilité; les mouvements partiels du pied, qu'ils permettent dans une certaine mesure, sont agréables aux malades et combattent heureusement la disposition à l'ankylose, plus particulière à ces fractures.

Mes applications les plus intéressantes ont été faites, les unes dans les salles civiles de l'hospice de Boulogne-sur-Mer, avec le concours de M. *Cousin*, chirurgien en chef de cet établissement, les autres dans les salles militaires ou dans la pratique civile de M. le docteur *Perrochaud*.

La seule objection importante qui ait été faite à nos appareils est qu'ils ne permettent pas de marcher. A quoi nous répondons qu'il est beaucoup de fractures qui sont dans l'impossibilité de profiter de ce bénéfice de la marche que l'on a recherché pour eux, même avec une sorte de passion; que c'est là la règle générale dans les premiers temps de l'accident et dans les cas de fractures compliquées, conditions dans lesquelles notre appareil rend des services qu'aucun autre ne saurait égaler. De plus, nous n'acceptons pas l'abstention à laquelle on se condamne encore pendant les premiers temps des fractures, faute de moyens de contention et de sustentation compatibles avec les accidents consécutifs, abstention que l'on veut justifier en disant que la formation du col s'opère à une époque assez éloignée pour qu'il ne soit pas nécessaire de donner aux fragments, dès les premiers temps, des rapports définitifs.

Ainsi que tendent à l'établir nos consolidations obtenues en un temps très-court, avant même la cicatrisation des plaies des parties molles, nous croyons qu'il n'est pas d'heure, même au début du traitement, dont on puisse faire le sacrifice indifféremment, mais qu'il est possible de laisser passer, d'une façon préjudiciable, des journées pendant lesquelles la persistance de rapports vicieux exagère, par la douleur, l'importance des désordres consécutifs. L'absence de douleur, la possibilité de se mouvoir, de changer de lit sans peine ont rendu le séjour au lit très-facile à nos malades.

Lorsqu'après un certain nombre de jours, des vides se sont produits entre le membre et l'appareil, nous ne les avons comblés avec du plâtre nouveau que lorsque la sustentation est devenue par eux assez peu régulière pour éveiller les douleurs de talon qu'ignorent nos malades; dans tous les autres cas, nous nous sommes contenté d'y engager de la ouate.

Les procédés de Dieffenbach sont ceux avec lesquels les nôtres ont le plus d'analogie; cependant, dans le plus grand nombre des cas, ce chirurgien, en recouvrant de plâtre tout le membre, moins le point où existaient des plaies, donnait à ses appareils, avec des difficultés d'exécution, tous les inconvénients, toutes les incertitudes que l'on reproche aux appareils inamovibles, et encore ne les appliquait-il qu'après le dixième jour; et quand, dans un de ses procédés moins connu, il laissait libre une partie plus grande de la jambe, il avait besoin, quand il voulait dégager le membre, de la gouge et du maillet.

Nous pensons, malgré les points de ressemblance qui nous ont été signalés, par les différences que nous venons d'indiquer, par ce que nous avons fait pour les fractures intra-articulaires, pouvoir établir notre part d'inventeur de l'appareil qui fait l'objet de la communication que j'ai l'honneur d'adresser à l'Académie, appareil qui, après les épreuves les plus difficiles, a, je crois, mérité la faveur avec laquelle les médecins de Boulogne et nos camarades de l'armée du Nord l'ont accepté.

RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS.

FRACTURES DE LA JAMBE COMPLIQUÉES.

N° 1. Salles civiles de Saint-Louis à Boulogne, service de M. le docteur Cousin. Fracture comminutive des deux os compliquée de plaies ulcéreuse communiquant avec le foyer de la fracture et d'issue des fragments.

C'est à l'occasion de cette fracture, alors au quatorzième jour et que l'on ne pouvait maintenir réduite par les moyens ordinairement employés, que, dans une consultation qui avait pour objet de décider si les moyens de conservation du membre avaient ou non été épuisés, j'ai proposé l'appareil hémi-périphérique qui, plus tard, pour d'autres cas, n'a demandé que de légères modifications: l'addition d'un coussinet pour protéger la jambe contre la pression du bord supérieur, l'élévation plus grande de la partie plantaire de l'appareil.

Dans ce cas grave la consolidation était faite dès le trente-huitième jour; mais un érysipèle phlegmoneux suppuré survenu à cette époque a nécessité deux incisions profondes qui nous ont fait laisser le membre sur l'appareil jusqu'au quarante-neuvième jour.

N° 2. Même service. Ouvrier enseveli pendant quatre heures sous les décombres d'une maison. Fracture comminutive par écrasement de tout le tiers moyen des deux os, plaie faite par les esquilles, tumeur sanguine, érysipèle phlegmoneux de la jambe et de la cuisse, plaies de la jambe par les débridements profonds, plaies nombreuses de la cuisse, suite d'escarres et de fonte purulente. Cas on ne peut plus grave. Le soixante-treizième jour le membre est enlevé de l'appareil; la consolidation est opérée; la longueur et la rectitude du membre sont aussi satisfaisantes que possible.

FRACTURES INTRA-ARTICULAIRES.

N° 3. Même service. Ouvrier carrier, 54 ans. Fracture divisant la malléole interne, déchirure des ligaments antérieurs de l'articulation, fracture sus-malléolaire du péroné, déformation considérable du membre.

Après quarante-trois jours d'application de l'appareil, guérison sans ankylose, dans les conditions les plus normales.

N° 4. Malade de M. le docteur Perrochaud, dame anglaise. Cas à peu près analogue au précédent; les déplacements sont cependant moins graods. L'appareil de Scultet avait été employé pendant les premiers jours et causait de vives douleurs sans rien faire de favorable pour la contention. Guérison après trente-cinq jours d'application. Très-bon résultat.

FRACTURES DE LA JAMBE SIMPLES.

N° 5. Salles militaires de M. Perrochaud. Fracture très-oblique; consolidation évidente le trente-deuxième jour.

N° 6. Salles civiles de M. Cousin. Homme de 30 ans. Même cas. Le membre est dégagé le trente-troisième jour après l'application; la consolidation est déjà faite.

N° 7. Même service. Ouvrier de 68 ans, eoseveli sous les débris d'une baraque au camp d'Equihem. Fracture transversale. Des accidents généraux assez graves signalent les premiers jours après l'accident. Cependant la jambe placée sur l'appareil, dès le second jour, n'occupe plus que fort peu et le malade et le médecin. Le trente-quatrième jour de l'application, le membre est dégagé; la consolidation est faite.

FRACTURES DU PÉRONÉ.

N° 8. Malade de mes salles. Fracture sus-malléolaire, tuméfaction considérable, très-vive douleur.

Les médecins du camp, qui étudiaient l'effet de mes appareils, m'avaient demandé d'assister à une application: pour ce motif, l'appareil n'a été fait pour ce militaire (Perrin du 8e de ligne) que le troisième jour après l'accident. Cet homme, qui malgré des applications froides et des irrigations n'avait pu encore reposer un seul instant, s'est endormi une demi-heure après l'application de l'appareil; les douleurs n'ont pas reparu. Le vingt-troisième jour après l'application, le membre a été retiré de l'appareil; après quoi il n'a plus été soutenu que par une bande roulée.

N° 9. Salles civiles de M. Cousin. Fille de 30 ans. Fracture sus-malléolaire, gonflements, ecchymoses. Dès le vingtième jour, cette fille soulevait elle-même au-dessus de l'appareil la jambe qui avait repris un volume normal. Le vingt-quatrième on substitue à l'appareil une baode roulée.

N° 10. Hôpital du Val-de-Grâce, service du médecin en chef. L'appareil n'est resté que dix jours chez un malade atteint de fracture sus-malléolaire et soumis depuis une semaine aux irrigations. L'appareil construit avec du plâtre éventé aurait eu, pour être conservé, besoin de réparations; mais déjà l'état du malade était assez satisfaisant pour qu'après cette époque le membre ait été placé seulement sur un coussin en balle d'avoine posé sur la planchette de suspension.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

(Suite et fin.)

III. THE MEDICAL EXAMINER;

Par SAMUEL HOLLINGSWORTH.

Les livraisons d'août, septembre, octobre et novembre 1855 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Sur la décomposition animale comme la principale des causes productrices du choléra;* par M. Henri Hartshorne. 2° *Toux férine;* par M. Laurens Turnbull. 3° *Observation d'une plaie de la gorge, chez un maniaque, dans laquelle l'épiglotte était à peu de chose près séparée; guérison;* par M. George Dock. 4° *Mortalité de Philadelphie pendant les mois d'avril, mai et juin* 1855; par M. Wilson Jewell. 5° *La peste, son origine et sa disparition;* par M. Theod. Stamms. 6° *Sur l'emploi du tartrate ammoniacal de fer;* par M. William Gries. 7° *Cas de fracture comminutive étendue du crâne, suivie de guérison;* par M. C. Wilson. 8° *Cas de commencement du travail au septième mois, à l'aide de douches aqueuses;* par M. Andrew Cheeseman. 9° *Créatine dans l'urine;* par M. Cheston Morris. 10° *Topographie médicale, climat et fièvre jaune de Rio-Janeiro, dans le Brésil;* par M. W. Ruschenberger. 11° *Mortalité de Philadelphie dans les mois de juillet, août et septembre* 1855. 12° *Nouvel appareil pour les fractures de jambe qui exigent l'extension et la contre-extension;* par M. John Neill. 13° *Opérations de cataracte sur deux frères qui étaient sourds, muets et aveugles;* par M. George Dock. 14° *Histoire d'un cas d'imperforation du rectum opéré avec succès;* par M. F. Penrose. 15° *Sur la digestibilité de l'iodure d'amidon;* par M. Jütte. 16° *Sur l'inefficacité du phosphate de chaux.*

SUR LA DIGESTIBILITÉ DE L'IODURE D'AMIDON; par M. JÜTTE.

Beaucoup de médecins, lorsqu'ils prescrivent les préparations d'iode, craignent l'usage des amylacés; ils agissent sous l'influence de la théorie qui suppose, d'après la grande affinité de l'iode pour l'amidon, que l'iodure d'amidon doit alors se former et comme tel passer à travers l'économie sans se dissoudre; dès lors l'action du remède doit être affaiblie ou même annihilée. Cependant l'iodure d'amidon est d'une composition si instable qu'il peut aisément être séparé en ses éléments mêmes par la salive; l'iode, entrant ensuite dans une combinaison soluble et absorbable, peut être reconnu dans les urines. Dans le but de le prouver, l'auteur a prescrit souvent l'iodure d'amidon. Il le faisait préparer de la manière suivante: une once d'amidon humecté était mêlée avec 2 drachmes de teinture d'iode, et le mélange était ensuite desséché. On donnait de cette poudre 10 grains trois fois par jour, ce qui correspondait à un quart de grain d'iode pour chaque dose.

Voici comment l'examen des urines se faisait: on mêlait de l'urine avec de l'amidon pulvérisé dans une petite éprouvette; on ajoutait alors une quantité suffisante d'eau chlorée. Le liquide, qui d'abord était blanc, devenait plus ou moins violet par suite de la présence de l'iode. D'autre part, on faisait évaporer une assez grande quantité d'urine pour la réduire au dixième de son volume; on ajoutait alors quelques gouttes d'acide sulfurique, et un papier enduit d'amidon était tenu au-dessus et donnait une réaction.

Chaque fois que l'iodure d'amidon a été administré, l'anteur a réussi à découvrir la présence de l'iode dans les urines. Quelquefois il y avait grande difficulté, après une première dose du remède, à déceler l'existence de l'iode; il n'y avait alors qu'une faible réact on en raison de la sensibilité insuffisante des réactifs employés, lesquels cependant ne laissaient pas que d'agir d'une manière évidente lorsque plusieurs doses d'iodure avaient été ingérées. Dans quelques cas, il se servit du chlorure de palladium qui est d'une extrême sensibilité et qui ne laisse aucun doute sur le passage définitif de l'iode dans les urines.

Il ne paraît donc pas nécessaire de refuser l'usage des amylacés aux malades qui emploient les préparations d'iode.

SUR L'INEFFICACITÉ DU PHOSPHATE DE CHAUX.

On a institué dans l'hôpital de Bethany, à Berlin, une série d'expériences pour s'éclairer sur l'action du phosphate de chaux, qui a été recommandé par Beneke dans les cas de dégénérescence atrophique des enfants, de maladies scrofuleuses, de carie des articulations, de suppuration des glandes lymphatiques, de spina ventosa, etc. On n'a pu reconnaître aucun avantage, ni l'amélioration d'un seul symptôme. On observe dans tous les cas une aggravation de la maladie. Les préparations de phosphate de chaux furent données de 2 à 4 grains, trois fois par jour, et l'on en continua l'usage pendant huit semaines.

IV. THE AMERICAN JOURNAL MEDICAL MONTHLY;

Par le docteur EDWARD PARKER.

Les livraisons de juin, juillet, août, octobre et novembre 1855, contiennent les travaux originaux qui suivent: 1° *Sur quelques-unes des maladies des yeux;* par M. Isidore Glüch. 2° *De l'hémorrhagie utérine dans toutes les formes, avec quelques remarques sur les fissures du museau de tanche considérées comme cause fréquente d'avortement, et sur leur traitement curatif;* par M. A.-K. Gardner. 3° *De l'action chimique de l'électricité galvanique sur les tissus vivants;* par le professeur Steiner. 4° *Cas de développement anormal de tubercules commençant à la base du poumon et s'étendant peu à peu vers le sommet, accompagnés des signes physiques de la pneumonie;* par M. Henri Bowditch. 5° *Choix des prescriptions favorites des praticiens d'Amérique.* 6° *Note sur la bile de la tortue de mer;* par M. Charles Wetherill. 7° *Sur la chirurgie militaire;* par M. Gluck. 8° *Session annuelle de la Société médicale de l'Ohio;* par M. Dayton. 9° *Sur la trépanation dans certains cas de fracture du crâne et dans quelques formes d'épilepsie;* par M. C. Gibbs. 10° *Introduction aux cours de physiologie et de pathologie générales;* par le professeur Parker. 11° *Poursuite pour un fait de pratique malheureux* (for malepractice) *dans un cas de rétablissement incomplet après une luxation du coude.* 12° *Cas de superfétation et d'utérus bi-cavitaire;* par M. B.-F. Barker.

CAS DE SUPERFÉTATION ET D'UTÉRUS BI-CAVITAIRE (BI-CORPOREOUS); par M. FORDYCE BARKER, professeur d'obstétrique au collége de médecine de New-York.

L'auteur commence par exposer l'état de la science sur ce sujet; il passe en revue les cas de superfétation recueillis par M. Cassou dans sa thèse, et les observations publiées par Desgranges (de Lyon), madame Boivin, le docteur Churchill, etc.

En 1852, le docteur Kelly, médecin résidant du Blackwell's Island hospital, découvrit, dans l'examen nécropsique d'une femme morte à l'hôpital, un utérus double, avec deux museaux de tanche, deux vagins. Les deux conduits vaginaux avaient servi dans les relations sexuelles, et il était évident, d'après l'aspect des deux museaux de tanche, que chacune des deux matrices avait servi à l'imprégnation. On conserve le modèle de cette pièce dans le collége de médecine de New-York.

M. Barker ajoute le fait suivant à ceux qui sont connus; il en est redevable au docteur Bigelow, qui lui a procuré les moyens de connaître tous les détails, ainsi qu'au docteur Burke, qui donna des soins à la malade pendant sa seconde couche.

OBS. — Il s'agit d'une dame née à New-York en 1837; elle commença à être réglée à 14 ans; le flux menstruel reparaissait régulièrement chaque dixhuitième jour et se prolongeait généralement une semaine.

Le 10 juillet 1855 (neuf mois et un jour après son mariage), elle accoucha d'un enfant mâle bien portant et parfaitement à terme. Elle fut soignée dans sa couche par M. Finnigan.

La malade raconte qu'après sa délivrance on lui appliqua un bandage, mais que, le trouvant trop pénible à supporter, elle l'enleva quelques heures après. L'écoulement lochial eut lieu pendant une semaine. Elle nourrit elle-même son enfant, qui est actif et bien portant et de la taille d'un enfant de son âge. Elle fut sur pied trois semaines après sa couche; toutefois son ventre semblait être presque aussi développé qu'avant le travail, et dans les mouvements elle souffrait du côté gauche.

Le 22 septembre (soixante-quatorze jours après la naissance du premier enfant), elle tomba malade de nouveau, et le docteur Burke fut appelé pour la voir en l'absence du médecin ordinaire de la famille. Il apprit, en se rendant auprès d'elle, les détails qui précèdent de la bouche même du mari.

Il trouva la malade en proie à de nombreuses crises de douleurs, et, en appliquant sa main sur le ventre, il sentit pendant les paroxysmes que la matrice était en état de contraction. Alors il procéda à une exploration vaginale, et il trouva la tête d'un fœtus engagée dans la cavité pelvienne. Il l'annonça aux parents et aux amis de la famille, mais on lui répondit *qu'il ne savait pas ce qu'il disait en parlant ainsi, car il y avait là, endormi dans son berceau, un petit enfant dont elle était accouchée près de onze semaines auparavant.* Mais la naissance rapide d'une petite fille ne tarda pas à les convaincre que l'opinion du docteur était conforme à la vérité!

La convalescence de la malade fut plus longue qu'après le premier travail; les lochies durèrent près de trois semaines. Elle nourrit ses deux enfants et tous les deux sont bien portants; la dernière ne semble pas croître rapidement. Il y a entre eux une parfaite ressemblance; il n'y a que leur taille qui soit différente.

Le 24 octobre, le docteur Barker fut autorisé à procéder à un examen physique complet de l'appareil génital, en présence du mari.

Les organes extérieurs de la génération, le vagin et l'extrémité vaginale du col utérin étaient dans un état normal, excepté toutefois que le col était élargi et ouvert. La sonde utérine de Simpson fut introduite; la pointe de l'instrument pouvait facilement se sentir à travers les parois abdominales dans la région iliaque gauche, à 2 pouces environ du bord supérieur du pubis; la cavité, à partir du museau de tanche, était de 4 pouces et demi.

L'auteur parvint, en sortant et réintroduisant la sonde avec précaution, à la faire passer, après plusieurs tentatives, dans une autre cavité située à droite, à environ 1 pouce de la ligne médiane. La pointe de l'instrument put alors être sentie à un demi-pouce de la crête du pubis : cette cavité était de 3 pouces et un huitième. La cloison semblait commencer à plus d'un pouce de l'orifice extérieur; le col n'avait qu'un seul conduit pour les deux cavités utérines.

L'examen par le rectum permettait aisément de reconnaître l'ovaire gauche un peu engorgé et sensible à la pression.

L'ovaire droit ne put être reconnu ni par l'exploration rectale, ni par l'exploration recto-vaginale.

V. THE CHARLESTON MEDICAL JOURNAL AND REVIEW;

Par le docteur HAPPOLDT.

Les livraisons bi-mensuelles de septembre et novembre 1855 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Sur les épidémies*; par M. Dickson. 2° *Hydropisie des ovaires, multiloculaire à gauche et uniloculaire à droite, avec complication d'ascite*; par M. Casterling. 3° *Cas de blessure de l'artère cubitale traitée par la compression*; par M. S. Rich. 4° *Des anesthésiques volatils comme application topique dans les brûlures récentes*; par M. J. Nunn. 5° *Efficacité de l'eau des sources de Glenn (district de Spartanburg) dans quelques maladies*; par M. A. Moore. 6° *Topographie médicale de la Floride*; par M. S. Gaillard. 7° *Usages physiologiques du calorique*; par M. H. Ford 8° *Histoire d'un cas de tympanite chronique*; par M. D. Bruns. 9° *Cas de rupture de l'appendice vermiforme*; par M. F. Robertson. 10° *Antidote de l'iodure de potassium*; par M. J. Nunn.

NOTE SUR UN ANTIDOTE DE L'IODURE DE POTASSIUM; par M. R.-J. NUNN.

Dans les cas d'empoisonnement par l'iodure de potassium, accident des plus fâcheux pour lequel on n'a encore proposé aucun antidote chimique, le moyen suivant pourra être employé avec bénéfice :

Donnez au malade à boire alternativement de l'eau chaude additionnée d'acide sulfurique jusqu'à acidité agréable, et une boisson émolliente tiède, contenant quelque matière amylacée, comme de l'amidon, de la fleur de farine, soit de froment, soit de pommes de terre, du sagou, de l'arrow-root, etc.

On peut aussi mélanger l'eau acidulée et celle qui contient des substances amylacées, et les administrer ensemble.

Dans les deux cas, l'acide réagit sur l'iodure, il forme du sulfate de potasse, et met en liberté l'iode qui, immédiatement, se combine avec l'amidon pour former de l'iodure d'amidon.

Ces produits de la réaction chimique peuvent être évacués par un émétique. Ce traitement doit être continué jusqu'à ce que les matières vomies présentent la couleur bleue caractéristique de l'iodure d'amidon. Il faut ensuite traiter les phénomènes subséquents d'après les principes généraux de thérapeutique.

L'usage de l'acide nitrique a été recommandé pour révéler la présence de l'iodure de potassium; mais l'acide sulfurique a été employé de préférence à titre d'antidote pour le cas ci-dessus, parce qu'il forme un des sels les plus innocents par sa combinaison avec la potasse, pendant qu'en même temps il a pour elle une affinité plus forte que la généralité des acides organiques et inorganiques, toutefois quelques-uns d'entre eux pourraient sans aucun doute être administrés avec avantage si les circonstances le réclament.

Il y a dans cet ensemble de réactions et de combinaisons quelque chose qui pourra peut-être diminuer la valeur de cette théorie et les espérances à fonder sur cet antidote, c'est l'extrême instabilité de l'iodure d'amidon dont nous parlons en détail dans une autre partie de cette revue (THE MEDICAL EXAMINER).

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 15 OCTOBRE.—PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE.

DE L'INFLUENCE DES GANGLIONS SEMI-LUNAIRES SUR LES INTESTINS; par M. BUDGE.

J'ai trouvé, dit l'auteur, que l'extirpation d'une certaine portion du système nerveux pratiquée sur un animal vivant détermine la diarrhée. Ce sont les ganglions semi-lunaires et le ganglion mésentérique qui produisent cet effet. Des expériences très-nombreuses sur des lapins m'ont toujours donné le résultat qui s'est reproduit constamment de la même manière.

Voici comment je procède dans ces expériences :

Après avoir bien éthérisé l'animal, j'ouvre le ventre du côté gauche, je mets à nu l'artère aorte et la veine cave inférieure au-dessus des capsules rénales, je coupe le nerf splanchnique droit, et j'extirpe alors les deux grands ganglions semi-lunaires, situés sur la veine, et le ganglion mésentérique, situé devant l'artère mésentérique. Après cela, la plaie est cousue convenablement. Toute cette opération s'accomplit sans grande effusion de sang. Aucun des animaux d'ailleurs n'y survit plus de seize heures; la plupart meurent dans l'espace de neuf heures. Les excréments, dont la forme et la consistance chez ces animaux sont bien connues, se trouvent d'ordinaire dans la partie inférieure du colon et dans tout le rectum, auquel ils donnent l'apparence d'un chapelet; mais chez les animaux qui ont été soumis à l'opération dont je viens de parler, on ne trouve plus de ces excréments durs; au contraire, tout le rectum est plein d'une masse molle ou même fluide. Le diamètre de l'intestin devient ordinairement presque trois fois plus grand que dans son état normal. De même, le cœcum ou le colon sont remplis d'une masse fluide, comme on ne la trouve pas dans l'état normal.

Ce sont par conséquent deux phénomènes qui se montrent après l'extirpation des ganglions semi-lunaires et du ganglion mésentérique, savoir : un mouvement augmenté dans les intestins et une sécrétion augmentée de mucosités.

Le résultat reste aussi le même, si l'on coupe, outre les ganglions, les nerfs pneumogastriques près de l'œsophage; mais il ne se montre pas précisément, si l'on extirpe seulement un des ganglions mentionnés.

M. Budge, dans la lettre qui accompagne cette note, exprime le désir que sa découverte soit admise à concourir pour le prix de physiologie expérimentale. Le concours pour 1856 étant déjà clos, l'auteur a, jusqu'au concours prochain, tout le temps nécessaire pour préparer un mémoire plus détaillé. L'insertion de la présente note suffit pour constater l'époque de sa découverte.

DE LA CURE RADICALE DE LA TUMEUR ET DE LA FISTULE LACRYMALES.

M. le docteur Tavignot adresse à l'Académie un second mémoire sur ce sujet.

Des faits nouveaux et aussi concluants que les premiers sont venus démontrer, dit l'auteur, toute la valeur de mes recherches et ajouter encore à l'importance du sujet.

En effet, la question qui a trait à l'efficacité relative des différentes manières de guérir la tumeur lacrymale est loin d'être résolue par les hommes les plus compétents; et on pourrait peut-être ajouter, en outre, que la diversité des méthodes n'a guère produit jusqu'à présent que l'uniformité des insuccès.

Il ne pouvait guère en être autrement, car on ignorait jusqu'à la nature même de la maladie; et en s'attaquant à l'état catarrhal du sac et au rétrécissement plus ou moins prononcé du canal nasal, on ne s'adressait qu'aux effets les plus palpables, aux résultats les plus évidents de la maladie et non à la maladie elle-même, laquelle procède, en réalité, d'un désaccord organique survenu entre les propriétés chimiques des larmes et les propriétés physiologiques de la muqueuse naso-lacrymale. On devait échouer le plus souvent, et on échouait en effet; car personne ne s'en laisse imposer aujourd'hui sur la valeur des guérisons temporaires publiées autrefois comme des succès réels et définitifs.

Ces succès eux-mêmes, quand ils se trouvaient être, exceptionnellement, réels et définitifs, échappaient à toute interprétation rationnelle; et on ne s'apercevait pas qu'en dernière analyse les principales méthodes thérapeutiques tendaient toutes vers un but commun; celui de rompre tout rapport organique direct entre les larmes et la muqueuse naso-lacrymale, soit que par la présence accidentelle d'un corps étranger introduit dans les voies lacrymales, tel que mèche, bougie, clou, canule, on s'opposé à l'accès des larmes, soit que par le séjour en quelque sorte indéfini du même corps étranger on se propose de provoquer l'atrophie de la muqueuse, sa transformation en un tissu différent ou sa destruction même, résultat qui équivaut à celui plus expéditif que cherchait à obtenir Nannoni par la cautérisation directe.

Or, la nature de la maladie étant connue et le but à atteindre devenu évident, il ne restait plus qu'à mettre en usage une méthode thérapeutique plus simple, plus sûre, plus rationnelle que les précédentes C'est ce que je fais depuis plus de deux ans avec un succès constant.

Notre méthode opératoire se compose de trois éléments distincts et dont l'association n'est nullement obligatoire d'une manière absolue, leur combinaison restant subordonnée à l'appréciation de chaque cas particulier. Ce sont :

1° L'excision des conduits lacrymaux, dans le but de provoquer l'oblitération de leur partie antérieure;

2° L'incision de la paroi antérieure du sac, quand il n'y a pas de fistule, pour diriger une médication appropriée, telle que l'injection d'une solution de teinture d'iode, contre l'état catarrhal de la muqueuse naso-lacrymale;

3° L'ablation de la portion orbitaire de la glande lacrymale.

Il résulte de mes observations, dont une dizaine ont été livrées déjà à la publicité, que l'on obtient par cette méthode mixte, non-seulement des guérisons réelles et définitives, mais encore des guérisons très-rapides, puisque la durée du traitement chez nos malades n'a guère varié qu'entre douze, quinze ou vingt jours.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 21 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

1° Un rapport de M. le docteur Le Blanc Bellevaux (de Nevers), sur une épidémie de fièvre typhoïde, qui a régné en 1856 dans la commune de Saint-Sulpice.

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1855 dans le département de l'Aveyron. (Comm. des épidémies.)

3° Un rapport de M. le docteur Giuliani, médecin major de l'hôpital militaire de Guagno (Corse), sur le service médical de cet établissement en 1855. (Comm. des eaux minérales.)

4° Le tableau des vaccinations pratiquées en 1855 dans le département de la Dordogne. (Comm. de vaccine.)

5° Une lettre du ministre de l'agriculture qui prie l'Académie de médecine de rédiger un projet de classification des causes des décès en France. (Commiss. : MM. Adelon, Guérard, M. Lévy.)

— La correspondance non officielle comprend :

Une lettre de M. le docteur Jean Dynwiarski (de Wladimir), relative à un traitement efficace de l'hydrophobie. (Comm. : M. Renault.)

Une lettre de M. le docteur Demarquay, chirurgien des hôpitaux de Paris, sur le traitement des kystes volumineux de l'ovaire par des ponctions successives et l'injection iodée.

Après avoir fait, dit M. Demarquay, quelques ponctions de ces kystes, je me suis convaincu que la méthode généralement suivie avait quelque chose de défectueux. En effet, si l'on vide complétement une grande cavité comme celle des tumeurs ovariennes, les parois abdominales et celles du kyste longtemps distendues n'ont pas le temps de revenir sur elles-mêmes; l'injection que l'on pratique à la suite de cette évacuation modifie mal les parois du kyste. J'ai pensé qu'il était avantageux de vider les kystes ovariens en toute grande collection de liquide de la manière suivante : j'enlève d'abord la moitié du liquide; huit jours après, quand les parois abdominales et le kyste sont revenues sur eux-mêmes, j'extrais les deux tiers du liquide restant, et finalement, au bout de quelques jours, je vide complétement le kyste, et j'injecte la solution iodée. (Suivent plusieurs exemples de guérison obtenues par ce procédé.)

M. Michel Lévy fait hommage à l'Académie de la nouvelle édition de son Traité d'hygiène.

M. Bussy, président, annonce à l'Académie que M. Pamard (d'Avignon), membre correspondant, assiste à la séance.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES KYSTES OVARIQUES.

M. Trousseau : Je commencerai par m'excuser, messieurs, de prendre la parole dans une question qui est plus particulièrement du ressort de la chirurgie; mais cette question a été introduite ici par un médecin, M. Barth, et je ne doute pas qu'elle ne soit discutée par les médecins, quoique nos collègues les chirurgiens aient surtout demandé la parole. Il y a bien ici, en effet, une intervention chirurgicale, mais elle est si facile qu'elle est mise en pratique par tous les médecins. J'espère, en conséquence, que l'Académie me pardonnera d'en dire quelques mots.

Lorsque M. Barth est venu nous donner connaissance de l'observation intéressante qu'il a recueillie, la première personne entrée dans la lice a été M. Malgaigne. M. Malgaigne est l'historien des statistiques lamentables; lorsqu'il fait de la statistique, elle est généralement ténébreuse et plus fréquemment mortelle que partout ailleurs; mais je m'arrête, de crainte qu'au lieu de restreindre ses recherches à la chirurgie, il ne vienne à les étendre à la médecine.

Après lui est venu M. Cazeaux, juge très-compétent dans la matière; sa statistique avait une teinte moins sombre que celle de M. Malgaigne; celui-ci avait emprunté ses couleurs à la palette de Zurbaran, M. Cazeaux avait demandé les siennes à la palette de Rubens. Pour M. Cazeaux, la ponction des kystes de l'ovaire est sans gravité; l'injection iodée n'a fourni que peu ou point de morts et des guérisons presque toujours.

M. Velpeau a demandé la parole après M. Cazeaux. Quand M. Velpeau prend la parole, ses arguments sont des arrêts et en même temps des services. Aussi devons-nous regretter que M. Velpeau n'ait pas formulé plus nettement son avis. Il nous a dit, d'ailleurs, qu'il avait été pris à court, qu'il voulait réfléchir, qu'il priait l'Académie de remettre la discussion et qu'il viendrait apporter son épée dans la balance, et nous savons qu'elle emporte toujours le plateau.

Je pense, quant à moi, que, dans la question thérapeutique que nous discutons en ce moment, il convient tout d'abord d'étudier et de définir les allures naturelles de la maladie, de savoir comment se comportent les kystes de l'ovaire en l'absence de toute intervention chirurgicale. Lorsque notre regrettable collègue, M. Louis, est venu appliquer les règles de la statistique à l'étude des angines inflammatoires, des érysipèles, il nous a montré que ces maladies guérissaient toutes seules, sans l'intervention de la médecine, et que, quand celle-ci avait été trop agissante, le malade avait à se guérir de la maladie et de la médecine, et ce n'est pas de ce côté que le danger est le moindre.

De même, si les kystes de l'ovaire marchent mieux sans opération, il conviendra de s'abstenir. Voyons donc un peu comment se comportent ces kystes. J'examinerai ensuite s'il y a lieu d'en appeler à l'intervention chirurgicale et dans quelles conditions il faut y recourir.

Dans le plus grand nombre des cas, les kystes de l'ovaire ne constituent pas une maladie, pas même une incommodité. Si paradoxale que paraisse cette assertion, elle est vraie pourtant, j'en appellerai à M. Barth, à M. Cruveilhier et à tous ceux qui ont pratiqué des autopsies dans des hôpitaux de vieillards. Ils diront avec moi qu'on trouve, chez un très-grand nombre de femmes, des kystes du volume d'un œuf de poule, d'une orange et plus même, sans que ces tumeurs, qui paraissent quelquefois être restées stationnaires pendant un demi-siècle, aient occasionné aucune incommodité. Donc, les kystes peu volumineux sont hors de cause : la médecine ou la chirurgie n'a pas lieu d'intervenir ici.

D'un autre côté, les kystes ovariques peuvent disparaître spontanément de différentes manières, par résorption spontanée, par évacuation naturelle, par inflammation, par rupture dans la cavité péritonéale.

Étudions successivement ces différents modes de terminaison, et nous verrons que tous les procédés employés sont imités de ceux que la nature emploie.

Résorption spontanée des kystes.—J'ai déjà un peu vieilli dans la pratique et jamais je n'ai vu un cas de résorption spontanée d'un kyste ovarique, sans que l'inflammation soit intervenue. On en trouve peu ou point d'exemples

dans les auteurs, et je demande à mes collègues ici présents s'ils ont vu un seul cas de résorption naturelle ou provoquée par des moyens médicaux, sans inflammation.

Lorsque le kyste peut être mesuré par la percussion et la palpation, il ne peut se résoudre sans inflammation. Je sais bien que les auteurs en ont rapporté quelques cas, mais je rappellerai qu'il y a, dans la marche des kystes, des oscillations dont il faut tenir compte, pour ne pas confondre avec une guérison véritable leur diminution accidentelle. Les kystes ovariques, très-volumineux lors du *molimen* menstruel, diminuent quelquefois ensuite, d'une manière très-notable, et font croire à l'utilité d'une médication impuissante. C'est ainsi que Thomson a cru avoir obtenu des guérisons au moyen d'applications iodées et d'iodure de potassium sur le ventre. Nous savons que des corps fibreux de l'utérus, restés considérables jusqu'à la ménopause, ont été complétement guéris vers l'âge de 50 ou 60 ans, sans l'intervention de la médecine.

Voyons maintenant l'évacuation naturelle :

Evacuation naturelle. — Dans un ouvrage intitulé : COMMENTATIO DE HYDROPE OVARIORUM CONFLUENTE, publié en 1834, Blasius rapporte un grand nombre de cas dans lesquels des kystes se sont ouverts dans la vessie, l'utérus, le péritoine, les intestins, ou bien à l'extérieur, mais surtout dans les intestins. Les guérisons sont en petit nombre. Il y a bien là une sorte de ponction naturelle, de ponction continue ; c'est le procédé de M. Barth. En 1851, Tilt a rapporté lui-même un cas du même genre.

Bien plus près de nous, en 1856, Kiwisch a publié des observations d'hydropisies de l'ovaire s'ouvrant dans l'intestin ; mais, dans ces cas, il n'est pas rare que le kyste reprenne son volume ; chez une des malades, la tumeur s'est reproduite deux ans après l'évacuation naturelle ; chez une autre, cinq mois seulement après cette évacuation.

On voit de suite que ce procédé naturel, assez rarement observé d'ailleurs, n'est pas toujours suffisant ; il n'est pas toujours non plus exempt d'accidents.

Inflammation spontanée. — Quant au troisième mode de guérison, l'inflammation spontanée des parois du kyste, c'est extraordinaire comme on en compte peu de faits ; il y en a toutefois, et si on examine les deux premiers modes de guérison, on voit que l'inflammation est toujours intervenue, ce qui a échappé aux observateurs.

J'en ai vu un cas pour ma part avec MM. P. Dubois et Jobert. M. Jobert avait pensé avec nous qu'il fallait avoir recours à des ponctions successives pour empêcher l'accroissement du kyste. Quatre ponctions avaient été pratiquées, lorsque quelques jours après la quatrième, survint une péritonite horrible avec une fièvre véhémente et des vomissements ; en deux ou trois jours, le kyste prit un accroissement énorme au point de nous faire craindre une rupture. Les accidents toutefois allèrent assez rapidement en décroissant, et, six semaines après, la guérison était complète. Je répète que ces faits ne sont peut-être pas très-rares, en voilà un bien observé ; mais disons que, dans le plus grand nombre des cas, la distension a été portée au point qu'il y a eu rupture du kyste dans le péritoine, péritonite consécutive et mort au bout de quelques heures. Simpson en a cité plusieurs exemples. Dans le cas que je viens de rappeler, si les accidents mortels ont été prévenus, cela tient, selon toute probabilité, aux ponctions successives sur lesquelles nous avons insisté, M. Jobert et moi, pour empêcher que le kyste ne s'accrût.

Rupture des kystes dans le péritoine. — Il reste un quatrième mode de guérison, c'est la rupture des kystes dans le péritoine ; on ne saurait imaginer combien les exemples en sont nombreux dans la science. Pour moi, j'en ai vu trois cas, un en 1857 chez une dame qui, en se baissant pour nouer le cordon de sa bottine, sentit quelque chose se rompre dans son ventre ; il y eut péritonite et guérison du kyste. Une demoiselle anglaise, âgée de 26 ans, nous fut adressée, il y a deux ans, à M. Dubois et à moi, par un de nos confrères de Londres. Nous suivîmes les mêmes principes qu'avec la malade que nous avions vue avec M. Jobert ; nous crûmes convenable de faire la ponction chaque fois que le kyste avait atteint le volume d'une tête d'enfant ; elle subit trois ponctions à six mois d'intervalle. Un mois après la troisième ponction, en se baissant brusquement pour s'asseoir, elle sentit quelque chose se rompre dans son ventre et une péritonite horrible ne tarda pas à se manifester, telle que je n'en ai jamais vu de plus formidable, même dans l'état puerpéral. Cinq ou six jours après cependant, la malade était hors de danger. Après sa guérison, elle retourna en Angleterre et elle en revint, il y a trois mois environ, le kyste avait reparu. En septembre dernier, la malade fut envoyée aux eaux de Schwalbach, et là il y eut une nouvelle rupture du kyste. Des accidents graves s'ensuivirent comme la première fois, et, aujourd'hui encore, la malade est retenue aux eaux par suite de ces accidents.

La réapparition d'un kyste après une première rupture prouve que lors même qu'on rompt les parois du kyste, à l'imitation de ce procédé naturel, il ne s'ensuit pas toujours une guérison définitive. En rapprochant les observations, on voit que la guérison est plus rare qu'on ne l'a dit généralement. Simpson a rapporté dernièrement l'histoire d'une femme de 56 ans, chez laquelle quarante-quatre ponctions avaient été pratiquées ; à la suite d'une chute, il y eut rupture du kyste et péritonite consécutive ; le kyste s'est reproduit, mais dans des proportions qui ont rendu la ponction inutile. Bright cite un cas semblable ; deux ans après la rupture, la femme a succombé à une autre maladie ; le kyste n'avait pas reparu. M. Camus a cité, dans sa thèse, l'observation d'une femme ayant eu trois ruptures d'un kyste ovarique ; il y eut chaque fois des accidents graves, mais la malade finit par guérir. Les faits de Lews, de Froriep, sont en tout point semblables à ceux-ci. Toutes ces observations semblent modelées les unes sur les autres pour les malades qui guérissent ; ce sont des accidents inflammatoires terribles, faisant craindre une mort immédiate ; puis les accidents se modèrent, une diurèse considérable a lieu qui dure 3, 4, 6 ou 8 jours, mais les femmes se tirent d'affaire, s'il s'agit d'un kyste hématique ou simplement séreux.

C'est ce qui a donné l'idée, soutenue dans la thèse de M. Cazeaux pour le concours d'agrégation, de rompre artificiellement les parois du kyste, méthode qui a eu pour partisans M. Bonfils (de Nancy) et M. Blumdel.

Je viens de parler de faits où la rupture du kyste a été assez innocente, mais il n'en est pas toujours ainsi. M. Lasègue a vu une femme de 54 ans, chez laquelle, après quatre ponctions, le kyste, de nouveau distendu, s'est rompu. La malade paraissait guérie ; mais, au bout de 2 ans, le kyste a reparu ; cinquième ponction ; après une apparence de guérison, nouvel accroissement du kyste, rupture, accidents de péritonite intense, mort quelques jours après.

Sur 62 observations de femmes ayant eu des ruptures de kystes de l'ovaire, Tilt compte 22 morts, 2 améliorations définitives et 30 guérisons ; je mettrai ici plusieurs plusieurs points d'interrogation. Tilt admet la guérison quelques mois après la rupture ; et, les récidives peuvent avoir lieu au bout d'un beaucoup plus long temps. Chez la demoiselle anglaise, à laquelle j'ai donné des soins avec M. Dubois, la guérison paraissait complète et définitive quelques mois après la première rupture. Déjà nous triomphions, lorsqu'au bout d'un instant le kyste s'est rempli de nouveau pour se rompre encore une fois. En conséquence, les 30 guérisons rapportées par Tilt et citées par Kiwisch, ne sauraient être acceptées sans réserves. Bien des récidives auraient été constatées si les malades avaient été suivis.

Dans le GUY'S HOSPITAL REPORTS, nous trouvons un grand nombre de cas de rupture de kystes ovariques suivis de mort ou de récidives. Ces faits ont été recueillis sous les yeux de MM. Bright et Addison.

Voici de quelle manière paraissent marcher naturellement les kystes de l'ovaire ; je n'ai parlé, bien entendu, que des kystes séreux ou hématiques, et non pas des kystes mélicériques, de ceux qui contiennent des débris d'embryon, des poils. Il va sans dire que la rupture de ceux-ci dans le péritoine est nécessairement funeste.

Maintenant un mot après cet exposé de la marche naturelle des kystes de l'ovaire et du traitement médical qu'on peut leur appliquer. L'intervention médicale est nulle ; toutes les fois que le médecin intervient, il le fait sans résultat définitif. Au point de vue chirurgical, nous avons à examiner la ponction simple et la ponction suivie de l'injection iodée.

La ponction simple, telle que nous la pratiquons tous, est un moyen purement palliatif, c'est admis par tout le monde. Mais la ponction simple ne peut-elle avoir pour effet d'aggraver la maladie ? Bernous la statistique.

Nous trouvons, dans la MEDICAL GAZETTE de 1834, une statistique de M. Southam comprenant 21 cas de ponction simple. Sur ce nombre, on trouve 4 morts dès le premier jour, faits malheureux qui se classent à côté de ceux rapportés par M. Velpeau. Nous voyons encore, dans les faits de M. Southam, 3 morts dans le cours du premier mois, 14 morts avant l'année écoulée. Ainsi, avec la ponction simple, les deux tiers des femmes ont succombé dans la première année. Mais pour connaître la valeur réelle de ces faits, il faut en analyser les détails.

En 1847, le docteur Lee a rassemblé 46 observations personnelles ou recueillies dans un cercle très-peu étendu autour de lui : 3 femmes ont succombé dans les vingt-quatre heures, 6 au bout de quelques jours, 12 dans la première année, 5 dans les deux ans, 2 après trois ans, 1 au bout de six ans et une après quinze ans.

Enfin Kiwisch, sur 64 observations, trouve 9 morts dans le premier jour, 6 après la deuxième ponction, 15 après les troisième, quatrième, cinquième ou sixième ponctions ; en tout, une guérison, 3 améliorations définitives, 3 morts occasionnées par des maladies indépendantes des kystes ovariques.

Et Frank, qui ne connaissait pas ces faits, dit que la ponction n'est qu'un moyen de consolation, *solatium*, mais qu'elle aggrave la maladie.

Il y a dans tout cela du vrai et du faux ; l'interprétation des faits va nous le démontrer. Il y a quelques années, nous faisions la ponction de nécessité, lorsque le ventre avait pris des dimensions colossales, que la femme ne pouvait ni marcher, ni respirer et l'on était étonné que des femmes survécussent à plusieurs ponctions. La question d'opportunité est ici très importante. Il y a bien longtemps déjà, j'ai prescrit ou plutôt je me suis prescrit, d'opérer les kystes de l'ovaire avant que leur volume ait excédé les dimensions d'une tête d'enfant et qu'il soit survenu de la gêne dans la respiration. C'est ainsi que nous avons agi avec M. Jobert dans le cas que j'ai rappelé précédemment.

En opérant de cette façon, si la poche s'enflamme à la suite de la ponction, cette inflammation sera d'autant moins grave que la surface du kyste et le péritoine qui le revêt, auront une moindre étendue. D'un autre côté, les parois du kyste ne sont pas aussi malades et sont dès lors plus rétractiles.

Si la ponction simple et palliative entraînait le stigmate de Frank, le blâme de Southam, de Lee, de Kiwisch, il n'en est plus de même, si comme M. Jobert et moi conseillons de le faire, on n'attend pas pour pratiquer cette opération que la tumeur ait acquis un volume considérable.

A quel degré de développement du kyste, la ponction devient-elle précisément nécessaire ? Faut-il opérer quand la tumeur dépasse la ligne des pubis, quand elle a envahi la fosse iliaque, ou lorsqu'elle tend à s'élever au-dessus de l'ombilic ? Non, il faut recourir à la ponction, quand le volume du kyste étant assez notable, la poche, au lieu d'avoir la mollesse des kystes qui ne s'augmentent pas, offre cette dureté, cette tension qui indique un accroissement continu. Mais, lorsque la tumeur ne dépasse pas le volume d'une orange ou la moitié d'une tête de fœtus, nous nous abstenons, parce que, y eut-il

rupture, le danger serait nul. La ponction, en tant qu'opération palliative, ne devra être pratiquée que lorsque le kyste devra exercer une compression sur les organes voisins ou faire courir par sa rupture des dangers à la femme.

La ponction simple n'est point exempte de danger, même dans les cas favorables; M. Jobert et moi avons observé l'inflammation du kyste après la ponction faite dans les conditions que je viens d'indiquer.

Mais alors l'inflammation est à peu près sans péril, tandis que celle des larges kystes peut entraîner des accidents impossibles à apprécier d'avance aussi bien qu'à conjurer. La ponction palliative, faite dans ces conditions, est comme celle qu'on pratique dans l'hydrocèle de la tunique vaginale, un moyen puissant, utile, innocent et qui devra être préféré, dans l'immense majorité des cas, à tout autre.

J'en viens à un second moyen imité aussi de la nature, c'est celui qui consiste à produire l'inflammation du kyste, à l'aide d'un liquide irritant, soit qu'on ne laisse pas d'issue à ce liquide, soit, comme l'a fait M. Barth, en lui donnant issue au moyen d'une canule à demeure. Je suis obligé de dire que j'ai vu quelques cas de guérison; mais seront-elles durables? Je n'ai jamais consenti à ce que, dans mon service à l'hôpital ou dans ma pratique, ce moyen de traitement fût appliqué. J'ai vu cependant des femmes ainsi opérées et qui provisoirement s'en trouvent bien. Mais vous entendrez dire à des chirurgiens non fanatiques qu'ils ont des guérisons datant de deux, trois mois, six mois même. Mais ils ont des retours, au même titre que nous voyions tout à l'heure la reproduction des kystes après la rupture spontanée. Des malades opérés il y a trois ans ont eu des récidives, et des malades opérés il y a six mois ont aussi des récidives. M. Cazeaux nous dira combien il y a eu de récidives sur le nombre des cas qu'il a cités. Je vois depuis six mois une femme à laquelle on a fait une ponction et des injections iodées; il y a eu récidive, sans danger pour le moment, j'en conviens, mais qui expose la femme aux risques d'une nouvelle opération, dans un avenir plus ou moins rapproché.

Quant au liquide à préférer pour l'injection, alcool pur, iode, etc., cela regarde les chirurgiens.

Il me resterait à parler du procédé indiqué dans la thèse de M. Cazeaux, et par MM. Bonfils et Blumdel, procédé qui consiste à déterminer, à l'aide d'un instrument spécial, la rupture des kystes dans le péritoine; je laisse cela encore à discuter aux chirurgiens. Moins que personne, j'aurais le droit de m'élever contre ce procédé, car je l'ai conseillé dans l'hydropisie du péricarde. A vrai dire pourtant, les conditions sont bien différentes.

En ouvrant le péricarde, je sais que c'est de la sérosité seulement que je mets en contact avec la plèvre, tandis qu'en rompant les kystes de l'ovaire, ce peut être du liquide méliçérique ou d'autres substances prodigieusement irritantes qu'on met en contact avec le péritoine. Mieux vaut ne pas aller au devant de ce danger et en laisser l'endos à la nature.

J'aurais encore, pour ne rien omettre, à parler de l'extirpation, mais c'est aux chirurgiens seulement qu'il appartient de discuter cette question.

M. Jobert (de Lamballe) : Je me bornerai à parler, messieurs, de ce qui a rapport à la thérapeutique des kystes de l'ovaire.

La discussion, commencée dans la dernière séance et qui paraît devoir se prolonger longtemps, prouve que la science laisse beaucoup à désirer sous le rapport du traitement des kystes de l'ovaire. Une dissidence complète existe entre les opinions émises par les différents orateurs. M. Cazeaux a parlé en faveur des ponctions des kystes et des injections iodées dans leur cavité, avec un accent de franchise, un ton éloquent et doucement échauffé qui, j'en suis persuadé, aura une grande influence sur l'Académie et les médecins qui suivent cette discussion. M. Velpeau ne s'est pas montré très-partisan des ponctions avec injections iodées, et c'est un malheur pour cette méthode de traitement.

M. Moreau n'a presque toujours vu que des insuccès, ce qui le met dans la position de n'accepter aucune thérapeutique. M. Trousseau vient de nous dire ce qu'il a vu lui-même et ce qu'il a trouvé inscrit dans les ouvrages étrangers. Il y a, dans les auteurs français des documents importants qu'il ne paraît pas avoir connus; c'est de ces faits que je veux parler.

Les kystes ovariens peuvent guérir spontanément à l'aide d'une médecine peu active. Delpech rapporte qu'une jeune dame, qui portait un kyste de l'ovaire, fut soumise à un régime sévère, après avoir éprouvé quelques douleurs. La tumeur durcit et se rédnisit, au bout de quelques mois, au volume d'un œuf, probablement par suite d'un travail inflammatoire. Après d'assez longues oscillations d'accroissement et de diminution, l'absorption finit par l'emporter sur l'exhalation et le liquide disparut.

Ordinairement les kystes de l'ovaire ne guérissent pas ainsi, mais par une inflammation provoquée par le chirurgien. On a dit que c'était quelquefois par bourgeonnement qu'avait lieu l'accollement de leurs parois; je n'en connais pas d'exemple, mais ce que j'ai observé bien des fois déjà, ce sont des guérisons dues à une inflammation spontanée ou provoquée.

Quels sont les moyens à mettre en usage? La ponction simple ou avec fistule, les ponctions multiples, les ponctions suivies d'injections iodées, l'électricité.

La ponction simple, palliative, est assez généralement regardée comme une opération exempte de danger; on ne s'occupe en aucune manière du procédé à mettre en usage. Cependant rien n'est plus grave dans certaines circonstances. Si le kyste est adhérent, peu importe le procédé, la ponction ne déterminera jamais d'accidents sérieux. Mais si, au contraire, il s'agit d'un kyste mobile, flottant dans l'abdomen, le liquide peut s'écouler dans la cavité péritonéale et la malade pourra succomber, au bout de quelques heures ou peu de jours après, aux suites d'une péronite diffuse. Delpech rapporte précisément un cas de ce genre; la mort est survenue quelques heures après la ponction sous l'influence d'une péritonite, mais la blessure d'une grosse artère, ouverte par le trocart, peut en être également accusée. J'ai observé un fait très-curieux; une jeune fille était opérée par un chirurgien des hôpitaux de Paris; vers la fin de l'opération, un prolongement membraneux, émanant du kyste, fut excisé avec des ciseaux. Quelques heures après, la jeune fille avait succombé à une péritonite diffuse. A l'autopsie, on trouva répandu dans le péritoine le liquide du kyste, liquide d'ailleurs simplement séreux. Ceci démontre que la ponction simple peut donner lieu à des accidents. On les évitera en laissant la canule en place après la ponction, afin de déterminer des adhérences entre les surfaces contiguës du kyste et de la paroi abdominale.

C'est ainsi que j'ai l'habitude de pratiquer l'opération, et jamais je n'ai vu survenir d'accidents. La ponction purement évacuative amène rarement la guérison; mais on obtient ce résultat avec des ponctions multiples. Dans ce cas, un travail inflammatoire se produit dans la tumeur, de la matière plastique qui s'y épanche et enfin la poche s'oblitère. J'ai deux faits qui démontrent d'une manière rigoureuse ce que j'avance; j'ai constaté la guérison définitive chez l'une d'elles après un laps de temps suffisant; l'autre a été perdue de vue alors que nous avions lieu de la croire guérie.

Une question très-importante, selon moi, c'est celle-ci : peut-on établir sans inconvénients une fistule à la suite d'une ponction? M. Barth l'a pensé. Déjà, Delpech avait démontré qu'on pouvait établir des adhérences; des accidents avaient suivi ses tentatives.

Une femme qui avait subi 13 ponctions sans inconvénient aucun, ayant présenté de nouveau une distension énorme du ventre, Delpech voulut, à la 14e ponction, établir un écoulement continu, en substituant à la canule du trocart une sonde en gomme élastique. La malade succomba au bout d'un mois, après un travail inflammatoire qui avait envahi toute la tumeur. A l'autopsie, on trouva une grande quantité de matière purulente dans l'ovaire, mélangée d'un liquide sanglant et fétide. La poche était très-réduite, on aurait pu y injecter tout au plus deux litres de liquide, tandis que dans le principe elle en eût facilement admis 20 litres. L'opération de notre collègue, M. Barth, se rapproche du procédé de Delpech et me paraît avoir les mêmes inconvénients.

J'arrive aux injections iodées; j'ai introduit dans des kystes de l'ovaire la teinture d'iode pure ou mélangée d'eau; jamais je n'ai vu d'accidents survenir. J'ai pratiqué au moins trente fois cette opération et je dois avouer que plusieurs malades me sont revenues à la guérison desquelles j'avais cru d'abord. J'ai opéré, entre autres, une Anglaise qui n'a eu qu'une amélioration très-momentanée. L'injection iodée, loin de déterminer des accidents inflammatoires, modifie le travail phlegmasique, de même que l'injection dans la tunique vaginale, employée contre l'hydrocèle, modère instantanément les symptômes de l'orchite.

L'analogie est d'ailleurs extrême entre ce qui se passe dans la tunique vaginale, après l'opération de l'hydrocèle, et ce qui a lieu après une injection iodée dans les kystes ovariques. Toutes les fois que j'ai injecté de l'iode dans un de ces kystes, j'ai vu le liquide se reproduire du jour au lendemain et la poche reprendre ses dimensions premières; puis le liquide s'épaissit, subit des modifications, se concrète. Je pourrais citer un assez grand nombre de personnes que j'ai guéries par la ponction et l'injection iodée; chez l'une d'elles, la guérison se maintient depuis six ans. Chez une de mes opérées, la tumeur, qui avait d'abord existé à droite, s'est reproduite à gauche. Je regarde donc comme tout à fait inoffensive la teinture d'iode injectée dans ces kystes, à la condition de ne pas agir sur des kystes qui présenteraient de trop larges surfaces à l'inflammation.

Doit-on injecter de l'iode dans tous les kystes; évidemment non. Il faut bien s'en donner de garde dans les kystes à parois cartilagineuses, dans ceux qui sont compliqués de cancer de l'ovaire. On s'exposerait alors à déterminer un travail phlegmasique qui aurait pour résultat d'augmenter le volume de la tumeur et d'exposer les malades à de redoutables accidents. On regarde généralement comme au-dessus des ressources de l'art les kystes multiloculaires. J'avais proposé l'injection iodée dans un cas de ce genre, on a pensé que la guérison ne pourrait être obtenue de cette façon. J'ai cependant obtenu un résultat complétement satisfaisant, dans un cas de tumeur multiloculaire de la glande thyroïde, en injectant de l'iode dans une des vésicules; il est probable que le liquide passe par endosmose dans les vésicules voisines. J'ai vu guérir aussi la femme d'un garde du Raincy, affectée d'un kyste multiloculaire de l'ovaire; la tumeur disparut après un travail inflammatoire. Chez cette malade, je ne fis pas la ponction, j'eus recours à l'électricité; cinq ou six séances suffirent à déterminer la coagulation du liquide; il survint seulement un peu de sensibilité au niveau des points traversés par les aiguilles; mais il n'y eut aucune inflammation diffuse et, deux ans après, la tumeur s'affaissa complétement; il ne reste plus qu'une induration circonscrite sur le côté gauche du bassin.

En résumé, dans mon opinion, la ponction palliative n'a pas de gravité quand des adhérences sont établies entre des kystes et la paroi abdominale. La ponction avec fistule est une opération dangereuse. Les injections iodées et l'électricité produite avec des appareils d'induction sont des moyens inoffensifs, quand on les manie avec précaution, et ces moyens peuvent amener la guérison des kystes, sans que nous sachions bien les phénomènes que déterminent ces agents. Voilà ce que j'avais à dire du traitement des kystes de l'ovaire.

TUMEUR INTRA-CRANIENNE.

M. le docteur Pritevin du Mrtel présente une pièce anatomique qui con-

siste en une tumeur développée entre la moitié gauche de la protubérance et l'hémisphère correspondant du cervelet. Cette tumeur n'adhérait à la protubérance que par quelques tractus vasculaires; la racine sensitive de la cinquième paire, tiraillée par un de ces tractus, était déplacée. Sur le cerveau au niveau du lobe sphénoïdal, sur le cervelet et la protubérance, on apercevait une dépression très-marquée, dans laquelle la tumeur était logée; le bulbe était incurvé à droite; le lobule pneumo-gastrique était réduit à l'épaisseur d'une lame mince. Le tissu de la tumeur avait la consistance du tubercule.

L'individu qui portait cette tumeur était frappé d'imbécillité depuis l'âge de 19 ans, et il a succombé à l'âge de 53 ans. Il n'a présenté aucun phénomène de paralysie du mouvement ou de la sensibilité, mais seulement des allures insolites; il portait habituellement le corps incliné en avant, la tête penchée à gauche et agitée d'un mouvement restreint de rotation. De temps en temps, et à des périodes très-irrégulières, il avait des accès de frénésie vertigineuse, dans lesquels il poussait des cris de bête fauve et développait en quelques instants la somme du mouvement accumulée dans de longues périodes d'inertie.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION DE PARIS. — Tome III. — Paris, chez J. Baillière, 1856.

(Deuxième article. — Voir le numéro 41.)

Les recherches sur le *délire aigu des épileptiques* portent sur des matériaux recueillis en 1842, à Bicêtre, dans le service de Leuret, dont M. J. Cossy était alors l'interne. Sur les 115 épileptiques observés 49 étaient ou idiots ou atteints d'aliénation mentale continue; les 66 restants offraient dans plus de la moitié des cas un état plus ou moins obtus des facultés intellectuelles. Ils se divisaient, sous ce rapport, de la manière suivante: 20 avaient éprouvé antérieurement quelques troubles de l'intelligence, mal définis; 32 n'avaient déliré à aucune époque; 14 avaient été atteints de délire a une, deux ou trois reprises. C'est cette dernière lésion des facultés intellectuelles que M. Cossy a étudiée.

Sur 22 accès ou atteintes de délire dont il a été témoin chez les épileptiques, 5 fois le délire a été tranquille. Cet accident a pris naissance, dans tous les cas, à la suite d'accès épileptiques intenses et répétés. « L'œil était brillant, le regard un peu vague, et la figure, plus » colorée qu'à l'ordinaire, exprimait, chez les uns, la joie et la gaîté; » chez les autres, elle était morne et sombre. » Ce trouble de l'intelligence disparut complétement après un long sommeil. Dans les 17 cas de délire agité, 4 fois il y eut au début un délire tranquille; 2 fois le délire éclata sans symptômes précurseurs, 11 fois il y eut des prodromes qui varièrent de quelques heures à six jours. « Dans 14 cas, aux pre» miers moments du délire, les malades, libres encore, se promenaient » ou couraient sans but apparent, l'air égaré, criant, gesticulant, et, » dans quelques cas, poussés par une aveugle fureur, frappant les » personnes qui se trouvaient sur leur passage.... La perturbation de » l'intelligence était complète. Les malades chantaient, poussaient des » cris éclatants, tenaient des propos décousus et sans suite. Leur pa» role était haute, rapide, souvent interrompue par des clameurs et de » bruyants éclats de rire. » Il y eut chez tous ces sujets une insomnie plus ou moins marquée, une exagération de la finesse de l'ouïe chez quelques-uns, une dilatation de la pupille dans quelques cas.

Le délire agité des épileptiques est tout à fait comparable à la *fureur* des aliénés, avec laquelle il offre, comme on le voit, une ressemblance frappante. La durée du délire tranquille a varié de 2 à 5 jours; celle du délire agité a été de 16 heures à 15 jours. Un seul malade a succombé au déclin du délire, à la suite d'accès fréquents d'épilepsie. C'est en tenant compte des antécédents, de la marche de la maladie et des symptômes concomitants, qu'on arrive à pouvoir distinguer le délire des épileptiques de celui de la méningite aiguë, de l'encéphalite, de certaines fièvres typhoïdes, du delirium tremens, de l'intoxication saturnine. Il nous est impossible de suivre plus loin l'auteur dans le détail des observations ou des faits qu'il passe en revue. Il étudie successivement, avec un grand soin d'analyse, la marche de l'épilepsie pendant la durée et dans les intervalles du délire, le retour et l'enchaînement des atteintes de délire; puis il passe en revue les influences diverses qui paraissent avoir agi sur la manifestation de ce symptôme. On regrette, en lisant cet exposé si détaillé de faits consciencieusement observés, que l'auteur n'ait pas observé un plus grand nombre de cas relatifs à cette importante complication de l'épilepsie, sur laquelle il y a encore tant de données indéterminées.

Le travail de M. Oulmont sur les oblitérations de la veine cave supérieure, est basé sur l'analyse de 19 observations, dont 3 ont été recueillies par l'auteur. Parmi les oblitérations de la veine cave supérieure, il y en a qui ont lieu par concrétions sanguines, et dans lesquelles la phlébite localisée, ou une dyscrasie particulière du sang semble être la cause de l'oblitération; d'autres oblitérations sont dues à la compression produite par des tumeurs tuberculeuses, cancéreuses, anévrismatiques. Les symptômes suivants ont été notés: Au début, toux et dypsnée, orthopnée intense, crachats sanguinolents ou sanglants, quelquefois hémoptysie ou vomissement de sang, palpitations. D'autres fois, les premiers signes notés sont la céphalalgie, les vertiges. L'œdème de la face, du cou, des extrémités supérieures du thorax, peut exister dès le début; ordinairement il survient après les premiers accidents et constitue l'un des phénomènes séméiotiques les plus importants. « Les parties œdématiées ne tardent pas à prendre une teinte bleuâtre qui est marquée surtout à la face, à laquelle elle donne l'apparence de la cyanose, et qui augmente sous l'influence des efforts de la toux, etc. » Souvent le pouls ne devient fébrile que dans la période ultime de la maladie, quand l'œdème des bras, de la poitrine, de la face a augmenté, que les phénomènes cérébraux sont devenus plus graves, qu'il y a du délire, du coma, de l'agitation, des accès de suffocation.

L'anévrisme variqueux de l'aorte et de la veine cave supérieure, dont quelques cas existent dans la science, donne lieu à des symptômes assez analogues à ceux de l'oblitération veineuse dont nous nous occupons; mais, dans cette affection, le début est plutôt brusque, la teinte cyanosée et l'œdème se montrent rapidement, il y a plus souvent des accidents cérébraux graves; de plus, la marche de l'anévrisme variqueux est plus rapide; la durée de la maladie a varié, dans les trois cas publiés, de 3 à 10 jours, tandis que dans les oblitérations, la durée de la maladie a été beaucoup plus longue, de 11 jours à 5 mois. Quand à ces traits assez caractéristiques se joint un bruit de souffle dans la région précordiale, et surtout quand ce bruit s'accompagne de souffle et de frémissement vibratoire le long des vaisseaux du cou, l'existence de l'anévrisme artérioso-veineux ne peut plus être mise en doute.

Voilà pour les symptômes propres à l'oblitération de la veine cave supérieure; mais, avant cette lésion, il y a le plus souvent des troubles divers produits par la *cause de l'oblitération*, cancer, tubercules, anévrisme, etc. C'est là l'écueil du diagnostic. M. Oulmont énumère parmi les signes des tumeurs intro-thoraciques solides: une dyspnée très-considérable avec orthopnée et accès de suffocation; une matité complète de l'un des côtés de la poitrine, avec vibration des parois thoraciques, souffle bronchique, respiration faible, expiration prolongée; quelquefois la bronchophonie ou l'égophonie, d'autres fois l'absence du bruit respiratoire. Les signes particuliers des anévrismes de l'aorte dans les cas examinés sont: une dyspnée extrême, un sentiment d'anxiété, une voussure à la partie supérieure du sternum, avec matité plus ou moins étendue, le double battement, indépendant de celui du cœur, ou bien un bruit sourd et des battements à peine sensibles, isochrones à ceux du pouls, une tumeur pulsatile, l'inégalité du pouls des artères radiales. Ce sont les signes connus; il en est de même de ceux qui indiquent l'existence de l'oblitération.

Il eût été désirable que l'auteur eût présenté le tableau de tous les faits publiés: d'une part les symptômes notés par les différents observateurs, d'autre part ceux qu'il a observés lui-même. On eût mieux vu, sous cette forme, le mérite des observations nouvelles, leur degré de précision, et le lecteur eût distingué plus facilement, en lisant ce travail, la part des faits nouveaux et les progrès accomplis.

Les recherches de M. Barth sur la *dilatation des bronches* terminent ce volume des Mémoires de la Société d'observation, et je n'hésite point à dire qu'elles en forment la partie la plus importante. Depuis 1855, l'auteur a poursuivi l'étude de cette question pathologique, et il a pu observer par lui-même 55 cas de dilatation plus ou moins prononcée des bronches. Le total des faits qui servent de base aux conclusions est de 62, dont 43 ont été confirmés par l'examen nécroscopique.

La dilatation des bronches siége un peu plus souvent dans un seul côté de la poitrine que dans les deux. Sur 26 cas de dilatation unilatérale 13 fois elle siégeait à gauche, 11 fois à droite; sur 17 cas de dilatation bilatérale la lésion existait le plus souvent au même degré des deux côtés; elle a aussi été notée presque aussi souvent au sommet qu'à la base des poumons. « La dilatation porte tantôt sur » les premières divisions bronchiques, tantôt plus spécialement sur » les rameaux de deuxième et de troisième ordre. Quelquefois la dila» tation des gros tuyaux s'étend le long de la bronche principale jus» qu'à la trachée qui a subi elle-même un élargissement manifeste. »

Quelquefois on trouve des rameaux bronchiques dilatés isolément; rarement la dilatation porte sur les bronches des deux poumons ou sur toutes les bronches d'un poumon. Le plus souvent la dilatation porte sur un certain nombre de bronches; on la trouve alors fréquemment limitée aux deux lobes inférieurs, ou aux deux lobes supérieurs, ou plus souvent localisée dans un seul lobe, dont presque tous les tubes aérifères sont alors dilatés.

La forme des tubes dilatés varie : le plus souvent les radicules bronchiques deviennent *fusiformes* ou irrégulièrement *sphéroïdes*. Souvent, après s'être progressivement élargies, elles se terminent brusquement en cul-de-sac; souvent le diamètre des bronches augmente progressivement jusqu'à 1 ou 5 centimètres de la plèvre puis se rétrécit brusquement au delà; assez rarement les canaux aériens, au lieu de se rétrécir graduellement, comme dans l'état normal, conservent leur diamètre jusqu'à la surface des poumons; rarement aussi les canaux aériens étaient alternativement dilatés et rétrécis. « Au delà du point dilaté, » les tuyaux bronchiques se rétrécissent d'ordinaire très-rapidement; » parfois même ils s'oblitèrent de manière à ne se retrouver, après la » dilatation, que sous forme de petits cordons solides. Plus souvent les » dilatations se terminent en un cul-de-sac au delà duquel on ne peut » plus reconnaître le tissu des bronches. » M. Barth a vu ainsi la principale division bronchique destinée au sommet d'un poumon complétement oblitérée à son origine. «Tout le lobe supérieur était converti en » un grand nombre de loges adossées les unes aux autres, presque sans » trace de tissu pulmonaire entre elles et tapissées partout par une mem- » brane rosée ayant tous les caractères de la muqueuse bronchique. » Un seul petit tuyau perméable s'ouvrait dans les loges décrites. »

Les bronches, ainsi dilatées, ne se vident point facilement du mucus qu'elles contiennent, surtout quand elles sont situées à la base des poumons; le liquide qu'elles contiennent est le plus souvent opaque, puriforme, quelquefois fétide, quelquefois à demi concrété. Dans certains cas, les dilatations ainsi remplies et situées au voisinage de la plèvre pouvaient être prises pour des tubercules ou de petits abcès parenchymateux.

Généralement la partie du poumon où siége la lésion est rapetissée; elle a subi une sorte de retrait; le tissu pulmonaire est mou, flasque, compacte, mais résistant, infiltré de matière mélanique, quelquefois induré. D'autres lésions existent concurremment avec les dilatations bronchiques; leur fréquence est représentée par les chiffres suivants : l'emphysème pulmonaire 11 fois, la pneumonie sous des formes diverses 18 fois, l'engouement œdémateux 4 fois, l'apoplexie 1 fois, la gangrène 3 fois, les tubercules, 11 fois; 2 fois seulement on ne rencontra que la dilatation bronchique. Dans presque tous les cas, la plèvre pulmonaire était adhérente à la plèvre dorsale par un tissu cellulo-fibreux. L'étude de ces différentes lésions concomitantes des dilatations bronchiques a permis à M. Barth de suivre le mécanisme de leur production. L'influence des pleurésies antérieures est mise ainsi hors de doute, de même que celle des inflammations chroniques du poumon ou des bronches.

Parmi les *symptômes* il faut noter avec l'auteur un sentiment de gêne dans la région de la poitrine qui est le siége du mal; une oppression modérée, une toux grasse, humide par quintes éloignées les unes des autres; une expectoration facile, quelquefois comme par flots, 300, 400 grammes par jour; des crachats pris en masse homogène ou partiellement aérés, un affaissement ou un rétrécissement du thorax au niveau du point malade avec son d'autant plus obscur que la dilatation bronchique est plus considérable et le poumon plus atrophié; une respiration rude, bronchique et caverneuse, masquée par intervalles ou complétement remplacée par des râles muqueux; le retentissement tubaire ou caverneux de la voix. La durée la maladie est excessivement variable; elle peut être courte ou se prolonger indéfiniment; l'étendue de la dilatation et surtout le nombre et la gravité des complications influent considérablement sur la marche et la terminaison de cette affection. Elle commence par un catarrhe pulmonaire, accompagné d'engouement du poumon ou de pleurésie; ce catarrhe se prolonge et tend à se perpétuer; des affections intercurrentes surviennent et quelquefois emportent les malades.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans l'étude qu'il fait du diagnostic différentiel de la dilatation des bronches et des excavations consécutives à la *fonte d'une gangrène pulmonaire limitée* et de la *pleurésie chronique avec épanchement purulent circonscrit ouvert dans les bronches*, et de la *phthisie pulmonaire*. Treize observations sont citées in extenso dans le cet important mémoire; elles témoignent d'une sérieuse investigation au lit des malades et dans les recherches anatomiques; elles portent, comme le travail entier, le cachet d'un esprit sûr, positif, et d'un jugement excellent, qualités qu'on est habitué à trouver réunies dans les productions M. Barth.

Nous avons passé sous silence le mémoire de M. Lebert sur les *cancroïdes cutanés*. Les travaux de notre savant collaborateur sur ce chapitre important de la pathologie sont bien connus des lecteurs de la *Gazette*. Ils datent de 1845, époque à laquelle il a publié sa *Physiologie pathologique*. Depuis lors le *Traité des maladies cancéreuses et des affections confondues avec le cancer*, un mémoire publié dans le *Recueil de la Société de chirurgie de Paris*, ont présenté avec des développements considérables les idées de l'auteur et les déductions des faits nombreux qu'il a étudiés. Dans le mémoire que nous avons sous les yeux, M. Lebert a réuni les observations sur lesquelles il fonde sa doctrine; il les passe en revue et en présente la substance sous une forme plus pratique. Les qualités réunies du micrographe consommé et du clinicien donnent à ce travail une nouvelle valeur.

L'analyse des travaux tout à fait nouveaux ou peu connus exige un développement plus grand que l'appréciation pure et simple des œuvres classiques. Les mémoires de la Société d'observation méritaient sous ce rapport une étude approfondie. Nous avons dit déjà que le plan et le but de ces travaux ne portent que sur des points isolés de la pathologie, il faut y voir surtout une œuvre d'analyse. A ce point de vue qui est celui de la société d'observation, on peut demander à ses mémoires une récolte plus abondante de faits, la comparaison de ces faits avec ceux qui ont été publiés antérieurement, un exposé plus complet de l'état actuel de la pathologie sur chacune des questions examinées, des conclusions plus nettement établies; mais nulle part on ne trouvera une plus scrupuleuse exactitude dans les descriptions des faits, une sobriété plus grande dans les déductions. Ces qualités, qui ont déjà fait la réputation de cette publication, assurent au nouveau volume un succès bien mérité.

THOLOZAN.

VARIÉTÉS.

— Le lundi 3 novembre commenceront les cours et les examens de la Faculté de médecine de Paris; mais la séance solennelle de rentrée et la distribution des prix n'auront lieu que le samedi 15.

M. le professeur Natalis Guillot prononcera l'éloge de Requin.

Les registres d'inscription seront ouverts à partir du 3 novembre.

— Le concours pour l'internat et le prix des externes a commencé hier 22 octobre. La question écrite est la suivante : « Muqueuse du larynx; diagnostic différentiel du croup et du faux croup : indications de la trachéotomie. »

— M. le ministre de l'instruction publique et des cultes vient d'inviter la Faculté de médecine de Strasbourg et le conseil académique à faire une présentation de candidats pour la chaire de médecine opératoire, vacante dans ladite Faculté depuis le décès de M. Marchal.

— M. le docteur Thore père, l'un des plus habiles et des plus honorables praticiens des environs de Paris, vient de succomber à une attaque d'apoplexie.

Depuis plus de cinquante ans, M. Thore exerçait la médecine à Sceaux, où il laisse un fils dont nos lecteurs ont souvent pu apprécier le mérite par les intéressantes observations qu'il a publiées dans la GAZETTE.

— M. le docteur Barraud, ancien interne des hôpitaux, ancien prosecteur à l'École de médecine de Lyon, vient de mourir dans cette ville, à l'âge de 45 ans.

— Nous apprenons la mort de M. le docteur Dozy, membre de l'Académie royale des sciences d'Amsterdam.

— M. le docteur Verguin, médecin à Enghien-les-Bains, vient d'être nommé médecin de la salle d'asile de la commune d'Eaux-Bonnes.

— Le choléra continue à sévir en Espagne, mais il n'a nullement pris un caractère alarmant; il est presque nul à Madrid.

— A la Villa-Real de Santo-Antonio (Portugal), on a compté, en juin dernier, 46 cas de choléra, dont 23 décès; et en juillet, 60 cholériques et 18 morts. Mais à la fin de juillet, l'épidémie était en décroissance.

— On parle depuis assez longtemps de supprimer l'hôpital des Cliniques, qui fait face à l'École de médecine. Nous croyons savoir en outre qu'il est sérieusement question, si ce projet se réalise, de remplacer cet hôpital par l'Académie de médecine, au moyen de travaux d'appropriation qu'on dit faciles à exécuter.

— Dans une réunion de MM. les professeurs particuliers de l'École pratique, il a été décidé qu'un avis serait inséré dans les journaux de médecine pour inviter MM. les professeurs qui désirent faire des cours à l'École pratique à rédiger d'avance l'annonce de leur cours, afin qu'après la distribution des amphithéâtres (distribution qui doit avoir lieu à la Faculté mercredi 29) on se réunisse immédiatement à l'École pratique pour rédiger, séance tenante, l'affiche générale, et qu'elle soit posée dans le plus bref délai.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DES SCIENCES : THÉORIE DU CHOC DU CŒUR.

Dans sa séance du 13 octobre, l'Académie des sciences a encore vu comparaître devant elle la théorie du choc précordial par suite de la force hydrodynamique dite de recul.

Nous croyions que les conséquences de l'intéressant travail présenté à l'Académie par MM. Chauveau et Faivre avaient dû fixer l'opinion sur ce point déjà bien disputé. Il n'en était rien. M. le docteur Hiffelsheim, comparant toujours le cœur à une poche contractile non suspendue (1), ou à un céphalopode plongé librement dans un liquide, est venu offrir de nouvelles expérimentations à l'appui de sa théorie.

« Si le choc du cœur, s'est dit M. Hiffelsheim, est l'effet d'un mou» vement de recul, résultant de la sortie du sang par les orifices arté» riels, le choc contre les parois thoraciques sera supprimé, alors que » le sang ne sortira plus du cœur. »

Sur cette proposition nécessaire, mais non logiquement suffisante, M. Hiffelsheim institue des expériences, ouvre des animaux vivants, lie successivement les veines caves, les artères aorte et pulmonaire, et reconnaît que :

1° La ligature complète des veines caves fait bientôt disparaître le choc thoracique, malgré la persistance des mouvements relatifs du cœur ;

2° La ligature de l'aorte produit un effet identique, il est vrai à un degré moindre.

Faits qui prouvent, ajoute M. Hiffelsheim, « l'influence du sang sur » le choc thoracique, l'influence plus spéciale de l'issue du sang par » les artères aorte et pulmonaire. »

Mais, qu'est-ce à dire ? ces points n'étaient pas en discussion. MM. Chauveau et Faivre ont montré dernièrement avec toute évidence que le sang chassé des ventricules, distendant les tuyaux artériels suspenseurs du cœur, les allongeait, laissait alors descendre la scissure coronaire pendant la systole, et que ce mouvement de descente, coïncidant avec la torsion instantanée du cœur sur lui-même, son brusque passage de la mollesse à la dureté, amenait le choc précordial.

Or, ces auteurs, en établissant péremptoirement ces deux points, avaient vu plus particulièrement le fait du choc dans l'instantanéité du changement de forme et de consistance des parois du cœur avec celles du thorax. Mais le fait de la descente de la scissure coronaire vers la pointe, simultanée avec cette modification, peut et doit aussi avoir sa part d'influence dans l'effet final.

Or, si l'on suppose que les grandes perturbations qu'éprouve, dans les actes fondamentaux de sa vie, l'animal soumis à l'expérimentation par M. Hiffelsheim n'altèrent en rien les phénomènes dont il est ici question, ces expérimentations montrent seulement que cette dernière circonstance, l'abaissement de la base du cœur, joue aussi son rôle dans le phénomène. Rien de plus.

En effet, que l'on interdise l'afflux du sang dans le cœur (ligature des veines caves), ou que l'on s'oppose à sa sortie (ligature des artères), la distension des tuyaux suspenseurs de l'organe ne peut plus avoir lieu. Dès lors, la base du cœur ne descend pas, et la torsion du cœur, si elle a lieu, ne se produit peut-être plus dans un contact assez immédiat avec la paroi thoracique, ou avec assez de force pour y produire un choc.

Et d'ailleurs se tord-il même le cœur, quand l'aorte et l'artère pulmonaire sont liées, que l'organe est ainsi gonflé, distendu par le sang?

Et comment oser conclure des phénomènes observés dans un état aussi cruellement anormal, à ce qui se passe et s'accomplit pendant le jeu régulier de la vie.

Et remarquez que nous ne parlons pas ici de l'état d'anxiété qui accompagne nécessairement l'ouverture de la poitrine ; mais de cet état profondément troublé d'un cœur gonflé, sur-distendu par le sang, et faisant de vains efforts pour s'en débarrasser.

Concluons donc que les dernières vivisections de M. le docteur Hiffelsheim ne jettent point une lumière nouvelle sur la question ; ajoutons même que si elles amenaient un élément nouveau, on ne pourrait l'accueillir qu'avec une extrême réserve, en ce qu'il reposerait sur un état des animaux par trop éloigné de leur condition physiologique. Partant il n'est pas temps encore de modifier, au point de vue de la théorie de la force hydrodynamique de recul, les opinions accréditées aujourd'hui sur la matière et en particulier les conséquences finales des travaux de MM. Chauveau et Faivre.

Dr GIRAUD-TEULON.

(1) Devons-nous revenir sur ce que nous avons dit déjà quant à l'inexactitude de la comparaison faite entre le cœur et une poche contractile *non suspendue*. Redirons-nous encore que la force hydrodynamique de recul qui pèse sur le fond de la poche opposé à l'orifice, n'est que la réaction de la tendance qui rapproche ces deux points opposés ; que par conséquent cette force rétropulsive de la poche ne saurait surpasser sa propre et première tendance vers la base du cœur, et se manifester par un effet sensible en arrière. Voilà pour la théorie.

Quant au fait, les observations de MM. Chauveau et Faivre ont démontré que la pointe du cœur ne bougeait pas, ne reculait pas, ne s'abaissait pas. Donc il n'y a pas, dans le phénomène de recul, hydrodynamique observable ; car il est visible que si petit qu'il fût, il se montrerait nécessairement et primitivement en ce point d'application de la force dont il serait l'effet.

Maintenant, dira-t-on : mais le cercle d'orifice, la scissure coronaire, s'abaisse ; pourquoi ?

Les expérimentations des physiologistes lyonnais répondent : Parce que les tuyaux suspenseurs de l'organe, les tubes artériels distendus par le sang et élastiques, cèdent à cette distension et s'allongent. Le cercle de suspension n'est pas absolument fixe ; s'il l'était, on eut forcément observé l'ascension de la pointe ; car la base et la pointe sont attirées l'une vers l'autre avec une tendance *au moins* égale à la force de recul théorique, effet de cette attraction réciproque. L'extrémité libre se porte nécessairement vers celle qui se trouve relativement la plus fixe Or, suivant que ce mouvement s'exercera dans le sens de la force de recul, comme dans le céphalopode ou les poches des appareils de M. Hiffelsheim, ou dans un sens opposé, comme dans le cœur, la force hydrodynamique de recul sera perceptible et efficace ou, au contraire, complétement annulée ou au moins nécessairement dominée. Ce dernier cas est celui du cœur.

FEUILLETON.

ÉTUDES MÉDICALES SUR QUELQUES POËTES ANCIENS ET MODERNES.

MARTIAL.

(Suite. — Voir les nos 34, 37, 38 et 41.)

Les cosmétiques jouaient un grand rôle chez les Romains ; notre poëte en parle dans vingt endroits de son recueil, et peut-être ne nous y serions-nous pas arrêté si ce chapitre ne contenait quelques particularités assez intéressantes. Les antiquaires de profession connaissent une foule d'instruments trouvés dans les maisons de Pompéia et même dans des tombeaux de quelques élégantes Romaines, et cet arsenal ne laisse pas de doute sur l'art avec lequel les femmes parvenaient à suppléer la nature. On a écrit de gros livres sur cette matière délicate, et il serait facile d'étaler une érudition toute faite dans certains traités d'hygiène ; mais je préfère demander à Martial des renseignements plus directs, et vous allez voir qu'il est aisé d'en trouver dans son recueil. Parlons d'abord de Lælia qui abuse vraiment de la prothèse (n° 23, livre 12.)

Dentibus atque comis, nec te pudet, uteris emptis.
Quid facies oculo, Lælia ? non emitur.

Dents et cheveux, achetés par toi ; tu n'as pas honte de t'en servir ; mais, Lælia, comment remplacer l'œil absent ? On n'en vend pas ! Ainsi l'on pouvait pour de l'argent regarnir sa mâchoire. Martial dit tout crûment à deux dames, Thaïs et Lucania :

Thais habet nigros, niveos Lucania, dentes.
Quæ ratio est ? emptos hæc habet, illa suos.

La première a celles de l'art, l'autre celles de la nature ; nous avons vu que le dentiste Cascellius était un habile homme ; les coiffeurs tenaient magasin de chevelures où Fabulla venait faire ses emplettes :

Jurat capillos esse, quos emit, suos,
Fabulla : numquid, Paulle, pejerat ? nego.

Ils sont à elle, elle les a payés. Elle ne ment pas, Paulus, j'en conviens ; mais on ne savait pas encore fabriquer des yeux artificiels, les borgnes ne pouvaient céler cette difformité, et je voudrais bien connaître le nom de l'artiste qui a le mérite d'une telle invention. Martial se moque souvent des yeux malades, détruits, des borgnes ; mais de quoi et de qui ne se moque-t-il pas ? Cette pauvre Philenis (n° 22, livre) n'a qu'un œil, et celui-ci est tel qu'elle gagnerait à être aveugle :

HYGIÈNE PUBLIQUE.

CONSERVATION DES SUBSTANCES ALIMENTAIRES; par M. POGGIALE.

La viande forme avec le pain, la base de l'alimentation de l'homme, et de toutes les substances alimentaires généralement usitées, c'est elle qui présente l'équivalent nutritif le plus élevé ; elle renferme, en effet, lorsqu'elle est desséchée, 70 pour 100 de fibrine, et la chimie a démontré que la fibrine du sang et celle de la viande, ont exactement la même composition. Malheureusement la viande de boucherie est insuffisante pour l'alimentation publique. Cette circonstance a fait naître naturellement la pensée de chercher cet aliment dans les pays où il se trouve en abondance, et on a proposé, pour en assurer la conservation, un grand nombre de procédés. La conservation de la viande et des substances alimentaires en général est donc une des questions qui intéressent au plus haut degré, l'alimentation de la population, et qui méritent le plus sérieux examen au point de vue de l'hygiène publique. J'ai participé depuis trois ans aux travaux de diverses commissions chargées d'examiner les tentatives qui ont été faites dans le but d'obtenir ce résultat et j'espère qu'il sera utile pour la science et pour la pratique de publier les faits que j'ai observés.

Après la mort la force vitale ne s'opposant plus à l'action des forces physiques ou chimiques, les matières organiques présentent des phénomènes particuliers auxquels on a donné le nom de fermentation. Les éléments organiques forment alors des combinaisons plus simples et cette transformation s'opère par des réactions qui n'ont aucune analogie avec les décompositions chimiques ordinaires.

Personne n'ignore que les matières organiques ne se putréfient que sous l'influence de l'eau, de l'oxygène et d'une température convenable, et que si elles sont soustraites à l'action de l'un de ces agents, elles ne fermentent pas. Aussi tous les procédés qui ont été imaginés pour la conservation des aliments, sont basés sur ces données élémentaires. Soustraction de l'air, expulsion de l'eau et une basse température, tels sont les moyens généraux qui ont été mis en pratique sous mille formes.

CONSERVATION DES VIANDES.

Le procédé d'Appert, qu'il convient d'exposer en quelques mots, est une des plus belles conquêtes de la science moderne. Il consistait d'abord à renfermer dans des bouteilles ou dans des bocaux les aliments que l'on voulait conserver, à boucher ces vases avec le plus grand soin, et à les soumettre à l'action de l'eau bouillante d'un bain-marie, pendant un temps plus ou moins long, suivant la nature des substances alimentaires.

On préfère aujourd'hui aux vases en verre recommandés par Appert, les boîtes de fer blanc étamé, parce qu'elles ne risquent pas de se briser, et qu'on peut les fermer plus hermétiquement par la soudure. On introduit dans ces boîtes, qui sont ordinairement cylindriques, la viande cuite encore toute bouillante. On la comprime modérément pour remplir le vase, puis on soude à l'étain le couvercle circulaire laissant au milieu une petite ouverture dans laquelle on puisse introduire la douille d'un entonnoir. On remplit alors le vase avec du jus de viande ou du bouillon, puis on soude à l'étain un petit disque en fer blanc qui ferme l'ouverture.

Plusieurs boîtes remplies de cette manière sont portées dans une caisse chauffée à la vapeur, ou bien dans une chaudière contenant de l'eau bouillante. Lorsqu'on les retire de l'appareil, on remarque que les couvercles sont bombés, mais bientôt ils s'affaissent et se creusent même. Dans ce cas on peut compter sur un plein succès. Si au contraire le couvercle reste bombé, la conservation de la viande n'est pas assurée, et il pourra même arriver que par suite de la fermentation, il se développe des gaz qui brisent la boîte.

Le procédé d'Appert, admirable par sa simplicité, consiste, comme on voit, à détruire l'influence si énergique de l'oxygène de l'air. L'oxygène qui reste enfermé avec la viande, se combine avec les matières organiques sous l'influence de la chaleur, produit une nouvelle combinaison et n'est plus propre à exciter la fermentation. Suivant Gay-Lussac, il faut que la chaleur soit suffisamment prolongée pour détruire ou rendre concrète la substance qui a absorbé l'oxygène, et qui est propre à produire la fermentation. Il faut en outre que les vases qui contiennent les aliments, soient fermés exactement afin que l'air ne puisse pas y pénétrer.

On sait par une expérience de plus de quarante années que les viandes ainsi préparées fournissent une alimentation saine et agréable, et peuvent être gardées et transportées sur mer pendant un temps considérable. Ainsi, des conserves de viande ont été transportées sous l'équateur par les ordres du conseil de l'Amirauté, puis rapportées à Londres et expédiées ensuite aux régions polaires. Seize ans après la viande était du meilleur goût. La campagne d'Orient a donné une importance nouvelle à la méthode d'Appert. Les boîtes de viandes préparées par ce procédé et destinées à l'armée de Crimée étaient d'excellente qualité.

M. Fastier a perfectionné le procédé d'Appert, en éliminant la presque totalité de l'air emprisonné dans les aliments, et en rendant par conséquent plus facile la combinaison de l'oxygène qui reste avec les matières organiques. Voici comment il opère : il introduit la viande crue dans des boîtes en fer blanc ; il soude le couvercle qui est percé d'une petite ouverture, puis il chauffe les vases dans un bain-marie contenant du sel-marin ou du chlorure de calcium, afin de pouvoir élever la température à 110°, et que l'ébullition puisse avoir lieu dans l'intérieur des boîtes. La vapeur sort avec force par la petite ouverture, et entraîne presque tout l'air. Alors on remplit complétement les vases et on bouche l'ouverture par une goutte de soudure. Cette petite opération étant terminée, on refroidit les boîtes avec de l'eau froide ; les vapeurs se condensent, le vide se forme, et l'air emprisonné s'élève. On chauffe une seconde fois, on débouche le petit trou, et lorsque l'air et la vapeur sont sortis, on ferme de nouveau. Ce procédé permet de préparer des boîtes de la capacité de 50 kilogrammes.

Il résulte de plusieurs documents recueillis en France et en Angleterre, que les viandes préparées par ce procédé ont été trouvées au bout d'un an ou deux dans un état parfait de conservation, d'une excellente qualité et d'un goût agréable. La commission des subsistances militaires a remarqué aussi la supériorité des produits de M. Fastier sur ceux d'Appert.

Quam sit lusca Philænis indecenter,
Vis dicam breviter tibi, Fabulle?
Esset cœca decentior Philænis.

Et cette chère Galla (livre 9, n° 28) qui, le soir, quitte ses dents ainsi que sa robe, qui renferme ses appas dans une foule de boîtes, qui ne couche pas avec son visage.

Nec dentes aliter, quam serica, nocte reponas,
Et jaceas centum condita pyxidibus ;
Nec tecum facies tua dormiat, innuis illo,
Quod tibi prolatum est mane supercilio.

Tu me fais des signes, tu m'agaces avec le sourcil que tu t'es fait faire le matin. Voilà un équipage complet et qu'il ne serait pas difficile de rencontrer de nos jours; mais continuons cette étude.

Portait-on des perruques au temps de Martial ? Grave question que les érudits ont dû résoudre ! Les femmes mettaient de faux cheveux, nous venons d'en administrer la preuve; mais les hommes moins habiles, moins coquets, remédiaient à leur calvitie par un artifice plus grossier, du moins le Phœbus de l'épigramme 45, livre 12, avait recours à un procédé assez primitif, ce me semble.

Hædina tibi pelle contegenti
Nudæ tempora verticemque calvæ,
Festive tibi, Phœbe, dixit ille,
Qui dixit caput esse calceatum.

Ainsi Phœbus couvrait son sinciput et ses tempes nues d'une peau de bouc, et un plaisant disait avec finesse qu'il avait la tête bien chaussée. Voilà certes une singulière perruque, rudiment informe de ces édifices qui prirent un si majestueux développement sous Louis XIV, et que nos artistes capillaires modernes avec leurs toupets invisibles couvriraient d'un juste mépris. Mais dans ces beaux arts, les plus glorieux chefs-d'œuvre ont eu d'humbles débuts, et il ne faut pas trop médire du couvre-chef de ce pauvre Phœbus. Il était loin de pouvoir soutenir la comparaison avec un élégant du beau monde, comme celui dont Martial nous a laissé un portrait si séduisant (livre 12, n° 38), et chez qui brillaient, entre autres perfections, les suivantes :

Crine nitens, niger unguento, perlucidus ostro,
Ore tener, latus pectore, crure glaber.

Sa chevelure est brillante, luisante, grâce à une pommade qui la noircit; son vêtement est de pourpre; son visage est tendre, enfantin ; il a la poitrine large, la jambe épilée, etc.

La laine dont nous avons parlé à propos des oreilles et des gosiers malades, la laine pouvait aussi être employée à d'autres usages, ainsi que cela se voit dans l'épigramme n° 90, liv. 12, où Charinus se trompe sur le siége de son mal.

Quod lana caput alligas, Charine,
Non aures tibi, sed dolent capilli.

Martial a des traits piquants pour toutes les infirmités; il ne ménage per-

M. de Lignac a également fourni à l'administration de la guerre pour l'armée d'Orient des viandes conservées par le procédé d'Appert qu'il a modifié d'une manière heureuse. Il met des morceaux volumineux de bœuf dans de grandes boîtes qu'il soude et qu'il chauffe à 110° dans une chaudière autoclave. Une petite ouverture laisse échapper la vapeur, l'air et les gaz; on la ferme ensuite par un grain de soudure; la viande préparée par ce procédé n'est pas désagrégée comme par la méthode ordinaire.

Le même inventeur a imaginé de dessécher en partie les viandes et de les comprimer pour en diminuer le volume. Il prépare ces conserves en découpant la viande en petits morceaux ou en lanières, et en la chauffant dans une étuve à la température de 40°, de manière à lui enlever les deux tiers environ de son eau. Il la soumet ensuite à une pression énergique dans un tube en cuivre étamé, puis il la fait cuire par les procédés ordinaires dans des boîtes fermées. Une boîte soumise à mon examen, de la capacité de 460 centimètres cubes, contenait 800 grammes de viande. Cette viande était savoureuse, donnait un bouillon agréable, et renfermait sous un petit volume une proportion considérable de matières nutritives. Aussi ces produits ont-ils été très-utiles pour la subsistance de l'armée.

Un grand nombre d'excellentes conserves préparées par la méthode d'Appert ont été fournies pendant la campagne d'Orient à l'administration de la guerre; je citerai parmi les plus importantes celles de MM. Powells, Hogarth, John Moir, Cooper et Gillon.

De tous les procédés qui ont été employés pour la conservation des viandes, le plus ancien peut-être est celui qui est basé sur la dessiccation. Ainsi, on sait que l'usage de la viande desséchée au soleil est très-répandu en Amérique. J'ai parlé, dit M. Boussingault, à des nègres du Choco qui n'avaient jamais vu un bœuf; ils n'en connaissaient que la chair musculaire desséchée. Ce savant chimiste s'est nourri lui-même avec de la viande desséchée pendant près de trois années qu'il a passées dans les mines de la Vega, durant ses excursions aux lavages d'or et de platine. Cependant la viande séchée au soleil devient très-dure et fournit un aliment peu savoureux et d'une digestion difficile.

Le procédé dont M. Cellier a fait usage dans ces derniers temps pour la préparation de la viande en poudre appartient à la méthode générale de dessiccation. Pour préparer ce produit, on enlève d'abord les os et la majeure partie de la graisse, puis, à l'aide de couteaux très-effilés, on découpe des bandes de chair d'environ 2 décimètres de longueur. Ces lanières sont desséchées dans une étuve à la température de 50 à 55° centig., et ensuite réduites en poudre au moyen d'une râpe cylindrique et de plusieurs pilons. Deux expériences faites sous nos yeux ont démontré que 100 kilog. de poudre de viande correspondent à environ 400 kilog. de viande maigre et à 600 kilog. de viande contenant les os et la graisse.

La viande desséchée par M. Cellier se présente sous la forme d'une poudre grossière et est susceptible d'une longue conservation, si on la met à l'abri de l'humidité et dans des récipients convenables. Mais pour que cette viande puisse se conserver longtemps, il est indispensable de la priver d'une grande partie de la graisse qu'elle contient et qui s'altère au contact de l'air.

Les produits de M. Cellier peuvent être employés très-utilement dans quelques circonstances de guerre; ainsi le poids peu élevé et le petit volume de la ration de cette viande permettent de la distribuer à l'avance aux hommes détachés dans des postes isolés et aux troupes qui seraient appelées à parcourir pendant quelques jours des pays sans ressources et d'un accès trop difficile pour faire suivre des troupeaux et des caissons. Les essais tentés jusqu'à ce jour n'étant pas nombreux, l'administration de la guerre n'a accueilli cet aliment qu'avec une grande réserve. Du reste cette viande ne doit être employée que dans quelques cas exceptionnels. Son aspect est peu agréable, et elle a en outre l'inconvénient de traverser promptement le tube digestif et de ne pas lester suffisamment l'estomac. Il est douteux que des jeunes gens robustes soumis, comme le sont nos soldats, à des exercices et à des labeurs souvent pénibles et prolongés, soient convenablement nourris par la poudre de viande.

La salaison est souvent employée pour assurer la conservation des viandes. Le procédé anglais est sans contredit celui qui fournit les meilleurs produits. Il consiste à mettre les morceaux de viande en contact avec un mélange à parties égales de salpêtre, de sel marin et de sucre et à renouveler souvent cette opération. C'est par cette méthode que l'on prépare les jambons si renommés au Canada.

Mais les procédés ordinaires de salaison opèrent la contraction des fibres musculaires, les rendent plus dures et d'une digestion souvent difficile. C'est sous cet état que nous sont arrivées d'Amérique des quantités considérables de viandes salées, que l'administration de la guerre a constamment rejetées.

Il est utile de faire remarquer à ce sujet que le sel marin exerce une influence fâcheuse sur la valeur nutritive de la viande. Lorsqu'on la saupoudre de sel marin, le poids de cet aliment diminue et la quantité d'eau augmente. Le sel ajouté enlève aussi à la viande une quantité considérable d'eau, qui entraîne avec elle des substances très-utiles et diminue, par conséquent, la valeur nutritive de la viande. Suivant M. Liebig, sur 3 quintaux de viande, 2 peuvent, par l'action complète du sel, devenir impropres à l'entretien des fonctions vitales et se transformer en agents de respiration d'un effet nuisible.

Les journaux ont souvent entretenu le public d'une nouvelle méthode de conservation qui consiste à préserver les viandes de l'action de l'air par une enveloppe gélatineuse. Dans ce procédé, on enrobe les viandes avec une gelée préparée, en faisant bouillir longtemps les parties tendineuses des animaux et en concentrant la dissolution de manière à obtenir une gelée transparente. On y ajoute une petite quantité de sucre, de gomme arabique et d'eau-de-vie. Cela étant fait, on plonge dans ce liquide, à la température de 65 à 70 degrés centigrades les morceaux de viande convenablement découpés qu'on suspend ensuite à l'aide d'un crochet à l'air libre. On répète cette opération une seconde fois, surtout si l'on remarque quelque solution de continuité. Le lendemain, l'enveloppe a acquis assez de fermeté pour être maniée. Une commission, composée de MM. Michel Lévy, Laperlier et moi, a constaté que ces viandes se dessèchent peu à peu, sans éprouver aucune altération, quand on les conserve suspendues et à l'air libre, mais que l'altération de l'enveloppe, un frottement un peu rude dans les voyages et les transports, exposent la chair musculaire à l'action de l'air et en déterminent, par conséquent, la putréfaction.

---

sonne, pas même ses amis; car si parmi ses épigrammes il y en a beaucoup qui sont faites contre tel ou tel personnage, *in Thaïden*, *in Ponticum*, d'autres sont adressées *ad Faustinum*, *ad Olum*, c'est-à-dire à des personnes qu'il ne traitait pas en ennemies. Olus, dont je viens de citer le nom, reçoit de notre poëte le compliment qui suit (liv. 4, n° 33) :

Cana est barba tibi, nigra est coma : tingere barbam
Non potes, hæc causa est, sed potes, Ole, comam.

Martial reproche à ce personnage de ne pouvoir teindre en noir sa barbe blanche, tandis qu'il peut teindre ses cheveux. On ne comprend pas trop comment le même procédé n'était pas applicable à ces deux parties du système pileux. C'était sans doute l'enfance de l'art, et la nécessité de remédier à ces imperfections rendit habiles en ces industries tous ceux qui en éprouvaient le besoin. Un certain Lentinus, liv. 3, n° 48, opère ce changement en un clin d'œil, du moins Martial nous le fait entendre quand il dit :

Mentiris juvenem tinctis, Lentine, capillis ;
Tam subito corvus, qui modo cycnus eras.

De cygne que tu étais tout à l'heure, te voilà devenu corbeau, Proserpine ne s'y trompera pas, etc. On voit que le procédé était très-expéditif. Pourquoi tant de soins? Martial dit quelque part : il n'y a rien de pire qu'un chauve qui veut paraître chevelu :

Calvo turpius est nil comato.

Au reste, nous trouvons dans l'épigramme n° 47, liv. 6, une preuve des talents acquis dans ce genre de supercherie, écoutez cette petite histoire :

Mentiris fictos unguento, Phœbe capillos,
Et tegitur pictis sordida calva comis.
Tonsorem capiti non est adhibere necessum :
Radere te melius spongia, Phœbe, potest.

Pour tondre cette chevelure menteuse qui couvre ta sale tête, ce n'est pas un barbier qu'il te faut, mais bien une éponge. Il paraît que cette peinture n'était pas rare; voici un certain vieillard qui ne s'en prive pas (liv. 6, n° 74) :

Medio recumbit imus ille qui lecto
Calvam trifilem semitactus unguento,
Foditque tonsis ora laxa lentiscis ;
Mentitur, Esculane : non habet dentes.

Ce convive, couché au bas du lit du milieu, dont la tête chauve montre encore trois cheveux peut-être tracés à l'aide d'une pommade,... voilà pour le chef, et je vous fais grâce de l'importante discussion qui s'est élevée entre les érudits à propos des mots *semitactus* et *semitatus*, et bien plus encore entre ceux qui veulent *trifili* et non pas *tripili*, sans compter Gonfius qui lit *tripalem* ; ce procès est toujours pendant et je me récuse. Mais Martial ajoute un trait: ce même convive se sert d'un cure-dents en bois de lentisque pour nettoyer sa large bouche, il nous trompe, il n'a pas de dents. Allez à Rome, et vous trouverez encore aujourd'hui, sur toutes les tables, de petits instru-

La commission a soumis ce procédé à une expérience importante; elle a enfermé soigneusement dans des caisses des viandes enveloppées de gélatine et préparées par la Société générale de conservation. On a déposé une partie de ces caisses à la manutention militaire, et le reste a été expédié à Constantinople, avec ordre de les renvoyer en France. Au retour du vaisseau on examina les divers échantillons, qui étaient complétement altérés et qui répandaient une odeur infecte.

La commission des subsistances militaires a également examiné avec beaucoup d'attention le procédé proposé par un ancien professeur de l'Université, et qui consiste à conserver les matières animales, les fruits et les légumes dans l'acide sulfureux. Pour cela on dépose les substances alimentaires dans des boîtes en bois, garnies à l'intérieur de feuilles de zinc, et présentant un double-fond également en zinc, percé d'un large trou destiné à introduire du chlorure de calcium dans la cavité formée par les deux lames métalliques. La partie supérieure de la boîte reçoit une lame de verre fixée avec du mastic ou une feuille de zinc soudée. L'acide sulfureux produit dans un appareil ordinaire arrive dans la boîte et en chasse l'air par une ouverture pratiquée à la partie supérieure. Lorsque l'acide sulfureux, qui est très-reconnaissable à son odeur, se dégage dans l'atmosphère, on enlève le tube en verre et on bouche avec soin les deux ouvertures. L'acide sulfureux agit sans doute sur le ferment qui produit la putréfaction des substances organiques et en suspend l'action.

Les expériences que l'inventeur a faites au Val-de-Grâce ont complétement échoué, et tous les aliments qu'il a essayé de conserver étaient profondément altérés au bout de quelques jours.

Nous croyons devoir ajouter cependant que des essais qui se poursuivent dans ce moment avec l'acide sulfureux semblent promettre de bons résultats.

Un professeur de Lausanne, je crois, a proposé à l'administration de la guerre de conserver les viandes dans de l'eau contenant un dixième d'acide sulfurique. On désosse d'abord les viandes; on les lave à l'eau froide, puis on les plonge pendant une heure dans la liqueur acide. Les viandes sont ensuite embarillées avec soin, on emplit les tonneaux avec de l'eau renfermant un centième d'acide sulfurique et on ferme aussi hermétiquement que possible. Suivant l'auteur, la viande ainsi conservée, se présente avec les caractères de la plus grande fraîcheur. Elle est succulente, et le bouillon ou le jus qu'on en retire sont du meilleur goût. Malheureusement les expériences faites par une commission, au Val-de-Grâce, n'ont pas confirmé ces heureux résultats. Au bout de quinze jours la viande était putréfiée.

On a fait dans ces derniers temps de nombreux essais pour la fabrication et la conservation du biscuit-viande et de l'extrait de viande. Nous demandons la permission de raconter ce que nous avons observé.

On sait qu'un Américain, Gail Bordeu, avait préparé, il y a quelques années, un biscuit, en associant la farine avec la viande cuite et le bouillon, et l'on pensait que cet aliment était appelé à rendre de grands services pendant les voyages maritimes. L'inventeur affirmait que le biscuit peut remplacer le pain et la viande, et que 0k,151 suffisent pour nourrir, pendant vingt-quatre heures, un travailleur, en entretenant parfaitement ses forces. Mais ces espérances ne se sont pas réalisées. Cependant un industriel, M. Callamand, a fait de nouvelles tentatives pour perfectionner et pour faire employer par notre armée un biscuit-viande qu'il prépare avec un mélange de 50 kilogrammes de viande de bœuf, 100 kilogrammes de farine de froment et 10 kilogrammes de légumes. Après avoir lavé la viande dans l'eau acidulée par le vinaigre, on la fait cuire, ainsi que les légumes, pendant huit heures, et on concentre le bouillon. On désosse ensuite la viande, on enlève les tendons, les cartilages, etc., et on ne laisse que les muscles et la graisse; enfin, après avoir chauffé de nouveau la viande et ajouté 250 grammes de sucre candi en poudre, on pétrit le tout avec de la farine dans les proportions que nous venons d'indiquer. Le pétrissage s'opère, soit à l'aide d'un pétrisseur mécanique, soit par les bras de l'homme. Par ce dernier moyen, une fournée de 50 kilogrammes de farine exige environ deux heures, tandis que, par le pétrisseur mécanique, le travail ne dure, suivant M. Callamand, qu'une demi-heure. Le pétrissage étant achevé, on donne à la pâte la forme ordinaire du biscuit que l'on fait cuire au four pendant une heure et demie.

Le biscuit de M. Callamand, que nous avons examiné, avait une couleur brune, une odeur et une saveur de graisse assez prononcées, qui ne rappelaient pas l'odeur et la saveur de la viande et des légumes. Son aspect n'était pas agréable à l'œil. Il était d'un jaune brun à l'intérieur, s'émiettait facilement et ne paraissait pas susceptible d'un long transport. Nous avons trouvé dans ces galettes une proportion considérable de matière grasse, mais nous y avons rencontré moins de principes azotés que dans le biscuit de blé dur préparé à la manutention militaire. Ce résultat surprend au premier abord, mais si on réfléchit que ce biscuit était préparé avec la farine de blé tendre et que 50 kilog. de viande fraîche se réduisent par la cuisson et la dessiccation à environ 5 ou 6 kilog. de substances azotées, on comprend que le biscuit-viande contienne une si faible quantité de principes plastiques.

Le biscuit de M. Callamand, et tous les produits analogues ont été repoussés par la raison que l'administration de la guerre ne pourrait pas exercer une surveillance efficace pendant leur fabrication, et que cette alimentation exciterait au plus haut degré les défiances du soldat. Un autre motif également important a déterminé la commission à rejeter ces produits, c'est que la viande desséchée, divisée, altérée dans sa forme n'a pas les mêmes propriétés nutritives que la viande fraîche. En effet le pouvoir nutritif des aliments réside autant dans leur composition que dans leur forme.

M. Callamand demande 150 francs pour 100 kilog. de biscuit-viande, tandis que le biscuit ordinaire revient à 60 francs les 100 kilog. L'addition de la viande augmenterait donc, dans une proportion considérable, le prix de revient de la ration sans accroître notablement sa valeur nutritive. M. Callamand assure, il est vrai, qu'une ration de 250 grammes de son biscuit représente la ration habituelle du soldat, mais l'analyse chimique a démontré que cette opinion n'est pas fondée. Ainsi il ne convient pas d'adopter pour l'armée la préparation connue sous le nom de biscuit-viande. Une fabrication inégale et défectueuse, l'impossibilité de constater la qualité des éléments dont ces aliments se composent, leur forme insolite, les défiances du soldat, le chiffre peu élevé des principes azotés, leur volume considérablement réduit, la friabilité et le goût peu agréable des galettes et enfin leur conservation probablement difficile sont autant de causes

---

ments semblables à celui dont se servait ce personnage; en Espagne, en Algérie, les cure-dents en bois sont toujours de mode, et je ne répondrais pas que le *Pistacia lentiscus*, si commun dans tout le bassin de la Méditerranée, ne servît pas encore au même usage. Au reste, Martial nous dit qu'on se servait aussi de plume taillée, du vrai cure-dent parisien (liv. 14, n° 22):

Lentiscum melius est, sed si tibi frondea cuspis
Desuerit, dentes penna levare potest.

Nous ne pouvons passer sous silence une de ces recherches extravagantes de quelques efféminés qu'on se montrait au doigt du temps de Martial. Voici un homme, si toutefois le nom d'homme lui convient (liv. 2, n° 29):

Cujus olet tota pinguis coma marceliano,
Et splendent vulso brachia trita pilo.

Ses cheveux étalent l'odeur de tous les parfums que prépare Marcelianus, ses bras, épilés avec soin, brillent comme de l'ivoire (cette comparaison se retrouve dans plusieurs épigrammes analogues); puis viennent d'autres merveilles: un brodequin écarlate, une agrafe élégante, enfin

Et numerosa linunt stellantem splenia frontem.

Il s'agit de savoir ce que Martial entend par *splenia*. Les commentateurs, les traducteurs ne sont pas d'accord; est-ce une simple bandelette parsemée d'étoiles, comme le veut M. A. Dubos, ou bien de petits emplâtres, c'est-à-dire des *mouches* qui constellent ce front superbe, comme le prétend M. Victor Verger, l'un des traducteurs du Martial de Panckoucke? On trouve, liv. 8, n° 33, le vers suivant:

Talia lunata splenia fronte sedent.

Et ici Martial désigne évidemment, non pas une petite bandelette frontale qui n'aurait rien de lunaire, mais bien un petit emplâtre très-mince, une mouche arrondie, ornement d'une coquette. Dans les deux passages, le sens paraît être le même, et je suis porté à croire que cette dernière version est la bonne; elle a, d'ailleurs, pour elle l'autorité de notre Quicherat, et je m'en contente. N'est-il pas remarquable de trouver pareille coutume à une époque déjà si lointaine? Et les dames du dix-huitième siècle, qui ont fait un si grand abus de cet ornement singulier, se doutaient-elles qu'au temps de Martial les hommes eux-mêmes avaient usé de ces mouches, renouvelées des Romains et probablement des Grecs?

Voici un cosmétique singulier et destiné à un usage plus singulier encore: Martial, qui nous raconte le fait, en tire une moralité de bon goût (liv. 3, n° 42):

Lomento rugas uteri quod condere tentas,
Polla; tibi ventrem, non mihi labra linis.

Lomentum veut dire une sorte de pâte faite avec de la farine de fèves, et Polla veut dissimuler les rides de son ventre à l'aide de ce liniment épais. Le reste ne nous regarde pas. Martial blâme cette précaution, et la raison qu'il en donne nous paraît excellente:

qui ont déterminé la commission à repousser le biscuit-viande et toutes les préparations analogues connues jusqu'ici.

(*La suite au prochain numéro.*)

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

NOTE SUR UN CAS DE LEUCOCYTHÉMIE (lue à la Société de biologie dans sa séance du 8 décembre 1855) ; par MM les docteurs E. ISAMBERT et CH. ROBIN.

§ I. — REMARQUES PRÉLIMINAIRES.

Depuis que les travaux de R. Virchow et de Bennett ont attiré l'attention du monde médical sur cette altération du sang qu'ils ont nommée *leucohémie* ou *leucocythémie*, les observations se sont multipliées et la maladie a été mieux étudiée, en Allemagne par R. Virchow, J. Vogel, H. Meckel, Uhle, Oppolzer et Liebmann, Griesinger et Schreiber; en Angleterre par H. Bennett, Craigie, J. Fuller, etc.; en France par Leudet (GAZ. MÉD., 1853, p. 365) et Robin et Charcot (idem, p. 430). D'une part, les analyses microscopiques et chimiques ont mieux précisé les altérations du sang; d'autre part, les études anatomo-pathologiques et cliniques ont mieux déterminé les lésions, les causes, les formes et la marche de la maladie.

Sans vouloir ici, à propos d'un cas particulier, faire l'exposé de tout ce qui a été écrit sur la leucocythémie, nous rappellerons seulement que, suivant les derniers travaux de Virchow (1), il existe deux variétés de leucocythémie : une splénique et une lymphatique. Dans toutes les deux l'altération du sang est consécutive à l'hypertrophie des glandes.

Dans la première, l'altération du sang consiste dans une augmentation très-notable de la proportion des globules blancs. Les lésions anatomiques sont surtout une hypertrophie de la rate, le plus souvent aussi du foie, distension des gros troncs veineux par un sang laiteux. Les antécédents de fièvres intermittentes qu'on avait regardés d'abord comme complétement étrangers à cette maladie ont été depuis constatés assez souvent, mais ils ne paraissent pas avoir d'influence immédiate sur le développement de la leucocythémie. Des hypertrophies considérables de la rate et du foie n'entraînent pas toujours cette altération du sang.

Dans la deuxième variété, la leucocythémie lymphatique, l'altération du sang est constituée non pas tant par l'augmentation des globules blancs proprement dits ou cellules incolores, que par celle de petits noyaux incolores analogues à ceux de la lymphe, ce que nous appelons les globulins. Dans cette forme, on ne trouve plus d'hypertrophie de la rate ou du foie, mais des tumeurs des glandes lymphatiques de l'aisselle, du cou, de l'abdomen et même des glandes intestinales (plaques de Peyer et glandes isolées).

(1) GESAMMELTE ABHANDLUNGEN ZUR WISSENSCHAFTLICHE MEDIZIN, V. R. VIRCHOW; Frankfurt A. M., 1856; p. 197 et suiv.

Quant à la marche de la maladie, Virchow en reconnaît deux différentes, sans dire si elles se rapportent plus à l'une qu'à l'autre variété de leucocythémie :

1° La forme *fébrile*, où le malade, s'affaiblissant de plus en plus, succombe à l'accroissement de la diarrhée, de la dyspnée, de la fièvre hectique, etc.

2° La forme *hémorrhagique*, où le malade succombe tantôt à des hémorrhagies externes, des épistaxis répétées, tantôt à des hémorrhagies des organes internes. Virchow cite un cas (*loco citato*, p. 210) dans lequel il trouva des hémorrhagies dans tous les organes possibles.

Le cas que nous rapportons ici, et que nous avons étudié dans le service de M. Blache, appartient par ses lésions anatomiques à la variété splénique; mais, contrairement aux idées de Virchow, l'altération du sang, qui a été reconnue et étudiée du vivant du sujet, était analogue à celle que Virchow attribue à la variété lymphatique. La maladie a suivi, du reste, la marche hémorrhagique; de bonne heure se sont montrées des taches de purpura et des hémorrhagies sous-cutanées, accidents que nous n'avons pas vus mentionnés dans les observations publiées jusqu'à ce jour; les épistaxis n'ont pas eu d'importance, mais le sujet a succombé à un épanchement cérébro-rachidien.

Nous ne reproduirons pas l'observation, car elle a déjà été publiée par M. Blache, dans les BULLETINS DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, et elle a été reprodnite par la plupart des journaux de médecine (séance de l'Académie de médecine du 29 janvier 1856).

Ce travail est, en effet, principalement destiné à faire connaître l'état particulier du sang que nous avons analysé et la structure des organes malades que l'autopsie nous a permis d'étudier avec soin.

§ II. — ANALYSES DU SANG LEUCOCYTHÉMIQUE.

Dans la première saignée pratiquée sur le malade que nous avons observé, le sang est sorti de la veine avec une teinte rouge lie de vin peu prononcée. On en a recueilli environ 6 grammes dans de petits tubes qui ont été immédiatement bouchés. Une première portion abandonnée à elle-même s'est coagulée, et s'est bientôt séparée en deux parties : d'une part un caillot mou, diffluent, et de l'autre un sérum blanchâtre, comme dans les cas de sang dit laiteux; une autre portion du sang a été maintenue dans son état de fluidité par l'agitation. Cette partie du sang, soumise à l'examen microscopique deux heures après la saignée, nous a présenté les caractères suivants :

1° Un sérum qui, au lieu d'être transparent, limpide comme à l'ordinaire, présentait un nombre considérable de fines granulations graisseuses, semblables à celles que l'on trouve dans le sérum du sang blanc. Les plus grosses de ces granulations ne dépassaient pas 0mm,001; les plus petites étaient un peu grisâtres; les plus grosses offraient manifestement un centre brillant et un contour foncé noirâtre.

Le sérum, séparé du caillot dans la première partie du sang, devait sa couleur à des granulations semblables.

2° Dans le sérum du sang non coagulé nageaient des globules rouges du sang ayant la forme ordinaire, mais offrant tous 0mm,008 de large. Ces globules étaient manifestement moins nombreux que les globules blancs dont nous allons parler.

Simpliciter pateat vitium fortasse pusillum :
Quod tegitur, majus creditur esse malum.

Laisse en évidence ce défaut peut-être minime. Une imperfection que l'on cache paraît plus grande. Martial a dit la même chose à ceux qui se parfument trop, et après plusieurs épigrammes où il attaque cette manie de sentir si bon, par exemple quand il dit à Posthumus, livre 2, n° 12,

Hoc mihi suspectum est, quod oles, Posthume, semper.
Posthume, non bene olet, qui bene semper olet.

il lance un trait aigu contre Gellia qui semble porter sur elle toute la boutique de Cosmus le parfumeur :

Quod quacumque venis, Cosmum migrare putamus,
Et fluere excusso cinnama fusa vitro.
Nolo peregrinis placeas tibi, Gellia, nugis.
Scis, puto, posse meum sic bene olere canem.

Comment peux-tu te complaire en ces superfluités étrangères? Je pourrais donner le même mérite à mon chien. Quand tu arrives, Gellia, tu nous embaumes; on dirait que toutes les essences de Cosmus s'échappent de leurs flacons brisés. Voulez-vous un autre voluptueux, Coracinus, qui prodigue les aromates les plus rares (livre 6, n° 55) :

Quod semper casiaque, cinnamoque
Et nido niger alitis superbæ
Fragras plumbea Nicerotiana.

La cannelle et le cinname, nous savons ce que c'est; mais ce nid d'oiseau merveilleux, sans pareil, quel est-il et que doit-on entendre par là? Farnabius parle du phénix qui composait son nid de matières odorantes, résineuses, et cela est assez plausible. Nicerotus était un autre parfumeur célèbre.

On voit par ces passages nombreux que Martial connaissait bien les artistes de son temps et qu'il ne se faisait pas faute de gourmander les sybarites des deux sexes qui avaient recours à leurs talents divers; mais il n'est pas assez explicite sur les procédés mis en usage, et j'ai longtemps cherché une indication précise qui me mît sur la voie. Enfin, j'ai rencontré, livre 3, n° 74, quelques mots bons à noter.

Gargilianus épile son visage, il épile même son crâne, mais à l'aide de quoi? .

Psilothro faciem lævas, et dropace calvam.

Qu'est-ce donc que ce *psilothrum*? Nous pourrions le demander à Dioscoride, à Pline, mais il est plus facile de trouver une réponse dans un bon dictionnaire. Or le Quicherat, que je cite si souvent, nous dit : *Vigne blanche*, employée comme dépilatoire. Mais qu'est-ce que cette vigne blanche, *vitis alba*, des annotateurs? Pour peu que l'on ait herborisé aux environs de Paris, on

3° Les globules blancs étaient aux globules rouges comme 2 : 1.

Ces éléments offraient cela de remarquable que les *globulins*, qui sont aux *globules blancs proprement dits* ce que les noyaux libres en général sont aux cellules en général, l'emportaient de beaucoup en quantité sur les globules blancs ou leucocytes.

Ces derniers n'étaient réellement pas plus nombreux qu'à l'état normal. Ils offraient leur diamètre habituel de 0mm,008 à 0mm,010; leurs autres caractères étaient également normaux.

Les globulins ou noyaux libres correspondants étaient, au contraire, aux globules blancs complets : : 80 : 1. Du reste, ces globulins avaient les caractères qu'ils offrent dans le sang normal; leur bord pourtant paraissait un peu plus pâle. Le diamètre de quelques-uns dépassait un peu le volume normal: au lieu de 0mm,005 qu'ils offrent d'une manière très-constante, on en trouvait beaucoup qui avaient 0mm,006, et quelques-uns 0mm,007. C'est à la quantité considérable des éléments que nous venons de décrire qu'était dû au microscope l'aspect tout à fait inusité qu'a présenté le sang de ce malade. Au lieu d'être, comme à l'ordinaire, obligé de chercher les globules blancs et les globulins au milieu des globules rouges, c'étaient réellement les globules rouges et les globules blancs qu'on était obligé de chercher au milieu des globulins. L'action de l'acide acétique sur les globules blancs y faisait apparaître, soit un seul noyau recourbé en fer à cheval, soit deux ou trois petits noyaux rapprochés vers le centre du globule. La masse de ce dernier se dissolvait peu à peu dans ce réactif. L'acide en agissant sur les globulins y déterminait une modification, qui les amenait à ressembler beaucoup aux noyaux des globules blancs; on les voyait, en effet, se rétrécir un peu, prendre des bords plus foncés, et devenir comme un peu rougeâtres, vers la partie centrale. En même temps, quelques-uns d'entre eux offraient une sorte d'incisure vers leur partie médiane, qui les divisait incomplétement en deux, ou bien les faisait paraître comme recourbés en un fer à cheval à branches rapprochées. Sur quelques-uns, cette incisure allait jusqu'à les diviser en deux ou en trois parties distinctes, lesquelles toutefois restaient agglutinées ensemble.

4° La fibrine de la partie du sang qui avait été agitée s'est réunie en masse et a présenté son aspect filamenteux ordinaire, sauf une plus grande mollesse. Lavée et desséchée, elle a été pesée et a représenté les 0,0014 du poids du sang.

5° En traitant suivant la méthode de MM. Andral et Gavarret, le sérum et le caillot de la portion qu'on avait laissé coaguler, on a trouvé :

Globules.	69,22	pour 1000 de sang (1).
Matériaux solides du sérum.	70,41	—
Eau	858,99	—
Fibrine	1,40	—

(1) Nous ne pouvons toutefois regarder ces chiffres que comme une approximation à cause : 1° de la très-petite quantité de sang sur laquelle nous avons opéré; 2° à cause du grand nombre de globules blancs et rouges que contenait le sérum. En desséchant celui-ci, on attribuait ces globules aux matériaux solides du sérum, dont le chiffre trop élevé était ensuite retranché du poids du caillot desséché, qui lui-même ne représentait pas tous les globules; le chiffre des globules est donc ici trop bas, et celui des matériaux solides du sérum trop élevé.

Deuxième saignée. Le sang est sorti de la veine avec un aspect lie de vin beaucoup plus prononcé, et rappelant tout à fait l'aspect de la boue splénique. On a recueilli 30 à 40 grammes de sang dans des tubes, qui ont été immédiatement bouchés.

1° Une première partie du sang a été abandonnée à elle-même, et s'est coagulée; mais le phénomène s'est produit plus lentement qu'à l'ordinaire, et de plus le caillot ne s'est pas rétracté; au bout de deux jours, il s'en était à peine séparé quelques gouttes d'une sérosité trouble et opaline. Le caillot était mou et diffluent: à l'air, il perdait sa teinte lie de vin pour prendre la coloration rouge artérielle.

La fibrine avait notablement diminué de consistance. En effet, quand on malaxe un caillot sous un courant d'eau dans un nouet de linge, on obtient ordinairement une rapide diminution de ce caillot, et le lavage ne laisse bientôt plus que de la fibrine blanche, filamenteuse, bien agrégée. Ici, au contraire, après avoir malaxé plus d'une heure, le volume du caillot était à peine diminué, lorsqu'on pressait plus fort, on déterminait dans le linge des éraillures, qui laissaient passer à la fois les globules, et de la fibrine en grumeaux très-fins. L'examen microscopique a montré l'état fibrillaire de la fibrine; toutefois la séparation de celle-ci en filaments était beaucoup moins manifeste qu'à l'état normal; en outre, on observait dans l'épaisseur des magmas fibrillaires qu'elles constituait une grande quantité de fines granulations graisseuses, semblables à celles que nous avons décrites plus haut dans le sérum. La fibrine avait également englobé une assez grande quantité de globulins.

(Cette expérience, recommencée sur une masse d'environ 200 grammes de caillots recueillis sur le cadavre, a donné les mêmes résultats, et n'a fourni qu'une très-faible quantité de fibrine en grumeaux.)

2° Une deuxième portion du sang, qui avait été agitée pour empêcher la coagulation, a présenté au microscope le même caractère que celui de la première saignée, avec une abondance encore plus grande de globulins.

L'agitation n'avait pu réunir la fibrine en masse comme dans les cas ordinaires. En filtrant ce sang à travers un linge fin, la filtration était extrêmement lente, et on n'obtenait sur le linge que quelques grumeaux fibrineux, gras au toucher, qu'il a été impossible de recueillir assez exactement pour les peser, comme il avait été fait pour la première saignée.

La partie filtrée laissait former par le repos une couche d'un blanc laiteux très-opaque, qui venait surnager les globules rouges. Cette couche s'attachait aux parois du vase; elle était composée presque entièrement de granulations graisseuses mélangées d'une petite quantité de globules rouges.

Les quelques gouttes de sérum séparées du caillot de la première portion présentaient le même caractère.

3° Une troisième portion du sang a été mise dans une capsule, pesée, évaporée au bain-marie, et desséchée à l'étuve jusqu'à ce que son poids fût devenu invariable après plusieurs pesées nouvelles.

	17,430 grammes de sang
Ont donné. . .	3,079 de résidu sec;
Eau perdue . .	14,351, qui, ramenée à 1000, donne 823,351.

---

aura rencontré le long des haies, sur la lisière des bois, dans des terrains incultes, une plante grimpante qui couvre de ses longues tiges tous les arbustes des environs, qui s'accroche à l'aide de ses vrilles à tout ce qu'elle peut atteindre, et dont les fleurs blanchâtres sont dioïques. C'est la bryone, *Bryonia alba* de Linnée, *dioïca* de Jacquin, et que le vulgaire connaît sous les noms de *couleuvrée*, *navet du diable*, etc. Cette dernière désignation se rapporte à la racine de cette plante qui appartient aux CUCURBITACÉES, et qui contient un suc âcre, violent purgatif et même rubéfiant quand on l'applique sur la peau. Mais quelle est la partie de la bryone dont se servaient les élégants de Rome pour épiler leur visage; voilà ce que je ne sais pas, et je ne sais pas davantage sous quelle forme se faisait cette application.

Quant au *dropax* destiné à détruire les cheveux, en puisant à la même source, je trouve que c'est un onguent épilatoire, et puis c'est tout. De quoi le composait-on? A quelle substance devait-il son efficacité? Je n'en sais rien et je laisse à résoudre ce problème facile, m'excusant à la fois sur son peu d'importance et sur beaucoup d'autres occupations.

De mauvais plaisants ont parlé dernièrement des *Françaises peintes par elles-mêmes*, c'est-à-dire se faisant un teint de roses, des sourcils arqués, des lèvres de corail; il y en a qui, plus habiles, font serpenter sur le satin de leurs tempes des veines bleuâtres, chef-d'œuvre d'une peinture qu'on n'enseigne pas à l'École des Beaux-Arts. Les Romaines n'étaient guère moins adroites, témoin cette Lydie (livre 11, n° 102), dont Martial fait un portrait si plaisant :

Non est mentitus, qui te mihi dixit habere
Formosam carnem, Lydia, non faciem.

On ne m'a pas trompé, Lydie, quand on m'a vanté la beauté de ton teint et nullement celle de ton visage. Remarquez la distinction, elle est fort importante. Cette Lydie conserve tous ses charmes tant qu'elle reste assise, tranquille, tant qu'elle ne parle pas :

Sed quoties loqueris, carnem quoque, Lydia, perdis.

Aussi Martial lui conseille de ne pas bouger, de se tenir comme une figure de cire, comme un tableau :

Quam silet in cera vultus, et in tabula.

Et il ajoute un dernier avis, le meilleur, celui qui, sous forme piquante, montre jusqu'à quel point de perfection était porté le travail de Lydie :

Audiat Ædilis ne te, videatque caveto :
Portentum est quoties cœpit imago loqui.

Surtout prends garde que l'Édile ne te voie ou ne t'entende : un portrait qui parle est un prodige! Plusieurs traducteurs n'ont voulu voir dans cette épigramme qu'une allusion à la bêtise de cette femme, mais je pense qu'il s'agit d'une coquette qui craint de déranger le laborieux édifice de sa beauté. *Formosam carnem, non faciem*, il y a là une opposition toute physique qui justifie ma manière de voir.

Le résidu sec a été ensuite repris et traité par l'éther sulfurique pour avoir les matières grasses, l'éther ne dissolvant d'ailleurs ni l'albumine sèche, ni les sels, ni les globules desséchés, ni la créatine.

Le résidu sec a été traité à plusieurs reprises par l'éther chauffé près de son point d'ébullition, jusqu'à ce que le véhicule évaporé sur un verre de montre ne laissât plus de résidu solide, et ne répandît plus l'odeur de l'acroléine; puis le résidu a été de nouveau desséché à l'étuve et pesé.

3,079 du premier, résidu sec, ont été alors réduits à 2,953.
Soit 2,953

0,126 de perte.

Ramené à 1000 de sang, ce chiffre a donné : 7,229 pour le chiffre des matières grasses.

Cette expérience donne donc :

Eau	823,351
Matériaux solides desséchés (fibrine, albumine, globules et sels)	169,420
Matières grasses	7,229
	1000,000

4° La difficulté de recueillir une quantité de sérum assez grande pour pouvoir être pesée et desséchée, et, de plus, la présence dans ce sérum de la fibrine grumeleuse, et de nombreux globules rouges et blancs et globulins démontrés par le microscope, ont naturellement rendu impossible la détermination du chiffre des globules. Ce chiffre, en supposant même toutes ces chances d'erreurs écartées, n'aurait jamais été comparable aux chiffres donnés pour les globules dans d'autres analyses du sang, puisque ordinairement il s'agit des globules rouges surtout, et qu'ici les globules blancs étaient en immense majorité.

En résumé, le sang a présenté :
Une augmentation notable de la proportion d'eau;
Une augmentation très-notable des matières grasses;
Une diminution peu considérable de la fibrine;
Une diminution notable pour les matériaux solides du sérum;
Une diminution considérable pour les globules.

Ce résultat ne diffère pas très-sensiblement de celui que rapporte Virchow (d'après J. Vogel, Parkes, Robertson et Drummond) : l'albumine, la fibrine, et les sels du sérum étaient relativement en proportion normale, l'eau augmentée, les globules diminués.

Nous ne trouvons pas qu'on ait encore dosé les matières grasses, dont l'augmentation était ici pour beaucoup dans l'aspect laiteux et la viscosité du sérum du sang.

N'est-ce pas à ce fait qu'on doit, en général, attribuer cette viscosité sur laquelle ont beaucoup insisté Nasse et Virchow?

Quant à la dissociation de la fibrine, que nous notons ici, nous trouvons l'indication d'un fait analogue dans l'observation de Bennett (EDINB. MED. AND SURG. JOURN., 1845).

§ III. — ALTÉRATION DES ORGANES EN RAPPORT AVEC L'ÉTAT DU SANG.

La rigidité cadavérique existait encore lorsque les lésions qui vont être décrites ont été observées.

1° La figure présente à peu près le même aspect que la veille de la mort : bouffissure assez notable des joues et de la partie inférieure de la face; les paupières sont fortement ecchymosées, mais d'une teinte moins foncée qu'avant la mort. Le tronc ne présente aucune différence; les membres ne sont pas œdémateux; ou le tégument externe est pâle, sauf les taches purpurines qui règnent au-dessous des clavicules et autour des mamelons.

2° *Cavités encéphalique et rachidienne.* — Pas d'épanchement dans l'arachnoïde cérébrale.

Les espaces sous-arachnoïdiens sont pleins d'une sérosité trouble rougeâtre, analogue au sérum du sang recueilli dans la saignée *ante mortem.*

La pie-mère est infiltrée d'une sérosité semblable, qui donne à la surface extérieure des lobes cérébraux une teinte à la fois rougeâtre et d'un gris opalin.

La face inférieure du cerveau n'offre rien à noter que de légers caillots rouges sur les espaces perforés antérieurs et postérieurs.

La coupe des lobes cérébraux ne présente rien à noter que la teinte rose légèrement opaline qu'elle doit à la sérosité du sang.

Les deux ventricules latéraux présentent chacun un caillot allongé recouvrant, sans les pénétrer, les plexus choroïdiens qui sont intacts et très-pâles : ces caillots sont mous, diffluents comme le caillot de la saignée, d'une teinte lie de vin, qui devient bientôt d'un beau rouge au contact de l'air.

La cavité des ventricules est du reste remplie de la sérosité déjà décrite. On y observe quelques tractus pseudo-membraneux étendus en travers.

Les caillots se prolongent en avant, dans le ventricule médian, par les trous de Monro très-dilatés; en arrière, ils descendent vers l'étage inférieur et l'ergot de Morand; celui-ci en est rempli; mais dans l'étage inférieur, le long de la corne d'Ammon, on ne trouve que de la sérosité louche sans caillot. La paroi inférieure de l'ergot de Morand présente une infiltration sanguine notable des deux côtés du cerveau, mais plus marquée à gauche qu'à droite; le ventricule latéral gauche présente aussi à noter une petite apoplexie capillaire de la substance blanche en arrière, en dehors du corps strié, au point où les plexus choroïdiens se réfléchissent vers l'étage inférieur.

Dans le ventricule médian, le caillot est situé au-dessous de la toile choroïdienne et se prolonge dans l'aqueduc de Sylvius; la paroi gauche présente une petite apoplexie capillaire d'un beau rouge, large comme une lentille et de peu de profondeur (1 millim. environ); la paroi droite est beaucoup plus désorganisée; l'épanchement a détruit la partie inférieure de cette paroi sur toute sa largeur, sans pénétrer d'ailleurs dans la couche optique à une profondeur de plus de 3 à 4 millimètres.

L'aqueduc de Sylvius est occupé par un caillot allongé et cylindrique qui se continue avec le caillot qui occupe le quatrième ventricule, et le remplit tout entier, jusque dans les angles latéraux situés entre les

---

Mais j'ai trouvé quelque chose de plus positif, de plus précis. Martial était-il affecté de mentagre? Voici ce qu'il dit de lui-même (livre 10, n° 22) :

Cur splenatio sæpe prodeam mento,
Albave pictus sana labra cerussa,
Philæni, quæris? Basiare te nolo.

Tu veux savoir, Philenis, pourquoi je mets souvent un emplâtre sur mon menton, et pourquoi je blanchis mes lèvres saines avec de la céruse? Si l'on en croit les commentateurs, Martial n'aurait recours à ces moyens singuliers que pour se dispenser d'embrasser Phileuis, du moins lit-on, livre 2, n° 33, une terrible épigramme contre cette femme qui est rousse, chauve, borgne, etc. On n'est pas moins galant! Constatons en passant la présence de la céruse parmi les substances employées comme cosmétiques, et l'on a lieu de s'en étonner, car à Rome les émanations sulfureuses n'étaient pas rares, et les préparations de plomb devaient changer de couleur au grand détriment des visages qui se servaient de cette drogue. La craie dont Fabulla fait usage (livre 8, n° 33) a moins d'inconvénients, en si petite quantité qu'elle l'emploie :

Crassior in facie vetulæ stat creta Fabullæ.

Je pourrais allonger ce chapitre, car, à une époque déjà lointaine, en 1837, lorsque les hasards du concours pour la chaire d'hygiène me donnèrent à traiter la question des VÊTEMENTS ET DES COSMÉTIQUES, Martial me fournit une récolte abondante, mise en réserve, et qu'il me serait facile d'exploiter aujourd'hui. Rassurez-vous, je pourrais, mais je ne veux pas vous en accabler! En voilà assez, trop peut-être. Achevons cette revue de l'œuvre de notre poëte en parlant du poete lui-même, et cherchons à tirer quelques enseignements utiles de cette longue étude.

P. MENIÈRE.

(La fin au prochain numéro.)

— Le choléra disparaît rapidement de la Péninsule espagnole et est remplacé par des fièvres intermittentes, dont beaucoup sont pernicieuses.

— Un nouveau cas de mort par le chloroforme vient d'avoir lieu à l'hôpital de Saint-Thomas, de Londres, pour l'ablation d'un doigt. Il résulte des détails de l'observation, que le sujet avait été opéré *assis*. On n'avait employé que 4 grammes de chloroforme sur une éponge. Les accidents se sont développés après une vingtaine d'inspirations.

— Le journalisme médical pénètre jusqu'aux antipodes. Un journal qui a pour titre AUSTRALIAN MEDICAL JOURNAL vient d'être fondé à Melbourne.

pédoncules cérébelleux, et jusqu'à la pointe du *calamus scriptorius*, où il occupe le sillon postérieur de la moelle allongée.

Il n'y a pas d'altération des parois du quatrième ventricule, non plus que du *cervelet, de la moelle allongée et de la protubérance*. On ne trouve non plus aucune autre lésion dans le cerveau, notamment dans les couches optiques, les corps striés, les tubercules quadrijumeaux, les pédoncules cérébraux et les lobes cérébraux.

La cavité rachidienne et la moelle ne présentent aucune altération depuis le tron occipital jusqu'à la troisième vertèbre dorsale. Mais à partir de celle-ci jusqu'au sacrum, on trouve une hémorrhagie méningée et des caillots siégeant entre la dure-mère et les arcs vertébraux.

Pas d'épanchement dans l'espace sous-arachnoïdien.

Pas de lésion de la moelle.

3° *Cavité thoracique*. — Sous le sternum, et dans le tissu cellulaire qui recouvre le péricarde, on observe une infiltration sanguine notable.

Pas d'épanchement dans les plèvres; le poumon gauche adhère à la paroi costale, mais les adhérences sont peu résistantes. Du côté droit, on ne trouve que quelques tractus pseudomembraneux sans importance.

Devant la trachée se trouve un corps glanduleux, fortement congestionné, qui, d'après sa position, ne peut être que le thymus, malgré l'âge du sujet.

En le détachant, on observe une distension considérable des troncs veineux, notamment du tronc veineux brachio-céphalique gauche.

Le péricarde est rempli d'une sérosité sanguinolente trouble. La surface du cœur est pâle, opaline, avec de petites ecchymoses ponctuées.

Le cœur est dilaté; sa longueur, depuis l'extrémité supérieure de l'oreillette jusqu'à la pointe, est de 128 millimètres; sa largeur à la base des ventricules est de 124 millim.

Son poids, de 218 grammes, vidé des caillots.

Le ventricule droit contient un caillot diffluent peu volumineux; pas de lésions à l'orifice auriculo-ventriculaire, ni à l'orifice artériel.

Le ventricule gauche présente aussi un caillot peu considérable.

Pas de lésion des orifices.

Les parois des ventricules n'offrent nulle altération dans leur épaisseur; elles sont un peu amincies par la dilatation.

Les poumons n'offrent rien de remarquable à l'extérieur; leur surface est rose. La coupe ne présente qu'une très-faible congestion à la partie postérieure avec une coloration analogue à celle de la rate, et quelques petites marbrures sans importance. Le tissu est élastique et résiste à la déchirure (1).

La muqueuse de la trachée et des bronches est d'un beau rose, sans ecchymoses.

4° *Cavité abdominale*. — Il n'y a pas d'épanchement dans le péritoine; les parois présentent des ecchymoses sous-péritonéales.

Le foie, énormément hypertrophié, descend jusqu'au cœcum, à droite, et son lobe gauche va toucher la rate également hypertrophiée. La rate remonte en haut jusqu'à la quatrième côte; en bas, elle descend jusqu'à deux travers de doigt de la crête iliaque; son bord droit est en contact avec le lobe gauche du foie.

La vessie distendue remonte presque jusqu'à l'ombilic.

Le mésentère présente une vaste ecchymose sous-péritonéale; c'est une infiltration sanguine considérable du tissu cellulaire; mais il n'y a pas de véritable foyer hémorrhagique.

Les glandes mésentériques sont à l'état normal.

Passant à l'examen de chaque viscère en particulier, on trouve :

La *rate* considérablement hypertrophiée. Son diamètre vertical est de 224 millimètres. Son diamètre transverse est de 164 millim., et son épaisseur de 38 millim.

Son poids absolu est de 626 grammes.

Sa coloration extérieure est d'un rose assez beau, qui devient plus vif au contact de l'air. La coupe est d'un rouge lie-de-vin pâle, devenant à l'air d'un rose pâle un peu opalin. Le tissu de la rate est assez ferme à l'extérieur, mais très-friable, et donne à la pression une boue splénique abondante.

Le sang pris avant l'incision de la rate dans le tronc de la veine splénique, offrait la coloration et la consistance du sang retiré à la deuxième saignée, mais avec un aspect plus prononcé encore.

(1) Le tissu du poumon devait manifestement sa consistance et sa couleur à la présence d'une quantité énorme de globulins analogues à ceux du sang des saignées. Ces globulins distendaient les capillaires et s'y trouvaient accumulés et pressés les uns contre les autres à un point très-remarquable. Cette lésion, des plus frappantes et des plus singulières sous le microscope, était du reste la seule à noter.

Examiné au microscope, il a offert les mêmes caractères que le sang des saignées. Toutefois la prédominance des globules blancs était ici plus remarquable encore que partout ailleurs par rapport aux globules rouges. On trouvait en outre, au milieu de ces éléments, une certaine quantité de corps fusiformes recourbés sur eux-mêmes à noyau latéral, telles que sont indiquées les fibres musculaires de la vie organique dans le tissu de la rate. Ce fait singulier, de la présence d'éléments du tissu propre de la rate dans le sang qui en sort, ne doit pourtant pas être considéré comme anormal, car il résulte d'observations faites par M. Robin, que, sur la rate normale soumise à l'hydrotomie au moyen d'un courant d'eau établi par l'artère, on trouve dans le liquide qui s'écoule de la veine une quantité notable de ces éléments parmi les globules sanguins en partic attaqués par l'eau.

Le *foie*, considérablement hypertrophié, et beaucoup plus volumineux qu'un foie d'adulte présentait les dimensions suivantes :

Diamètre antéro-postérieur. . . .	318 millim.
Diamètre transverse	Id.
Épaisseur	69 —

Son poids absolu était de 2 kil. 491 grammes.

Sa coloration extérieure était d'un rose pâle. La coupe présentait une coloration d'un gris rougeâtre plus pâle qu'à l'ordinaire et analogue à celle de la rate. En outre, il était plus mou, à déchirure non granuleuse. Il se réduisait facilement, soit par l'écrasement, soit par l'action de râcler, en une sorte de pulpe analogue à la boue splénique. Il était facile de reconnaître que ces caractères tenaient à la distension des vaisseaux capillaires par des globulins. Cette distension, vraiment énorme, était analogue à ce que nous avons signalé tout à l'heure dans le poumon, mais elle était portée à un degré tel que, sur les minces fragments de tissu hépatique placés sous le microscope, la masse des globulins contenus dans les capillaires distendus était réellement plus considérable que la masse représentée par les cellules hépatiques. Cette disposition morbide donnait à la structure intime du tissu du foie un aspect tout à fait insolite.

La veine porte ayant été incisée par mégarde avant qu'on n'eût eu la précaution de la lier, laissa écouler dans le péritoine une grande quantité de sang boueux d'un brun grisâtre.

Les *reins*, entourés d'un tissu cellulaire plus fortement ecchymosé que celui du mésentère (surtout autour du rein gauche), sont fortement hypertrophiés. Voici leurs dimensions :

	Rein droit.	Rein gauche.
Diamètre vertical.	142 millim.	140 millim.
Diamètre transverse	84 —	84 —
Épaisseur.	24 —	27 —
	Rein droit.	Rein gauche.
Poids absolu	188 grammes.	197 grammes.

Les reins présentent, surtout à leur partie inférieure, des ecchymoses superficielles occupant une profondeur de 2 à 3 millimètres dans la substance corticale; d'ailleurs celle-ci est pâle et peu distincte de la substance tubuleuse. Autour des calices et du bassinet, sous la muqueuse (entre la muqueuse et le parenchyme rénal) existent des épanchements sanguins assez considérables. La cavité des calices et du bassinet ne contient que de l'urine. Ces lésions existent dans les deux reins, mais sont bien plus étendues dans le rein gauche.

La *vessie*, fortement distendue par l'urine, présente de larges marbrures ecchymotiques siégeant sous le péritoine, à sa face postérieure surtout. On lie l'urètre et on enlève la vessie. L'urine qu'elle contenait s'est écoulée d'abord limpide, puis d'un blanc laiteux; mais elle redevient limpide par l'action de la chaleur, et l'acide nitrique n'y détermine aucun trouble. La muqueuse vésicale est fortement ecchymosée dans toute son étendue, mais notamment près du col, où elle présente une coloration lie de vin presque uniforme. Ailleurs l'ecchymose est constituée par une infinité de petits points ou de petits mamelons rouges, sans apparence d'arborisations.

L'*estomac* n'offre rien à noter à l'intérieur, mais la muqueuse présente un piqueté général, et quelques ecchymoses, analogues à celles de la muqueuse vésicale, mais bien moins considérables.

L'œsophage n'offre rien à noter ni à l'extérieur ni à l'intérieur.

Intestins. — Rien à noter à l'extérieur. A l'intérieur, de la bile dans le duodénum; dans le jejuno-iléum des mucosités blanchâtres, et 6 à 7 gros ascarides lombricoïdes, matières fécales dans le gros intestin.

La muqueuse est pâle et présente seulement quelques points de piqueté rose peu prononcé. Les plaques de Peyer, pâles et blafardes, sont assez notablement tuméfiées.

5° *Orbite et œil.* — La conjonctive palpébrale ne présente pas d'infiltration.

Les ecchymoses si remarquables des paupières étaient sous-cutanées. Pas d'épanchement au fond de l'orbite.

Sous la conjonctive oculaire et tout autour de la cornée, on trouve une ecchymose, mais bien moins notable que du vivant du sujet.

Rien dans les milieux de l'œil et dans leurs enveloppes.

6° Les veines des membres sont vides de sang : les grosses veines des cavités splanchniques sont extrêmement distendues.

§ IV. — RÉSUMÉ DES FAITS CONTENUS DANS CETTE NOTE.

La généralité de ces maladies font de cette autopsie un cas remarquable. Les hémorrhagies rénales surtout n'ont été mentionnées qu'une fois par Virchow. Le développement rapide de l'hypertrophie du foie dans les derniers instants de la vie est conforme à ce qu'avait observé Uhle.

L'albuminurie n'a été que momentanée, et ne paraît pas avoir eu grande influence ici.

L'accident dominant a été le purpura et les hémorrhagies palpébrales et conjonctivales.

Enfin, dans cette observation, qui appartient bien à la variété splénique, aucune lésion des glandes lymphatiques n'a été trouvée. Ce fait est remarquable par la prédominance dans le sang des *globulins*, qui, selon Virchow, caractérisait la leucocythémie lymphatique.

Mais, comme on le voit d'après ce qui précède, les globulins peuvent prédominer dans le sang sur les *leucocytes* proprement dites ou de la variété cellule, sans que les glandes lymphatiques soient malades, et lorsque la rate est la seule affectée de toutes les glandes sans conduits excréteurs ou vasculaires.

Il n'est pas rare non plus d'observer des cas d'hypertrophie lymphatique avec congestion et ramollissement de tous les ganglions lymphatiques de l'économie, sans état leucocythémique du sang.

Ce serait commettre une grossière erreur que de rapprocher en quoi que ce soit, comme l'ont fait certains auteurs, le sang dit *chyleux* ou *blanc* du *sang leucocythémique*, et de les confondre sous une même dénomination, ou comme constituant un même mode d'altération du sang. En effet, le sang à sérum laiteux est normal pour certains moments de la digestion, le sang leucocythémique est pathologique.

Dans le *sang chyleux* le sérum seul est lactescent et n'apparaît ainsi qu'après la séparation des globules, parce que la couleur est due comme dans le chyle à de très-fines granulations, la plupart graisseuses (les autres azotées réagissant à peu près comme la peptone), toutes en suspension émulsive dans le sérum, mais avant la coagulation masquées par les globules rouges. Dans le sang leucocythémique, c'est tout le sang qui est plus ou moins gris rougeâtre ou de teinte lie de vin, parce que là il y a une des espèces de globules du sang qui de peu abondante l'est devenue beaucoup pathologiquement, mais le sérum conserve son état ordinaire; si, comme on le voit quelquefois, le sérum en est devenu lactescent par la même cause que dans le *sang chyleux*, ce n'est point un fait plus étonnant que de voir le sérum normal lactescent.

Pour la démonstration de l'état chyleux du sérum du sang comme fait constant pendant un certain temps au moment de la digestion, l'on peut consulter Robin et Verdeil, TRAITÉ DES PRINCIPES IMMÉDIATS, Paris, 1853, t. III, p. 12, et Bernard, LEÇONS DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE, Paris, 1855, p. 156 et 157. Dans ce dernier ouvrage, la production par le foie d'une matière grasse qui rend le sérum lactescent pendant la digestion des matières amylacées ou sucrées *dépourvues de toute graisse*, est démontrée par des expériences très-frappantes et des plus instructives.

On voit, d'après ce qui précède, que le mot *leucémie* ou *leucohémie* (λευκος, blanc; αἷμα, sang), appliqué à la désignation du sang avec augmentation de globules blancs ou *leucocytes* (λευκος, blanc; κῦτος, cellule), est inexact : 1° en ce que, dans ce cas, le sang est *lie de vin* ou grisâtre, mais non blanc; 2° en ce qu'il désigne éthymologiquement, en réalité, ce qu'on nommait *sang blanc* ou *chyleux*, et mieux *sang à sérum lactescent* plutôt que toute autre chose. On voit, en outre, que, par conséquent, la seule dénomination exacte de l'état du sang avec augmentation des globules blancs est celle de *leucocythémie* (Bennett) ou *leucocytémie* (λευκος, κῦτος et αἷμα).

L'observation des cas très-variés dans lesquels le sang devient *leucocythémique*, montre, en outre, qu'au mot *leucocythémie* il ne faut point attacher l'idée de maladie spéciale. Que l'état leucocythémique du sang n'est point caractéristique d'une affection spéciale, mais constitue un symptôme de lésions diverses. L'augmentation de quantité des leucocytes dans le sang « survient dans les conditions morbides générales indiquées plus haut, et loin d'être la cause des phénomènes morbides qu'on observe, elle est déterminée par eux, et, à mesure qu'elle se manifeste davantage, elle devient à son tour la cause de nouveaux symptômes » (1).

MÉCANIQUE HUMAINE.

CONSIDÉRATIONS GÉOMÉTRIQUES PROPRES A PRÉCISER LES RAPPORTS DE SITUATION DE L'HUMÉRUS AVEC LE SCAPULUM DANS L'ÉTUDE DES MALADIES DE L'ARTICULATION SCAPULO-HUMÉRALE; APPLICATION DE LA MÉTHODE PROPOSÉE DÉJA POUR LA CUISSE (1); par M. GIRAUD-TEULON, D. M. P.; ancien élève de l'École polytechnique.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

Les préliminaires établis, ayant bien défini ce que nous devons entendre par longueur normale du bras (le rayon r ou x dans la position du bras perpendiculaire au bord spinal du scapulum), nous allons rechercher ce que devient cette longueur dans les différents changements de rapports que des accidents peuvent amener entre les os qui constituent l'articulation scapulo-humérale.

L'étude attentive des longs débats soutenus sur la question des luxations de l'humérus conduit à résumer sous les chefs suivants les nombreuses variétés et sous-variétés établies par les auteurs pour classer ces déplacements, et qui encombrent vraiment encore le chemin de la science.

Nous ne rentrerons point dans ces débats, ne prétendant pas apporter à cet égard, après tant de maîtres distingués, de nouvelles lumières; mais, nous plaçant à un point de vue pratique, nous adopterons la division générale la plus simple et la plus naturelle à admettre, celle qui établit deux grandes classes de déplacements, ceux en avant et ceux en arrière de l'axe de la cavité articulaire, axe que l'on saisit, en quelque sorte matériellement, dans le côté externe du scapulum. Cette division établit un premier point d'analogie, qui n'est pas sans intérêt pour la mémoire de l'élève ou du jeune praticien, avec ce qui se rencontre dans l'articulation coxo-fémorale, l'homologue, pourrait-on dire, de celle que nous considérons ici. De même qu'à la hanche, nous aurons donc à l'épaule les luxations *antéro-internes* et les luxations *postéro-externes*.

Les luxations en haut étant impossibles, celles directement et exactement en bas étant, de leur côté, au moins très-rares et peut-être problématiques, ne se rencontrent sans doute qu'à l'instant même de la violence éprouvée par l'os, pour affecter, quelques secondes après, les caractères et les rapports d'un des déplacements le plus immédiatement voisins, nous n'aurons à considérer, au point de vue de l'exercice de l'art, que les luxations suivantes :

1° Antéro-internes :

1re	variété	sous-glénoïdienne ou sous-pectorale	axillaire, *in alam.*
2e	—	sous-coracoïdienne ou sous-scapulaire.	complète ou incomplète.
3e	—	intra-coracoïdienne ou sous-clavière	généralement consécutive à la précédente.

2° Postéro-externe ou sous-épineuse.

Le choix de telle ou telle de ces dénominations reposant sur le rapport de la tête humérale avec telle portion osseuse du scapulum, ou bien avec tel ou tel muscle de la région.

Les caractères extérieurs appartenant à chacune de ces classes ont été surabondamment décrits par les auteurs. La plupart sont parfaitement établis et adoptés par tous : quelques-uns cependant, que l'on considère assez communément comme essentiels, n'ont pas entraîné la même unanimité. De ce nombre sont les variations de longueur observées entre le membre sain et le membre malade. Dans quelques cas, ce dernier est allongé pour certains auteurs, raccourci pour d'autres. En somme, ce caractère qui, à cause de sa simplicité apparente, devrait jouer un grand rôle dans le diagnostic est, au contraire, à cause de

(1) Littré et Robin. DICT. DE MÉD., par Nysten, 10e édition, Paris, 1855, page 734.

son incertitude, relégué sur le second plan et même souvent complétement négligé.

M. Nélaton (vol. II, p. 361) expose quelques-unes des difficultés que rencontrent la recherche et l'appréciation de ce signe.

Pour traiter cette question avec quelques détails et en faire ressortir toutes les nuances, nous avons examiné successivement chacun de ces déplacements sur le squelette, et déterminé ce que devient, dans chacun d'eux, la longueur ou distance x comparée à r mesuré sur le côté sain. C'est ce que nous avions fait pour la hanche.

PREMIÈRE APPLICATION DES CALCULS.

Côté sain.

Mesurée directement sur le squelette, la longueur r du rayon de circumduction du membre a été trouvée égale à 25 centimètres.

(*A*) Plaçant l'humérus dans sa position normale, c'est-à-dire parallèle à l'axe du corps, nous avons trouvé pour x, en prenant $a = c = 26$, $l = 6.5$

$$x^2 = a^2 - \tfrac{1}{4}\,l^2 = 676 - 10 = 666$$

d'où $x = 25.75$

retranchant 1 pour avoir r, il vient :

$$r = 24.75$$

(*B*) Mettant maintenant l'humérus dans une position perpendiculaire à la direction du bord spinal de l'omoplate, en prenant toujours $a = c$ nous trouvons $a = 25. \quad l = 6.5$

d'où $x^2 = a^2 - \tfrac{1}{4}\,l^2 = 625 - 10 = 615$

$$x = r = 24.75$$

N. B. Dans le cas où l'on peut avoir ainsi $a = c$, le calcul est superflu, son résultat différant vraiment très-peu de la mesure directe de $a = c$.

On voit d'ailleurs que les résultats fournis par l'une ou l'autre méthode sont remarquablement voisins de la vérité : leur différence avec le produit de la mesure directe de l'os ne dépassant pas $2^{mm},5$.

Passons à l'étude des résultats que peut fournir le côté malade.

PREMIÈRE SOUS-DIVISION. — LUXATION SOUS-PECTORALE.

Symptomatologie classique.

« Le coude est écarté du tronc, le bras dirigé *en dehors* et quelquefois un peu en avant. L'avant-bras, fortement fléchi, ne peut s'étendre sans grandes douleurs.

» La tête de l'humérus est placée à la partie supérieure du bord axillaire de l'omoplate et correspond à la partie inférieure et interne de la cavité glénoïde.

» Les auteurs ajoutent que, dans cette situation, le bras peut offrir jusqu'à 1 pouce d'allongement relativement au côté sain : la mesure étant prise entre l'angle postérieur de la voûte et la saillie olécrânienne. »

Mettant l'humérus dans la position décrite ci-dessus, exactement, nous avons trouvé pour x,

$$x = 26.5,$$

c'est-à-dire, en effet, un *allongement* assez notable.

Relevant alors l'humérus sans changer les rapports de la tête avec l'omoplate, jusqu'à lui donner une situation à peu près perpendiculaire au bord spinal de l'omoplate ou à la surface articulaire, nous avons mesuré de nouveau et trouvé

$$x = 24.50,$$

c'est-à-dire un raccourcissement réel.

DEUXIÈME SOUS-DIVISION. — LUXATION SOUS-SCAPULAIRE, OU SOUS-CORACOÏDIENNE COMPLÈTE.

« Le coude est écarté du tronc.

» Le bras porté dans la *rotation en dehors.*

» L'avant-bras fléchi, est soutenu par la main du côté sain.

» L'épaule est abaissée, c'est-à-dire a basculé vers le bras.

» La tête humérale est située en dedans de la cavité glénoïde, audessous du bec coracoïdien, entre le col glénoïdien et le muscle scapulaire. »

Dans cette situation, que disent les auteurs sur l'état de longueur du membre malade?

Suivant les uns, il y a allongement; suivant d'autres, raccourcissement; suivant d'autres encore, le bras n'est sensiblement allongé ni raccourci.

Que disent nos mesures?

Dans la position classique, nous avons trouvé

$$x = 25.5,$$

faible allongement apparent.

Mais relevant le bras perpendiculairement à la surface articulaire, sans changer les rapports de la tête humérale, nous avons trouvé

$$x = 24.25,$$

c'est-à-dire un raccourcissement, comme nous devions nous y attendre en effet, suivant ce que nous aurons à développer ultérieurement.

TROISIÈME SOUS-DIVISION. — LUXATION INTRA-CORACOÏDIENNE OU SOUS-CLAVIÈRE.

« Le coude est porté en arrière.

» Le bras formant un angle obtus avec le deltoïde tendu.

» Saillie très-aiguë de l'acromion, grande difficulté à écarter le bras du tronc.

» La tête humérale se trouve logée dans la fosse sous-scapulaire sous le muscle du même nom, en dedans de l'apophyse coracoïde et plus ou moins rapprochée de la clavicule.

» Tous les auteurs considèrent le membre comme raccourci dans cette situation.

Selon M. Malgaigne, il serait au contraire allongé.

Nos mesures nous ont donné, dans la position classique :

$$x = 24.75,$$

c'est-à-dire peu ou point de raccourcissement. Mais, en relevant le bras comme il a été dit :

$$x = 21.75,$$

on trouve un raccourcissement en réalité très-notable.

QUATRIÈME SOUS-DIVISION. — LUXATION SOUS-ÉPINEUSE.

« Coude rapproché du tronc et porté en avant; rotation en dedans.

» Avant-bras demi-fléchi.

» L'extrémité supérieure de l'humérus est placée sur le bord postérieur de la cavité glénoïde, immédiatement au-dessous de l'acromion. »

Les auteurs considèrent généralement le membre comme alors allongé. Nous avons trouvé de notre côté, dans la position exacte des auteurs :

$$x = 25.75,$$

allongement sensible.

En relevant le bras comme précédemment, sans changer les rapports de la tête humérale et du scapulum, on trouve, au contraire :

$$x = 24.25,$$

c'est-à-dire un léger raccourcissement (1).

La considération de ces résultats donne lieu à une conclusion qui pouvait en quelque sorte être prévue *à priori ;* à savoir que dans toutes les variétés possibles de luxations du bras sur l'épaule, si l'on parvient (une seule exceptée) à placer le membre dans une situation telle que tous les muscles péri-articulaires soient approximativement soumis à une tension égale, on obtiendra pour la distance x de l'extrémité mobile de l'humérus au centre de mouvement normal, une valeur inférieure à la distance homologue obtenue du côté sain. On sait que la direction du membre, dans ce cas, est très-voisine de celle que les auteurs considèrent comme l'axe des mouvements de circumduction du membre, qui diffère peu de la perpendiculaire au plan passant sur le centre de l'article et la ligne l.

Mais d'où vient que, dans la situation morbide habituellement rencontrée, on constate des changements de longueur si variables; d'où vient qu'il y ait tant de dissentiments entre les auteurs à cet égard ? que les uns constatent un raccourcissement où d'autres ont obtenu un allongement? C'est ce que nous allons rechercher ici.

Nous ne nous arrêterons pas sur les différences de longueur qui doivent être attribuées à l'incertitude des méthodes de mensuration employées jusqu'ici. Quoique jouant leur rôle et un rôle important dans la production de ces variations et de ces dissentiments, il ne faut pas faire porter sur elles toute la responsabilité des divergences observées. Un autre élément y prend aussi sa part.

La longueur propre du bras, c'est-à-dire la valeur de x, mesurée

(1) Ces calculs, déjà très-faciles, sont encore simplifiés par l'usage de la table numérique insérée à la fin de l'article sur la cuisse. (*Loc. cit.*)

par le chirurgien *quand le malade se présente à lui*, parait, dans deux cas bien définis (les variétés sous-pectorale et sous-épineuse), être véritablement accrue à la mensuration. Mais en était-il ainsi au moment même de l'accident? Nous ne le croyons pas. En analysant le mode, le mécanisme de l'accomplissement d'une luxation quelconque de l'humérus, on reconnaît que la tête de l'os dirigée plus ou moins obliquement vers un point appartenant aux deux tiers inférieurs de l'ovale glénoïdienne est brusquement chassé au delà de l'article en passant sur ce point. La direction générale de l'os se trouvant sur la prolongation en sens opposé de ce même diamètre, il arrive alors qu'un des points de la diaphyse se trouve (1), au moment où la luxation se produit, en rapport avec le centre de l'article, pendant que le centre de la tête a dépassé la circonférence. Il y a donc en ce moment le raccourcissement réel, diminution nécessaire d'x. La théorie sur ce point pouvait devancer les résultats fournis par la mensuration.

Mais à quoi tient donc cette particularité: que le membre étant réellement raccourci par l'accident, paraisse au médecin avoir, au contraire, été allongé? Les considérations qui suivent vont nous l'expliquer.

Remarquons d'abord que les points de la circonférence articulaire relativement fixe, celle du scapulum par lesquels a pu passer la tête de l'humérus dans les deux seuls cas où un allongement a pu être observé, appartiennent à la demi-circonférence inférieure. Le bras a donc dû être luxé en situation *au moins* horizontale et dans un plan voisin du plan perpendiculaire au bord spinal de l'omoplate.

Mais l'os n'est pas demeuré dans cette situation; mais le malade ne s'est pas présenté, fort peu de temps même après l'accident, dans cette position douloureuse d'un bras étendu horizontalement. La longueur et le poids du bras du levier ont dû déterminer l'abaissement de l'extrémité mobile du membre, éloignant ainsi son axe de la position moyenne dans laquelle les muscles subissent de sa part des efforts égaux.

Cette situation, conséquence des changements de rapports survenus dans les éléments articulaires, amènera sans doute dans bien des cas un allongement consécutif momentané. La ligne EC de la fig. 2, hypothéneuse du triangle rectangle COE, géométriquement plus grande que OE, le devient très-sensiblement quand, de droit, l'angle EOC devient de plus en plus obtus par l'abaissement du bras.

On constate ainsi dans quelque cas comme phénomène primitif un allongement qui n'est en réalité que consécutif, si voisin qu'il semble être de l'accident.

Ajoutons d'ailleurs que par la suite des temps et la progression de la tête dans la voie anormale qu'elle suit, cet allongement redevient le plus souvent un raccourcissement final; sauf *peut être* le cas de la luxation sous-épineuse pour lequel il y aurait raccourcissement définitif comme dans toute luxation, si une circonstance étrangère au fait même de la violence exercée ne venait soustraire cette variété à la loi commune.

Il se passe, en effet, ici quelque chose de tout à fait comparable à ce que nous avons remarqué dans le cas de luxation coxo-fémorale *avec allongement*. A la hanche, la loi de raccourcissement consécutif final après toute luxation reconnaissait une exception: le cas de luxation ovalaire, pour laquelle le plan osseux obturateur maintenait à l'état d'allongement la variation temporaire de longueur observée aussitôt après l'accomplissement de la disjonction articulaire.

A l'épaule, dans la luxation sous-épineuse, le pédicule de l'acromion, contre lequel vient butter la tête humérale, devient également une cause persistante d'allongement. C'est un obstacle fixe qui joue le rôle rempli en bas par la branche montante de l'ischion, et vient modifier, dans un cas spécial, la loi qui semble présider aux conditions d'existence des articulations.

Cette loi générale, nous l'avions ébauchée dans notre précédent travail. Nous disions, en effet (dans notre note 1, § XXVI, p. 649): « que » les muscles pelvi-fémoraux nous paraissaient attachés au membre » abdominal comme des haubans à un mât et destinés à l'assujétir » dans sa position normale, en tendant sans cesse, par leur contrac- » tilité tonique, à rendre la plus courte possible la distance x de » l'extrémité mobile du membre au centre de l'article, etc. » Ne paraît-il pas en être de même des muscles de l'épaule? Ne sont-ils pas groupés autour de l'humérus dans une situation analogue, offrant chacun par leur inclinaison une composante énergique qui tend à fixer et à assujettir le contact des deux éléments osseux articulaires? Une fois la luxation opérée, la même action musculaire commune qui avait en pour objet de prévenir le déplacement tend, au contraire, à l'exagérer, en rapprochant constamment l'extrémité mobile du membre, ou, si l'on veut, le point d'attache des muscles à l'os du centre de l'article; effort qui conduit nécessairement, à moins de disposition locale contraire, à un accroissement du raccourcissement.

Quoiqu'il en soit, une conclusion formelle ressort de ce travail:

Un état morbide de l'articulation étant donné à étudier, et le bras étant ramené dans une direction voisine de la perpendiculaire au bord spinal de l'omoplate, et telle en même temps, s'il est possible, que les distances a et c de l'une des épiphyses de l'extrémité libre de l'humérus aux extrémités de la corde (l) de la voûte acromio-coracoïdienne soient égales entre elles, *s'il y a luxation accomplie*, quelle qu'elle soit d'ailleurs, on trouve par le calcul dont la méthode a été ci-dessus exposée, infériorité obligée d'x relativement à r, ou raccourcissement réel du membre. Par contre, en ayant soin de le placer dans une direction à peu près ou exactement perpendiculaire au tronc, l'égalité entre ces valeurs ne doit pas permettre d'admettre l'existence d'une luxation.

REMARQUE SUPPLÉMENTAIRE.

La méthode que nous avons exposée relativement à la constatation des variations de longueur de la cuisse, dans les luxations traumatiques ou symptomatiques, et dont nous venons de faire l'application aux variations analogues survenues au membre supérieur, repose, il est superflu de le redire, sur l'emploi d'un procédé exact de mensuration de la distance qui sépare, dans l'état sain ou malade, le centre de l'article de l'extrémité mobile de la première portion du membre.

Un peu de réflexion fait voir que ce même procédé peut fournir des résultats analogues quant aux accidents survenus sur tel autre point de la longueur du membre, et d'où peut dépendre un raccourcissement réel: nous voulons parler des fractures du corps ou de l'extrémité libre ou inférieure tant du fémur que de l'huméros.

Nous ne nous occupons pas de ce même accident pour l'extrémité supérieure du membre. Le raccourcissement étant, dans la presque totalité des cas, un symptôme commun aux luxations et aux fractures, ce n'est pas dans la mensuration, mais dans les autres caractères que l'on peut chercher un signe différentiel entre ces deux lésions quand elles peuvent occuper le même siége.

Mais si le lieu du mal est distant de l'article supérieur et que l'on constate un raccourcissement de la longueur propre de cette fraction du membre, il n'y a plus place pour le doute, et assurément on a affaire à une fracture.

Ce corollaire de la nouvelle méthode de mesure nous semble mériter cette mention succincte, pouvant présenter quelque intérêt dans certains cas obscurs de pratique chirurgicale.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les numéros d'avril, mai et juin 1856 contiennent les travaux originaux suivants. 1° *Relation d'une épidémie d'angine couenneuse qui a régné à l'hôpital Saint-Antoine pendant les mois de février et mars* 1855; par M. Oulmont. 2° *Recherches sur le spasme essentiel de la glotte chez les enfants*; par le docteur Salathé. 3° *De l'emploi du perchlorure de fer dans la kératite panniforme*; par le docteur E. Follin. 4° *Mémoire sur l'ulcère simple de l'estomac*; par M. Cruveilhier. 5° *Fonte de la cornée dans les fièvres putrides*; par M. Trousseau. 6° *Du traitement des nævi vasculaires par l'inoculation vaccinale*; par le docteur Legendre. 7° *De l'origine épididymaire des tumeurs dites sarcocèles, encéphaloïde et cystique du testicule*; par le docteur Ch. Robin. 8° *Des caractères généraux de l'asphyxie, et en particulier de l'anesthésie*; par le docteur Faure. 9° *De l'arthrite suppurée et de sa guérison possible avec conservation des mouvements*; par M. Blot. 10° *Des végétations qui se développent sur les parties génitales des femmes pendant la grossesse*; par le docteur Thibierge. 11° *Note sur un cas de galactorrhée*; par M. Gueneau de Mussy. 12° *De la paralysie douloureuse des jeunes enfants*; par le docteur Chassaignac. 13° *Remarque sur l'anatomie pathologique d'une forme d'hydrocèle*; par M. Béraud. 14° *Recherches électro-physiologiques sur les*

(1) Voyez la fig. 3 (Gaz. Méd., 1854, n° 39) du travail sur l'articulation coxo-fémorale. Les choses se passent ici de même.

muscles qui meuvent le pied; par M. Duchenne (de Boulogne). 15° *Considérations sur quelques accidents cérébraux qui se développent dans le cours du rhumatisme*; par M. E. Mesnet.

DE L'EMPLOI DU PERCHLORURE DE FER DANS LE TRAITEMENT DE LA KÉRATITE PANNIFORME; par le docteur E. FOLLIN.

L'auteur insiste tout d'abord sur la chronicité de la kératite panniforme, sur sa persistance malgré l'emploi des moyens les plus énergiques et sur l'opportunité qu'il y avait à rechercher un nouvel agent thérapeutique plus efficace que les autres dans ces cas rebelles, et regardés presque comme incurables.

La solution de perchlorure de fer dont M. Follin s'est servi, a été faite suivant les indications de M. Burin du Buisson. Il a autant que possible évité les solutions avec excès d'acide; il a employé tour à tour des liqueurs à 30°, à 20° et à 15° de l'aréomètre de Baumé; le plus souvent il a fait usage d'une solution à 30°. (C'est le degré indiqué particulièrement par M. Pétrequin, dans son MÉMOIRE SUR LE PERCHLORURE DE FER ET DE MANGANÈSE, Voyez GAZETTE MÉDICALE, 1853, p. 622). Une large goutte de cette solution était instillée tous les deux ou trois jours. La constriction des paupières, qui suit l'introduction de ce collyre dans l'œil commande qu'on prenne les précautions nécessaires pour introduire du premier coup une quantité suffisante de ce liquide.

La goutte de perchlorure s'étale rapidement à la surface de l'œil, qui se colore d'une teinte jaune assez vive. Ce contact du collyre ferrique avec la muqueuse oculo-palpébrale est promptement suivi d'une assez vive douleur ou plutôt d'une sensation de constriction énergique, bien différente de la sensation de cuisson et de brûlure que produisent le nitrate d'argent et le sulfate de cuivre. Cette constriction douloureuse dure un quart-d'heure environ. Ce temps écoulé, elle diminue peu à peu. Durant quelques heures encore, le malade ressent dans l'œil une douleur assez vive qui s'éteint complétement à la fin du jour.

La conjonctive, d'abord raccornie et plissée par l'action astringente du sel ferrique, s'injecte bientôt, l'œil devient plus rouge, et il est facile de remarquer qu'il devient le siége d'une phlogose momentanée. Quelquefois on constate, dès le lendemain, une gêne moins marquée de l'œil; d'antrefois aucun changement n'est appréciable, on même il y a une légère excitation de la phlegmasie.

Ce jour-là il faut s'abstenir de toute application nouvelle de perchlorure, et se borner à des applications froides et légèrement astringentes sur l'œil. M. Follin emploie la décoction de ratanhia, qui est bien supportée par les malades.

C'est, en général, au bout de deux ou trois instillations qu'on commence à constater une certaine amélioration. Du reste, jamais d'accident. Même lorsque le collyre n'a pu être supporté, il n'a amené aucune aggravation dans l'état inflammatoire de l'organe.

M. Follin rapporte cinq observations :

Chez le premier malade, où beaucoup d'autres moyens avaient été employés sans succès (collyres au nitrate d'argent et au sulfate de zinc; excision des faisceaux vasculaires de la cornée), la solution de sel de fer à 30° fut instillée tous les deux jours.

Au bout de deux instillations il y avait déjà une notable amélioration, et après deux applications du médicament, la guérison était complète.

Même marche de la maladie ou à peu près, dans les quatre autres observations, dont l'une a été communiquée à l'auteur par M. Broca.

M. Gosselin a aussi employé les instillations de perchlorure, d'après les indications de M. Follin. Il s'en est servi sur quatre malades, atteints tous quatre de kératite vasculaire superficielle, très-chronique, avec opacités de la cornée. Mais, dans aucun des quatre faits, la solution ferrique n'a été employée exclusivement. Toutefois M. Gosselin regarde le perchlorure comme un bon astringent qui, plus efficacement que beaucoup d'autres, modifie la phlegmasie et contribue pour une grande part à la guérison.

Le docteur Crisafulli (de Messine), a aussi fourni une observation très-satisfaisante à l'auteur.

Toutefois, la kératite panniforme est une maladie assez commune pour que les faits ne tardent pas à se multiplier davantage. C'est alors seulement qu'on pourra porter un jugement définitif sur la médication nouvelle dont les premiers succès, il faut l'avouer, ne laissent pas que d'être très-encourageants.

FONTE DE LA CORNÉE DANS LES FIÈVRES PUTRIDES; par M. A. TROUSSEAU.

Dans le cours des fièvres putrides, on voit souvent les malades dormir les paupières entr'ouvertes; il arrive presque toujours que le globe de l'œil est porté en haut et que la cornée reste entièrement cachée. Dans ces cas, si la stupeur se prolonge, si elle est portée à un haut degré, les malades sont nuit et jour dans des conditions analogues à celles où se trouvent les individus atteints de paralysie faciale, c'est-à-dire qu'il y a chez eux défaut de clignement.

Or, en vertu de causes non encore bien connues, dans ces fièvres les membranes muqueuses deviennent le siége de congestions demi-actives, demi-passives, mais qui arrivent facilement à l'inflammation et même au sphacèle; aussi les ophthalmies, comme les angines, les laryngites, les phlegmasies des parties génitales, surtout chez les jeunes filles, sont-ils le cortége habituel des pyrexies à forme septique. Si bien que l'on conçoit mieux que la cornée, lorsqu'elle vient alors à s'enflammer par l'absence du clignement, arrive aisément au ramollissement, sorte de gangrène de la membrane.

M. Trousseau cite une observation faite conjointement avec M. Grenat, où après un peu de congestion de la conjonctive, survenue autant sous l'influence de la fièvre que par le défaut de clignement, l'une des cornées se ramollit et le malade perdit l'œil.

Chez un autre malade l'auteur, averti par le précédent exemple, put prévenir ces accidents au moyen d'une précaution très-simple, l'*occlusion des paupières*.

Une femme était à l'Hôtel-Dieu, dans la troisième semaine d'une fièvre putride. En examinant les yeux avec soin, il était facile de reconnaître que le segment inférieur de la cornée, exposé au contact de l'air, avec absence de clignement, en proie déjà à une violente inflammation, ne tarderait pas à se ramollir et à amener la perte de la vue. M. Trousseau s'appliqua à fermer les yeux très-exactement, et les maintint fermés au moyen de deux tampons de coton cardé, placé par-dessus les paupières.

Ce petit appareil fut placé pendant la visite du matin. Le lendemain, en examinant les yeux, on reconnut que les cornées avaient déjà leur couleur normale, et qu'il ne restait plus qu'un peu d'injection des conjonctives. Le traitement fut continué pendant trois jours. La fièvre en ce moment avait un peu cédé, ce qui permettait aux yeux de se fermer pendant le sommeil.

M. Trousseau rapporte un autre fait analogue, qui lui a été communiqué par M. Tardieu. Sans vouloir en rien préjuger de l'occlusion comme méthode générale de traitement des ophthalmies, l'auteur pense que dans ces cas spéciaux elle ne peut manquer de rendre des services et de réussir toujours, car elle est éminemment rationnelle.

DES VÉGÉTATIONS QUI SE DÉVELOPPENT SUR LES PARTIES GÉNITALES DES FEMMES PENDANT LA GROSSESSE; par M. THIBIERGE.

Les végétations qui se développent sur les parties génitales des femmes grosses, sont fréquemment considérées par les médecins comme des manifestations syphilitiques. L'auteur croit, au contraire, d'après ses propres observations, qu'elles apparaissent indépendamment de toute infection générale et par le seul fait de la gestation.

Dans l'état ordinaire, la muqueuse vaginale a une teinte rose pâle; chez les femmes enceintes, cette muqueuse se ramollit, prend une couleur violette foncée, surtout à la paroi antérieure, où il n'est pas rare de voir percer à travers son tissu de grosses veines bleues.

Les follicules s'hypertrophient et font saillie sur la muqueuse. Or la simple exagération de cet état produit déjà la vaginite granuleuse.

Si donc la gêne de la circulation peut produire un état granuleux du vagin, il est aisé d'admettre, à priori, que des végétations peuvent aussi se développer, répulluler, tant que la grossesse dure, et guérir souvent spontanément lorsque l'accouchement a eu lieu. Ainsi, de l'avis de l'auteur, chez un certain nombre de femmes grosses, les végétations se développent par suite d'obstacles apportés à la circulation. Chez d'autres, elles reconnaissent une autre cause.

On observe souvent, chez les femmes enceintes, un écoulement tantôt blanc, tantôt laiteux, tantôt jaune ou jaune verdâtre; cet écoulement n'est souvent la cause d'aucune affection. Mais, dans quelques cas, il produit de l'érythème, du prurit, et dans d'autres il devient la cause de végétations.

Il n'est pas rare de rencontrer des végétations chez des femmes qui n'ont jamais eu d'affection syphilitique, mais qui depuis un temps plus ou moins long, sont affectées de vaginite ou de catarrhe utérin. Dans ce cas, on ne saurait rapporter la présence des végétations à d'autre cause qu'à l'irritation produite par la sécrétion morbide sur les parties génitales. Et si les produits d'une inflammation vaginale ou utérine peuvent, par leur seul contact, faire naître des végétations,

à plus forte raison, un écoulement déterminera-t-il l'évolution de végétations chez une femme enceinte, déjà prédisposée, par son état de gestation, à la congestion de la muqueuse des organes génitaux.

Après avoir rapporté un certain nombre de faits à l'appui de ces idées, l'auteur s'occupe du traitement.

Les végétations étant un accident local, on doit exclure, dans tous les cas, le traitement général.

Durant la grossesse, on pourra, une première fois, tenter la guérison par des moyens locaux; mais si ce traitement échoue, il ne convient pas de faire de nouvelles tentatives de guérison, au moins immédiatement. Il faut attendre, avant d'entreprendre une nouvelle médication, l'expulsion du fœtus.

Les moyens de traitement qu'on peut employer pour détruire les végétations sont nombreux : parmi les toxiques, l'alun, l'huile de cade et le calomel doivent tenir le premier rang, lorsque les végétations sont sessiles et siégent sur des surfaces continuellement en contact les unes avec les autres. Si les végétations sont pédiculées, d'un volume moyen, nombreuses, il faut les cautériser une ou deux fois la semaine avec le nitrate acide de mercure. Dans quelques cas, la cautérisation avec l'acide acétique est préférable.

Les applications de caustique doivent être faites goutte à goutte, de manière à imbiber, pour ainsi dire, les végétations. Un petit bout de bois, une allumette, sont préférables à un pinceau de charpie.

Lorsque les végétations sont très-volumineuses, il faut avoir recours à des moyens plus énergiques.

L'excision combinée avec le broiement, de manière à déraciner la végétation, puis la cautérisation avec l'azotate d'argent, constituent un mode de traitement très-efficace.

Si les végétations sont pédiculées, isolées, rares, la ligation pourra être avantageusement substituée à ces moyens.

Mais en dehors du traitement local, aucune autre médication mercurielle, arsénicale, etc., ne doit être mise en usage.

NOTE SUR UN CAS DE GALACTORRHÉE SUIVIE DE RÉFLEXIONS;
par M. N. GUÉNEAU DE MUSSY.

OBS. Magdeleine Mancor, âgée de 20 ans, a joui jusqu'à sa première grossesse d'une santé parfaite. Elle accoucha à terme, l'accouchement fut rapide et heureux. La fièvre de lait fut accompagnée d'un développement considérable des seins. La sécrétion laitée fut si abondante dès les premiers jours, que le nourrisson ne pouvant suffire à l'épuiser, cette jeune femme donnait à téter aux enfants du voisinage. Bientôt le lait s'écoula continuellement sans succion, le sein devint le siége de douleurs et de plusieurs abcès successifs; mais après de vives souffrances ces accidents se dissipèrent assez rapidement, la glande s'affaissa et la sécrétion se tarit.

Cependant la mamelle continua à se développer outre mesure, et quoique la malade eût cessé d'allaiter, son lait continua de couler continuellement de telle sorte qu'elle en perdait jusqu'à 7 litres par jour.

Plusieurs médications furent inutilement mises en usage pour combattre cette affection. On lui prescrivit sans succès des purgatifs répétés, des diurétiques, des bains, etc. Depuis plusieurs mois, cette femme dépérissait lorsqu'elle se présenta à M. Guéneau de Mussy. Elle était très-maigre et d'une pâleur extrême; sa peau était d'un blanc mat, sèche et complétement décolorée, ainsi que les muqueuses labiales et gengivales. Elle tenait suspendu dans un sac goudronné son sein droit, très-volumineux, qui descendait jusqu'au niveau de la dernière fausse-côte. Le mamelon très-aplati présentait au centre une dépression assez profonde où on apercevait directement trois orifices donnant issue à un lait blanc et épais. La glande mammaire était dure, bosselée, douloureuse à la pression. Cette malade éprouvait tous les jours des mouvements de fièvre; sa soif était vive. Elle perdait encore dans les vingt-quatre heures 4 litres de lait.

Prescription : 1° Prendre chaque jour un demi-litre de décoction de queues de cerises, avec 5 grammes de bicarbonate de soude.

2° Deux fois par jour, une des pilules suivantes :

Protoiodure de fer et limaille de fer : 2 grammes de chaque. Pour 20 pilules.

3° Tous les matins, friction générale avec une brosse de crin.

4° Appliquer sur le sein des compresses imbibées d'eau blanche.

5° Prendre 12 bains sulfureux.

Le traitement fut suivi avec exactitude, et, au bout d'un mois, la guérison était complète.

A la suite de cette observation, l'auteur fait quelques réflexions sur ce que l'on doit entendre par *galactorrhée*, maladie qu'il regarde comme l'analogue du diabète, et sur les principes qui doivent diriger le praticien dans le choix de la médication la plus convenable. Il cite en même temps les faits analogues épars dans la science. Parmi ces faits, celui qu'il mentionne avec le plus de détails a été observé par M. Pétrequin et publié dans le BULLETIN THÉRAPEUTIQUE. Le traitement adopté par M. Pétrequin diffère essentiellement de celui de M. Guéneau de Mussy. Il a surtout consisté dans l'administration intérieure et l'application extérieure de médicaments narcotiques destinés à paralyser l'irritation sécrétoire de la glande. Son succès prouve que, dans cette affection comme dans beaucoup d'autres, les indications peuvent varier suivant les différents cas. M. Pétrequin a eu beaucoup à se louer de l'emploi de cigue à l'extérieur et à l'intérieur, du camphre et de l'opium en pilules, etc.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 20 OCTOBRE.—PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE.

OBSERVATIONS SUR LA STRUCTURE DE LA RÉTINE DE CERTAINS ANIMAUX;
par M. HENRY MULLER (de Wurzbourg).

(Commissaires : MM. Flourens, Milne Edwards, Valenciennes.)

J'ai fait voir, dans mon ouvrage sur la rétine, que cette partie fournit des caractères microscopiques dont on peut faire usage pour la distribution systématique des animaux vertébrés, à ce point qu'il est souvent possible de déterminer la classe, l'ordre, et même le genre d'un animal d'après un petit morceau microscopique de sa rétine.

En général, plus les caractères systématiques sont marqués dans les différents embranchements d'une classe de vertébrés, plus on observe de variations dans les caractères microscopiques de la rétine. La rétine de l'esturgeon en offre un exemple des plus remarquables. Dans une recherche récente, j'ai trouvé que la couche des bâtonnets dans ce poisson est composée d'après un type étranger aux autres poissons, un type qui se trouve ailleurs, dans la classe des oiseaux. Il y a deux éléments, les cônes et les bâtonnets. Les derniers sont tronqués extérieurement, tandis que la partie intérieure passe dans une pointe conique. Les gouttelettes graisseuses, que d'autres observateurs avaient mentionnées, n'appartiennent pas aux bâtonnets, mais aux cônes, ce que j'avais déjà soupçonné antérieurement, ainsi qu'on peut le voir dans mon ouvrage cité. Les cônes se composent d'une partie intérieure plus épaisse, et d'une partie extérieure plus mince, comme dans les oiseaux. A l'extrémité de la première partie se trouve la gouttelette graisseuse, qui, abstraction faite de la couleur moins brillante, ressemble tout à fait à celles qu'on trouve dans les cônes des oiseaux. On ne connaît jusqu'à présent aucun autre poisson dont la rétine montre cette disposition des cônes et des bâtonnets tout à fait semblable à celle des oiseaux. Mais il est bien remarquable d'un côté que ce type de la rétine propre aux oiseaux se retrouve dans certains reptiles, savoir les tortues qui, elles-mêmes à cet égard, s'éloignent beaucoup des autres embranchements parmi les reptiles. De l'autre côté, je ferai remarquer que, parmi les poissons, ce sont justement les ordres qui possèdent d'ailleurs les caractères les plus propres, où se trouvent aussi les variations les plus tranchées dans les éléments de la rétine. Dans les esturgeons, la couche des cônes et bâtonnets est composée d'après le type des oiseaux; dans les cyclostomes, ainsi qu'il résulte de mes recherches antérieures, il n'y a que des cônes simples, pas de bâtonnets; dans les plagiostomes, au contraire, je n'ai trouvé que des bâtonnets et pas de cônes. Dans la classe des reptiles, on trouve de même des différences bien importantes parmi les batraciens, les sauriens, les tortues, tandis que dans les oiseaux et les mammifères il y a une plus grande uniformité dans le type général des éléments mentionnés, et seulement des modifications plus légères.

Un autre point remarquable est la présence de fibres nerveuses à doubles contours dans la rétine de certains animaux. Il est connu que dans l'œil des lapins il y a une belle radiation blanche, surtout des deux côtés de l'entrée du nerf optique, et plusieurs observateurs ont remarqué qu'on trouve quelquefois ailleurs des fibres qui contiennent une espèce de moelle. Mais il y a, outre les lapins, bien des animaux où les fibres optiques montrent une moelle à des contours foncés dans un degré très-prononcé.

J'ai trouvé que dans la rétine de l'esturgeon les fibres optiques, qui s'étendent d'une manière très-élégante en forme d'un double peigne, possèdent des contours bien foncés dans une grande partie de la rétine. De même la rétine des plagiostomes, tant des raies que des requins, contient des fibres larges jusqu'à 0mm,01, qui montrent tous les caractères des fibres variqueuses à doubles contours qu'on trouve dans les centres nerveux. Enfin, j'ai observé dans les yeux de plusieurs chiens que le nerf optique est encore blanc à son entrée dans l'œil, et que seulement dans la rétine les fibres nerveuses deviennent pâles et transparentes. Mais le changement se fait très-peu après l'entrée du nerf optique, pendant que dans les poissons qui viennent d'être mentionnés les fibres à doubles contours s'étendent sur une grande partie de la rétine et passent seulement peu à peu à l'aspect de fibres pâles. Au point de vue physiologique, il est remarquable que dans les poissons dont je parle, malgré les doubles contours des fibres nerveuses, la rétine paraît être assez transparente pendant la vie, tandis que dans les lapins et les chiens elle est opaque et blanche dans toute l'étendue des fibres à doubles contours. Dans le premier cas, l'influence sur la vue ne paraît pas être importante, mais dans le dernier cas la perception de la lumière doit

être empêchée on troublée aussi loin que cette particularité des fibres s'étend; et de même l'effet ophthalmoscopique du fond de l'œil, surtout de l'entrée du nerf optique, doit présenter des modifications remarquables dans tous les animaux où il existe un état pareil, comme on le sait depuis longtemps pour le lapin.

SUITE SUR UN NOUVEL INSTRUMENT DESTINÉ A FACILITER PLUSIEURS DES OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LES YEUX ET NOTAMMENT L'OPÉRATION DE LA CATARACTE; par M. CASTORANI.

(Commissaires : MM. Velpeau, Jobert (de Lamballe.)



M. le docteur Castorani présente un nouvel instrument fabriqué d'après ses indications par M. Lüer, et qui est destiné à faciliter les opérations qui se pratiquent sur les yeux, notamment pour la cataracte.

Cet instrument, auquel il donne le nom de *fixateur de l'œil*, sert à la fois à écarter les paupières et à fixer le globe oculaire sans le secours d'un aide. M. Després, chirurgien des hôpitaux, l'a expérimenté pour la première fois sur le vivant, et, dans les diverses opérations de cataracte qu'il a pratiquées par extrait, on a pu s'assurer que rien n'est plus aisé que d'atteindre le double but que l'auteur s'est proposé. En effet, les paupières sont maintenues à une distance convenable l'une de l'autre, et le globe de l'œil est immobilisé, sans subir pour cela la moindre compression.

Voici les différentes pièces dont se compose le *fixateur de l'œil* : *a*. représente l'élévateur supporté par la tige mobile *h*. auquel s'adapte le bouton *c*; *b* est l'abaisseur qui surmonte la tige fixe *i*; *cc* sont les extrémités des deux branches *gg* d'une pince qui se réunissent au point *o*. *f* manche de l'instrument qui supporte toutes les pièces; *d* est un petit coulant soudé sur la tige mobile et qui glisse entre les deux branches de la pince et la tige immobile.

Dès qu'on imprime au bouton *e* un mouvement de propulsion de bas en haut, on fait monter la tige mobile, et par conséquent aussi l'élévateur qui pousse devant lui la paupière supérieure. En même temps le coulant qui est fixé sur la tige mobile est également dirigé de bas en haut, et dans ce mouvement ascensionnel il rapproche les branches de la pince et porte les mors en avant.

Il suffit donc de faire glisser le bouton dans la rainure qui lui est destinée pour faire monter l'élévateur et pour rapprocher les deux branches de la pince. Par ce mécanisme si simple on écarte les paupières et on fixe le globe oculaire entre les mors de la pince.

ADDITION A LA SÉANCE DU 15 OCTOBRE.

SUR LES MOUVEMENTS DU CŒUR. TROISIÈME MÉMOIRE : INFLUENCE DE LA LIGATURE DES GROS VAISSEAUX DU CŒUR SUR LE BATTEMENT OU CHOC PRÉCORDIAL; par M. H FRELSHEIM.

(Commissaires : MM. Andral, Rayer, Cl. Bernard.)

Le mémoire que j'ai l'honneur de soumettre aujourd'hui au jugement de l'Académie, selon les vœux qu'elle a exprimés et les obligations qu'ils m'imposaient, a pour objet une série d'expériences entreprises dans le but de vérifier sur des animaux vivants la théorie des mouvements du cœur, que j'avais exposée dans mes deux précédents mémoires.

J'ai établi la division des mouvements du cœur en mouvements *absolus* et en mouvements *relatifs*. Tandis que la plupart des physiologistes font dépendre les premiers de ces derniers, j'ai établi, par un théorème et des appareils physiques de mon invention, que le cœur bat parce qu'il éprouve un mouvement de recul lors de la sortie du liquide par les orifices artériels. Cette explication d'un phénomène physique en lui-même, comme l'est le choc du cœur, par une théorie et des expériences physiques est déjà en partie confirmée par la marche à reculons des céphalopodes, qui sont pourvus d'une poche contractile semblable à mes poches élastiques surdistendues. Elle a de plus reçu la sanction des plus grandes autorités en matière de *mécanique*.

Mais il fallait constater directement sur les animaux si l'interruption de la circulation des artères du cœur entraînerait la disparition du choc précordial. A cet effet, après avoir constaté ce choc chez un animal (lapins, chiens), dans sa station normale, je le renverse et j'introduis dans la trachée une sonde pour la respiration artificielle; puis j'ouvre le côté droit de la poitrine, en perdant le moins de sang possible. On conserve intactes les parois près de l'aisselle, du sternum et près de la colonne vertébrale. Après m'être assuré, la poitrine étant ainsi ouverte en partie, que le cœur ne bat plus sensiblement, l'animal étant sur son dos, et au contraire très-normalement quand il est sur ses pattes, je lie successivement les veines caves avec des serres-fines à larges mors; le choc du cœur, diminué pour l'une des veines, s'éteint lorsque toutes deux sont liées. Pour les yeux, rien n'est modifié dans les changements de forme du cœur, c'est-à-dire ses mouvements relatifs. Il faut redresser l'animal sur ses pattes pour constater, soit la présence, soit l'absence du choc précordial dans ses conditions anatomiques à peu près normales. Si alors j'enlève encore successivement les serres-fines, je sens le choc et l'ébranlement thoracique renaître, puis reparaître complétement. On peut ainsi renouveler l'opération dix fois en une heure. Les ligatures en fil donnent des résultats plus absolus en oblitérant très-complétement les vaisseaux, mais la répétition prend trop de temps. La ligature de l'aorte et de l'artère pulmonaire donne le même résultat, mais compromet bien plus vite l'existence de l'animal.

Aussitôt que l'on ouvre la poitrine, chez un certain nombre d'animaux, on voit les mouvements du cœur se ralentir très-notablement. Au bout d'une ou deux minutes d'insufflation d'air, les contractions reprennent leur rhythme normal.

En appliquant un courant continu de la pile Pulvermacher, j'ai vu ces mouvements se ranimer bien plus énergiquement. Généralement, lorsque l'opération est faite dans de bonnes conditions, l'animal vit une heure. La ligature des deux veines caves, quand elle est complète, entraîne la mort en quatre minutes. Celle de l'aorte n'exige pas la moitié de ce temps.

Cette expérience si concluante est des plus faciles à vérifier. Mais nous avertissons les personnes qui voudraient la répéter que, pour faire l'expérience avec succès, il faut absolument remplir toutes les conditions suivantes, dont chacune d'ailleurs élimine une équivoque dans l'interprétation des faits que l'on constate :

1° Opérer avec une petite perte de sang; 2° s'assurer du rétablissement ou de la continuation du rhythme normal dans les mouvements du cœur et ne recourir à un courant continu qu'avec ménagement; 3° ne pas perdre de vue que le choc thoracique ne pouvant être apprécié convenablement qu'à une paroi intacte, il faut conserver celle-ci dans la plus grande étendue possible du côté où l'on opère. En effet, le poumon, et avec lui le cœur, se portent très-sensiblement du côté gauche vers la ligne médiane : c'est pourquoi le battement du cœur se fait sentir plus près de cette ligne qu'avant l'opération; 4° dans la ligature de la veine cave supérieure, comprendre la veine azygos, qui chez le lapin est très-développée; 5° lier la veine cave inférieure au niveau de la pointe du cœur; 6° isoler l'aorte avec les plus grandes précautions, et n'ouvrir le péricarde que le plus tard possible, certains animaux m'ayant paru périr bien plus promptement des suites de cette opération; 7° faire la ligature de chaque veine successivement, ne lier l'aorte que moitié moins longtemps que les veines caves, et la réserver pour la fin. Il est utile de s'assurer que le sang ne coule plus au delà de la ligature, car avec les serres-fines de force moyenne, la pression du sang est assez forte pour vaincre partiellement le ressort. Pour l'aorte surtout, on n'a cette certitude que par une ligature.

En effet, en voyant persister en partie le choc du cœur, j'ai reconnu que la circulation n'était que partiellement interceptée. Il est utile de s'assurer par les mains, en dedans et en dehors du thorax, que les mouvements du cœur continuent. Quand on veut lier les vaisseaux, il faut toujours coucher l'animal; quand on veut retrouver le choc, il faut toujours le redresser. Quand on ouvre les oreillettes en dedans des veines, l'animal meurt très-rapidement, mais on reconnaît pour un court instant l'existence du choc, et cet organe blessé ne se contracte plus pour ainsi dire.

— M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet une note adressée de la Guadeloupe par M. l'abbé Cestia, sur un remède anoncé comme préservatif du choléra-morbus.

Cette note, destinée au concours pour le prix du legs Bréant, est renvoyée à l'examen de la section de médecine constituée en commission spéciale.

— M. DOIN (de Bourges) adresse pour le même concours une note qui se rattache à celle qui est mentionnée au COMPTE RENDU de la séance du 1er septembre.

(Renvoi à la même commission.)

— M. DEVAY soumet au jugement de l'Académie un mémoire ayant pour titre : DU DANGER DES ALLIANCES CONSANGUINES AU POINT DE VUE SANITAIRE.

(Commissaires : MM. Serres, Andral, Velpeau.)

— M. APOSTOLIDES présente un mémoire intitulé : «Moyen simple et naturel de remplacer le stéréoscope. Explications physiques du relief en général, des illusions optiques venant du dedans ou du dehors; utilité du stéréoscope dans le strabisme. »

(Commissaires : MM. Pouillet, Babinet, Despretz.)

— M. BERON adresse un deuxième mémoire de climatologie et de météorologie.

(Renvoi à l'examen des commissaires précédemment nommés : MM. Pouillet, Babinet, Le Verrier.)

— M. MEYER envoie de Wismar (Mecklenbourg-Schwerin) un mémoire écrit en allemand sur le traitement des scolioses (déviations de la colonne vertébrale) au moyen d'un bandage de son invention.

(Commissaires : MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert de Lamballe.)

— M. DYNVIARSKI envoie de Vladimir (gouvernement de Volbynie) deux notes : l'une sur le sens qu'il faut attacher au mot *fièvre* : l'autre sur le pansement des *plaies gangréneuses*.

(Commissaires : MM. Serres, Andral, Jobert de Lamballe.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 21 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1856 dans les départements du Cantal, des Pyrénées-Orientales, d'Eure-et-Loir, de la Haute-Saône, de la Haute-Marne, du Loiret, de la Somme et du Gard. (Commission des épidémies.)

2° Un rapport de M. le docteur Delvest, médecin inspecteur des eaux minérales de Châteldon (Puy-de-Dôme), sur le service médical de cet établissement en 1854. (Commission des eaux minérales.)

3° Les tableaux des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements du Cantal et du Gers. (Commission de vaccine.)

— La correspondance non officielle comprend :

Une observation de M. le docteur Morel (d'Auteuil), sur un cas d'hydrophobie développée chez un enfant de 5 ans. (M. Renault, rapporteur.)

Un mémoire sur l'exfoliation de la muqueuse utérine chez la femme et dans quelques animaux domestiques, par M. le docteur Girardet, professeur suppléant à l'école préparatoire de médecine de Tours. (Commiss. : MM. Bouley, Depaul.)

Deux observations : un cas de kyste ovarique et un cas d'hydropisie ascite, tous deux suivis de mort après l'emploi des injections iodées, par M. le docteur Bouchard, médecin en chef de l'hôpital de Saumur. (M. Barth. rapporteur).

— M. le docteur PELLARIN adresse un mémoire sur les cas de fièvre jaune épidémique observés à bord de l'*Iphigénie*, du 5 au 23 janvier 1856. (Commiss. : MM. Mélier et Gérardin.)

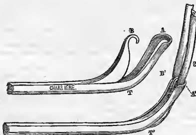
— M. le professeur H. MULLER, professeur à Wurzbourg, transmet à l'Académie, d'après l'invitation de M. Malgaigne, le résumé d'un travail sur la cataracte capsulaire. (M. Malgaigne, rapporteur.)

— M. CHARRIÈRE fils présente à l'Académie un instrument imaginé par M. Aug. Mercier, pour extraire de la vessie les sondes élastiques et autres corps flexibles. Cet instrument ressemble au brise-pierre courbe.

Le mors de la branche femelle est fenêtré complétement comme dans le brise-pierre de M. Charrière père, mais la petite lame qui borde la fenêtre, au lieu d'être sur le bec même, se trouve, à sa face dorsale, près de leur extrémité; les lames latérales sont un peu plus écartées que dans le reste de leur étendue, et leur bord antérieur se confond avec le bord terminal en s'arrondissant.

Le mors de la branche mâle est, près de son extrémité, beaucoup plus mince que la fenêtre n'est large; mais il a une grande force d'avant en arrière ; ce qui le caractérise surtout, c'est sa face prenante qui est contournée en S.

Voici maintenant ce qui arrive quand on a saisi en travers un corps flexible. A mesure que le talon de cette branche s'engage dans la fenêtre, le corps glisse entre les mors qui sont parfaitement polis, et remonte jusqu'au crochet terminal. Là il se trouve arrêté, et si l'on continue de presser, il se fléchit et s'engage entre les lames de la branche femelle, en même temps que ses extrémités se dirigent en avant et en haut. On voit que, dans l'extraction, le volume du corps étranger ne se surajoute en aucun cas à celui de l'instrument ; que le premier est presque dans l'axe du second ; qu'en tous cas il y est facilement amené en traversant le col de la vessie, et que, s'il tend à frotter contre une paroi du canal, c'est contre l'antérieur, où il ne se trouve rien d'essentiel à ménager.



A bec fenétré comme les brise-pierre ordinaires vu ouvert, A, vu fermé.
B crochet en S pour accrocher la sonde vu ouvert, B dito.
S sonde saisie par le bec de l'instrument pour être amenée au dehors S.

— M. MOREAU, à l'occasion du procès-verbal, réclame contre l'opinion trop exclusive que lui a prêtée M. Trousseau ; il déclare n'avoir pas préconisé l'abstention dans tous les cas, mais seulement dans le plus grand nombre.

— M. VELPEAU présente, à l'occasion de la correspondance, un mémoire de M. le docteur Gély (de Nantes), sur le traitement abortif des bubons vénériens.

M. Gély aurait désiré faire donner lecture de ce travail, mais la discussion qui vient de s'élever devant probablement absorber plusieurs séances, il a chargé M. Velpeau de déposer son mémoire sur le bureau de l'Académie, en indiquant les principaux résultats qui s'y trouvent exposés.

Le travail de M. Gély est relatif à la question des ponctions prématurées des bubons vénériens ou des ganglions lymphatiques suppurés. On sait que, depuis le travail de M. Broca, plusieurs réclamations ont surgi au sujet de cette méthode. M. Gély fournit la preuve que, depuis 1852, il a souvent mis en pratique la ponction prématurée des ganglions vénériens. Son mémoire contient quatorze observations, avec des indications sur la manière de pratiquer l'opération, les suites et les résultats de celle-ci. La manière d'opérer de M. Gély ne ressemble pas entièrement à celle de M. Broca, non plus que celle de M. Dominel dont il a été question. Lorsque la commission chargée de faire un rapport sur le mémoire de M. Broca et sur la question des ponctions prématurées des ganglions lymphatiques nous apportera son travail, la discussion pourrait bien prendre de certaines proportions, et je me propose alors de présenter quelques observations. Je rappellerai seulement que j'ai pratiqué la ponction prématurée dans d'autres circonstances assez analogues.

APPAREIL POUR LA PRÉPARATION DE L'EAU ACIDO-CARBONIQUE

M. GUÉRARD, au nom de la commission des eaux minérales, donne lecture d'un rapport sur un appareil destiné à la préparation de l'eau acido-carbonique.

Après quelques observations présentées par MM. Boullay, Gaultier de Claubry, Bouchardat, Londe et Guibourt, et sur l'invitation de M. Dubois (d'Amiens), M. le rapporteur modifie la première rédaction de sa conclusion et propose la suivante :

« Répondre à M. le ministre que l'appareil de M. Chanssenot, pour la préparation sur table de l'eau gazeuse, paraît remplir toutes les conditions désirables, sans cependant offrir des qualités qui le rendent préférable à d'autres appareils auxquels l'Académie a précédemment accordé son approbation. » (Adopté).

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES KYSTES OVARIQUES.

M. PIORRY, après avoir lu quelques considérations sur l'anatomie normale et pathologique des ovaires, aborde la question de thérapeutique :

1° Les tumeurs de l'ovaire peu volumineuses et mobiles pourraient, à la rigueur, être excisées; mais quel est le médecin qui se décidera à opérer, alors que la lésion existante trouble à peine la santé, permet de vivre longtemps, et que l'opération aurait peut-être pour conséquence une péritonite ?

Celle-ci n'est pas, il est vrai, aussi grave qu'on l'a faite, alors qu'il n'y a pas de liquides inorganisables pénétrés dans la membrane séreuse abdominale, ou quand il n'existe ni pyémie, ni galarsémie, ni septisémie; mais enfin, elle occasionne fréquemment la mort, et, par conséquent, l'extirpation de la tumeur ovarique, susceptible de la provoquer, ne devrait être tentée que dans le cas où les moyens physiques de diagnose, l'organographisme surtout, prouveraient que le mal augmente avec promptitude, et que déjà des accidents sérieux surviennent.

2° Les ovarocélies ont-elles acquis le volume d'une orange, de la tête d'un enfant ? sont-elles très-mobiles, non adhérentes ? troublent-elles par compression les fonctions des organes voisins? la palpation, le plessimétrisme prouvent-ils que des anses intestinales n'y sont pas fixées? Alors on pourra, à la rigueur, tenter l'excision; mais pour cela il faudrait avoir une audace américaine, et bien que je n'admette aucune séparation dans la pratique entre la chirurgie et la médecine, j'avoue que je laisserais à d'autres mains que les miennes les soins de pratiquer une telle opération.

3 Ces tumeurs sont-elles bien constatées comme des kystes ? la matité n'y est-elle absolue ? touchent-elles aux parois comme le plessimétrisme et le palper le démontre ? est-il possible par les caustiques, par les ponctions avec les trocarts effilés ou par des instruments spéciaux de les fixer et de les rendre adhérentes ? Alors ponctionnez largement, n'oubliez pas les beaux faits recueillis par M. Boinet et par d'autres; injectez de la teinture d'iode iodurée, de l'alcool, et espérez que le succès couronnera votre tentative hardie, mais consciencieuse.

4° Dans les cas dont il s'agit, comme dans les kystes ovariques plus volumineux, il faut encore avoir égard à l'épaisseur des parois ; en effet, quand elles sont minces, les chances de réussite par l'injection d'iode sont beaucoup plus grandes, et ces chances sont bien faibles, alors que les enveloppes de l'ovarocélie sont épaisses, consistantes et formées par des tissus fibreux ou par des substances fibrineuses ou même crétacées.

5° Les kystes ovariques très-volumineux et qui déterminent des accidents de compression dangereux ou mortels, doivent être ponctionnés, et cela, qu'ils se trouvent ou non adhérents aux parois abdominales. Nous verrons bientôt qu'il y a des moyens de prévenir tout épanchement.

Cette ponction palliative est depuis longtemps employée. Je l'ai vue suffire pour faire vivre plusieurs années de pauvres femmes qui périssaient par suite des progrès incessants de la tumeur. Les injections avec l'alcool et l'iode

sont sans doute applicables aux grands kystes à parois minces ; je doute qu'il en soit ainsi pour les ovarocèles kystoïdes à parois très-épaisses. Depuis longtemps j'ai proposé, comme M. Demarquay, de pratiquer d'abord l'évacuation de la sérosité et de n'avoir recours à l'injection que plus tard, et quand il y a une faible quantité de liquide dans la cavité dont les parois sont alors revenues sur elles-mêmes.

6° Quand il n'existe qu'un seul kyste volumineux, la ponction, l'injection sont donc encore indiquées ; il en est ainsi quand il y en a plusieurs petits coïncidant avec un très-vaste ; quand on en découvre deux ou trois de grandes dimensions, alors on peut les attaquer successivement. On peut même, comme je l'ai fait, perforer les cloisons des kystes en roulant, pour évacuer ainsi par la même ouverture extérieure le contenu des deux tumeurs ; mais quand il y a une multitude de tumeurs kystoïdes réunies en masse, alors il ne faut songer qu'à une ponction palliative, et il semble que l'on doive renoncer à une curation définitive au moyen des injections alcooliques ou iodurées.

7° Quand, indépendamment d'un grand kyste ovarique, on trouve par le palper, par le plessimétrisme, que les productions solides, inégales, épaisses, résistantes, lui sont adhérentes, la ponction est sans doute indiquée ; on peut même tenter encore les injections alcoiodurées, mais il faut peu compter alors sur celles-ci et ne guère songer qu'à la palliation. Ces tumeurs solides seront parfois avantageusement modifiées par les douches, les frictions iodurées, et même, dans certains cas, par une sorte de massage et de compression.

8° Il est de règle pratique de ponctionner le plus tôt possible : *A*, tout kyste ovarique qui refoule considérablement les viscères du côté du thorax et menace d'hypoxémie ; *B*, ceux qui compriment les veines porte ou cave inférieure, et causent l'hydropéritonie et l'œdème ou l'hydrithmie des extrémités inférieures ; *C* ceux encore qui mettent obstacle à l'ingestion des aliments, au cours des matières ou des gaz ; ceux qui abaissent très-douloureusement l'utérus, qui occasionnent des souffrances atroces dues à la compression des plexus nerveux, etc.

9° En général, un kyste ovarique qui, par l'abondance des liquides auxquels il donne naissance produit une hypémie extrême, sera utilement traité par une évacuation prompte et par les injections alcoiodurées.

10° Un kyste ovarique rempli de pus sera ouvert, mais après que l'on aura provoqué des adhérences entre le kyste et les parois abdominales ; il faudrait, lorsque ce résultat serait obtenu, évacuer complétement le liquide, soit par la ponction, soit pas de larges incisions, laver, nettoyer la surface interne de la tumeur, puis faire des injections alcoiodurées et répéter celles-ci plusieurs jours de suite, et tout cela tant que du pus s'écoulerait.

Dans un cas de pyokystie ovarique énorme, ouverte dans le rectum, des douches ascendantes vidèrent la tumeur que l'on voulait inciser à l'extérieur. Elles guérirent radicalement la jeune malade qui en était atteinte et qui jouit d'une excellente santé, alors que depuis quinze ans cette curation a eu lieu.

11° Les ovarocèles hydatifères exigeaient : 1° de larges incisions sur des points adhérents ; 2° l'évacuation complète des entozoaires ; 3° puis les injections alcoiodurées.

Quelques réflexions relatives à la ponction des ovarokysties ne me paraissent pas ici dénuées d'utilité. D'abord, il me semble que l'évacuation des liquides contenus, qu'il s'agisse ou non de grands kystes, doit être aussi complète que possible. Je ne vois pas pourquoi on ne débarrasserait pas les malades de la totalité des matières renfermées dans les tumeurs. J'ai toujours suivi cette pratique, et le plus souvent le succès, au moins le palliatif, l'a couronnée.

Pour évacuer jusqu'à la dernière goutte le liquide contenu dans les kystes de l'ovaire et dans l'hydropéritonie, il suffit (comme je l'ai proposé et mis en pratique en 1835) d'introduire dans la canule du trocart, et cela au moment où la sérosité sort avec peine et lenteur, une sonde de gomme élastique exactement de la dimension de la cavité de cette canule ; puis, de diriger l'extrémité de la sonde introduite vers les points déclives de l'abdomen ou vers ceux où le plessimètre fait trouver de la matité. Alors on abaisse l'ouverture de la sonde au dehors, sur un niveau de beaucoup inférieur à la partie opposée ; on forme ainsi un siphon dont la courte branche est dans l'abdomen et la longue au dehors. De cette façon, comme cela est encore arrivé dans mon service le 22 octobre dernier, on évacue toute l'eau contenue dans la cavité anormale ou dans le ventre. Cette méthode est applicable à des kystes et à d'autres cavités séreuses dans les parties dont il vient d'être parlé.

Les avantages attachés à l'évacuation complète des liquides contenus dans les membranes sont nombreux : si l'on doit, par exemple, employer des injections alcoiodurées, il arrive alors qu'il reste de la sérosité dans les cavités où l'on opère, que la matière de l'injection se trouve étendue de la proportion d'eau qui n'a pas été évacuée, et qui, ne pouvant être mesurée, ne permet pas de savoir : 1° en quelle quantité il faut introduire la proportion de teinture d'iode ; 2° quelle est la dose de concentration de ce médicament, convenable pour produire l'effet qu'on en attend.

On a employé des instruments nombreux et compliqués pour empêcher l'abord de l'air dans les kystes et les cavités séreuses. Il est un moyen fort simple qui permet de remplir parfaitement cette indication. Il suffit pour cela de placer, sur le point que l'on veut ouvrir, un cylindre de verre qui, dépourvu de fond, est appliqué sur la peau. On le remplit d'eau distillée, puis on plonge le bistouri ou le trocart dans la cavité que l'on veut ouvrir. Alors il peut bien entrer de l'eau dans cette cavité, mais non pas de l'air. En trempant dans l'eau l'extrémité extérieure du siphon de la sonde, on obtient un résultat analogue.

Ordinairement, quand on ouvre un kyste, un abcès, on laisse couler sans autre précaution le liquide, le pus, sur la peau et les draps ; il est facile de prévenir cette malpropreté en recevant dans un verre fortement appliqué par l'un de ses bords sur la peau située au dehors de la piqûre et de le vider ensuite dans un autre récipient. Comme la contenance du vase peut être connue au moyen de quelques marques faites par avance, on trouve dans cette méthode l'avantage de mesurer exactement le liquide écoulé.

Deux précautions d'une importance extrême doivent être prises, alors que l'on veut diminuer les chances fâcheuses de l'opération elle-même et prévenir la péritonite consécutive à la pénétration du liquide dans la séreuse abdominale.

La première de ces précautions est de percuter l'abdomen et la tumeur avec un soin extrême, et cela, soit superficiellement ou profondément, soit faiblement ou fortement ; de préciser le point où les diverses nuances de son ou de résistance au doigt existent, de dessiner leurs limites avec le crayon, et de cette sorte on découvre bientôt de la manière la plus évidente s'il existe un ou plusieurs kystes, quels sont leurs rapports et leur forme, quelles sont leurs connexions avec les viscères, et surtout on reconnait, à n'en pas douter, comme je l'ai vu si souvent, si une anse d'intestin se trouve située entre la tumeur et l'enveloppe abdominale. Si l'on ne procède pas de cette façon, on s'expose à percer de part en part le viscère dont le fond se trouve soutenu par les parois de la tumeur. C'est précisément le contraire qui a lieu lors de la ponction dans l'hydropéritonie : l'intestin y étant mobile et ne présentant pas de résistance en arrière, il arrive, dans ce dernier cas, que le trocart ne le traverse pas. J'ai même fait des expériences nombreuses sur le cadavre, desquelles il résulte que, dans un abdomen dont les viscères contenant des gaz, soit libres d'adhérences et mobiles et qui ne renferme pas de liquides, le plus souvent le trocart, quelque effilé qu'il soit, pousse l'intestin en devant de lui et ne pénètre pas.

Une seconde précaution, dont il est urgent de tenir compte, est d'avoir égard à la position que l'on fait tenir dans le lit à la malade que l'on vient d'opérer. Dans un cas de kyste ovarique énorme, il arrive qu'ayant pratiqué la ponction vers le flanc droit et sur un point où le plessimétrisme m'avait appris que la tumeur était en contact avec les parois, j'eus la mauvaise idée de faire déplacer l'opérée, de telle sorte que l'ouverture qui venait d'être pratiquée correspondit à la partie déclive. Mon but était, dans cette occasion, de faire que le poids de la masse malade, en pressant sur le pourtour de la solution de continuité, empêchât l'évacuation du liquide qui pouvait suinter de la tumeur parfaitement vidée. J'espérais encore que la péritonite qui pourrait survenir serait circonscrite dans l'étendue de l'espace où le suintement s'opérerait à la partie la plus déclive et ainsi ne deviendrait pas générale. Deux jours après le péritoine s'enflamme dans une grande surface et la malade périt. Dans des cas ultérieurs, je m'y pris tout autrement : je pratiquais la ponction toujours sur le côté, je vidais complétement le kyste au moyen de la sonde-siphon, et après l'opération, je fis placer l'opérée pendant vingt-quatre heures sur le côté opposé du corps, de cette façon il devint impossible que le liquide pénétrât dans le péritoine et causât l'inflammation des viscères. Depuis cette époque, qui date de dix ans, j'ai constamment suivi la même pratique, et je n'ai vu que très-rarement des péritonites générales succéder à la ponction abdominale. Il m'est arrivé d'y avoir recours vingt fois en dix-huit mois chez une dame de 56 ans, qui était atteinte de kystes multiples de l'ovaire, sans qu'aucune phlegmasie du péritoine soit jamais survenue. Cette malheureuse malade succomba seulement à une nécrosie et à une septicémie consécutive au décubitus dorsal qu'elle fut forcée de conserver pendant près d'un an.

Bien qu'il n'ait pas pratiqué d'injections de teinture d'iode dans les kystes ovariques, M. Piorry a eu si souvent recours à ces injections dans des cas d'hydrocèles, de tumeurs enkystées des membres et même du poignet, dans des abcès par congestion (pyoïes ostéogènes), et il en a obtenu des effets si utiles et si extraordinaires, ils les a vues si innocentes, il a été si vivement impressionné par les nombreux faits publiés par le docteur Boinet et par d'autres, qu'il n'hésiterait pas dans les cas précédemment énoncés, et en employant les précautions qu'il a signalées, à avoir recours à cette médication.

Les conclusions de cette communication, ou si l'on veut de ce mémoire, ajoute M. Piorry, peuvent être ainsi formulées :

1° Il en est des tumeurs enkystées et des maladies de l'ovaire comme de toutes les autres affections, elles ne peuvent être étudiées en masse et comme des unités morbides.

2° Ce sont les cas particuliers qu'il faut considérer dans tous leurs détails anatomiques, symptomatiques, étiologiques et thérapeutiques, et non pas des cas multiples réunis en des tableaux menteurs de généralités qui, pratiquement, seront toujours mal appliquées.

3° Des tableaux statistiques de succès ou de revers pris en masse et dans le détail anatomique minutieux de chaque fait partiel, exposent, si l'on veut les appliquer, aux plus étranges déceptions.

4° Avant de songer à combattre par un moyen quelconque une ovarocèle, il faut appeler à son aide toutes les connaissances anatomiques et physiologiques, toutes les méthodes de diagnose matérielle, telles que la palpation, le plessimétrisme, la fluctuation, l'auscultation, l'organographisme, à l'effet de déterminer le siége exact, la forme, le volume, l'épaisseur, les rapports de la tumeur, soit avec les viscères, soit avec les parois ; la présence des adhérences, l'unité ou la pluralité des kystes, l'épaisseur des parois, la nature des

liquides contenus, et c'est de cette sorte qu'après avoir particularisé les cas, on arrivera à pratiquer non pas les injections d'iode, comme un moyen banal et empirique, mais comme une excellente méthode dans des cas particuliers.

5° Pas plus dans les kystes de l'ovaire qu'ailleurs, il ne faut faire de ce diagnostic incomplet, et en quelque sorte barbare, qui se borne à faire reconnaître une maladie en masse, et qui néglige d'en spécifier les détails.

La chirurgie positive, celle qui seule doit permettre au médecin de porter le fer et le feu sur les organes, est celle qui, guidée par la diagnose anatomique, éclairée elle-même par l'étude des symptômes, qui appréciaient avant d'agir la nature du mal, a déterminé, *à priori*, la disposition exacte des parties sur lesquelles elle veut opérer.

Les choix d'une méthode ou d'un procédé opératoire doit surtout reposer sur la connaissance exacte des lésions et des organes qu'il s'agit de traiter.

La chirurgie désormais ne peut, pas plus que la médecine, se passer de palpation exacte, de plessimétrisme, d'auscultation et d'organographisme.

M. Gimelle. Les kystes des ovaires causent en général si peu d'accidents, lorsqu'ils sont récents ou qu'ils restent stationnaires sous un petit volume, que les femmes ne s'en aperçoivent le plus souvent qu'à la grosseur qu'acquiert le ventre. Un certain nombre de kystes peuvent ainsi rester très-longtemps sans causer d'accident; pour mon compte je connais sept femmes qui portent des tumeurs enkystées de l'ovaire depuis 22 ans, 19, 18 et 12 ans; la fille d'un célèbre oculiste, qui fut notre collègue, et qui est mort depuis longtemps, en porte un de la plus ancienne date.

Il arrive que ces tumeurs acquièrent un volume considérable et gênent les fonctions, non-seulement des viscères du bas-ventre, mais encore des organes respiratoires et de la circulation. J'ai vu deux fois la matrice, refoulée par leur poids, rejetée en dehors des grandes lèvres.

C'est pour prévenir ces cas qu'il est important que la chirurgie vienne au secours de la nature; l'art peut quelquefois prévenir les accidents, souvent en retarder la marche, et quelquefois opérer une guérison.

Je regrette que nos honorables collègues aient laissé, dans leurs discours, relativement au traitement chirurgical, ce vague et cette incertitude qui fait qu'en présence d'un kyste ovarique qui se développe, sans temps d'arrêt, le jeune praticien se trouvera plus indécis qu'il ne l'aurait été avant cette discussion.

Faut-il agir dans tous les cas et quand même? Non, il ne faut recourir au traitement chirurgical que lorsque les progrès du mal sont incessants, lorsqu'on aura acquis la certitude que si l'on n'arrête pas ses progrès, la tumeur arrivera à ce volume énorme dont la mort est toujours la conséquence, après un nombre de ponctions plus ou moins élevé. Alors, il est du devoir des chirurgiens de recourir aux opérations, qui, d'après M. Velpeau, n'ont jamais aggravé la maladie et ont eu pour résultat, chez M. Jobert, de diminuer les accidents presque constamment et d'opérer un certain nombre de guérisons. M. Monod, M. Boinet, et M. Demarquay ont obtenu également des succès, en partie certifiés par notre collègue M. Cazeaux.

Quels motifs pourrait-on alléguer pour se refuser à l'opération? Serait-ce l'espérance fondée sur un traitement médical, M. Trousseau déclare positivement que la médecine est ici impuissante. Voudrait-on compter sur une rupture spontanée du kyste? Mais ces ruptures, rares d'ailleurs, donnent lieu à des accidents au moins aussi graves que ceux causés par l'opération. L'inflammation spontanée est aussi dangereuse que celle que l'on provoque artificiellement; ces dangers peuvent même être plus considérables parce que leur cause réside dans des altérations graves et impossibles à prévoir, soit du kyste, soit du contenu. L'opération, au contraire, agit sur un kyste sain et l'inflammation consécutive a lieu dans des conditions plus favorables, n'y aurait-il pour ce résultat que l'étendue moindre du kyste et des membranes qui le recouvrent.

La ponction répétée a produit quelquefois l'oblitération du kyste. Mais, sur sept cas de ponctions suivies d'injections iodées, un seul, nous a dit M. Velpeau, a été suivi d'accidents inflammatoires, six semaines après l'opération. Après un si long intervalle, est-ce bien à celle-ci qu'on doit les attribuer? M. Jobert a vu l'inflammation diminuer à la suite de ces injections et la guérison avoir lieu. MM. Monod et Boinet en ont également obtenu.

Les conditions qui indiquent l'opération sont, selon moi, les suivantes :

1° Que le kyste ne soit ni cartilagineux, ni induré et qu'il ne donne aucune sensation de corps dur ou squirrheux dans son intérieur ;

2° Que son volume ne dépasse pas un diamètre de 10 à 15 centimètres, ou qu'il soit ramené à cette dimension par des ponctions répétées, afin que l'inflammation, si elle se développe, soit bornée à l'espace le plus restreint possible.

La présence d'une sonde laissée dans le kyste présente des inconvénients, en ce que l'introduction de l'air change un liquide inoffensif en liquide purulent, et j'avoue que l'existence du pus dans une poche entourée d'organes importants, et que je ne puis pas atteindre, m'inspire des craintes sérieuses. L'ouverture de cette poche dans le péritoine entraîne une mort inévitable.

L'opération étant jugée nécessaire, il est rationnel d'évacuer la poche, puis d'y injecter 125 grammes de teinture d'iode étendue de 30 à 40 grammes d'eau, de laisser cette injection pendant quelques minutes, en exerçant sur le ventre des pressions légères, d'en faire sortir le plus que l'on peut, sans exercer de compression; de retirer la canule et de prescrire un repos absolu.

Deux personnes ont été opérées dans ces conditions; ni l'une ni l'autre n'ont éprouvé d'accidents. La première, âgée de 23 ans, mariée depuis cinq ans, avait eu un enfant un an après son mariage. L'opération fut pratiquée au mois de mai 1853; à la fin de l'année, elle partit pour la province, où son mari est employé; en 1855, elle a eu un second enfant et elle n'accuse plus aucune incommodité.

La seconde, âgée de 17 ans, fut opérée en septembre 1855; elle reprit en très-peu de temps de l'embonpoint, de la fraîcheur et de la force. Pendant un an, on ne sentait aucune trace de l'ancien kyste, et le ventre n'était le siége d'aucune tumeur, lorsque, le 8 octobre dernier, à la suite de contrariétés à l'occasion d'un mariage, d'un refroidissement et d'un peu de fatigue au bois de Boulogne, elle fut prise de douleurs abdominales et de vomissements accompagnés de spasmes nerveux. Le palper nous fit reconnaître une petite tumeur très-douloureuse du volume d'un œuf de poule entre la colonne vertébrale et la fosse iliaque droite; cette tumeur acquit en huit jours le volume de la tête d'un enfant à terme. Le 14, les règles parurent abondantes, les douleurs cessèrent, et aujourd'hui, vingt et unième jour, la tumeur a perdu de son volume et de sa dureté, et la jeune personne ne souffre plus. Un avenir prochain nous fera connaître le résultat.

N'ayant pas été en position d'observer les résultats obtenus par l'électricité, je laisse à l'avenir le soin de faire apprécier ce mode de traitement des kystes de l'ovaire.

M. Bussy, président, propose, au nom du conseil, d'ajoindre MM. Beau et Roche à la commission chargée de rédiger un projet de classification des causes de décès en France.

DE LA CODÉINE.

M. E. Robiquet donne lecture de la note suivante sur la codéine :

Dès que mon père eut découvert la codéine, les médecins étudièrent ses propriétés thérapeutiques et furent à peu près d'accord pour trouver que son action était analogue à celle de la morphine, mais beaucoup moins énergique. M. Magendie formula même son opinion d'une manière très-précise en disant que la codéine exerçait sur le système nerveux une influence qui était à celle de la morphine comme 3 est à 5.

M. Kimkel regarde la codéine comme un excitant. M. William Gregory a trouvé qu'elle accélérait la circulation du sang et ne produisait de nausées qu'à la dose de 0g,25 ou 0g,30. Il a semblé au docteur Barbier, d'Amiens, qu'elle avait une action marquée sur le grand sympathique, et pouvait être, jusqu'à un certain point, considérée comme un exhilarant. Martin Solon contredit cette assertion et ne lui reconnaît d'autres propriétés que de produire un sommeil doux et paisible.

Toutes ces opinions contradictoires ne sont guère faites pour fixer les idées sur les fonctions thérapeutiques de la codéine. Mon premier soin a été de rechercher les causes de pareilles divergences entre observateurs également dignes de foi.

J'ai fait deux séries d'observations. Dans la première, j'ai examiné l'effet de la codéine administrée à des doses variant de 0g,010 à 0g,030 par jour. Dans la seconde, j'en ai toujours donné de 0g,10 à 0g,20 en vingt-quatre heures. Cette méthode m'a permis de démêler promptement la vérité et de mettre d'accord des opinions en apparence opposées. En effet, toutes les fois que la codéine est prise à haute dose (15 à 20 centigrammes), elle produit un sommeil lourd paraissant causé par une sorte d'ivresse. Au réveil, la sensation persiste, le cerveau continue à être frappé d'engourdissement et à ne plus être complétement maître de lui-même. Une fois sur cinq il y a eu nausées et vomissement.

Si, au contraire, on ne l'administre qu'à la dose de 20 ou 30 milligrammes, les phénomènes de stupeur disparaissent pour faire place à une sorte de bien-être et de calme d'autant plus sensibles que la personne soumise à l'expérience est d'un tempérament plus nerveux et plus irritable. Le sommeil est doux et paisible; au réveil, le cerveau, loin de remplir péniblement ses fonctions semble rajeuni par un repos réparateur. J'ai vu surtout ces effets se produire à plusieurs reprises chez un hypocondriaque d'un caractère inquiet et morose, ayant essayé, sans succès, toutes les médications possibles, sans doute parce que la maladie dont il souffre cruellement a son siége dans la partie du système nerveux qui est indépendante de la volonté. Pendant tout le temps que ce malade a été soumis au régime de la codéine, il ne s'est pas plaint une seule fois de ressentir dans la région épigastrique la susceptibilité douloureuse à laquelle il s'était en quelque sorte habitué comme à un état normal. Plusieurs physiologistes ont été jusqu'à dire que la codéine était tout à fait inerte. Ayant répété plusieurs fois l'expérience sur moi-même, je puis certifier que cet alcaloïde, loin d'être inactif, ne peut être donné, sans imprudence à une dose dépassant 20 centigrammes par jour. J'ai parfaitement souvenir d'avoir vu, il y a quatre années environ, un enfant de 8 ans courir de sérieux dangers pour avoir pris 30 grammes de sirop contenant 10 centigrammes de codéine. La codéine a été jusqu'à présent donnée sous forme de sirop contenant par 30 grammes tantôt 10 centigrammes d'alcaloïde (formule de M. Cap), tantôt 5 centigrammes (formule de M. Guibourt). Cette dernière proportion me paraît encore trop forte et je proposerai d'adopter un sirop au millième, c'est-à-dire dont chaque gramme contiendrait 1 milligramme de principe actif. Le médecin, suivant les cas qui se présenteraient à lui et la nature des effets qu'il voudrait produire, aurait ainsi à choisir entre cinq préparations qu'on peut, suivant leur degré d'activité, ranger dans l'ordre suivant.

Sirop de morphine, sirop thébaïque, sirop de codéine au millième, et sirop diacode.

Le haut prix de la codéine a fait naître bien des tentatives de falsification; la plus curieuse est son mélange avec le sucre candi. Quoique les cristaux de sucre candi dérivent du rhomboèdre, et que ceux de la codéine soient une des formes secondaires de l'octaèdre à base carrée, il est assez difficile

de reconnaître la fraude lorsqu'on a affaire à de très-petits cristaux. Un moyen très-sûr de reconnaître cette falsification, serait de déterminer la quantité d'acide sulfurique nécessaire pour saturer l'alcaloïde impur, et, ce sulfate une fois obtenu, de faire fermenter le sucre restant.

Ce procédé serait toutefois fort long et j'ai trouvé plus simple de mettre à profit la propriété que possède la codéine de dévier fortement la lumière polarisée. Les expériences de MM. Bouchardat et Boudet nous ont appris, en effet, que son pouvoir rotatoire était de 118°, 2', vers la gauche du plan de polarisation.

L'observation a été faite en opérant sur les rayons jaunes et les résultats calculés d'après la formule $\alpha = \frac{\mu\alpha}{\beta\varepsilon\delta}$. α représentant la déviation observée à travers un tube d'une longueur β; ε la proportion pondérale de la substance dans chaque unité de poids du dissolvant; δ la densité de la dissolution et μ, la constante $\frac{23}{30}$. Comme la déviation a lieu vers la gauche, et que le sucre candi, au contraire, tourne à droite, rien ne paraît plus simple que de déterminer au polarimètre de M. Biot, le pouvoir rotatoire de la codéine suspecte et de le comparer au nombre fixé pour l'alcaloïde pur. Malheureusement, ces sortes de déterminations exigent déjà beaucoup de temps et d'habitude avec des substances qui, comme les sucres, exercent une déviation proportionnelle à leur poids; les difficultés sont encore plus grandes pour les alcaloïdes et surtout pour la codéine dont le pouvoir rotatoire n'est pas proportionnel aux quantités dissoutes et n'est pas même constant pour les diverses couleurs du spectre, ainsi que je m'en suis assuré par des expériences multipliées. Par une sorte de compensation, ta déviation n'est influencée ni par les changements de température ni par les acides. J'ai opéré entre les limites de 0 et 50 centig., et j'ai toujours obtenu les mêmes résultats pour un même poids. De même, que la codéine soit simplement dissoute dans l'alcool ou bien qu'elle soit sursaturée d'acide acétique, elle donne toujours la même déviation sous le même poids et pour une même couleur du spectre.

La route à suivre est dès lors toute tracée. On pèsera très-exactement 50 centig. de codéine et on les fera dissoudre dans 100 cent. cubes d'alcool marquant au moins 56 degrés centésimaux. Cette liqueur, analysée optiquement, sans se préoccuper de la température, et en prenant pour point de repère la teinte sensible, déviera, vers la gauche, les rayons polarisés de 11° au saccharimètre Soleil, et de 30° au diabétomètre.

Il ne faut nullement chercher à comparer ces nombres au pouvoir rotatoire absolu, trouvé par MM. Bouchardat et Boudet, mais simplement prendre la méthode que je propose comme un procédé d'analyse facile à répéter en quelques minutes et qui, dans les mêmes conditions de poids et de volume, donnera les mêmes résultats entre les mains de tous les observateurs.

Toutefois, pour prendre un point de comparaison utile aux personnes qui manient souvent les saccharimètres, j'ai cherché à traduire d'une autre manière les résultats précédents, et j'ai trouvé, par un calcul très-simple, que les déviations observées au saccharimètre et au diabétomètre avec 50 centig. de codéine correspondaient à celles que donneraient une plaque de quartz taillée perpendiculairement à l'axe et exactement amenée à une épaisseur de 496 millièmes de millimètre, ou bien une liqueur observée à la température de 20 degrés centig. et contenant en poids 8 p. 100 de sucre interverti. En d'autres termes, le pouvoir rotatoire du sucre gauche est à celui de la codéine comme 1 : 16.

En résumé, la codéine peut être analysée optiquement avec beaucoup d'exactitude et de rapidité à la seule condition d'opérer sur une liqueur contenant 50 centigr. d'alcaloïde dissous dans 100 centigr. d'alcool à 56°.

Une solution de codéine n'agit pas de la même manière sur les divers rayons simples de la lumière polarisée et les déviations vers la gauche qu'elle leur imprime ne sont pas proportionnelles aux poids dissous.

La codéine employée à fortes doses n'est nullement préférable à la morphine et semble produire sur le cerveau un effet de stupeur qui, souvent répété, serait suivi des conséquences les plus fâcheuses.

Donnée, au contraire, dans les limites de 20 à 30 milligr. par jour, elle exerce une influence salutaire sur cette partie du système nerveux qui est indépendante de la volonté et que le médecin a tant de peine à dominer, surtout chez les malades atteints d'affections nerveuses ou d'hypocondrie.

Tels sont les résultats auxquels m'a conduit l'étude de la codéine : j'espère que l'Académie voudra bien les accueillir avec la bienveillance à laquelle elle m'a en quelque sorte accoutumé, et je m'estimerais fort heureux de voir considérer mes observations comme le complément de la découverte de mon père.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE MAI 1856; par M. le docteur VULPIAN, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

IV. — PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

REMARQUES SUR L'ATROPHIE UNILATÉRALE CROISÉE DU CERVEAU ET DU CERVELET; par M. VULPIAN.

Dans une des séances de la Société, au mois de novembre 1855, mon collègue des hôpitaux, M. Turner, présenta un mémoire très-intéressant qu'il venait de publier dans l'UNION MÉDICALE, et qui a pour titre DE L'ATROPHIE UNILATÉRALE DU CERVELET.

Dans ce mémoire, et dans sa thèse inaugurale, faite sur le même sujet, M. le docteur Turner cherche à établir que les faits d'atrophie cérébelleuse unilatérale, étant à peu près constamment liés à une atrophie cérébrale du côté opposé, démontrent l'existence de rapports anatomiques intimes entre les lobes opposés du cerveau et du cervelet. Il ajoute ces mots : « La structure de l'encéphale nous montre-t-elle des fibres qui relient entre eux ces » deux organes? Jusqu'à ce jour, les anatomistes n'en ont pas découvert; *et* » *cependant l'existence de ces faisceaux connectifs cérébro-cérébelleux est pour* » *nous aussi réelle, aussi manifeste que si le scalpel les avait isolés.* »

C'est contre cette proposition émise, suivant moi, sous une forme beaucoup trop affirmative, que j'ai cru devoir m'élever dans la séance qui suivit la présentation du mémoire de M. Turner.

M. le docteur Turner se demande où sont situées les fibres dont l'existence lui paraît si démontrée. Ces fibres seront dans les pédoncules cérébraux. Après avoir exclu l'étage inférieur de ces pédoncules, étage qui fait suite aux pyramides antérieures et où l'on n'observe aucun entre-croisement propre à rendre compte de la disposition croisée qu'il s'agit d'expliquer, il met aussi hors de cause l'étage supérieur qui est constitué par les pédoncules cérébelleux supérieurs, car ceux-ci sont toujours sains dans les cas d'atrophie croisée. M. Turner place dans l'étage moyen les fibres qui vont directement d'un hémisphère cérébral à l'hémisphère cérébelleux du côté opposé.

M. le docteur Charcot, dans un cas observé par lui et par M. Turner, et présenté à la Société de biologie (COMPTES RENDUS DE LA SOC. DE BIOL., t. IV, 1re série, p. 191), a vu, dans l'étage moyen du pédoncule sain, les faisceaux de fibres venues de l'hémisphère correspondant, se diviser en deux portions, l'une pour la moelle, l'autre pour le cervelet.

J'ai cherché à savoir : 1° si la disposition anatomique invoquée par M. Turner à l'appui de son assertion existait bien réellement; 2° si cette disposition, alors même qu'elle existerait, pourrait expliquer la disposition croisée de l'atrophie unilatérale du cerveau et du cervelet; 3° et s'il n'y a pas d'autre moyen de se rendre compte de cette disposition.

I. M. Turner n'a trouvé dans aucun livre d'anatomie qu'il fût mention de fibres allant directement de l'hémisphère droit du cerveau à l'hémisphère gauche du cervelet, et *vice versâ* du lobe cérébral gauche au lobe cérébelleux droit. Dans les recherches spéciales d'anatomie qu'il a faites certainement pour éclaircir ce point, il n'est probablement arrivé à aucune conclusion bien nette, car il ne donne aucun des résultats obtenus de ses dissections, et il les eût certainement rapportés s'ils eussent été en sa faveur; car où trouver un meilleur moyen d'entraîner la conviction que de baser son opinion sur des faits qu'on a clairement vus? N'ayant trouvé lui-même aucune preuve directe, il se base sur les recherches de M. Charcot. Personne ne connaît mieux que moi le soin consciencieux et l'habileté que mon ami le docteur Charcot apporte dans tous ses travaux; aussi n'élèverai-je aucun doute sur les observations anatomiques que j'ai mentionnées plus haut. Mais quelle est au juste l'importance de ces faisceaux de fibres s'entre-croisant sur la ligne médiane? Sont-ce des faisceaux considérables? Sont-ce quelques fibres éparses? Ici, il m'est permis de douter. Aucun anatomiste n'a vu ces fibres. Auraient-elles échappé à tant d'infatigables recherches faites sur l'encéphale et surtout sur cette partie de l'encéphale, si elles eussent formé des faisceaux quelque peu volumineux. J'ai tenté de trouver ces faisceaux et ces fibres, et je ne les ai point rencontrés. S'il y a des fibres qui s'entre-croisent d'un hémisphère cérébral à l'hémisphère cérébelleux opposé, elles n'ont donc qu'une importance insignifiante.

II. Mais admettons que ces faisceaux de connexion croisée existent, admettons-les même assez nombreux, le problème sera-t-il entièrement résolu?

En nous plaçant au point de vue que nous supposons, pour expliquer l'atrophie croisée du cerveau et du cervelet, il faudra que l'atrophie du cerveau ait précédé constamment celle du cervelet, ce que M. Turner croit et ce qui peut être parfaitement exact; puis on raisonnera ainsi : le lobe droit du cerveau est atrophié, il est en relation anatomique, par des faisceaux considérables et directs, avec le lobe gauche du cervelet, il s'ensuit qu'il tient sous sa dépendance la nutrition du lobe gauche du cervelet; par conséquent, l'hémisphère cérébral droit s'atrophiant, la nutrition de l'hémisphère cérébelleux gauche doit s'alanguir, et cet hémisphère doit consécutivement s'atrophier aussi. Autant de propositions, autant de démonstrations à fournir. Il n'est nullement prouvé que la nutrition du cervelet soit sous la dépendance du cerveau. Les recherches de M. Waller font bien voir que certaines parties nerveuses ont leur nutrition soumise à d'autres parties nerveuses. Dans ces recherches, ce sont toujours des nerfs, des tubes nerveux qui sont sous la dépendance de parties centrales, ganglions, moelle épinière, cerveau; mais qu'un centre nerveux ait sa nutrition soumise à celle d'un autre centre nerveux *par l'intermédiaire de fibres et de faisceaux nerveux*, c'est là un fait à peu près inadmissible, ou du moins qui ne s'appuie sur rien.

Ce n'est donc pas l'existence de quelques fibres ou de quelques faisceaux allant d'un hémisphère du cerveau à l'hémisphère opposé du cervelet qui explique pourquoi l'atrophie est croisée.

III. J'arrive à la partie la plus difficile de mon argumentation, et je proposerai une solution en faisant toutes les réserves possibles, car je sais qu'on ne doit jamais avancer une hypothèse qu'avec beaucoup de timidité.

On ne connaît certainement pas encore la genèse de l'atrophie cérébrale. On ignore quelle est la lésion anatomique des centres nerveux, on ne sait pas

davantage à quel âge débute cette affection. Or, il n'y aurait rien de plus intéressant que de savoir si l'atrophie cérébrale, lorsqu'elle siége dans un hémisphère cérébral, dans les moitiés opposées du cervelet et de la moelle (je ne parle dans cette note que des cas de ce genre), est une affection congénitale. La plupart des anteurs font remonter l'affection aux premieres années de la vie. Je crois aussi convenable d'établir que, dans la plupart des cas dans lesquels l'autopsie a été faite avec soin et comptétement, on a constaté qu'en même temps qu'on tronvait un des lobes du cerveau et le lobe opposé du cervelet atrophiés, la moitié de la moelle du même côté que le lobe lésé du cervelet était aussi atrophiée.

Un mot encore sur les rapports du cervelet avec les antres centres nerveux. Chaque hémisphère du cervelet a trois pédoncules : les supérieurs on *processus cerebelli ad testes* unissent le cervelet au cerveau proprement dit, les postérieurs ou corps restiformes l'unissent à la moelle épinière, et enfin les pédoncules moyens forment, par leur coalescence sur la ligne médiane, le pont de varole et les autres faisceaux transverses de la protubérance annulaire. Je disais, il n'y a qu'un instant, combien est douteuse l'existence de fibres de communication croisée entre les hémisphères cérébraux et cérébelleux opposés; mais voici, entre les deux moitiés du cervelet des communications fasciculées bien autrement importantes, et qu'on ne peut hésiter à admettre. Ces fibres transverses de la protubérance annulaire constituent en grande partie une sorte de commissure entre les lobes latéraux du cervelet. Si l'on attribue un rôle quelconque aux prétendues fibres allant d'un hémisphère du cerveau à l'hémisphère opposé du cervelet, dans le développement de l'atrophie unilatérale du cervelet, comment ces fibres commissurales intercérébelleuses ne transmettraient-elles pas l'influence atrophique d'une moitié à l'autre du cervelet?

Le cervelet est en rapport avec la moelle, surtout au moyen des pédoncules inférieurs, et il l'est aussi, d'après Burdach cité par M. Longet, au moyen de quelques fibres des faisceaux antérolatéraux. Ces dernières fibres ne viennent pas des pyramides antérieures, et par conséquent elles ne paraissent pas s'être entre-croisées avant de se joindre aux pédoncules cérébelleux moyens. Le lobe droit du cervelet se trouve donc en connexion intime et presque unique, en apparence, avec la moitié droite de la moelle, fait anatomique contre lequel protestent d'ailleurs un très-grand nombre de faits pathologiques qui démontrent que la paralysie survenue à la suite d'une hémorrhagie dans un lobe du cervelet envahit les membres du côté opposé du lobe altéré. D'une autre part, cette même moitié droite de la moelle épinière est liée non moins intimement à l'hémisphère gauche du cerveau, comme le démontrent l'anatomie, la physiologie et la pathologie, ici complétement d'accord.

Ainsi donc, si la moitié géométrique du système nerveux central est composée de la moitié droite de la moelle épinière, de l'hémisphère droit du cerveau et du lobe droit du cervelet, la moitié anatomo-physiologique devra comprendre la moitié droite de la moelle, le lobe droit du cervelet et l'hémisphère gauche du cerveau.

Ceci posé, je pense que l'on pourrait, jusqu'à preuve certaine du contraire, regarder l'atrophie comme le résultat d'une lésion frappant d'ensemble sur toute la moitié du système nerveux, j'entends sur la moitié anatomo-physiologique telle que je viens de la définir.

Je ne saurais trop le répéter, je ne donne cette idée que comme une hypothèse, et je suis prêt à l'abandonner dès que les faits en démontreront l'inexactitude ou l'insuffisance.

Si l'on tronvait que la marche de l'atrophie est progressive, que, débutant dans un hémisphère du cerveau, elle n'envahit que consécutivement la moelle épinière et le cervelet, et si l'on voulait absolument expliquer cette marche par les connexions établies entre ces diverses parties par des fibres nerveuses, pourquoi n'admettrait-on pas que l'atrophie d'un hémisphère du cerveau, du droit, par exemple, est suivie d'abord de celle de la moitié gauche de la moelle? Les relations du lobe gauche du cervelet avec la moitié gauche de la moelle étant considérables, tandis que ses connexions avec l'hémisphère droit du cerveau sont très-faibles, si elles existent, ce lobe gauche du cervelet s'affecterait sous l'influence de l'atrophie de la moitié gauche de la moelle. Mais ce sont là des inductions vagues : ce sont des faits qu'il faut pour trancher ces difficultés. Je les appelle de tous mes vœux.

V. — Pathologie.

1° Tumeur de la rate sans leucémie; par le docteur Ch. Bernard.

La malade qui a présenté cette lésion anatomique était une femme de 65 ans, d'une chétive santé, surtout depuis cinq ans, mais n'ayant jamais eu de fièvre intermittente.

Entrée à la Charité le 11 avril, dans un état cachectique fort avancé, elle y est morte le 5 mai.

Pendant son séjour, on a constaté :

1° L'existence d'une tumeur occupant tout le flanc gauche, dépassant la ligne blanche et allant de la neuvième côte au ligament de Fallope, offrant un sillon très-net à la réunion du tiers inférieur avec le tiers moyen, indolente à la pression, siége de quelques élancements, qui a commencé à paraître il y a cinq ans (début auquel la malade rapporte tous les accidents actuels), dont le développement, dans le principe, a été très-lent et qui a doublé de volume depuis quatre ou cinq mois;

2° Un purpura d'abord léger, puis des plus intenses, qui a envahi, sous forme de larges ecchymoses, les parois abdominales, les cuisses et les fesses, et s'est accompagné d'hémorrhagies gingivales et nasales.

La tumeur, prise à un premier examen pour l'ovaire gauche, était constituée par la rate, ainsi que l'a démontré l'autopsie. Son tissu était rougeâtre, paraissait gorgé de sang et rempli de petites tumeurs blanchâtres, et que le microscope a révélé à M. Vulpian, être formées par de la fibrine et de la graisse.

Voici le poids et les dimensions de la tumeur :

Poids	3 kilogr. 380
Longueur.	34 centim. 1/2
Largeur.	16 — 3/4

Nous ajouterons, et c'est par cette remarque capitale que nous voulons terminer, que le sang n'a point offert pendant la vie d'excès dans la proportion des globules blancs, qu'il n'y avait point, en un mot, de leucémie, quoiqu'il existât une grosse rate et certains phénomènes propres à cette affection nouvelle.

2° Gangrène du cerveau; par M. Marcé.

Une femme aliénée, entrée à la Salpêtrière avec des symptômes de stupidité; sortie après une première amélioration, puis rentrée dans le service de M. Baillarger, succomba le 25 mai 1856, après avoir offert, pendant les dix à douze jours qui précédèrent sa mort, des escarres considérables au sacrum, des phlyctènes gangréneuses sur les membres et des ecchymoses en diverses parties du corps.

A l'autopsie, faite quarante heures après la mort, le cadavre n'offrait à l'extérieur aucune trace de putréfaction, et la peau de l'abdomen n'avait pas de couleur verdâtre. Le foie, un peu ramolli, contenait des gaz en assez grande quantité; il en était de même de la rate; les reins étaient également très-mous, et toutes ces parties avaient subi une décomposition assez avancée.

Une fois la calotte crânienne enlevée, la dure-mère a été trouvée parfaitement normale. Au-dessous d'elle, le cerveau exhale tout d'abord une odeur gangréneuse, assez prononcée pour frapper tous les assistants; les membranes, qui étaient saines, s'enlevèrent sans difficulté, et voici ce qu'on put alors constater.

Au niveau des circonvolutions qui entourent la scissure de Sylvius, la couche corticale, ramollie et pulpeuse, offre une couleur verte très-nettement caractérisée. Cette altération se prolonge vers la face convexe du cerveau et un peu vers la base, au niveau du lobe moyen; on la rencontre aussi sur la face supérieure du cervelet; la couleur verte est partout uniforme, elle est assez nettement limitée sur ses bords et tranche sur la couleur blanche des circonvolutions environnantes.

Au-dessous de la couche corticale, la substance blanche se présente avec sa consistance et son aspect normal.

Les artères de la base du cerveau n'ont malheureusement pas été examinées.

La couleur verte et l'odeur gangréneuse sont les deux principales circonstances à signaler dans ce fait que l'on doit rapprocher des observations publiées par MM. Delasiauve (Annales) et Parchappe (Documents nécroscopiques sur la folie), et de trois ou quatre cas tout à fait semblables rencontrés par M. Baillarger. Est-ce une véritable gangrène du cerveau, ou bien, ainsi que M. Baillarger est porté à le croire, serait-ce une décomposition putride anticipée qui se ferait pendant les derniers jours de la vie, dans un cerveau déjà altéré?

3° Note sur un cas de grossesse gémellaire; par M. B. Béraud.

Le vendredi 16 mai, à six heures du soir, je fus appelé auprès d'une femme âgée de 25 ans, d'une forte constitution, primipare et en mal d'enfant. Cette femme a été réglée pour la dernière fois vers la fin d'octobre, époque de laquelle elle fait dater sa grossesse. Vers le commencement du troisième mois, elle a éprouvé des dérangements du côté des fonctions digestives; envies de vomir, vomissements. Cet état a duré pendant quinze jours environ; à partir de ce moment, cette femme n'a plus rien remarqué; elle n'a pas éprouvé de pertes rouges ou blanches pendant tout le cours de sa grossesse; elle est étonnée d'avoir des douleurs, car elle n'attendait ses couches que dans deux mois; elle dit n'éprouver des douleurs que depuis ce matin.

Le toucher vaginal fait reconnaître que le col est dilaté, que la tête est dans le vagin en position occipito-iliaque gauche; les membranes sont percées; il s'écoule un liquide un peu coloré en rouge. L'ausculation fait reconnaître que le fœtus est vivant; on entend ses pulsations au-dessus de la symphyse du pubis. Je sens par le palper une tumeur dans le fond du globe utérin; je pense de suite à l'existence d'une grossesse double; les douleurs reviennent régulièrement. L'accouchement a lieu à six heures et quart.

L'enfant est chétif, peu développé; il n'est pas à terme, il respire, il crie; il a le développement d'un enfant de 7 mois.

Environ dix minutes après, j'extrais le placenta. Quelques douleurs se font sentir; je remarque que son volume est plus considérable; il sort difficilement à travers la vulve. En examinant le placenta, je trouve dans une poche un fœtus mort. Ce fœtus est aplati dans le sens transversal; il a une couleur blanchâtre, comme s'il avait macéré dans l'alcool. Il a une longueur de 2 déc. et demi; le cordon est mince, enroulé; son insertion se fait sur le bord d'un placenta qui est dégénéré, jaunâtre, dur, peu volumineux, adhérent par la moitié de sa circonférence avec le placenta sain. La poche est formée par l'amnios, et elle contient quatre cuillerées environ de liquide limpide; un dépôt de matière pulpeuse existe à la surface de l'amnios.

Le placenta sain n'offre rien de particulier à noter; il est volumineux, et la poche qui lui correspond est bien distincte de la poche contenant le fœtus mort.

C'est là un fait qui est propre à nous éclairer sur la marche des grossesses gémellaires. Voilà un exemple où deux embryons ont pu se développer simultanément dans la cavité utérine: mais au bout d'un certain temps, l'utérus ne se développant pas assez rapidement, un des deux produits de la conception a été comprimé par l'autre, et vers le troisième mois il a été tellement comprimé qu'il en est résulté sa mort.

Ce fait nous montre encore que l'avortement n'est pas la conséquence nécessaire de la présence d'un embryon mort en présence d'un autre qui se développe. Cependant nous voyons que l'utérus irrité par le fœtus mort n'a pu retenir le fœtus vivant et que l'accouchement s'est fait avant terme.

Des exemples semblables existent dans les annales de la science. M. Depaul en a signalé quelques-uns; néanmoins ils sont encore très-rares, ainsi que le dit M. le docteur Cazeaux dans son traité d'accouchement.

4° SUR LE RAPPORT DES MALADIES DE LA PEAU AVEC LES AFFECTIONS INTERNES; par M. CAMUS.

M. Gubler offre sous ce titre à la Société au nom de l'auteur, M. Camus, un exemplaire de sa thèse inaugurale.

M. Camus, dans ce travail, a repris les opinions des anciens qui considéraient la plupart des maladies de la peau comme étant sous la dépendance de causes internes. Voulant démontrer comment les maladies des divers organes peuvent avoir leur retentissement sur la peau, il appelle à son aide pour cette explication tous les faits de la pathologie et de la physiologie qui peuvent montrer la sympathie du tégument externe avec l'organisme entier.

En même temps, M. Camus a étudié ce qu'on devait entendre sous le nom de répercussion dartreuse. Il est parti de la suppression des sueurs fétides pour arriver à la suppression de l'éruption cutanée soit exanthématique soit *dartreuse*. Dans ces divers cas, l'organisme éliminait par la surface tégumentaire certains matériaux qui peuvent se porter sur un autre organe qui devient alors le siége d'une fluxion de décharge à laquelle peut succéder une altération permanente.

Le plan de ce travail ainsi conçu, il a pris en particulier les viscères importants: le foie, le tube digestif, les voies génito-urinaires et les voies respiratoires.

Dans le rapport de la pathologie cutanée et hépatique, M. Camus établit les liens qui unissent la peau à cette glande; il signale l'analogie qu'on observe entre le liquide gras de la sécrétion biliaire et le smegma, produit de la sécrétion sébacée; le foie et les follicules éliminent un produit de nature analogue. Quand le foie sera perverti dans ses fonctions, la sécrétion sébacée éprouvera une modification qui pourra amener une altération consécutive de la peau; aussi dans les maladies de la peau sous la dépendance de l'appareil biliaire rencontre-t-on surtout les formes pustuleuses.

Après le foie, l'auteur étudie les modifications qui surviennent à la peau sous l'influence du trouble des fonctions digestives, ainsi que les altérations des organes de la digestion qui suivent la suppression d'affections cutanées.

Les troubles utérins sont également une manifestation sur le tégument externe. Il établit ce rapport par des observations curieuses accompagnées de remarques intéressantes où il accumule tous les faits qui peuvent établir la sympathie qui existe entre la peau et les organes de la reproduction.

Les maladies des reins donnent également lieu à des altérations de la peau; dans ce cas c'est spécialement par un élément de la peau, la glande sudoripare, que le tégument externe se trouve en rapport avec le rein. On sait a solidarité fonctionnelle qui existe entre ces deux organes; lors de troubles urinaires, la peau s'altère par une modification dans la sécrétion, et l'élimination de matériaux auxquels elle ne s'est pas habituée.

La goutte rentre dans ce cas; la peau s'altère par l'élimination de principes uriques insolites; aussi, dans ces cas, le plus souvent le malade est soustrait aux douleurs articulaires.

Enfin nous voyons que les voies respiratoires non-seulement sont sous la dépendance du tégument externe, mais encore manifestent leur souffrance par un retentissement sur cette surface.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE JUIN 1856; par M. le docteur E. FAIVRE, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

EXAMEN MICROSCOPIQUE DE LA PEAU D'UN MALADE MORT A LA SUITE DE LA MALADIE BRONZÉE (MALADIE D'ADDISON) (1); par M. VULPIAN.

J'ai mis sous les yeux des membres de la Société des préparations de la peau que m'a remise M. Féréol. On peut voir, à l'aide du microscope et à un grossissement de 240 diamètres, sur des tranches minces et perpendiculaires à la surface, que la couche de Malpighi présente une coloration brunâtre, bistrée. Cette coloration est due à un dépôt de matière pigmentaire qui s'est fait surtout dans la rangée tout à fait inférieure des cellules de la couche muqueuse. La disposition de cette rangée explique facilement l'aspect offert par les préparations. On voit, en effet, que la couleur est beaucoup plus marquée sur le contour de délimitation des papilles que dans tout autre point. Le contour des papilles offre à l'observateur plusieurs rangs de cellules vues les unes derrière les autres, et la couleur y est par conséquent beaucoup plus foncée. C'est au voisinage des noyaux que le dépôt s'est surtout produit. Vus à un grossissement de 450 diamètres, les noyaux paraissent plus ou moins teintés en brun. Sur quelques-uns d'entre eux, le pigment est en granules, et c'est surtout dans les cellules éloignées de la rangée profonde que se montre cette disposition; mais dans cette rangée, un grand nombre de noyaux présentent une couleur bistre uniforme, sans granulations. Par ses différents caractères, par la nuance de sa coloration, par l'aspect de la couche de Malpighi et par l'analyse microscopique du dépôt pigmentaire, la peau offre, dans ce cas, l'analogie la plus frappante avec la peau d'un mulâtre ou d'un Européen qui aurait bruni sous le soleil de l'Afrique. Il serait très-intéressant de faire l'examen de la peau dans d'autres conditions morbides qui auraient amené une coloration plus ou moins foncée de l'enveloppe cutanée, dans certains cas de phthisie par exemple.

II. — PATHOLOGIE.

1° AFFECTION DÉSIGNÉE SOUS LES NOMS DE PHTHISIE AIGUE, DE TUBERCULISATION GÉNÉRALE AIGUE; SIÉGE ANATOMIQUE DES GRANULATIONS GRISES DANS LES POUMONS D'UN SUJET MORT DE CETTE AFFECTION; par M. VULPIAN.

Un homme, âgé d'environ 45 ans, entra à l'hôpital de la Charité vers le 10 avril 1856, dans le service de M. Andral, suppléé par M. Ch. Bernard.

Cet homme, d'après les renseignements obtenus après sa mort, n'aurait été malade en tout que trois semaines ayant son entrée à l'hôpital.

On n'a pas pu établir d'une façon précise les phénomènes qu'il a présentés alors. Au moment de son entrée, il est dans l'état le plus grave. On constate une asphyxie imminente, caractérisée par une respiration des plus difficiles, une teinte cyanique du visage et des extrémités, etc. La percussion ne donne aucun résultat net; l'auscultation fait entendre des râles muqueux et sonores dans toute l'étendue de la poitrine, en avant, en arrière, sur les côtés. La parole est presque inintelligible. D'après l'examen de tous les appareils, et en l'absence de commémoratifs, le malade paraissant d'ailleurs assez bien constitué, on diagnostique une bronchite aiguë généralisée. M. Ch. Bernard regarde cependant comme possible la présence de tubercules au sein des poumons. Le malade meurt au bout de vingt-quatre heures, sans que le diagnostic ait pu être établi d'une façon plus rigoureuse.

A l'autopsie, on trouve les poumons très-fortement congestionnés et œdémateux. En les coupant dans différents sens, on aperçoit sur la surface de toutes les coupes, des petits grains de la grosseur de grains de millet ou de pavot, rarement plus volumineux, disséminés et innombrables. Ces grains sont d'une couleur grisâtre, mollasses, s'écrasant avec facilité. Les bronches offrent une membrane muqueuse injectée, surtout dans les ramifications les plus petites qu'on peut suivre par la dissection. Il n'y a pas, dans les deux poumons, ni à la base, ni au sommet, un seul tubercule cru ou caséeux; nulle part on ne trouve la moindre trace de caverne ou de cavernule. Les ganglions bronchiques sont un peu gonflés, durs, mais ne contiennent aucune production tuberculeuse. Par des circonstances particulières, on n'a pu examiner, parmi les autres organes, que les reins. Ceux-ci sont congés, soit de leur bord convexe à leur hile, soit perpendiculairement à leurs bords, et l'on découvre plusieurs petits dépôts tout à fait semblables à ceux qu'on a trouvés dans les poumons, soit comme forme, soit comme dimensions, soit comme aspect. Ces dépôts sont peu nombreux.

On a examiné au microscope les dépôts du poumon. A un faible grossissement, j'ai pu constater que ces petits grains ne contenaient aucun vaisseau. A un grossissement de 350 diamètres, j'ai vu que ces dépôts n'étaient nullement formés de corpuscules tuberculeux, mais qu'ils étaient constitués par une matière albumino-fibrineuse amorphe, finement granuleuse en grande partie. On y trouvait de plus quelques fibrilles élastiques peut-être arrachées au tissu périphérique, quelques cellules épithéliales ayant assurément cette origine, et enfin plusieurs corpuscules analogues à des noyaux épithéliaux et très distincts des éléments tuberculeux.

Un fragment de ce poumon a été mis dans une solution assez concentrée (1/12e) de perchlorure de fer, et au bout de quatre semaines, l'examen de ce fragment a fait voir de la façon la plus évidente que ces petits dépôts avaient un siége tout particulier et en apparence constant. Avant d'avoir séjourné dans ce liquide, tous ces grains étaient tellement mollasses qu'il était impossible d'arriver à aucune notion sur leur siége; mais il n'en a plus été de même après une immersion d'un mois dans la solution que je viens d'indiquer. Chaque petit grain est percé, vers sa partie centrale, d'une ouverture, de telle sorte qu'il ressemble à une de ces perles menues que l'on enfile, soit pour faire des chapelets, soit pour des ouvrages de femmes. J'ai montré cette disposition à des personnes compétentes, à la Société anatomique, et je puis dire qu'elle ne peut pas être mise en doute. Que sont ces ouvertures si constantes, si régulières? Je regrette de ne pas pouvoir ici répondre, les faits en main, à cette question. Depuis que j'ai fait cette observation, je n'ai pas eu le bonheur d'avoir à ma possession d'autres poumons analogues à ceux que je décris en ce moment, et non altérés. Il suffirait de faire une injection par les vaisseaux, et une injection d'une autre couleur dans l'arbre bronchique pour trancher la question. Autant qu'il est permis de se prononcer, sans avoir fait cette expérience, je pense que les ouvertures dont il s'agit sont des ouvertures de bronches. S'il m'est permis d'appuyer ma conjecture de l'opinion émise verbalement par le savant président de la Société anatomique, au moment où je montrais cette pièce, je dirai que M. le

(1) Voir le mémoire de M. S. Féréol, dans les MÉM. DE LA SOC. DE BIOLOGIE.

professeur Cruveilhier a pensé aussi que c'étaient bien des bronchioles qui traversaient ces dépôts albumino-fibrineux. Je ne puis encore m'empêcher d'émettre un autre regret, celui de n'avoir pas placé dans le perchlorure de fer, en même temps que le fragment de poumon, un morceau d'un des reins. Il eût été digne d'intérêt de rechercher si les grains albumino-fibrineux des reins étaient aussi percés d'un canalicule, puis de tenter de savoir si ce canalicule était formé par un vaisseau ou par un des tubules rénaux.

Je n'ai point encore dit quel diagnostic on devait poser après l'autopsie. Assurément il ne s'agit plus ici d'une simple bronchite générale aiguë, quoique celle-ci existât certainement. Nous avons affaire à un des cas que l'on a l'habitude de désigner sous le nom de phthisie aiguë, forme asphyxique (M. Andral).

La phthisie aiguë chez l'adulte, décrite par M. Andral, a été l'objet plus récemment en France de bons travaux, parmi lesquels je citerai la thèse de M. Leudet (Thèses de Paris, 1851) et celle de M. Gosset (*ibid.*, 1854). Ce dernier médecin me semble avoir envisagé la question d'une façon plus exacte que ses devanciers, et, pour bien montrer quelle importance il attribue à la dissémination du produit morbide dans différents tissus, il a nommé la maladie : *tuberculisation générale aiguë chez l'adulte*. Cette tendance au dépôt simultané du produit dans différents organes est, en effet, le trait caractéristique de cette affection.

Mais on peut encore faire un pas et se demander si le nom de tuberculisation générale aiguë (1) est rigoureusement tiré de l'étude de la lésion anatomique. En d'autres termes, ces granulations semées dans les poumons, dans les reins, dans le foie et dans les méninges sont-elles des tubercules ?

Je sais que les partisans de la tuberculisation générale aiguë ne sont pas à court d'arguments. « Il est complétement exceptionnel, dit M. Leudet, de ne » pas rencontrer les traces d'une évolution tuberculeuse plus avancée. » D'autres s'appuient sur les caractères mêmes des granulations, et reconnaissent dans ces dépôts les granulations grises de Bayle, de Laënnec, de M. Louis, c'est-à-dire les tubercules naissants. Je pourrais déjà répondre que l'opinion de ces auteurs n'est pas adoptée par tous les pathologistes, et que M. le professeur Andral, en particulier, considère les granulations grises comme distinctes du tubercule, et comme formées par des pneumonies vésiculaires isolées. Mais quand bien même on admettrait que les tubercules commencent généralement par des granulations grises, il faudrait démontrer qu'il n'y a point plusieurs espèces de granulations grises pulmonaires, les unes tuberculeuses et d'autres non tuberculeuses. L'argument tiré de la coïncidence fréquente des tubercules, à diverses périodes d'évolution, et de la phthisie aiguë, me paraît peu démonstratif. La tuberculisation pulmonaire est une maladie bien commune, et rien n'empêche les granulations grises d'envahir les poumons des phthisiques, tout aussi bien que les poumons dans d'autres conditions. Peut-être y a-t-il même dans la phthisie pulmonaire une prédisposition dont la cause nous échappe. Remarquons que cet argument a surtout été invoqué par des auteurs qui avaient principalement en vue la phthisie pulmonaire aiguë, différente en certains cas de la tuberculisation granuleuse générale. Enfin, il y a des cas de vraie diathèse tuberculeuse, à marche rapide, à dépôts multiples et disséminés : que prouvent-ils contre l'individualisation que nous voulons faire ?

Dans le dernier cas que nous avons observé, et nous rassemblerions facilement plusieurs autres cas tirés de divers travaux, il n'y avait pas un seul vrai tubercule, soit dans les poumons, soit dans les ganglions bronchiques. C'est là le type qu'il faut prendre pour décrire la maladie, et ne considérer qu'ensuite les variétés plus ou moins compliquées, plus ou moins bâtardes.

Dans ce cas aussi, les granulations, à l'œil nu et au toucher, n'offraient pas les caractères des tubercules gris demi-transparents, caractères ainsi exposés par MM. Rilliet et Barthez, « *tissu lourd, plein, solide, difficile à écraser,* » *assez cassant, élastique, de couleur grise plus ou moins foncée.* » (TRAITÉ CLINIQUE ET PRATIQUE DES MAL. DES ENF., t. III, p. 333).

Je crains bien que cette phrase ou une analogue tirée de tout autre ouvrage n'ait été purement reproduite par plusieurs des auteurs qui ont décrit la phthisie aiguë, pour éluder les difficultés d'une rédaction originale faite les pièces sous les yeux. Je ne pense pas avoir été en présence d'un cas exceptionnel, et cependant les granulations que j'ai vues étaient molles, imbibées de sérosité, s'aplatissaient facilement entre les ongles, n'étaient ni cassantes ni élastiques. Je trouve dans un excellent travail de MM. P. Lorain et Ch. Robin (COMPT. REND. DE LA SOC. DE BIOL., 1854, p. 64) une description des granulations grises du poumon, et j'y vois ces mots : « ...On enlève les granu» lations grises, confluentes, *molles et visqueuses...* » et il est probable que bien des descriptions faites sur nature indiqueraient les mêmes différences entre les granulations grises et les tubercules.

Je passe à l'examen microscopique, je ne retrouve non plus aucun des caractères du tubercule. Je suis donc en droit de supposer, je dirai plus, d'établir que les granulations grises ne sont pas des tubercules. C'est à la même vue que sont arrivés MM. Lorain et Robin, et je renvoie aux conclusions de leur travail où cette opinion est exprimée dans les termes les plus nets et les mieux motivés. On y trouvera aussi une description complète et détaillée des éléments anatomiques des granulations. — Consultez aussi le TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DES NOUVEAU-NÉS, etc., par M. Bouchut, 2[e] édit., 1852, p. 404 et suiv., art. Phthisie pulmonaire.

Le nom de tuberculisation générale aiguë ne convient donc plus à l'affection qui nous occupe en ce moment; celui de phthisie aiguë me paraît encore plus défectueux. Dans le langage de l'école moderne, qui dit *phthisie* sous-entend maladie des poumons, tubercules des poumons : le nom de phthisie aiguë implique donc deux erreurs : 1° maladie localisée dans les poumons; 2° lésion tuberculeuse. Cette dénomination devrait être, il me semble, réservée à la phthisie pulmonaire à marche rapide et précipitée. Un heureux néologisme nous tirerait peut-être d'embarras; je laisse à de plus habiles le soin de le trouver. Mais, je ne saurais trop le redire, il faut un nom particulier à cette maladie, si distincte de la phthisie tuberculeuse pulmonaire par ses lésions, et plus différente encore par son appareil symptomatique. Nous voyons dans cette affection un ensemble de caractères qui, dans des cas bien tranchés, pourraient la faire comparer à une sorte de typhus tout spécial. Stokes admet une fièvre tuberculeuse essentielle, contagieuse, et il base son opinion sur l'observation qu'il a faite de phthisies aiguës typhoïdes sur quatre ou cinq enfants d'une même famille. L'autopsie a été faite dans tous les cas. (W. Stokes, CLINICAL LECTURES ON FEVER, MED. TIMES AND GAZET., janv. 21, 1854). M. Gosset, dans les conclusions de sa thèse, adopte aussi l'idée d'une affection générale.

Je reviens au sujet principal de cette note, au siége des granulations grises dans le poumon, et j'appelle l'attention sur cette disposition, qui n'a pas encore été signalée.

(1) Les considérations qui suivent m'avaient déjà été suggérées par deux cas de phthisie granuleuse généralisée que j'ai observés, mais sur lesquels je n'ai pris aucune note. Je le regrette d'autant plus qu'ils offraient la plus grande analogie avec le cas qui me sert de texte aujourd'hui.

BIBLIOGRAPHIE.

DE L'INFLUENCE DES TRAVAUX ET DE L'ENSEIGNEMENT DU PROFESSEUR DELPECH SUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE; par le docteur E. MOUTET; thèse de concours, in-8° de 140 p.; — Montpellier, 1855.

DES FLUXIONS AU POINT DE VUE CHIRURGICAL; par le docteur LOUIS SAUREL; thèse de concours; in-8° de 154 pages; — Montpellier, 1855.

DE LA DOULEUR AU POINT DE VUE CHIRURGICAL; par le docteur ÉMILE GARIMOND; thèse de concours, in-8° de 128 pages; — Montpellier, 1855.

Voici trois thèses, soutenues toutes trois en même temps pour l'agrégation en chirurgie, pleines d'érudition, écrites avec talent, et respirant les doctrines de Montpellier. Cette communauté d'origine et de principes nous a permis de les associer dans un même compte rendu, puisqu'elles ont ainsi, malgré la différence des sujets traités, un lien commun qui les unit dans le fond. Nous commencerons par l'examen de celle qui parle de l'influence exercée par les travaux de Delpech.

Delpech ! ce nom réveille dans notre esprit le souvenir d'un homme enlevé prématurément à la science, et dont les écrits et l'enseignement ont répandu un grand lustre sur la chirurgie française. Mais quelle est la nature ou plutôt l'étendue de l'influence que ce professeur a exercée sur les progrès de cette science : telle est la question échue par le sort à M. le docteur Moutet, et qu'il a su développer avec un grand talent.

Pour lui, Delpech a sa place marquée à côté des A. Paré, des Guy de Chauliac, des J. L. Petit, des John Hunter, en un mot, de ces hommes qui ont cherché, en analysant les faits anciens et modernes, en les groupant sous un jour nouveau, à en déduire des principes ou des lois qui donnassent une explication plus certaine et plus philosophique de la marche et de la cure des maladies. M. Moutet arrive à cette conclusion, peut-être un peu trop enthousiaste, par une discussion détaillée et savante de la doctrine et des écrits de ce professeur. Nous ne le suivrons point dans cette analyse de travaux déjà anciens et bien connus, et qui prouve quelle universalité de connaissances il possédait, et combien d'idées ingénieuses il a émises qui sont restées comme des jalons pour l'avenir. Mais ce qui montre à quel point ce génie souple et inventif savait largement comprendre une question, c'est son TRAITÉ SUR LES DIFFORMITÉS ET SUR L'ORTHOMORPHIE. Au moment où il publia ce livre « où se trouvent tant d'idées précieuses que les travaux mo» dernes n'ont fait que confirmer ou développer » (Bonnet), l'étude scientifique des difformités commençait à peine. Il reconnut et proclama la part très-grande des muscles dans le jeu et le rapprochement des surfaces articulaires, l'insuffisance de leur développement par le défaut primitif ou l'abolition plus ou moins complète de leur contractilité, et dont il marqua le point de départ dans un trouble des centres nerveux.

Toutes ces idées, neuves alors, et qui depuis ont été agrandies et poursuivies, avec un rare talent, dans toutes leurs conséquences, par M. J. Guérin, constituent un des plus beaux titres de gloire de Delpech.

M. Moutet a su mettre heureusement en relief tout ces points que nous ne faisons ici qu'indiquer, et par son talent d'exposition intéresser vivement le lecteur.

Le sujet de la thèse posée dans les termes que nous avons donnés, semblait ne devoir laisser place qu'à l'éloge. Cependant M. Moutet, avec une louable indépendance, n'a pas craint de faire aussi la part des erreurs et de montrer les côtés faibles de Delpech. Nous ne pouvons que le féliciter de cet acte de justice, qui d'ailleurs sert à donner une plus grande autorité aux points de doctrine ou de faits qui ont rendu célèbre ce professeur.

En résumé, cette thèse est une œuvre consciencieuse, à laquelle nous devons des éloges et pour la forme et pour le fond.

M. L. Saurel avait à examiner les *fluxions* au point de vue chirurgical. Mais d'abord qu'est-ce que la fluxion? Ici une bonne définition est d'autant plus nécessaire que tous les médecins sont loin de s'accorder sur le sens à donner à cette expression. M. Saurel adopte celle qu'en a donnée Barthez, savoir : qu'elle « est un mouvement qui porte » le sang ou une autre humeur sur un organe particulier, avec plus » de force ou suivant un autre ordre que dans l'état naturel. » Cette définition ne nous paraît avoir que des rapports très-éloignés avec la chirurgie proprement dite, et nous avouons que son utilité quant à l'application qu'on en peut faire dans la pratique nous paraît très-problématique. M. Saurel l'a bien senti, lorsqu'il avoue que ce sujet est vaste et difficile, et que les travaux de l'école de Montpellier, à cet égard, « ont presque tous un caractère exclusivement médical. » Ajoutons qu'il n'a pas échappé lui-même à ce reproche, et que la faute en est imputable, non à l'homme, mais à la chose elle-même. Voyons, en effet, à quelles idées M. Saurel rattache le développement de sa définition.

Puisque la fluxion est un mouvement, elle est donc un acte *essentiellement vital*, qui probablement est toujours le même, et les conséquences de cet acte ne diffèrent *« que par suite de circonstances » générales* ou locales qui nous sont totalement inconnues » (p. 23). Puisque c'est un acte vital, elle est donc distincte des états morbides qu'elle provoque, et ne doit point être confondue, comme quelques-uns l'ont fait, avec l'inflammation, les catarrhes, les flux divers, les congestions, etc.; car, et c'est là son caractère essentiel, *« la fluxion se conçoit*, tandis que la congestion et les autres états morbides, suite de la fluxion, *se constatent* » (p. 16). Il faut donc distinguer autant de fluxions qu'il y a d'états morbides qu'elles font naître, c'est-à-dire qu'il y a des fluxions *sanguines, séreuses, purulentes, laiteuses, bilieuses, rhumatismales, scorbutiques, nerveuses*, etc. Quant à cette dernière, comme elle ne rentre point dans la définition de Barthez, elle ne saurait exister dans l'acception propre du mot; M. Saurel semblerait même la rejeter tout à fait, car, à ses yeux, les névroses et les névralgies ne sont point des fluxions.

Telle est l'idée que l'on doit se former de la fluxion, autant du moins que nous avons pu la dégager d'une certaine obscurité qui règne dans cette partie théorique.

Or, quelle application neuve et utile peut-on faire de ces vues à la pratique chirurgicale? Jusqu'ici elles nous ont semblé rester stériles : M. Saurel étudie bien, à la vérité et avec beaucoup de méthode, les principaux accidents qui peuvent compliquer les opérations (hémorrhagie, suppuration, résorption purulente, inflammation, gangrène), et qui sont tous dus à la *fluxion*; mais leur traitement n'en est pas, après tout, ramené à une marche plus sûre. Ainsi, l'auteur range les moyens conseillés sous les quatre chefs suivants : 1° la jugulation (qu'il blâme); 2° la répercussion; 3° la perturbation; 4° l'épispase (qui comprend ce qu'on appelle, en termes de l'école, les révulsifs et les dérivatifs). Mais quel choix faudra-t-il faire parmi ces quatre méthodes, comment faudrait-il les combiner suivant les cas; pour quelle raison faut-il recourir à l'une plutôt qu'à l'autre; enfin, à quels agents thérapeutiques faut-il, de préférence, s'adresser pour remplir telle indication plutôt que telle autre? Voilà autant de questions importantes passées sous silence, et dont la discussion nous aurait démontré l'utilité de la théorie des fluxions, telle que la comprend l'école de Montpellier. Jusque-là nous pensons que la définition de Barthez est incomplète, et nous sommes un peu de l'avis de MM. Cayol et Renauldin qui trouvaient cette doctrine inutile et confuse.

Au reste, tous les médecins de l'école de Montpellier sont loin d'être d'accord sur l'application de ces idées, et M. Saurel a eu le noble courage de l'avouer. En dehors de ces points théoriques et pratiques que nous désirerions voir complétés, nous ne pouvons que louer M. Saurel du talent et de la science qu'il a déployés dans sa thèse : on y reconnaît à chaque page le praticien érudit, qui a beaucoup vu et bien vu.

Depuis l'admirable découverte de Jackson, la douleur a cessé en partie d'être la terreur des malades. Grâce à l'éthérisation, le chirurgien peut aujourd'hui conserver plus de calme au milieu des opérations les plus longues et les plus difficiles, et épargner aux malades les angoisses de la souffrance. Cependant tout n'est pas dit parce qu'un remède à la douleur est trouvé : il faut encore rechercher s'il est toujours utile de la combattre; en d'autres termes, présente-t-elle des indications et des contre-indications, et, considérée en elle-même, quelle est son importance au point de vue du diagnostic, du pronostic et même du traitement des maladies chirurgicales?

Tel est l'ensemble des idées théoriques et pratiques que M. Garimond a exposées avec beaucoup de méthode dans son travail sur la douleur. Il examine successivement chacun de ces divers points avec tous les détails qu'ils comportent, en signale les côtés les plus saillants, éclaire par une analyse bien conduite ceux qui peuvent offrir quelque obscurité et égarer le chirurgien dans ses appréciations; enfin, dans un dernier article, il en formule le traitement. Celui-ci est basé sur la définition suivante de la vie empruntée à M. Lordat. « La vie, dit ce professeur, est l'alliance temporaire du sens intime et de l'agrégat matériel, alliance cimentée par un ἐνορμοῦν, une cause de mouvement dont l'essence est inconnue. » (Leçons orales.) « Par conséquent, ajoute M. Garimond, les divers moyens qui pourront suspendre cette alliance temporaire, sans la détruire, et réparer les lésions fonctionnelles ou matérielles en s'adressant au sens intime, ou à l'agrégat matériel ou à la force vitale, constitueront tout autant de classes thérapeutiques. »

C'est d'après ce programme que M. Garimond parcourt les divers moyens connus jusqu'à ce jour, soit pour prévenir, soit pour guérir la douleur; l'anesthésie par l'éthérisation y occupe la principale place; mais il n'oublie point ceux que l'on a conseillés, mais vainement, pour remplacer l'éther; tels sont la belladone, la jusquiame, la ciguë, etc., et en pose avec méthode les indications.

Nous ne pouvons suivre l'auteur dans les détails de cette discussion scientifique, où se révèle un esprit judicieux sagement sceptique, qui sait poser d'intelligentes limites aux moyens les plus heureux contre la douleur.

D[r] T.

VARIÉTÉS.

— Par décret du 8 octobre, rendu sur le rapport de M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, M. le docteur Blache, directeur de la santé à Marseille, a été élevé au grade de commandeur de la Légion d'honneur.

— Par un autre décret du même jour, M. Séjourné, médecin du lazaret de Marseille, a été nommé chevalier.

— Par décret du 23 octobre, sur le rapport de M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, M. Lafont (Pierre), docteur en médecine, médecin des pauvres depuis 1836, médecin des prisons et de l'hôpital de Bayonne, a été nommé chevalier de l'ordre impérial de la Légion d'honneur.

— La souscription pour le buste en marbre de Pinel a reçu son plein effet. Les habitués de l'Académie ont pu admirer hier, dans la salle des Pas-Perdus (le mot admirer n'est pas exagéré), le magnifique buste de Pinel sorti des mains de M. Robinet, l'habile statuaire à qui l'Académie doit déjà plusieurs morceaux des plus remarquables. Grâce au zèle intelligent et au bon goût artistique de M. le secrétaire perpétuel, et un peu aussi à la munificence des familles de quelques-uns des anciens membres de l'Académie, nous pourrons voir bientôt les plâtres poudreux et dégradés qui surmontaient les appuis de croisées de la salle des Pas-Perdus, remplacés par des œuvres d'art vraiment dignes des personnages dont elles sont destinées à perpétuer le souvenir.

— Cours complet de médecine opératoire. — M. Chassaignac commencera ce cours le jeudi 13 novembre 1856, à quatre heures de l'après-midi (amphithéâtre n° 1 de l'École pratique), et le continuera les mardis, jeudis et samedis.

Les conférences cliniques de l'hôpital Lariboisière seront continuées durant tout le semestre d'hiver. Visite des malades à huit heures. Opérations principales le lundi à neuf heures.

— Cours public d'opérations obstétricales. — M. le docteur Hippolyte Blot, chef de clinique d'accouchements de la Faculté, commencera ce cours le 17 novembre, à midi, amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera à la même heure, les lundis, mercredis et vendredis.

Ce cours sera terminé le 31 décembre.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

DOCUMENTS POUR SERVIR A LA DISCUSSION DES KYSTES OVARIQUES.

I.

Monsieur le rédacteur,

En réponse à l'appel que vous faites aux médecins qui ont observé des kystes de l'ovaire, j'ai l'hunneur de vous adresser les observations suivantes, que j'ai recueillies pendant mon internat à l'Hôtel-Dieu de Marseille et dans ma pratique particulière.

KYSTE DE L'OVAIRE; PÉRITONITE; INJECTIONS IODÉES; SUPPURATION ET ULCÉRATION DU KYSTE; PÉRITONITE GÉNÉRALE; MORT.

OBS. I. — Guillon (Jeanne), âgée de 38 ans, est reçue à l'Hôtel-Dieu de Marseille le 1er mars 1851 (service de M. Sue).

Il y a dix mois elle ressentit des doulenrs dans les reins et de la pesanteur dans le has-ventre; elle s'apercut alors qu'elle portait une tumeur dans cette région. Cette tumeur augmenta peu à pen; elle part de l'excavation pelvienne, s'incline à druite, occupe le flanc de ce côté et s'élève aujourd'hui au niveau de l'ombilic. La percussion révèle de la matité dans tous ces points et permet de la circonscrire. Cette femme est assez bien constituée; elle a jusqu'à ce jour joui d'une bonne santé; elle a fait trois enfants; le dernier il y a bientôt trois ans.

Du 15 mars an 20 mai, on lui fait prendre des pilules fondantes dont je n'ai plus la formule. Ce traitement ne donne aucun résultat, et la malade sort le 29 mai, à pen près dans le même état qu'elle était entrée.

9 juin. Rentrée à l'hôpital. Depuis quelques jonrs et sans cause appréciable, elle présente les symptômes snivants : doulenrs abdominales vives, surtout à l'hypogastre, exaspérées par la moindre pression; vomissements bilieux, anxiété; facies altéré, peau chande, pouls fréquent, petit et serré. Ces symptômes de péritonite sont énergiqnement combattus par de fortes applications de sangsues (envirun 60) sur le ventre et de larges onctions d'onguent mercuriel belladonisé.

18. Le ventre est à peine sensible. La malade mange la sonpe.

29. Elle mange le qnart et se lève pendant quelques heures.

10 juillet. La malade est tout à fait rétablie. La tumeur a un pen angmenté. On se décide à appliquer un cautère sur l'abdomen dans le but de provoquer des adhérences entre la tumeur et les parois abdominales. On doit ensuite faire des injections iodées dans l'intérieur du kyste. Le cautère est placé à peu près au lieu d'élection de la paracentèse du côté droit.

Du 11 au 14, nouveaux symptômes de péritonite que l'on combat par de hautes doses d'ongnent mercuriel en frictions.

Le 15, ils sont complétement dissipés.

26. L'escarre se détache lentement. Nouvean cantère sur le premier.

29. Ponction exploratrice. Issne d'un liquide épais, coulenr de chocolat au lait.

30. Le kyste est vidé par une ponction. On y injecte la solntion suivante : teinture d'iode, 60 gr., et eau, 60 gr. L'injection reste en grande partie dans la tumeur. La malade n'a ressenti qu'une sensation de chaleur incommode.

31 juillet, 1er août et jonrs suivants. Le ventre est douloureux; il y a de la fièvre. La tumeur acqniert le volume qu'elle avait avant l'opération, puis elle diminue peu à peu et n'a plus que la moitié du volnme primitif.

15. Frisson, malaise, fièvre, diarrhée abondante.

Du 16 an 20, cet état persiste; les forces diminuent; la tumeur augmente de volume; la diarrhée cède à l'usage de 10 gr. de sous-nitrate de hismuth par jour.

21. Un pen de pus sort par la plaie qu'a faite le trocart. Dilatation de cette unverture par l'éponge préparée.

Dn 24 an 30, éconlement de sérusité purulente. Chaque matin injectiun d'eau d'orge dans le kyste, qu'on additiunne plus tard de qnelques guttes de laudanum, afin de calmer les donleurs qu'y ressent la malade.

30. L'éconlement est moins purulent. On suspend les injections, et on place sur le cautère nn morcean de diachylon. Le kyste nne fois vidé est facilement embrassé avec la main.

Dn 1er au 8 septembre. Le liquide se reforme et la tumeur devient aussi grosse qu'une tête d'enfant. Les bourgeons charnus ont fermé l'onverture. Nonvelle ponction dn kyste. Issne de denx litres de pns épais, d'nne udenr piqnante, aillacée, insupportable. L'état général est très-mauvais. La malade tombe dans le marasme.

19. Nouvelle ponction. On tente nne seconde injectiun iodée plus faible que la première.

20. L'éconlement est très-abondant. On laisse une sonde à demeure.

26. Un lambean de la membrane interne du kyste se présente à l'ouverture; il est presque détaché; un le retire avec des pinces.

27, 28. Faiblesse extrême, ballonnement du ventre, ponls insensible, etc. Mort.

AUTOPSIE. — A la place de l'ovaire gauche, dont il est difficile d'apercevuir des vestiges, on trouve nn kyste aussi volumineux qu'nne tête d'enfant. En avant, il adbère intimement aux parois abdominales, au pourtour de la plaie prodnite par le cautère; en arrière, il adhère avec plnsieurs anses d'intestin. Là il présente une perforation énorme, avec perte de substance; les bords en sont ulcérés, déchiquetés et baignent dans le pus.

La membrane interne du kyste manque en certains points, et dans les autres elle se détache et tombe en lambeaux.

Épanchement purulent dans le péritoine.

Fansses membranes dont qnelques-unes sont évidemment anciennes.

KYSTE DE L'OVAIRE ET SUPPURATION INTÉRIEURE DU KYSTE; NOYAUX SQUIRRHEUX CONTENUS DANS SES PAROIS; MORT.

OBS. II. — Cliche, âgée de 55 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 27 septembr 1855.

Elle ne fait remonter sa maladie qu'à trois ans d'aujourd'hui, mais il est probable que le début est plus éloigné. Quoi qu'il en soit, divers troubles intestinaux attirèrent à cette époque son attention sur le ventre et elle lui trouva nn volume anormal. Son médecin y reconnut alors la présence d'une tumeur déjà d'un certain volume. Celle-ci, primitivement placée dans l'hypogastre, a augmenté peu à pen et a fini par occuper presque toute la cavité abdominale.

Il y a deux mois, la malade appela un autre médecin, qui lui pratiqua deux fois la paracenthèse. La tumeur ne s'est pas vidée complétement; après chaque ponction, elle a conservé nn certain volume.

Depuis près d'un mois que la dernière ponction a été faite, le kyste est devenu plus grus. Il s'élève de la fosse iliaque droite à l'hypocondre de ce côté, et nn peu an-dessus de l'ombilic où on pent le circonscrire par nne forte pression. Dans tous ces points, matité absolue; fluctuation obscure. On sent à la surface de la tumeur quelques duretés et quelques inégalités. Cet examen, du reste, est assez douloureux ponr la malade.

1er octobre 1830. Son état général est manvais. Amaigrissement, décoloration de la face, dégoût, inappétence, diarrhée, fièvre.

Ces symptômes s'aggravent; la diarrhée devient colliquative; la fièvre présente

FEUILLETON.

ÉTUDES MÉDICALES SUR QUELQUES POÈTES ANCIENS ET MODERNES.

MARTIAL.

(Suite et fin. — Voir les nos 34, 37, 38, 41 et 44.)

A propos de l'épigramme intitulée : DE FAMILIA FICOSA, j'ai fait pressentir que le fait de l'infection générale de tant de personnes soulevait une grave question, celle de certaines maladies spécifiqnes, contagienses, quelque chose de fort analogue à la syphilis. Je ne snis pas compétent, je l'avoue, pour formuler nne opinion bien nette sur cette matière délicate. Il y a dans Martial un grand nombre de passages qui penvent donner lieu à une interprétation dans le sens affirmatif, et les partisans de la pérennité des maladies vénériennes n'ont pas manqué de s'appuyer sur ces textes pour montrer que les Romains, comme les Hébreux, connaissaient des affections contagieuses de l'appareil génital de l'un et de l'antre sexe. Reste à savoir quel sens il fant donner à ces expressions si commnnes dans notre poète : *morbus indecens, lues venerea;* je n'ai pas l'antorité nécessaire pour faire prévaluir mon avis, mais je pense qu'il est très-raisonnable en pareil cas d'accepter la distinction fundamentale qui doit exister entre nne maladie vénérienne et une affection syphilitique.

An surplus, ceux de nos confrères qui seraient curienx de connaître les nombrenx arguments dont on appuie l'existence de la syphilis à Rome, au siècle d'Auguste, penvent lire nn gros livre, vaste compilation en six volumes in-8°, intitulée : HISTOIRE DE LA PROSTITUTION CHEZ TOUS LES PEUPLES DU MONDE DEPUIS L'ANTIQUITÉ LA PLUS RECULÉE JUSQU'A NOS JOURS, par Pierre Dufour. Paris, 1851, 1854. Cet onvrage, qui semble écrit à la hâte renferme des propositions bien hasardées; mais tel qu'il est, il ne manque pas d'intérêt; il traite de la manière la plus générale une questiun que *Parent-Duchatelet* avait resserrée dans l'étroite limite parisienne, et les médecins peuvent y tronver des renseiguements ntiles.

Quoi qu'il en soit, on pent supposer que l'abus de certains urganes a dû avoir ponr conséquence inévitable des lésions spéciales qui, dans nn pays chaud, et en l'absence d'une bonne hygiène, ponvaient prendre un caractère fort grave. La vie que menaient les Rumains de tontes les classes était on ne peut plus favorable à des accidents inflammatoires on antres. et si l'un ne peut pronver par des arguments directs que le mal avait un caractère spécifique et contagieux, il est prubable que certaines lésiuns se rapprochaient de ces circoustances particulières. Lorsque Martial a dirigé contre Nevolus l'épigramme suivante (livre 3, n° 71) :

Mentula quum doleat puero; tibi, Nævole, culus :
Non sum divinus, sed scio quid facias.

Quand cet enfant se plaint de ceci et toi de cela, je ne suis pas un grand devin, mais je sais ce que tu as fait; il indiquait clairement une cause évidente

des exacerbations tous les soirs, souvent précédées de frissons ; le ventre est plus douloureux, la face s'altère davantage, la prostration des forces augmente, le pouls est très-fréquent et presque filiforme.

Enfin, le 4 novembre, la mort arrive.

AUTOPSIE. — Dans l'abdomen, on trouve une vaste tumeur, qui contient dans sa cavité plusieurs litres de pus. Ses parois sont épaisses et contiennent quelques petites tumeurs d'apparence squirrheuse et quelques kystes en communication avec la grande cavité.

Cette poche adhère avec plusieurs anses intestinales. Son point d'origine est dans l'ovaire droite, dont on retrouve à peine quelques vestiges.

Quelques cuillerées de sérosité albumineuse dans le péritoine.

OBS. III.—Je trouve dans mes notes l'observation d'une femme qui fut admise à l'Hôtel-Dieu avec des symptômes de péritonite que l'on parvint à dissiper. Or cette femme portait depuis quelques années un kyste de l'ovaire d'un volume moyen.

Une fois guérie de cette péritonite légère, cette femme demanda son *exeat* et ne revint plus.

On remarquera, dans ces trois cas, le développement de la péritonite à divers degrés. Terrible dans le premier cas où elle a nécessité une médication très-active, elle a été plus légère et probablement partielle dans la seconde et la troisième observation. La péritonite, partielle surtout, est une complication des kystes ovariques plus fréquente qu'on ne l'a écrit. Il est rare, en effet, qu'à l'autopsie on ne trouve pas des adhérences du kyste avec les parois du ventre ou avec quelques anses d'intestin.

Mais, dans le premier cas, n'y avait-il pas inflammation du kyste en même temps que péritonite? Je suis porté à le croire. La douleur, ainsi que nous l'avons noté, était plus vive dans les points occupés par la tumeur. En outre, cette inflammation a reparu après l'application d'un premier cautère, et elle a été ravivée par l'injection iodée au point que, vingt jours après, la sécrétion du kyste était mêlée à du pus. Dès ce moment elle n'a cessé d'augmenter jusqu'à ce qu'elle ait produit le sphacèle de la membrane interne, puis l'ulcération et la perforation des parois de la tumeur d'où est résulté une péritonite mortelle.

L'inflammation du kyste, nous le savons, est une des conditions nécessaires pour que la guérison s'opère, mais il ne faut pas que la suppuration ait lieu, autrement cet heureux résultat est fort compromis. Or quand il y a, chez les malades, comme dans ce cas et le suivant, une trop grande disposition à l'inflammation, l'injection iodée n'est-elle pas contre-indiquée et ne vaut-il pas mieux s'en tenir aux ponctions palliatives? Encore, même dans ces cas, elles ne sont pas toujours inoffensives. Je ne veux pas en exagérer le danger; mais, dans le second cas, l'inflammation et la suppuration du kyste ont-elles été spontanées et peut-on affirmer que les deux ponctions n'ont été pour rien dans cette funeste terminaison?

D'après ces considérations, ne pourrait-on pas regarder comme contre-indiquant les injections iodées tous les cas où quelques signes (ceux de péritonite surtout) viendraient révéler cette disposition inflammatoire particulière?

KYSTE DE L'OVAIRE ; GROSSESSE ; PONCTIONS PALLIATIVES.

OBS. IV. — La nommée Marcelline X., de Cournonsec (Hérault), est âgée de 34 ans ; elle s'est mariée à 23 ans et a eu cinq enfants, tous vivants. Elle avait toujours joui d'une bonne santé ; c'est une femme habituée aux rudes travaux de la campagne.

Il y a près de cinq ans, pendant la grossesse de son quatrième enfant, elle ressentit dans le bas-ventre une gêne, une pesanteur, qui ne disparurent pas avec l'accouchement. Un an après, pendant qu'elle nourrissait son enfant, elle découvrit dans cette région une tuméfaction assez considérable. Elle consulta tour à tour MM. le professeur Alquié et Bertrand (de Montpellier). D'après leurs conseils, elle fit plusieurs applications de sangsues, puis des frictions mercurielles, des frictions stibiées; elle prit des pilules de calomel, de l'iodure de potassium, etc. La tumeur augmenta toujours de volume et occupa bientôt la moitié du ventre.

Cette femme pouvait, avec quelque peine il est vrai, continuer ses occupations. Elle était toujours bien réglée.

Je la vis pour la première fois en janvier 1854. La tumeur s'élevait jusqu'à l'ombilic ; elle occupait une partie de l'excavation pelvienne, la fosse iliaque et le flanc droit. Mais, ce qui me frappa, à l'hypogastre elle semblait bilobée, ou pour mieux dire, il y avait deux tumeurs en contact immédiat. La seconde me parut être l'utérus qui avait augmenté de volume. Je soupçonnai une grossesse, mais cette femme prétendit n'être pas enceinte. Bientôt il n'y eut plus à en douter. Le ventre augmentait rapidement de volume, et à la fin du mois de mai, cette femme accoucha facilement d'un enfant, petit, il est vrai, mais qui a vécu. Cette dernière grossesse fut cependant plus pénible que les autres. Elle a nourri son enfant et s'est assez bien portée jusqu'au mois de février 1856. Mais alors l'énorme développement de la tumeur l'empêchait presque de marcher : elle fut obligée de garder le lit.

Appelé à Cournonsec le 4 avril, pour un accouchement laborieux, on me pria de la voir. Voici dans quel état je la trouvai : séjour forcé au lit, position demi-assise, face amaigrie, terreuse, profondément altérée, gêne de la respiration, dégoût et digestions difficiles; léger œdème des pieds, peau sèche ; pouls fébrile; ventre indolore, énormément distendu, à forme globuleuse, mat sur tous les points, présentant une fluctuation ascitique, perçue par la malade. L'examen de ces symptômes et la connaissance des antécédents de la malade ne pouvaient laisser aucun doute dans mon esprit. C'était à un kyste ovarique énorme et non à une ascite que j'avais affaire.

Le médecin ordinaire de la malade lui avait déjà proposé la ponction ; elle avait toujours refusé. Ce jour-là elle céda à nos instances communes, et je la lui pratiquai. Il s'écoula un liquide épais, chocolaté, sans odeur; deux grandes terrines furent remplies; on peut en évaluer la quantité de 30 à 40 litres.

Rien ne survint pendant les trois jours qui suivirent, mais le quatrième, après avoir continué intempestivement ses pilules hydragogues, elle fut prise de coliques vives, avec fièvre, qui la jetèrent dans un grand état de faiblesse. Cet état cessa au bout de quelques jours.

Bientôt le liquide se reproduisit et deux nouvelles ponctions furent pratiquées, l'une le 25 avril, l'autre le 16 mai. Depuis on n'a plus fait de ponctions Nous avons conseillé à la malade de n'y recourir que lorsque le ventre aurait acquis un développement gênant. Elle fut mis au régime lacté et au chiendent nitré.

Vers la fin de mai, peu après la seconde ponction, elle fut prise de sueurs, puis d'une diarrhée abondante, avec mouvement fébrile léger. Cet état (que je n'ai point observé), et que la malade considère comme une crise heureuse, disparut après une durée de vingt jours environ. Dès ce moment, il y eut une grande amélioration, l'appétit, les forces revinrent, et la malade put bientôt quitter le lit, qu'elle gardait depuis cinq mois, et faire son petit travail de ménage. Aujourd'hui (20 octobre) elle continue à bien aller, elle sort, va même à la campagne, mais elle est vite fatiguée ; c'est que son ventre est énorme; il est aussi volumineux que celui d'une femme au terme de la grossesse. Il lui faudra bientôt recourir à une quatrième ponction.

---

de maladie, les deux coupables souffraient en même temps, le diagnostic était facile, mais rien ne prouve qu'il y eût là autre chose qu'une lésion matérielle mécanique, dont on pourrait retrouver l'analogue dans des conditions légitimes, et que Martial lui-même a signalées un grand nombre de fois. Je ne citerai rien, car on sent que ce chapitre, bien qu'il appartienne à une espèce de pathologie externe, n'est pas de notre ressort.

Il est un point terriblement délicat que je voudrais signaler ici, un de ces phénomènes bizarres que certains *praticiens* ont seuls l'occasion de rencontrer, qui sont l'objet de conversations intimes entre professeurs d'obstétrique, et que bien des observateurs plus superficiels ou moins heureux sont tentés d'accueillir avec un sourire d'incrédulité. Mais comment vous expliquer la chose? Mon embarras est grand, je le confesse, et cependant il n'est pas inutile d'appeler l'attention des gens de l'art sur un fait curieux, heureusement assez rare, et qui pourrait causer quelque surprise, quelque erreur de diagnostic aux personnes non prévenues. Voyons, médecins amateurs de la belle latinité, prenez un Martial quelconque, cherchez le livre septième, vous aurez bientôt trouvé l'épigramme n° 18, dirigée contre Galla, cette courtisane si charmante et si belle, qui se plaint de ne pouvoir inspirer une passion durable. Pourquoi Galla s'afflige-t-elle d'un semblable malheur? Pourquoi? Notre poëte va nous le dire : *Vitium est non leve, Galla, tibi.* Mais quel est donc ce défaut si grave? Le voici : *Cunnus non tacet, ipsa taces.* Tu te tais, mais un autre organe fait du bruit, si bien que Martial ajoute :

Offendor cunni garrulitate tui.

Ce singulier bavardage est ce que nos savants confrères en accouchements, grands explorateurs de mystères analogues, appellent *ructus vaginalis*, et dont quelques-uns, à ma connaissance, ont recueilli de belles et très-authentiques observations.

Et voilà comme en feuilletant un livre écrit, il y a plus de dix-huit cents ans, par un malicieux personnage, on tombe sur un fait curieux, espèce de cas rare que des gens très-compétents n'ont jamais rencontré ! Cela prouve que les cas rares le sont moins qu'on ne le croirait volontiers quand on se borne à sa propre expérience. Au reste, ce bruit indiscret n'avait pas pour les oreilles des Romains un bien grave inconvénient. On avait tout divinisé chez eux; le *peditum*, le *bombus*, avaient leurs temples, demandez plutôt à Varron, et l'on ne prenait pas en mauvaise part ces explosions que les Arabes ont en horreur. Martial dit à cette pauvre Galla :

Pedere te mallem; namque hoc nec inutile dicit
Symmachus, et risum res movet ista simul.

J'aimerais mieux un autre bruit, celui-là du moins est utile, dit Symmachus, et en outre il provoque la gaieté. L'école de Salerne, dont l'érudition est de bon aloi, a porté cet arrêt :

Mingere cum bombis res est sanissima lumbis,

et l'on trouve dans cette sorte d'aphorisme un écho de Martial et des opinions qui régnaient de son temps. Cependant il est à croire que tout le monde ne se permettait pas ces incongruités, ces choses malsonnantes ; du moins nous

Cette femme assigne comme début de sa maladie, l'époque de sa quatrième grossesse; mais je crois qu'il faut le rapporter à une date plus éloignée. Ce fut aussi l'opinion de M. le professeur Alquié, qui, d'après l'examen qu'il fit de la tumeur peu de temps après que la malade s'en fût aperçue, crut devoir la faire remonter à six ou sept ans. Cette tumeur est donc fort ancienne, ce qui n'a pas empêché cette femme d'avoir deux grossesses fort heureuses, et de continuer même aujourd'hui à être bien réglée.

Je n'ai pas cru devoir conseiller à cette femme autre chose que les ponctions palliatives. Le volume énorme du kyste me semble une contre-indication à l'emploi et au succès des injections iodées, lors même qu'elles n'offriraient aucun danger.

Agréez, etc.

DUMAS, D. M. à Cette.

II.

Monsieur,

Je m'empresse de répondre à l'appel que vous faites à vos lecteurs dans le nº 42 de la GAZETTE MÉDICALE, relativement au traitement des kystes ovariques. Je ne possède qu'un seul exemple de cette affection : déjà j'ai eu l'honneur de vous en entretenir au mois de mars dernier et par votre lettre du 22 de ce mois, vous avez bien voulu me donner quelques conseils que j'ai suivis. En voici le résultat.

KYSTE DE L'OVAIRE; INFECTION IODÉE; RÉCIDIVE.

OBS. — Mademoiselle C..., est âgée de 42 ans : tempérament nervoso-sanguin, menstruation parfaite, embonpoint très-satisfaisant, vie très-active, habitation saine, nourriture bonne. A part une variole grave qui a laissé quelques cicatrices, une laryngite aiguë et une affection rhumatismale articulaire de quelques jours, elle n'a jamais été malade. Toutefois, dès son enfance et encore aujourd'hui, une affection morale un peu vive amène, pendant deux ou trois jours, une suppression d'urine dont la santé générale ne paraît pas souffrir immédiatement.

Sa mère, il y a quarante ans, a été atteinte dans le flanc droit d'une tumeur énorme qui n'a pas empêché deux grossesses de se terminer heureusement et qui s'est dissipée après plusieurs années d'un traitement par les *fondants* et les *absorbants*. En 1850, son beau-frère a été tué par la chute d'une énorme pierre sur la tête; en 1852, sa sœur a succombé à un cancer du sein.

Au mois de juin 1854, je fus appelé à donner mes soins à mademoiselle Célestine, et je constatai dès lors une hydropisie abdominale dont la nature et l'origine ne purent qu'être soupçonnées, tant l'historique en était obscur et le ventre distendu par le liquide. L'affection, qui remontait déjà alors à plus de dix-huit mois, resta sédentaire jusqu'à la fin de 1855, que des troubles répétés de la digestion, de la gêne de la respiration, une émaciation générale et un œdème considérable des extrémités inférieures, me déterminèrent à réclamer pour la vingtième fois une ponction palliative. Elle fut acceptée à grand'peine et pratiquée le 8 janvier 1856. Elle amena 25 litres d'un liquide épais, gélatineux, grumeleux, couleur de chocolat au lait. On put constater et saisir ensuite dans la fosse iliaque gauche, à travers les parois flottantes de l'abdomen, une tumeur du volume du poing, gélatineuse, bosselée et douloureuse à la pression.

Après l'opération, la malade eut quelques accès hystériformes qui se dissipèrent dès le jour même.

Pendant les cinq ou six jours suivants, diurèse considérable, ensuite disparition complète de l'œdème, et enfin appétit insatiable.

La santé est parfaite pendant deux mois et demi.

Le 20 mars, mademoiselle Célestine perd une tante à laquelle elle était très-attachée.

Le 23 mars, son père est frappé d'une attaque d'apoplexie avec paralysie de la langue.

Trois ou quatre jours après, on s'aperçoit que le ventre prend de nouveau un volume extraordinaire et se remplit de liquide; quelques jours encore et la poche a repris ses dimensions du 8 janvier.

C'est alors que j'eus l'honneur de vous écrire, monsieur et très-honoré confrère : je vous exposais la situation de ma malade et vous demandais votre avis sur l'emploi des injections iodées.

Enfin, le 24 juin, à huit heures du matin, bien que la malade ne fût pas trop gênée par l'énorme volume de son ventre, mais parce que des douleurs fréquentes et presque intolérables se faisaient ressentir dans le *flanc droit*, M. le docteur Jaclot, consultant, et moi, nous fîmes, au point d'élection ordinaire, une nouvelle ponction qui amena la même quantité de liquide que le 8 janvier précédent (25 litres), du même aspect et de la même consistance. Après l'évacuation complète du liquide et par la canule du trocart ordinaire qui lui avait donné issue, nous fîmes quatre ou cinq injections d'eau tiède, dont les deux dernières sortirent aussi liquides qu'elles étaient entrées. Ensuite nous injectâmes la préparation iodique suivante :

Prenez :	Teinture d'iode.	90 grammes.
	Iodure de potassium. . .	10 —
	Eau distillée.	1300 —

L'opération se passa parfaitement bien, point de douleurs abdominales. Le liquide de l'injection fut promené autant que possible dans toutes les parties du sac, soit par l'impulsion des mains, soit par les divers mouvements imprimés en tous sens à la malade, puis on lui donna issue par la canule jusqu'aux deux tiers environ.

La tumeur de la fosse iliaque gauche est à peu près disparue, mais une autre tumeur (est-ce la même?), du volume d'une tête d'enfant, existe à l'hypogastre, un peu à gauche, très-douloureuse à la pression, et tout à fait indolore quand on ne la touche pas. La malade est fatiguée, mais elle ne souffre pas. La journée se passe bien. A huit heures du soir, sensation d'un frémissement général dans les membres, douleurs abdominales sourdes, ventre pâteux, vomituritions; face pâle, grippée, pouls petit, dur, accéléré. Applications de dix sangsues, boissons froides acidulées, cataplasmes émollients, poudre de Rogé (un demi-flacon).

Le lendemain tout est dissipé, le ventre reste pâteux, les urines, quoique abondantes, le sont moins qu'à la première ponction, mais elles sont fortement chargées d'iode, et elles donnent ce caractère pendant plus de quinze jours. La malade vaque ensuite à ses occupations habituelles sans ressentir la moindre gêne. Le ventre est toujours pâteux, mais indolore, sinon au point occupé par la tumeur, qui a diminué de volume.

Depuis bientôt un mois, mademoiselle Célestine croit s'apercevoir que le liquide se renouvelle dans son ventre, et aujourd'hui 27 octobre, après examen, j'estime qu'on peut en évaluer la quantité à 5 litres. Du reste, la santé n'en paraît nullement altérée.

La discussion ouverte à l'Académie et les savantes dissertations que votre plume, monsieur et très-honoré confrère, promet à la question du traitement des kystes ovariques, me font espérer que je pourrai, par une nouvelle injection iodique, mais mieux administrée, prévenir, sinon guérir, l'affection de ma chère malade.

Agréez, etc.

VICTOR GUILLEMIN,
Docteur en médecine, médecin cantonal à Rombas.

---

trouvons une certaine Bassa (livre 4, nº 88), qui a recours à un singulier expédient pour détourner l'attention de ses auditeurs.

Infantem secum semper tua Bassa, Fabulle,
Collocat, et luscus deliciasque vocat.

Fabullus, Bassa, ta maîtresse, a toujours près d'elle un enfant qu'elle appelle son bijou, ses délices. Pourquoi cela? Martial qui n'a pas de secrets pour ses contemporains, ce dont ta postérité tire un singulier profit, Martial, le vilain homme qui se plaît à divulguer les petites misères de tout le monde, ajoute :

Et quod mireris magis, infantaria non est.

Et ce qu'il y a de plus singulier, de plus étonnant, *infantaria non est*, elle n'aime pas les enfants. Mais alors pourquoi donc cette précaution?

Ergo quid in causa est? Pedere Bassa solet.

Vous le voyez, elle prend une sorte d'éditeur responsable, elle veut qu'on puisse mettre sur le compte de cet innocent un bruit qui lui appartient et dont elle a honte, ce qui prouve que l'on ne riait pas toujours de cette garrulité, et que tout le monde n'applaudissait pas à ces explosions d'une tympanite orageuse. Jupiter ne les tolérait pas, comme on le voit dans l'épigramme (livre 12, nº 77) où ce pauvre Ethon fut si cruellement puni :

Multis dum precibus Jovem salutat
Stans summos resupinus usque in ungues,
Aethon in Capitolio pepedit.

Prosterné aux pieds de Jupiter Capitolin, appuyé sur ses ongles, Aethon laissa échapper un bruit indiscret :

Riserunt comites; sed ipse Divum
Offensus genitor...

Tout le monde se prit à rire; mais le père des dieux le condamne à vivre chez lui pendant trois jours, ce qui était une rude punition pour un avare ou un gourmand. Martial reproduit la même pensée dans ce distique :

Ante Jovis statuam crepuit satur histrio : pœnam
Jupiter indixit, vivere de proprio.

Mais assez sur ces infirmités physiques et morales; voyons si nous ne pourrons pas trouver quelque chose de plus intéressant.

Martial est impitoyable pour les vieilles femmes, il les accable de traits empoisonnés, il leur prodigue des outrages fort poétiques, sans doute, mais qui devaient faire de lui la bête noire de ces matrones qui ne savaient pas accepter les arrêts du temps. Si vous voulez savoir jusqu'à quel point il pousse la satire, quelles mordantes hyperboles il accumule contre une de ces pauvres femmes qui ont encore la prétention de se remarier après de nombreux veuvages, lisez l'épigramme nº 93, livre 3, adressée à Vetustilla. Ces injures, si

HYGIÈNE PUBLIQUE.

CONSERVATION DES SUBSTANCES ALIMENTAIRES; par M. POGGIALE.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

PRÉPARATION ET CONSERVATION DE L'EXTRAIT DE VIANDE.

Depuis longtemps déjà les médecins et les chimistes ont conseillé d'employer l'extrait de viande. Ainsi, Parmentier recommande l'emploi de cette conserve dans les ambulances. Selon lui, mêlé avec du vin, l'extrait de viande relève les forces des blessés épuisés par les pertes de sang, et leur permet de supporter les fatigues d'un long transport. M. Liebig, qui a étudié avec tant de talent, dans ces derniers temps, toutes les questions relatives à l'alimentation, considère comme un acte de conscience que de faire connaître aux gouvernements l'importance de l'extrait de viande. On pourrait, dit-il, dans les pays où le bœuf et le mouton ont peu de valeur, comme en Podolie, à Buénos Ayres, au Mexique et en Australie, préparer de grandes quantités d'extrait de viande et les importer en Europe dont la population se nourrit de pommes de terre. Cet extrait remplacerait le bouillon préparé dans les établissements hospitaliers.

L'utilité de l'extrait de viande paraît donc incontestable, et le succès de cette conserve ne dépend, selon nous, que de son mode de préparation. M. Bellat, pharmacien à Paris, nous semble avoir atteint le but. Pour préparer cette conserve, M. Bellat débarrasse la viande prise aussi fraîche que possible des parties graisseuses, tendineuses et aponévrotiques, afin d'éviter plus tard la formation d'une quantité trop considérable de gélatine. La chair ainsi préparée et désossée est divisée en parties extrêmement ténues, ensuite placée dans un système d'appareil à déplacement, où on l'épuise avec de l'eau fraîche jusqu'à ce que les liquides passent incolores et insipides. Les produits de cette opération sont alors mis à part.

La viande en partie épuisée est déposée dans des cuves chauffées à la vapeur et hermétiquement fermées par de forts couvercles à vis munis d'une soupape de sûreté. On y ajoute son poids d'eau et la quantité d'os que l'on emploie ordinairement pour la préparation du pot-au-feu. On laisse digérer le tout pendant six heures, à la température de 90 degrés, en ayant le soin de diviser la viande à l'aide d'un agitateur. Celle-ci est ensuite soumise à l'action d'une presse hydraulique, puis mêlée à une proportion convenable d'eau et de légumes que l'on fait cuire.

Les solutions obtenues à chaud sont mêlées aux liqueurs préparées à froid et chauffées dans des chaudières à évaporation, de manière à obtenir leur clarification par la coagulation du sang. Puis on les filtre rapidement.

Les liquides très-limpides sont évaporés dans un appareil à faire le vide en consistance de miel très-épais. L'extrait de bouillon obtenu ainsi est enfin reçu dans des boîtes en fer-blanc que l'on traite pour la conservation par la méthode d'Appert.

Si l'on examine attentivement le procédé employé par M. Bellat, on voit que ses produits ne subissent dans leur préparation aucun traitement susceptible d'altérer la nature du bouillon. En effet, par la lixiviation, l'eau froide dissout environ 15 ou 20 pour 100 de la viande supposée sèche et enlève toutes les parties savoureuses contenues dans le jus. Le résidu blanc est composé de fibre musculaire, de ligaments, de vaisseaux, etc. Il est sans saveur, d'une mastication difficile et les carnassiers mêmes n'y touchent plus.

En chauffant à 90 degrés les liquides obtenus par la lixiviation, la matière colorante du sang et l'albumine se coagulent et la liqueur filtrée est limpide et jaunâtre. La viande de bœuf fournit environ 2 pour 100 d'albumine. M. Bellat épuise complétement les viandes, et obtient ainsi une plus grande quantité de produit.

Il serait injuste de confondre cet extrait avec les produits connus sous le nom de *tablettes de bouillon*. Ces préparations, qui sont belles et transparentes, n'ont pas, en effet, les propriétés nutritives et salutaires du bouillon; elles contiennent une proportion considérable de gélatine fournie par les os, les cartilages et les tendons, et on ne doit les considérer que comme de la colle forte légèrement aromatisée.

L'extrait de viande proposé par M. Bellat est sous la forme d'une masse d'un brun jaunâtre, un peu molle, très-soluble dans l'eau, possédant l'odeur, la saveur et toutes les propriétés du bouillon de viande. Nous avons dissous, dans une expérience, M. Bégin et moi, 40 gr. de cet extrait dans un litre d'eau bouillante, et après y avoir ajouté une quantité convenable de sel marin, nous avons obtenu un bouillon savoureux, ayant le goût et tous les caractères d'un bon bouillon préparé avec la viande fraîche. La quantité d'extrait que nous avons employée était la même que celle que l'on retrouve par l'évaporation d'un litre de bouillon préparé par les procédés ordinaires avec 500 gr. de viande fraîche.

L'extrait de M. Bellat a l'avantage de pouvoir donner du bouillon en quelques minutes, et quelle que soit la qualité de la viande de ne pas varier sous le rapport de ses propriétés nutritives. En résumé, nous pensons que la richesse de cet extrait en principes azotés, la facilité avec laquelle on le convertit en bouillon d'excellente qualité, son transport et sa conservation faciles, le recommandent pour l'alimentation des troupes et surtout pour le service des ambulances et des hôpitaux.

M. le docteur L... a présenté des tablettes de bouillon qui ont quelque analogie avec les produits de M. Bellat, mais qui leur sont inférieures sous beaucoup de rapports. Ces tablettes ont une saveur agréable, une couleur d'un brun rougeâtre, ne sont pas entièrement solubles dans l'eau, se conservent parfaitement au contact de l'air, mais contiennent une proportion considérable de gélatine.

M. le docteur L... a préparé devant nous, au laboratoire de chimie du Val-de-Grâce, de l'extrait de viande par le procédé suivant. On a fait macérer pendant deux heures et demie 1,400 grammes d'un mélange de viande de bœuf, de mouton et de veau, à parties égales, dans un litre d'eau contenant 1 gramme d'acide chlorhydrique et 30 gr. de sel marin; on a passé ensuite à travers un linge la liqueur qui a été évaporée à la température de 50 degrés environ. On a ajouté au résidu de la viande 4 litres d'eau; on a fait bouillir pendant quatre heures; on a exprimé, et le bouillon obtenu a été évaporé dans une capsule de porcelaine jusqu'à consistance de sirop très-épais. On a alors réuni les extraits des deux opérations; on a coulé le mélange sur des

---

plaisantes qu'elles soient, ne nous sauraient intéresser; le poëte y déploie une vigueur d'expression vraiment admirable; mais nous n'avons rien à voir dans ces vers si pleins de feu, de bile, d'ironie mordante, de sarcasmes blessants. Cependant il y a un mot qui nous touche, nous médecins, et c'est pourquoi je m'y arrête un instant. Voici ce que dit Martial à Vetustilla :

Quod si cadaver exigis tuum scalpi;
Sternatur à Coricle clinico lectus.

Enfin, si tu veux absolument qu'on dissèque ton cadavre, que Coricles, le médecin, dresse ton lit...., etc. Que devons-nous entendre par ces mots, et qu'a de commun le clinicien Coricles avec cette matrone si ardente à convoler en des noces perpétuelles? Les scoliastes nous apprennent que ce personnage décoré du titre de médecin était tout simplement un *vespillo*, un croque-mort, un de ces hommes qui préparaient l'espèce de cercueil ou plutôt de litière appelée *sandapila* sur laquelle on plaçait les cadavres, et Martial donne très-plaisamment le titre de *clinicus* à cet employé des pompes funèbres. Ne nous formalisons pas de ce rapprochement sinistre, une bonne plaisanterie peut être acceptée; relevons plutôt ce mot *scalpi*, qui est resté dans notre vocabulaire anatomique et que les Anglais ont pris bien plus franchement que nous. Qui ne se rappelle les sauvages de Fenimore Cooper, scalpant les ennemis vaincus, enlevant les chevelures avec ce couteau si dextrement manié, ce scalpel comparable aux meilleurs lames des CHARRIÈRE père et fils? Il ne nous appartient pas de poursuivre les étymologies, de faire de la linguistique; cependant nous pouvons, en passant, signaler une analogie évidente entre les expressions purement latins, *seco*, *dessico* et le verbe *scalpo* que Martial, avec sa hardiesse, un a mis en passif. Pardon de cette recherche pédantesque dont notre poëte lui-même nous donne l'exemple, car il joue quelquefois sur les mots, il épilogue sur une expression dont le sens est douteux, qui prête à des commentaires plaisants, comme on le voit dans l'épigramme n° 66, livre 1, à propos du mot *ficus*.

Quum dixi, ficus, rides quasi barbara verba,
Et dici, ficos, Cæciliane, jubes.
Dicemus ficus, quas scimus in arbore nasci:
Dicemus ficos, Cæciliane, tuos.

Nous nommons *ficos*, ô Cæcilianus, ce qui, dans la personne (disent les traducteurs de l'Université) ressemble au fruit du figuier. Cette plaisanterie, fondée sur une équivoque, se renouvelle sans cesse en Italie, l'étranger qui croit savoir le pur toscan, et qui, à table, dit avec prétention : *Date mi una fica!* prête à rire aux naturels du pays transalpin. Au surplus, c'est chose singulière de considérer combien s'éternisent certaines plaisanteries. De l'aveu des Italiens de nos jours, sur cent finesses, bons mots, allusions, épigrammes plus ou moins drôlatiques que commettent les Romains du *Corso* ou de la *villa Borghese*, les Florentins de la *piazza Ducale* ou des *Cascine*, il y en a soixante-quinze qui appartiennent en propre à la littérature du siècle d'Auguste ou de ses successeurs. Tant il est vrai que l'esprit des nations est une conséquence des conditions de leur vie habituelle, un produit de la localité,

plaques, et on a fait sécher à l'étuve. 1,400 grammes de viande ont fourni 105 grammes d'extrait, dont il faut déduire les 30 grammes de sel marin ajouté; on n'a donc obtenu réellement que 75 grammes de ce produit. Nous nous sommes assurés, du reste, que la viande n'était pas entièrement épuisée, et qu'on aurait pu obtenir une quantité plus considérable d'extrait.

On a dissous 5 grammes de cet extrait dans 100 grammes d'eau bouillante, d'après les indications de l'inventeur, et on a obtenu du bouillon assez agréable, mais qui était trouble par suite de la coagulation de l'albumine.

Ce procédé pourrait fournir de bons produits, s'il était mieux étudié et rendu pratique. Il faudrait pour cela que l'évaporation des liquides se fît dans le vide, que le rendement fût plus élevé, afin d'abaisser le prix de l'extrait, que cette préparation renfermât moins de gélatine et que le bouillon fût limpide.

CONSERVATION DU LAIT.

Le lait formé de deux substances calorifiques, la lactine et le beurre, d'une matière albuminoïde propre à renouveler nos tissus, la caséine, et de matières fixes destinées au développement des os, est évidemment un aliment complet; aussi suffit-il seul à la nourriture des enfants et des jeunes animaux. Sous l'influence de l'oxygène de l'air, il se développe dans le lait des ferments qui l'altèrent profondément en agissant sur la lactine ou sur les matières azotées; mais on empêche ces altérations si on prévient l'action de l'oxygène.

Parmi les nouveaux procédés qui ont été proposés pour la conservation du lait, ceux de MM. de Lignac et Mabru ont reçu la sanction de l'expérience, et, en 1855, l'Académie des sciences a accordé à celui-ci un prix.

M. de Lignac fait évaporer le lait au bain-marie dans des chaudières plates qui ne reçoivent qu'une couche d'un centimètre de profondeur, et il y ajoute 60 grammes de sucre pour 1,000 grammes de lait. On agite continuellement le liquide jusqu'à ce qu'il soit réduit au cinquième de son volume. On l'introduit alors dans des boîtes en fer-blanc, que l'on chauffe au bain-marie à la température de 105 degrés. Au bout d'une demi-heure, on ferme avec une goutte de soudure l'ouverture qui a donné passage à l'air et à la vapeur d'eau. La substance contenue dans les boîtes est jaunâtre, sucrée, pâteuse, se délaye facilement dans l'eau et fournit un liquide qui présenterait tous les caractères du lait s'il n'était pas très-sucré. Lorsqu'on veut en faire usage, on ajoute à une partie de lait concentré quatre parties d'eau, quantité qui a été soustraite par l'évaporation. La commission des substances militaires a soumis à un examen attentif les produits de M. de Lignac qui ont constamment présenté une odeur et une saveur irréprochables.

M. Mabru a employé une méthode très-ingénieuse pour la conservation du lait. Ce procédé consiste à introduire ce liquide dans des boîtes métalliques, terminées à leur partie supérieure par un tube vertical en plomb qui communique avec un réservoir contenant également du lait. Toutes les parties de l'appareil sont entièrement remplies par le lait. On met ensuite les bouteilles au nombre de douze ou quinze dans un grand vase fermé, dans l'intérieur duquel on fait arriver de la vapeur d'eau. Le lait est chauffé alors à 75 ou 80°, et par suite de la dilatation qu'il éprouve, une partie du liquide s'élève dans le réservoir supérieur où il se trouve à l'abri de l'air par une couche d'huile qui en recouvre la surface. L'air se dégage complètement par le tube vertical. Au bout d'une heure, on laisse refroidir jusqu'à la température d'environ 20° c. Le volume du lait diminue par le refroidissement; mais il remplit également la bouteille et le tube qui la surmonte.

Alors on ferme hermétiquement le vase en comprimant le tube à l'aide d'une pince; on coupe le tube au-dessus du point comprimé, et on y applique de la soudure d'étain. Ainsi le lait est conservé dans ces bouteilles à l'abri de l'air, et, comme il n'y a pas d'espace vide, le liquide ne ballotte pas dans l'intérieur du vase et ne détermine pas la séparation du beurre. Ce lait, conservé sans addition d'aucune substance étrangère, a présenté au bout de trois ans tous les caractères du lait de bonne qualité, récemment trait et chauffé.

CONSERVATION DES LÉGUMES.

Les légumes peuvent être facilement conservés à l'aide de la méthode d'Appert; mais les liquides interposés et les vases qui contiennent ces conserves en augmentent considérablement le poids et le volume. D'un autre côté, le prix des transports et la valeur des vases en élèvent tellement le prix qu'ils ne peuvent être employés que par un petit nombre de consommateurs.

M. Masson commença, en 1844, ses recherches sur la conservation des légumes. Il avait été précédé dans cette voie par MM. Sylvestre et Alaim, de l'école de Grignon, qui, dès 1842, présentèrent à la Société d'horticulture de Seine-et-Oise des choux desséchés, et qui, comme M. Masson, voulaient perfectionner les anciennes méthodes de préparation.

En 1845, M. Masson obtint une médaille de la Société royale et centrale d'agriculture; son procédé différait peu alors des procédés anciens : il consistait à exposer les feuilles de choux sur des claies, après les avoir séparées les unes des autres.

En 1850, M. Masson fit ses premiers essais sur l'emploi de la presse hydraulique comme moyen de réduire le volume et de faciliter la conservation des légumes desséchés. Après cette application nouvelle et d'une utilité incontestable, il remplaça par l'emploi des étuves le moyen de dessiccation trop irrégulier qu'il avait indiqué précédemment. Il réduisait le volume des légumes des huit dixièmes environ et leur donnait la forme de plaques rectangulaires correspondantes à un nombre déterminé de rations.

En 1851, M. Chollet appliqua en grand les procédés de dessiccation et de compression des légumes, et il doit être considéré comme le véritable créateur de cette industrie. Il ajouta au procédé de M. Masson l'échaudage préalable dans l'eau bouillante, moyen qui est encore employé dans les usines pour la préparation de certains légumes. Les légumes préparés par M. Chollet présentaient quelques inconvénients; ils avaient une odeur de fenaison et il fallait, avant de les cuire, les immerger dans l'eau froide pendant huit ou dix heures, ou dans l'eau tiède pendant quatre heures.

Ces inconvénients ont disparu par suite d'un perfectionnement très-important apporté par la Société Morel-Fatio; c'est la cuisson complète

---

l'expression normale de conditions matérielles dont on ne peut bien saisir le caractère que quand on a vécu dans les mêmes circonstances.

Et cependant Martial n'était pas un vrai Romain, il était né en Espagne, dans la Celtibérie, qui forme aujourd'hui les royaumes de Valence et d'Aragon; Bilbilis, petite ville dont il parle avec amour, et qui, suivant lui, doit se glorifier de le compter au nombre de ses enfants, Bilbilis fut abandonnée par notre poëte, pour Rome où l'appelaient d'assez tristes destinées; il avait 23 ans quand il arriva dans la ville éternelle; ambitieux, souple, intrigant et avide, il ne recula devant aucun moyen pour asseoir sa fortune sur des bases solides. Il dépensa pour vivre plus d'esprit qu'il n'en fallait pour gouverner le monde, si le monde se gouvernait par l'esprit, et après trente-quatre ans de soins assidus, de misères cachées, de sourires menteurs et de colères concentrées, il revint dans son pays aussi pauvre qu'il en était parti. Il nous le dit lui-même :

Sum, fateor, semperque fui, Callistrate, pauper.

C'était bien la peine de traîner sa vie, son talent, dans les adulations de toutes les tyrannies, de dévorer les outrages que prodiguaient les grands à leurs parasites, de courir vainement après des faveurs si chèrement achetées, presque toujours refusées, et de répandre, chemin faisant, les trésors méconnus d'une muse élégante et féconde! Si, plus tard, un des plus beaux génies dont s'honore la France a dit que tout flatteur vit aux dépens de celui qui l'écoute, cette vérité n'en était pas une du temps de Martial, le poëte qui distribuait ses éloges et ses vers à tous ceux qui pouvaient les payer en retirait rarement un salaire proportionné à leur valeur et surtout à ses besoins; il se montrait éloquent dans la peinture de ses misères trop réelles, il cherchait à attendrir des cœurs trop souvent endurcis par l'habitude du bonheur, par l'égoïsme de la richesse, et quand enfin, las de ces vaines sollicitations, à bout de patience et de courage, il se vengeait par quelque épigramme railleuse, par quelque sarcasme amer, des dédains de ses prétendus amis, il voulait partir pour Bilbilis, revoir ces pénates déserts, cette patrie que l'enfant ingrat avait abandonnée depuis si longtemps; mais ces belles résolutions ne duraient qu'un jour, le lendemain apportait avec lui quelques espérances nouvelles toujours bien accueillies, toujours décevantes, et le poëte recommençait sa course effrenée après une fortune qu'il ne devait pas atteindre.

Martial n'avait pas à lutter, comme Horace, contre les incommodités d'une santé faible; il avait bon pied, bon œil, la tête saine, l'estomac excellent et fort peu de cœur, en un mot, toutes les conditions de la vie heureuse, car il l'a dit lui-même, dans sa charmante épigramme adressée à Martianus, livre 6, n° 70.

Non est vivere, sed valere, vita.

Peut-être, cependant, n'avait-il pas joui de cette immunité complète que je lui attribue, car il semble porter envie à cet heureux Cotta qui, arrivé à la soixantaine, n'a jamais été tourmenté par la fièvre :

Nec se tædia lectuli calentis
Expertum meminit die vel uno.

des légumes avant leur dessiccation au moyen de la vapeur d'eau à une température au-dessus de 100 degrés. Déjà, en 1850, Gannal avait communiqué à l'Académie des sciences un procédé pour la dessiccation des légumes dans un appareil traversé par un courant d'air chaud très-énergique.

Les deux compagnies, au lieu de se faire une guerre commerciale, se sont fusionnés en 1855, et dans toutes les usines les procédés employés actuellement sont les suivants. Les légumes, épluchés avec soin, lavés et coupés, sont cuits dans des appareils en tôle forte, par la vapeur venant d'un générateur. La température, dans l'intérieur des appareils, est de 112 à 115 degrés centigrades; le système de fermeture empêchant la vapeur de sortir maintient la pression. En quelques minutes, les légumes sont cuits. On emploie encore la coction dans l'eau bouillante pour quelques légumes qui ont besoin d'abandonner à l'eau une partie de leur âcreté, les choux de Bruxelles, par exemple. C'est à cette cuisson préalable que les légumes doivent de conserver leur couleur, leur goût et leurs principes sucrés. La vapeur est d'un emploi bien plus facile et ne fait rien perdre aux légumes de leurs propriétés. Ces conserves alimentaires ont de plus l'avantage de ne pas s'altérer et de ne pas exiger, avant leur cuisson, une immersion préalable dans l'eau. L'albumine, qui existe en assez grande abondance dans tous les végétaux, se coagule par la chaleur, qui détruit ainsi le ferment et prévient par conséquent la fermentation.

En sortant des appareils à cuire, les légumes sont rangés dans des séchoirs traversés par un courant d'air très-rapide et à une température de 45 à 50 degrés centigrades. Deux heures suffisent pour dessécher les épinards, la chicorée, etc.; il en faut trois pour la dessiccation des choux, des carottes, des navets, etc. En sortant des séchoirs les légumes qui ont perdu une énorme quantité d'eau sont très-friables et cassants; aussi les laisse-t-on quelque temps à l'air pour qu'ils reprennent un peu d'humidité et qu'ils acquièrent ainsi un certain degré de flexibilité. Les légumes sont ensuite livrés au commerce sous deux formes, comprimés ou non comprimés.

Les légumes que l'on veut comprimer sont posés et rangés dans les presses hydrauliques, et ils en sortent réduits des huit dixièmes environ de leur volume. Les tablettes ainsi obtenues sont carrées, dures, plus pesantes que le bois. On les enveloppe de papier, et, après les avoir mises dans des boîtes en zinc ou en fer-blanc, elles sont livrées à la consommation.

Les moyens économiques de fabrication employés aujourd'hui, les usines placées dans des localités qui fournissent les légumes à bas prix, les marchés passés avec la grande culture, permettent d'espérer que l'on pourra livrer au public des produits à des prix inférieurs même à ceux payés pour des quantités équivalentes en légumes frais.

Il résulte de plusieurs analyses que les légumes desséchés et comprimés sont plus riches en matières azotées et ont par conséquent une valeur nutritive plus élevée que les mêmes légumes parvenus à leur maturité. Ainsi, les pois décortiqués contiennent plus de principes alibiles que les pois mûrs; les fèves et les haricots flageolets ont un pouvoir alimentaire plus grand que les fèves et les haricots blancs ordinaires. Les expériences suivantes, faites sur les pois, font ressortir l'influence de la maturité sur les proportions relatives d'eau et de matières azotées.

	Eau pour 100.	Matière azotée pour 100 de pois desséchés.
Exp. I. — Pois verts très-tendres.	82,25	38,35
Exp. II. Idem.	83,20	38,67
Exp. III. Idem.	80,90	37,98
Exp. I. — Pois verts plus avancés que les précédents	76,14	34,17
Exp. II. Idem.	75,20	34,48
Exp. III. Idem.	75,36,	34,46
Exp. I. — Pois verts mûrs	70,62	27,72
Exp. II. Idem.	70,49	27,43
Exp. III. Idem.	70,87	27,21

M. Chollet a fourni à l'administration de la guerre, pendant la campagne d'Orient, 120,000 rations de conserves par jour en hiver, et 40,000 en été. Ces conserves se composaient de tablettes de pommes de terre et de *julienne de troupe* qui était formée de choux, de carottes, de pommes de terre, de navets et d'une petite quantité d'oignons, de céleri, de poireaux et de panais. Dans d'autres tablettes, on ajoutait des fèves. Aux termes du marché, ces légumes ne devaient pas contenir plus de 15 pour 100 d'eau et devaient être comprimés de manière qu'un mètre cube pût en contenir 1000 kilogrammes ou 40,000 rations de 25 grammes représentant environ 200 grammes de légumes frais. Toutes les livraisons reçues par moi après un examen rigoureux étaient faites en caisses de bois contenant 44k,800 gr. de légumes renfermés en deux boîtes de zinc. Ces boîtes contenaient chacune sept tablettes du poids de 3k,200 gr. Chaque tablette était divisée à l'aide de rainures en seize compartiments de huit rations de 25 grammes, afin que le fractionnement pût en être opéré facilement.

Les légumes desséchés ont été accueillis avec une grande faveur par nos soldats, et ont exercé la plus heureuse influence sur leur santé. Les médecins militaires ont tous constaté les avantages hygiéniques qui résultent de l'emploi des légumes, surtout lorsque l'alimentation est exclusivement formée de biscuit et de viandes salées.

M. Chollet a essayé d'associer les légumes desséchés et comprimés avec la gélatine, en plongeant une ou plusieurs fois les tablettes de légumes dans un bain de gélatine aromatisé et contenant du jus de viande. Il obtient ainsi une série de numéros suivant l'épaisseur de l'enduit et le nombre des couches. Cette enveloppe fournit un bouillon qui rend la julienne plus agréable et plus alimentaire, mais elle contient une trop forte proportion de gélatine.

D'autres préparations ont été accueillies par l'administration de la guerre pour l'alimentation de l'armée. Je citerai particulièrement la semoule de pommes de terre proposée par MM. Berncastel et Chollet. Pour préparer cet aliment, on fait cuire les pommes de terre, et, après avoir enlevé la pellicule, on les écrase et on les transforme en semoule par les procédés ordinaires. Ce produit est ensuite desséché dans une étuve. 100 grammes de semoule représentent environ 500 grammes de pommes de terre. Il résulte de mes analyses que cette semoule est composée de :

Et voyez en passant quelle expression élégante il emploie : *tædia lectuli calentis*, les ennuis d'un lit brûlant; *nec vel uno die meminit expertum*, pas même un jour, dans ce pays où tout le monde a la fièvre; aussi Cotta se moque des médecins, même les plus renommés :

Ostendit digitum, sed impudicum.
Alconti, Dasioque, Symmachoque.

Il fait la nique, il nargue ces maîtres de l'art, il les montre au doigt, dirions-nous, mais à Rome, on agissait autrement; il leur montre son doigt, *sed impudicum*, c'est-à-dire, il leur fait un signe obscène, que les gamins de Naples n'ont pas oublié et sur lequel vous trouverez d'intéressants détails dans l'ouvrage d'un chanoine napolitain qui a fait un livre curieux sur les signes dont ses compatriotes font un si grand usage.

Martial ajoute une réflexion éminemment juste :

At nostri bene computentur anni,
Et quantum tetricæ tulere febres,
Aut languor gravis, aut mali dolores,
A meliore vita separentur :
Infantes sumus, et senes videmur.

Le calcul est simple; retranchez de la vie le temps consumé par les fièvres cruelles, les douleurs, les angoisses, et vous arriverez d'un saut de l'enfance à la vieillesse.

Martial était un habile homme; une petite maladie, de temps en temps, ne l'eût pas affligé, et peut-être est-il allé jusqu'à feindre quelque gros accident de ce genre, car la coutume romaine était favorable aux convalescents. On offrait des présents à ceux qui revenaient à la santé, ceux-ci pouvaient même en exiger, comme Polycharme (nº 56, livre 12) :

Ægrotis uno decies, aut sæpius, anno;
Nec tibi, sed nobis hoc, Polycharme, nocet.
Nam quoties surgis, soteria poscis amicos.
Sit pudor : ægrota jam, Polycharme, semel.

Ce n'est pas toi, c'est nous qui souffrons de ces nombreuses maladies, il te faut des présents.... Par pudeur, ne sois malade qu'une fois, une seule, c'est-à-dire, meurs de cette maladie. *Soteria* est un joli mot grec, comme on en rencontre souvent dans Martial; c'est un emprunt de bon goût; *soter* veut dire sauveur, et notre poëte, qui ne résiste pas facilement au double plaisir de montrer qu'il sait la langue d'Athènes, et de faire une plaisanterie énigmatique, un calembour hybride, nous a montré son talent en ce genre dans une certaine épigramme adressée à la fille du médecin Sota (livre 4, nº 9) :

Sotæ filia clinici, Fabulla,
Deserto sequeris Clitum marito,
Et donas, et amas, ἐχεῖς ἀσώτως.

Saisissez-vous la finesse? Notre confrère Sota (le nom indique la qualité) a une fille, Fabulla, qui abandonne son mari pour Clitus son amant qu'elle adore, à qui elle prodigue tout; elle est perdue, par conséquent, elle n'est

Eau	11,840
Fécule amylacée et substances congénères	68,200
Matières azotées	8,580
Matières grasses et cellulose	8,346
Matières salines	2,800
	99,766

On voit, d'après ces résultats, que le chiffre des matières azotées des pommes de terre, qui est 1,6 pour 100, s'est élevé à 8,580 dans la semoule. Cependant cette substance alimentaire ne reste pas moins abondante en fécule amylacée et, comme les pommes de terre, il convient de l'associer à la viande ou à des aliments de composition analogue pour jouer un rôle utile dans l'alimentation de l'homme.

On peut préparer avec cette semoule de la purée et des potages gras ou maigres. Ces aliments sont très-agréables et se digèrent facilement. Le petit volume de cette semoule, sa cuisson très-prompte dans l'eau, le lait et le bouillon, son transport et sa conservation faciles la recommandent pour le service des troupes et particulièrement pour les ambulances. Si elle n'offre pas tous les avantages de la pomme de terre fraîche, elle doit être préférée aux légumes secs.

CHIRURGIE PRATIQUE.

NOUVELLE ÉTUDE DE LA TAILLE MÉDIANE; par P. BOUISSON, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

(Suite. — Voir GAZ. MÉD., année 1855, et n° 42 de cette année.)

IV. — DES AVANTAGES DE LA TAILLE MÉDIANE, ET DES CAS OU ELLE DOIT ÊTRE PRÉFÉRÉE.

Le traitement des calculs vésicaux repose, comme celui de toutes les maladies chirurgicales, sur des indications diverses; il ne saurait donc être invariable. Le problème thérapeutique consiste à déterminer la corrélation des modes cystotomiques les plus accrédités avec les circonstances particulières de la maladie. La notion de ces rapports constitue précisément la bonne pratique et permet d'obtenir une guérison plus rapide et plus facile. Recherchons, en conséquence, quels sont les avantages spéciaux de la taille médiane, afin de mesurer le parti qu'on peut en tirer dans des cas déterminés.

1° AVANTAGES DE LA TAILLE MÉDIANE. — Ces avantages, comparés à ceux des autres méthodes cystotomiques, sont au nombre de quatre principaux; ce sont : la facilité d'exécution, l'absence d'hémorrhagie, la convenance pour les divers âges de la vie, la rapide cicatrisation.

A. FACILITÉ D'EXÉCUTION. — Quoique les progrès des études anatomiques et cliniques, et les exercices d'amphithéâtre plus largement compris dans l'éducation chirurgicale, aient mis la plupart des chirurgiens à même de surmonter les difficultés de la médecine opératoire, la facilité plus ou moins grande avec laquelle on exécute les divers temps d'une opération, ne saurait être regardée avec indifférence, car il en résulte pour le malade une économie de temps et de douleur qui tourne toujours à son profit. En ce qui concerne la taille en particulier, un avantage de ce genre acquiert une importance majeure; car on sait que la durée de l'opération agit d'une manière fâcheuse sur ses suites, et nulle influence n'est plus apte que cette longue durée à provoquer ces états nerveux, cet affaissement des forces si préjudiciables aux taillés et qui souvent sont la seule cause de leur mort. Plus on simplifiera les moyens d'atteindre et d'extraire le calcul, plus on réunira de chances favorables. Sous ce rapport, la taille médiane offre des avantages qu'on chercherait vainement au même degré dans les autres espèces de taille. L'opération réduite à une incision pratiquée depuis le raphé jusqu'à la prostate, entre le bulbe de l'urètre et le rectum, n'offre aucune difficulté sérieuse dans son exécution. Il en résulte non-seulement plus de précision dans l'accomplissement des divers temps de l'opération; mais une succession si prompte dans ces temps, qu'on peut dire que, de toutes les opérations auxquelles s'attache une certaine gravité, c'est celle que l'on exécute le plus promptement. Dans tous les cas où nous avons adopté cette manière d'opérer, il ne s'est pas écoulé plus de quelques minutes entre le moment de la première incision et celui de l'extraction du calcul. Dans un cas, une minute et demie a suffi pour terminer l'opération.

C'est surtout lorsqu'on met en pratique le procédé de Mareschal ou le coup de maître, que cette exécution se fait avec une rapidité merveilleuse. Au rapport de Garangeot (1), Mareschal opérait par la taille médiane avec tant de promptitude et de dextérité qu'il a pu tailler huit sujets dans l'espace d'une demi-heure, ce dont il a été lui-même témoin. On comprend qu'avec les ressources que la méthode anesthésique a ajoutées aujourd'hui aux moyens de neutraliser l'influence de la douleur, cette impression, jadis si redoutée des malades, que le nom seule de *taille* faisait frissonner, se trouve ainsi complétement annulée. Aussitôt que le sommeil anesthésique est produit, il n'est plus nécessaire de prolonger la durée des inhalations pour maintenir une longue insensibilité. Celle qui succède aux premières doses de l'agent anesthésique suffit pour préserver le malade de toute sensation pénible pendant la courte durée de l'opération. Nous avons vu l'insensibilité se prolonger sans nouvelle provocation, bien au delà du moment où le calcul était extrait, en sorte qu'on avait eu le temps, non-seulement de faire l'injection vésicale, mais de délier le malade, de le coucher sur son lit et d'enlever toutes les traces de l'opération qui venait d'être exécutée. L'opéré, ravi d'étonnement lorsqu'on lui montrait sa pierre, avait peine à croire qu'on l'avait taillé.

B. ABSENCE D'HÉMORRHAGIE. — Tous les chirurgiens qui ont souvent pratiqué l'opération de la taille et qui ont pu se convaincre de la gravité de cet accident et de la difficulté d'y remédier, ne sauraient méconnaître un avantage dont on s'est servi plus que de tout autre pour faire valoir les tailles pratiquées sur la ligne médiane, telles que la cystotomie hypogastrique, la recto-vésicale et la taille médiane proprement dite. Celle-ci, moins féconde en accidents d'une autre nature que les tailles au-dessus du pubis ou par le rectum, partage au même degré leur immunité en ce qui concerne l'hémorrhagie et l'emporte surtout à cet égard sur les autres modes de cystotomie périnéale. Les troncs artériels qui parcourent la région sous-pubienne étant princi-

(1) TRAITÉ DES OPÉR. DE CHIRURGIE, t. II, p. 74; éd. in-12; 1731.

plus *sota*, sauvée, ou elle s'abandonne à des plaisirs coupables, à la débauche, l'expression ἀσώτως signifie tout cela, c'est-à-dire plus qu'elle n'est grosse, et c'est par là que je termine cette etude interminable sur Martial, non que je pense avoir épuisé la matière; non qu'il ne reste pas de quoi défrayer les amateurs qui voudraient poursuivre cette exploration d'une mine inépuisable, mais parce que je crains de fatiguer l'attention des lecteurs. Il y a un grand charme dans cette sorte de travail, justement parce qu'il est nouveau, parce que nul autre médecin, que je sache, n'a eu la fantaisie de demander aux poetes latins leur opinion sur la médecine de leur temps. J'espère avoir prouvé que cette recherche n'était pas vaine; que les hommes qui représentaient le mieux l'état social de Rome, possédaient un grand nombre de notions sur ceux de leurs contemporains qui professaient la science ou qui pratiquaient l'art de guérir. Pourquoi les poëtes, ceux surtout dont l'extrême sensibilité vibrait à toutes les émotions de la vie, ceux qu'une imagination ardente rendait si aptes à saisir les impressions du moment, dont le génie s'identifiait avec les passions de la foule, pourquoi n'auraient-ils pas offert le reflet accentué des misères de leurs contemporains, des causes de leurs souffrances et de l'action bienfaisante ou non de ceux qui avaient mission d'y remédier?

C'en est assez, je crois, pour justifier mon œuvre et pour m'encourager à poursuivre une recherche dont l'utilité n'est pas contestable.

P. MENIÈRE.

— Par arrêté, en date du 30 octobre, M. Milne-Edwards (Alphonse), bachelier ès sciences, est nommé préparateur d'anatomie comparée et de physiologie des animaux près la Faculté des sciences de Paris, en remplacement de M. Haime, décédé.

— Par arrêté, en date du 3 novembre, M. Melays, professeur adjoint d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, est nommé secrétaire agent comptable de cette Ecole, en remplacement de M. Godefroy, démissionnaire.

— Un décret impérial du 31 octobre 1856 nomme dans l'ordre de la Légion d'honneur : au grade d'officier : M. Saint Pair, second médecin en chef de la marine; au grade de chevalier : MM. Plomb, chirurgien de 2e classe de la marine; Ségard, pharmacien de 2e classe de la marine; Serpin, chirurgien auxiliaire de 3e classe; Foiret, chirurgien auxiliaire de 3e classe.

— La section médicale de Société d'encouragement pour les sciences, lettres et arts de Milan, a accepté d'un médecin italien établi en Orient l'offre d'un prix de 1,000 fr. à accorder à l'auteur du meilleur mémoire sur les vralgies brachiales Établir le diagnostic différentiel des névralgies dans d vers troncs nerveux, et insister spécialement sur le traitement. Distinguer névrite de la névrose. Les mémoires, écrits en italien, ou en français, ou latin, devront être adressés à la section médicale de la société, avant le septembre 1857.

palement distribués sur les côtés de l'espace périnéal et étant exposés à des variétés de développement et de position qui ne permettent pas d'éviter sûrement leur lésion, même par l'application la plus régulière des procédés adoptés, il en résulte des dangers qu'on peut être sûr d'écarter en pratiquant la taille médiane.

On comprendra l'importance d'un avantage de ce genre, si l'on veut bien examiner les chances fâcheuses qu'une hémorrhagie fait courir après l'opération de la taille, et si l'on fait la part de cet accident parmi les causes qui impriment à cette opération une suite mortelle. S'il est vrai que les statistiques générales aient démontré qu'après cette opération la proportion des insuccès aux guérisons est, à quelques fractions près, comme 1 à 5 ou à 6, il n'est pas moins certain que, dans cette proportion d'insuccès, l'hémorrhagie représente à son tour une influence proportionnelle majeure. Pendant longtemps, les documents ont été muets sur ce point, et c'est à peine si dans des auteurs estimés, comme Deschamps ou Boyer, on trouve quelques indications vagues de fréquence relative parmi les causes qui font échouer l'opération de la taille. Il a fallu arriver jusqu'à Dupuytren pour obtenir des documents propres à éclairer cette question. Dupuytren les avait recueillis dans le but d'attirer la préférence des chirurgiens sur la cystotomie bi-latérale, qu'il avait proposée et dont il avait obtenu de beaux succès; mais ses résultats n'en sont pas moins applicables à la question qui nous occupe actuellement. Or il résulte des recherches de Dupuytren (1), que parmi les individus qui succombent à l'opération de la pierre, plus de la moitié, c'est-à-dire près des trois cinquièmes, périssent d'inflammations dont le plus grand nombre ont leur siége dans la vessie, dans le tissu cellulaire du bassin, dans le rectum, dans l'intestin grêle, jusque dans l'estomac, dans le péritoine, les reins, le poumon, les plèvres ou le foie; un quart environ périt d'hémorrhagies ou des suites qu'elles entraînent; enfin le reste succombe à des maladies concomitantes ou accidentelles, comme affections vermineuses, rougeoles, petites véroles, indigestions, rhumatismes, catarrhes, etc.

D'après les données que nous venons d'énoncer et qui sont confirmées par les recherches particulières de M. Bégin (2), sur 4 cas de mort à la suite de l'opération de la taille périnéale par les méthodes latérale ou latéralisée, un serait dû à l'hémorrhagie; la proportion affaiblie dans la saillie bilatérale ne serait plus, d'après Dupuytren, que de 1 sur 9 1/2; et en calculant la proportion du premier résultat sur le nombre des opérations, où le chiffre des morts est de 1 sur 6, on obtiendra un rapport d'un cas de mort par hémorrhagie sur 24 opérations. Ce chiffre peut sembler considérable, surtout si l'on réfléchit qu'il a été obtenu à une époque où l'anatomie du périnée était bien connue, les chirurgiens possédaient des données pour éviter les artères de cette région; mais comme il repose sur l'examen des cas dans lesquels la mort a été due, non-seulement aux hémorrhagies artérielles immédiates, mais à toutes les espèces d'hémorrhagies qui peuvent survenir après la taille ou à leurs suites, on comprendra qu'en réalité ce chiffre n'a rien d'exagéré, et qu'en conséquence un accident d'une influence aussi fâcheuse est digne de toute la considération du chirurgien.

Sans rappeler ici les arguments tirés de cette source et qu'on a invoqués à certaines époques en faveur des tailles hypogastrique ou rectale, on peut affirmer au moins que la question conserve toute son importance et que la taille médiane peut, à bon droit, être vantée sous le même rapport. L'immunité qu'elle offre, eu égard à l'hémorrhagie, constitue sa valeur fondamentale, et c'est ce privilége qui permet de la recommander comme préférable, notamment chez les sujets affaiblis pour lesquels toute perte de sang pourrait être considérée comme dangereuse. Or cet avantage se rencontre ici à un degré suffisant pour inspirer une entière sécurité. Dans quelques-uns des cas que nous avons observés, l'opération s'est faite pour ainsi dire à sec, et dans les autres l'écoulement sanguin provenant de la division des capillaires de la région, n'a pas été suffisant pour mériter le nom d'hémorrhagie et n'a réclamé l'emploi d'aucun moyen thérapeutique.

On n'aurait quelque chance d'hémorrhagie dans la taille médiane que dans le cas où le bulbe de l'urètre serait intéressé et où l'artère bulbeuse serait comprise dans la lésion de cette partie saillante du canal. Mais nous avons déjà établi que le bulbe de l'urètre doit être évité, et que cette taille doit être essentiellement membraneuse et prostatique, afin de ne pas rencontrer de vaisseau sur la partie moyenne. Pour éviter une hémorrhagie artérielle qui, dans tous les cas, n'aurait pas une portée majeure, il s'agit donc de ménager la saillie que forme le bulbe en arrière, et la possibilité de cette lésion se rattache plutôt aux difficultés de l'opération qui cesserait d'être exécutée dans les limites du camp anatomique tracé par les règles qu'aux chances intrinsèques qui lui sont attachées. Quant à l'hémorrhagie veineuse liée à la division du plexus irrégulier, qui, chez les vieux calculeux, peut se rencontrer autour du col de la vessie, elle constitue une possibilité commune à toutes les opérations qui intéressent le col de cet organe, et dans ce cas encore elle se trouverait affaiblie, en raison du moindre développement des branches veineuses sur la ligne médiane, où se rencontrent tout au plus quelques rameaux anastomotiques entre les branches veineuses latérales qui sont les plus développées. On ne doit pas oublier, en outre, que le col de la vessie est faiblement intéressé dans la taille médiane, et que c'est précisément un des avantages de ce mode opératoire de permettre d'atteindre les calculs à travers l'espace le plus large, quant à l'écartement des os, et l'espace le plus limité, mais le plus dilatable, quant aux parties molles.

D'après les détails qui précèdent, on n'aurait donc, même dans les cas anormaux ou dans les opérations médianes prolongées au delà des limites prescrites, pas d'hémorrhagies sérieuses à redouter; en supposant même que l'artère du bulbe fût lésée, cet accident n'aura rien de comparable aux hémorrhagies provenant de la section des autres branches de la honteuse interne qui, dans les autres modes de cystotomie périnéale, peuvent se rencontrer sous le tranchant du bistouri ou du lithotome. Aussi dans les observations relatives à la taille médiane qu'il nous a été possible de consulter, n'avons-nous rencontré aucun exemple de mort par hémorrhagie. C'est qu'en effet il n'existe dans les parties qu'on intéresse aucune condition anatomique ou locale qui puisse devenir la source d'une suite aussi grave. Si une hémorrhagie d'une certaine gravité venait à se produire, il y aurait lieu de l'attribuer à quelque influence générale ou constitutionnelle, dont nous avons étudié ailleurs une intéressante variété (1), et qui suffit pour rendre périlleux même les écoulements sanguins provenant de la seule lésion des capillaires. Mais on conviendra que, dans une circonstance exceptionnelle de ce genre, les dangers propres à la taille médiane ne sont plus en question, et qu'il s'agit d'une chance commune à toutes les lésions traumatiques, et dont les solutions de continuité les plus bénignes ne sont elles-mêmes pas exemptes.

(La suite au prochain numéro.)

(1) Mém. sur une nouv. manière de pratiquer l'opération de la pierre, publié par Sanson et Bégin; Paris, 1836; in-folio.

(2) Mém. sur l'hémorrhagie à la suite de l'opér. de la taille périnéale, et sur un moyen efficace d'y remédier; Ann. de la chirur. franç. et étr., t. VI; 1842.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite.)

II. REVUE MÉDICALE.

Les numéros d'avril, mai et juin 1856 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Mémoire sur un nouveau mode d'occlusion des yeux dans le traitement des ophthalmies*; par M. Bonnafont. 2° *Cas rare de luxation incomplète de l'épaule et de fracture du col du fémur*; par le docteur Joire. 3° *De la soude et de ses émanations dans la production des affections ophthalmiques*; par le docteur Ancelon. 4° *De la fièvre puerpérale épidémique*; par le docteur Zandick. 5° *Le typhus à l'armée d'Orient*; par le docteur Mouchet. 6° *Des plus sûrs moyens d'enrayer la marche des fièvres graves*; par M. Anthoine (de Beaucaire). 7° *Des purgatifs*; par le docteur Niggins. 8° *Identité et non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde*; par M. Baudens.

CAS RARE DE LUXATION INCOMPLÈTE DE L'ÉPAULE ET DE FRACTURE DU COL DU FÉMUR; par M. le docteur JOIRE.

Ces faits sont surtout remarquables au point de vue de l'anatomie pathologique qui a été faite avec beaucoup de soin.

Obs. I. — Enfant de 14 ans, sujet à des attaques d'épilepsie. C'est dans un de ces accès que se produisit la luxation.

Saillie en avant de la tête de l'humérus; dépression notable au-dessous de l'acromion. La mensuration du bras n'accuse pas une élongation sensible. Il n'y a pas d'écartement du coude en dehors. Le bras a subi un mouvement

(1) Voyez notre Mém. sur les hémorrhagies périodiques des plaies.

de torsion en dedans. Les mouvements de l'articulation de l'épaule restent assez étendus en avant et en arrière; ils sont un peu plus limités en dehors. La tête de l'humérus jouit d'une assez grande mobilité dans sa position nouvelle. La pression sur elle et en avant lui fait presque reprendre sa place naturelle; mais dès que cesse la pression, elle vient reproduire la saillie antérieure qui accuse son déplacement.

L'enfant étant mort dans un accès, voici ce qu'a offert cette articulation: La cavité glénoïde était partagée par une crête verticale en deux surfaces inégales, l'une postérieure plus étroite, l'autre antérieure plus étendue. Cette dernière seule recevait la tête de l'humérus. La tête humérale, ainsi logée dans la division antérieure de la cavité glénoïde, était placée immédiatement au-dessous de l'apophyse coracoïde; elle avait subi une sorte de mouvement de torsion en arrière. Le cartilage qui la recouvre présentait des traces évidentes d'érosion dans le point correspondant à l'extrémité de l'apophyse coracoïde. Cette apophyse gênait, en effet, notablement les mouvements de l'articulation et devait empêcher surtout l'élévation du bras et son écartement du tronc, et donner lieu à des frottements incessants sur la tête de l'humérus.

Aucune trace de déchirure de la capsule articulaire.

Obs. II. — Malade d'une constitution chétive; maigreur notable; tempérament nerveux. Pendant un accès d'épilepsie, ce malade fit une chute, on ne sait comment; quand on le releva, il ne pouvait plus se tenir debout.

L'examen des membres inférieurs fit constater un raccourcissement de 2 centim. environ du membre gauche. Les mouvements spontanés sont impossibles. Ceux que l'on imprime au membre sont très-douloureux; ils sont possibles dans tous les sens et non accompagnés de crépitation. Il n'y a de déviation ni en dedans ni en dehors. Le pied se maintient, ainsi que la jambe, dans une rectitude complète.

Le malade fut maintenu en repos pendant trois mois. Au bout de six mois, il marchait avec des béquilles; mais en ne s'appuyant que sur le membre sain.

Mort à la suite d'une pleuro-pneumonie.

Voici ce qu'on constate à l'autopsie:

La capsule coxo-fémorale a acquis une épaisseur considérable et toute l'articulation a subi une déformation remarquable; celle-ci ouverte ne laisse apercevoir aucune trace d'inflammation; mais ce qui frappe particulièrement, c'est la disparition complète du col du fémur.

La tête du fémur se trouve implantée au milieu d'une vaste surface cartilagineuse et osseuse qui présente en largeur plus d'étendue que celle qui sépare les deux trochanters. La réunion de la tête du fémur au reste de l'os n'est pas très-solide. Elle n'a eu lieu qu'au moyen d'un tissu osseux à cellules très-larges sans apparence de cal circulaire.

La fracture, qui a eu lieu ici par écrasement, bien qu'il n'y ait eu qu'une chute de la hauteur du malade, s'est faite du côté de la tête, au niveau de son union avec le col.

Ce qui est surtout remarquable dans cette observation, ce sont les énormes incrustations osseuses qui se sont faites autour de l'articulation, et qui dépassent en volume toutes celles qui ont été décrites par A. Cooper, dans ces cas analogues.

DE LA SOUDE ET DE SES ÉMANATIONS DANS LA PRODUCTION DES AFFECTIONS OPHTHALMIQUES; par M. le docteur Ancelon.

On sait que le sucre administré aux animaux comme unique aliment amène bientôt, entre autres accidents, le ramollissement de la cornée et la fonte de l'œil. Il paraît que la soude artificielle, fine, ténue, légère, facilement absorbée par les ouvriers qui la fabriquent, donne lieu à des accidents analogues: action dissolvante sur la fibrine du sang, liquéfaction de celui-ci, sorte de leucémie, et en fin de compte ulcération de la cornée transparente.

M. Ancelon rappelle les diverses préparations auxquelles est soumise la soude. Ce sont les ouvriers chargés de concasser le produit brut qui sont le plus exposés. Ils sont pendant toute la durée de leur travail recouverts de soude pulvérulente, suspendue dans l'atmosphère. Ce sont eux qui fournissent le plus fort contingent de kératites ulcéreuses.

Les ouvriers qui travaillent au dessèchement de la soude raffinée, en l'agitant sans cesse sur des plaques de fer chauffées, ceux surtout qui s'occupent de son emballage, sont aussi parmi les plus exposés.

C'est ordinairement par les phénomènes généraux suivants que se manifeste l'action malfaisante de la soude: teint terreux et blafard, légère bouffissure de la face, engorgement presque toujours douloureux des paquets glanduleux de l'aine et de l'aisselle, rarement œdème des extrémités inférieures, anorexie, constipation ou diarrhée, quelquefois des palpitations et un bruit de souffle assez prononcé. Quant à la lésion locale essentielle, la kératite ulcéreuse, elle est toujours large et profonde, et précède aussi souvent ces accidents qu'elle les suit.

L'auteur avoue qu'il n'avait pas en à se louer du traitement externe de ses kératites, traitement varié à l'infini, et toujours inefficace en ce sens que les ulcérations de la cornée cédaient rarement avant le vingt-cinquième jour, lorsqu'il appliqua dans ces cas difficiles la méthode par occlusion. Avec cette méthode, les succès de M. Ancelon ont été remarquables. En quatre ou cinq jours, les kératites ulcéreuses les plus étendues se sont cicatrisées. En huit jours la guérison a toujours été complète.

L'auteur, il est vrai, n'a encore par devers lui que six observations, et il n'en rapporte qu'une seule avec détails. Mais ici, comme dans les kératites des fièvres graves, le traitement repose sur une base si rationnelle qu'on est disposé à le regarder comme efficace, même avant qu'une expérience un peu longue ait prononcé.

Ce traitement de la kératite ulcéreuse n'est pas nouveau: les lecteurs de la Gazette Médicale se rappelleront que M. Pétrequin l'a formulé et appliqué depuis longtemps aux ulcères de la cornée; voici comment il en a rendu compte lui-même: « Par une cautérisation » légère, je modifiais la phlegmasie, et je favorisais la sécrétion de la » lymphe plastique; *en maintenant l'œil fermé* (M. Pétrequin ferme » exactement les paupières avec deux bandelettes de taffetas d'Angle- » terre, et le tout est recouvert d'un léger bandeau), je produisais le » repos nécessaire pour qu'elle s'organisât en pseudo-membrane; j'em- » pêchais les mouvements des paupières qui ont le double désavan- » tage d'enlever, par leur frottement continuel, la couche plastique, à » mesure qu'elle se forme, et d'irriter sans cesse la surface ulcérée; » de plus, je mettais l'œil à l'abri des vicissitudes de l'atmosphère et » du contact irritant de l'air et des poussières; enfin je le plaçais dans » des conditions de chaleur et d'obscurité des plus favorables à la ci- » catrisation.

» L'expérience a confirmé ma théorie. » (Voyez Gaz. Méd., 1838, p. 470.)

Cette méthode, ainsi formulée, il y a dix-huit ans par M. Pétrequin, dans son principe et dans ses détails pratiques, a fait bien du chemin depuis lors jusqu'à la discussion à l'Académie de médecine et au mémoire de M. Ancelon.

III. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

Les numéros d'avril, mai et juin 1855 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Observation de chorée unilatérale datant de plusieurs années, guérie en quelques jours par l'administration de l'acide arsénieux*; par M. Aran. 2° *Sur la trépanation de l'os unguis comme traitement de la fistule lacrymale*; par M. Debout. 3° *Du chlorate de potasse dans la stomatite mercurielle*; par M. le docteur Mazade. 4° *Nouveau procédé permettant d'augmenter à volonté la hauteur de la lèvre dans les opérations de bec-de-lièvre et de chéiloplastie*; par M. Sédillot. 5° *Des pneumonies anomales et de leur traitement*; par M. Forget. 6° *De l'influence de la proportion de phosphate de chaux contenu dans les aliments sur la formation du cal*; par M. A. Milne-Edwards. 7° *Du chlorate de potasse dans les affections diphthéritiques*; par M. Isambert. 8° *Cas de pharyngorrhée intermittente guérie par le sulfate de quinine*; par le docteur Hervieux. 9° *De la glycérine au tannin comme pansement de la vaginite*; par M. Gustin.

NOUVEAU PROCÉDÉ PERMETTANT D'AUGMENTER A VOLONTÉ LA HAUTEUR DE LA LÈVRE DANS LES OPÉRATIONS DE BEC-DE-LIÈVRE ET DE CHÉILOPLASTIE; par M. C. Sédillot.

On sait que la lèvre manque de hauteur chez la plupart des adultes qui sont porteurs d'un bec-de-lièvre. Les deux moitiés de la scissure entraînées en dehors par la contractilité des fibres du muscle orbiculaire semblent avoir subi un certain degré d'atrophie, et lorsqu'on les a réunies, on s'aperçoit que le bord libre de la nouvelle lèvre est concave et ne recouvre qu'imparfaitement l'arcade dentaire.

Cette atrophie était très-marquée chez une jeune fille de 20 ans opérée par M. Sédillot. L'arcade dentaire était assez élevée et l'étroitesse des deux moitiés de la lèvre ne permettait pas d'espérer une restauration parfaite. L'auteur pensa qu'on pourrait convertir une partie des bords horizontaux de la lèvre en surfaces verticales, destinées à être affrontées, et qu'on obtiendrait, avec l'avantage d'augmenter la hauteur de la lèvre, celui de diminuer l'ouverture de la bouche et de la rendre plus régulière et plus gracieuse.

Pour arriver à ce résultat, M. Sédillot aviva chaque moitié de la lèvre par deux sections obliques, dont la première, dirigée de haut en bas et de dedans en dehors, s'arrêtait à 1 centimètre environ de distance du bourrelet muqueux du bord libre, tandis que la deuxième, commencée à ce dernier point, fut prolongée assez loin en dehors et en bas, pour donner à la nouvelle lèvre une suffisante hauteur. La lèvre doit être largement détachée de l'arcade dentaire pour accroître la

laxité des parties, et en ramenant à une direction verticale les deux surfaces obliquement avivées, on reforme une lèvre épaisse, qui recouvre bien l'arcade dentaire et dont la réunion immédiate s'accomplit aussi aisément qu'à la suite de l'opération ordinaire.

A l'amphithéâtre, M. Sédillot, ayant mesuré la hauteur de la lèvre supérieure d'un des sujets livrés aux dissections, la trouva de 16 millimètres, du bord libre à la racine du nez; après l'opération simulée du bec-de-lièvre par son procédé, cette même lèvre présentait 25 millimètres de hauteur, et avait ainsi gagné environ moitié de ses dimensions primitives dans le sens vertical.

L'auteur recommande en outre de ne pas négliger les précautions conseillées par M. Clémot pour éviter l'encoche labiale. Il conseille même de pousser plus loin que lui le renversement et l'affrontement des deux portions opposées du bourrelet muqueux, en comprenant dans les portions de tissu que l'on renverse, outre ce bourrelet, quelques millimètres du tégument externe.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 27 OCTOBRE.—PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE.

NOTE SUR L'ACTION DU CURARE SUR LE SYSTÈME NERVEUX; par M. A. KŒLLIKER.

Tout le monde connaît les expériences très-intéressantes de M. Cl. Bernard, qui démontrent que dans une grenouille empoisonnée par du curare les nerfs n'agissent plus sur les muscles, tandis que ceux-ci conservent tout leur irritabilité. Comme les déductions tirées par M. Bernard de ces expériences, savoir que l'irritabilité musculaire ou la faculté des muscles à se contracter est indépendante des nerfs, ont été mises en doute par plusieurs auteurs, notamment par M. Eckhardt de Giessen, parce que l'expérience de M. Bernard ne prouve pas que le curare paralyse les nerfs dans l'intérieur des muscles, j'ai pensé qu'il ne serait pas superflu d'entreprendre de nouvelles recherches sur le curare, et de chercher à déterminer l'action de ce poison sur différentes parties du système nerveux. Ces expériences, qui ont été faites durant l'hiver 1855-56 et dont un résumé succinct se trouve dans les COMPTES RENDUS des séances du 29 mars et du 12 avril 1856 de la Société physico-médicale de Wurzbourg, ont été publiées depuis dans les ARCHIVES de M. Virchow. C'est ce mémoire que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie, en mentionnant en même temps brièvement les principaux faits nouveaux qui peuvent servir à faire connaître plus précisément l'action du curare sur les animaux.

Les expériences qui ont le plus contribué à me faire connaître l'action toute particulière du curare sont les *intoxications partielles* que nul n'avait tentées jusqu'à présent. Dans une partie de ces expériences faites sur des grenouilles, je liais les deux arcs de l'aorte et j'empoisonnais l'animal à la tête, de manière que les jambes ne recevaient point de poison; dans les autres, je coupais une jambe après avoir lié préalablement l'artère et veine crurale en laissant toutefois le nerf ischiatique intact, puis j'empoisonnais l'animal au dos. C'est surtout cette dernière expérience qui prouve que le curare n'altère point les fibres nerveuses des troncs nerveux, mais seulement les nerfs des muscles mêmes; car, dans l'expérience décrite, ces troncs (les nerfs lombaires de la jambe opérée) restent en fonction pendant deux, trois et quatre heures après la paralysie totale des autres extrémités. De plus, elle démontre que le curare n'agit point sur les nerfs de la sensation, ni sur la moelle épinière, car il est facile de déterminer des mouvements réflexes dans la jambe non intoxiquée en agissant sur les parties qui ont subi l'action du curare.

Je dirai donc:

1° Que le curare n'agit pas sur les nerfs de la sensation;
2° Qu'il affecte peu la moelle épinière;
3° Qu'il n'a presque aucune influence sur les troncs nerveux;
4° Mais qu'il paralyse subitement les nerfs des muscles mêmes.

Ce dernier point est le point capital, et je citerai encore une expérience à son appui. J'ai lié sur une grenouille très-forte tous les vaisseaux du muscle gastrocnémien, puis j'ai empoisonné l'animal comme à l'ordinaire par du curare. Dans trois minutes, l'animal était parfaitement paralysé, à la seule exception du muscle mentionné, qui montrait des mouvements réflexes et que l'on pouvait aussi mettre en action en irritant les nerfs lombaires. Je ne crois plus avoir besoin de nouvelles preuves pour démontrer que le curare agit principalement sur les nerfs des muscles mêmes, et il me semble qu'il n'y a pas de meilleures preuves en faveur de l'irritabilité des muscles, que les expériences que je viens de mentionner.

— M. Kœlliker adresse encore à l'Académie un mémoire sur la terminaison des nerfs dans l'organe électrique de la torpille.

SUR DES MOUVEMENTS PARTICULIERS ET QUASI SPONTANÉS DES CELLULES PLASMATIQUES DE CERTAINS ANIMAUX; par M. KŒLLIKER.

Je viens de découvrir à Nice, sur un bel animal de la famille des Ascidies composées, qui, d'après M. Milne Edwards, n'a pas encore été décrit, un fait tout particulier, savoir des mouvements des cellules qui se trouvent en grand nombre dans la substance gélatineuse commune à toute la grappe, et formée par de la cellulose. Ces cellules, qui sont ou rondes ou étoilées et de formes très-diverses, ont sur les animaux vivants un mouvement lent, mais très-facile à voir, qui consiste dans un changement continuel de forme, de sorte que la même cellule, qui tantôt était ronde, devient étoilée ou fusiforme à différents degrés par la formation de deux ou plusieurs prolongements, souvent très-longs et même branchés, pour revenir plus tard à la forme ronde qu'elle avait au commencement. Ce mouvement, qui s'observe continuellement sur toutes les cellules, est, quoique lent, néanmoins assez fort, et j'ai même observé plusieurs fois des cellules qui, par la formation de prolongements, changeaient de place, le tout ressemblant assez au mouvement d'une Actinophrys ou d'une Amibe. Comme chez ces animaux, le contenu des cellules prenait aussi part au mouvement, et il était facile à observer que ces granulations passaient tantôt dans les prolongements, pour revenir plus tard dans les corps des cellules, de sorte que le changement de forme des cellules est accompagné par un mouvement de toutes les parties qui les constituent, ce qui pourrait bien être lié étroitement aux phénomènes chimiques et vitaux qui s'accomplissent dans ces cellules aussi bien que dans toutes les autres.

Ayant observé ces mouvements, je me dis qu'il se pourrait bien que beaucoup de cellules étoilées montrassent de pareils mouvements, surtout puisque quelque chose d'analogue a déjà été vu sur les cellules pigmentaires des grenouilles, et je me mis à observer les cellules plasmatiques ou corpuscules du tissu conjonctif. Comme ces observations tombèrent dans les derniers moments de mon séjour à Nice, je ne pus leur donner l'étendue que je désirais; pourtant j'ai été assez heureux pour voir que les cellules plasmatiques du tissu conjonctif gélatineux de la tête des torpilles électriques et les cellules étoilées de la substance gélatineuse du corps de la *Cassiopeia borbonica* montrent aussi des mouvements pareils à ceux que je viens de décrire, et je ne doute pas que l'on ne parvienne à trouver que ce phénomène a une assez grande étendue, et même quelque importance physiologique.

(Ces trois mémoires sont renvoyés à l'examen d'une commission composée de MM. Flourens, Milne Edwards, Cl. Bernard.)

DE L'ÉRYSIPÈLE APRÈS L'OUVERTURE D'ABCÈS PAR LE BISTOURI; PAR M. A. LEGRAND.

(Commissaires, MM. Serres, Andral, Jobert, de Lamballe.)

Ce mémoire, dit l'auteur dans la lettre d'envoi, contient l'observation de deux cas recueillis dans la pratique en ville, et tous deux ayant eu une terminaison fatale. Le premier s'est présenté chez un homme âgé de plus de cinquante ans, qui avait un phlegmon dans l'aisselle; le second, chez un enfant de six semaines, qui avait eu plusieurs furoncles, dont un devint assez volumineux pour qu'on crût nécessaire d'en pratiquer l'ouverture. Malgré les délais qui se sont écoulés entre le jour de l'opération et le moment de l'invasion de l'érysipèle (dix à quinze jours), on ne saurait mettre en doute la corrélation intime qui existe entre ces deux événements; de telle sorte qu'on peut affirmer que, si l'on n'eût point ouvert les deux abcès à l'aide du bistouri, il ne fût pas survenu d'érysipèle et qu'il n'y aurait eu, par suite, aucune raison appréciable pour que les deux individus succombassent. J'en tire la conséquence qu'il faut, aussi souvent que cela sera praticable, substituer au bistouri, pour ouvrir les abcès, la potasse caustique, qui n'entraîne aucun des dangers de l'instrument tranchant. Je prouve par des faits puisés dans ma pratique, et dont un observé sur moi-même (ce qui m'a permis de bien apprécier l'action de la potasse caustique, que j'ai pu comparer à celle du bistouri, dont j'ai subi aussi les atteintes!), je prouve, dis-je, que cette manière de procéder, sans doute un peu plus longue, est infiniment plus commode, moins douloureuse, et surtout ne donne jamais lieu à l'érysipèle, circonstance qui domine toute la question. Bien loin de là (et j'en cite deux exemples qui me paraissent péremptoires), c'est que, si l'on applique la potasse caustique sur le centre de la tumeur dont le développement constitue l'érysipèle phlegmoneux, on arrête, on fait rétrograder même le travail inflammatoire et pyogénique.

— M. VERGA adresse de Milan une indication en double exemplaire de ce qu'il considère comme neuf dans divers opuscules d'anatomie et de tératologie qu'il avait précédemment envoyés au concours pour les prix de la fondation Montyon. (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— M. FILHOL adresse une indication semblable pour les mémoires sur les eaux minérales des Pyrénées et l'ouvrage qu'il a publié sur le même sujet. (Renvoi à la même commission.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 4 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie:

1° Les comptes rendus des épidémies qui ont régné en 1855 dans les départements de la Manche, de l'Hérault, du Cher, du Var, du Haut-Rhin, des Bouches-du-Rhône et des Côtes-du-Nord. (Commission des épidémies.)

2° Deux demandes d'avis relatives aux sources minérales de Vittel (Vosges) et de la source salée de Salins (Basses-Pyrénées). (Commission des eaux minérales.)

— La correspondance non officielle comprend :

Une lettre de M. le docteur Gigon (d'Angoulême), qui sollicite le titre de membre correspondant, et adresse à l'appui de sa demande la liste de ses titres. (Future commission des correspondants.)

Un recueil de recherches pratiques sur le choléra-morbus et la mortalité prématurée dans le quartier des Invalides depuis 1830, par M. le docteur Frémanx. (Commission du choléra de 1854.)

Une réclamation de priorité de M. Berthé, relative à plusieurs points de l'histoire de la codéine, à l'occasion du dernier travail lu à l'Académie par M. Robiquet. (Commission nommée.)

— M. Schneff communique comme document dans la question actuellement en litige devant l'Académie sur le traitement des kystes de l'ovaire, le résumé d'un travail du docteur Fock sur le traitement chirurgical de ces kystes, et particulièrement sur l'utilité des injections iodées dans la cure radicale des hydropisies ovariennes.

— M. le Président informe l'Académie qu'il y aura comité secret à quatre heures et demie pour entendre le rapport d'une des commissions du prix.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES KYSTES OVARIQUES.

M. Cruveilhier : Bien que les développements pleins d'intérêt dans lesquels sont entrés mes honorables collègues aient jeté une vive lumière sur la thérapeutique des hydropisies de l'ovaire, telles sont les difficultés, telle est l'importance pratique de cette question que j'ai cru devoir apporter à mon tour à l'Académie mon faible tribut d'observation et d'expérience.

J'envisagerai surtout la question au point de vue de l'anatomie pathologique, dont personne ne déclinera l'importance en pareille matière.

Et d'abord, qu'est-ce qu'une hydropisie enkystée de l'ovaire?

Au point de vue le plus général, c'est une production kystense accidentelle, susceptible d'un accroissement indéfini, libre de toutes parts, comme l'ovaire aux dépens duquel elle est formée, ou communiquant avec l'individu par un pédicule vasculaire, pourvue elle-même d'un système vasculaire de nouvelle formation, vivant d'une vie presque bornée à l'exhalation, à l'absorption ou la nutrition, vie parasitaire, indépendante de la vie générale.

La vie des kystes de l'ovaire est tellement parasitaire qu'ils restent complétement étrangers à tous les grands mouvements organiques ou vitaux qui se passent dans l'économie. Et tandis qu'un traitement médical peut être employé avec avantage et souvent avec succès contre les hydropisies des membranes séreuses, les hydropisies enkystées sont complétement réfractaires à toutes les médications dirigées sur les grandes voies d'élimination de l'économie. Le choléra lui-même, que nous avons vu faire disparaître en quelques heures des hydropisies des membranes séreuses, n'exerce aucune action sur l'hydropisie ovarienne. Aucun traitement médical ne saurait donc être institué contre les kystes de l'ovaire. On a vu les drastiques les plus violents, employés avec autant de persévérance que de témérité par des empiriques qui, dans leur ignorance, confondaient les hydropisies enkystées de l'ovaire avec les hydropisies ascites, on a vu, dis-je, ces drastiques produire les évacuations alvines les plus immodérées, au point d'altérer la santé générale sans avoir aucun retentissement sur le kyste lui-même.

Ainsi, comme l'a si bien dit M. Trousseau, point de traitement médical pour les kystes de l'ovaire, lésions locales tout à fait indépendantes de l'état général, et qui n'exigent, par conséquent, qu'un traitement local ou chirurgical.

Or les hydropisies enkystées de l'ovaire ne constituent pas une espèce anatomique toujours identique à elle-même.

L'anatomie pathologique démontre, en effet, qu'elles présentent entre elles des différences importantes qui permettent de les diviser en plusieurs espèces et en plusieurs variétés.

La solution de la question du traitement chirurgical des hydropisies de l'ovaire étant, en grande partie, subordonnée à ces différences, il est indispensable de déterminer les espèces ou variétés principales, en négligeant celles de ces espèces ou variétés qui sont sans importance pour le traitement.

Or, les grandes différences que présentent les hydropisies ovariennes, sous le point de vue pratique, se rapportent, les unes à la qualité du liquide contenu, les autres à la disposition du kyste, à son unité ou sa division en loges ou cavités distinctes, à sa structure.

Sous le rapport de la qualité du liquide, on peut diviser les hydropisies ovariennes : en kystes séreux qui contiennent une sérosité, tantôt parfaitement limpide, tantôt diversement colorée; en kystes albumineux, dont le liquide ressemble à du blanc d'œuf plus ou moins visqueux, et en kystes gélatiniformes dont le liquide ressemble à de la gelée. On ne saurait trop insister, sous le rapport thérapeutique, sur l'importance des conditions diverses de fluidité et de viscosité que présente l'hydropisie ovarienne. Et je dois dire qu'il m'a toujours paru facile de déterminer à priori, par le caractère de la fluctuation, la fluidité ou la viscosité du liquide contenu.

Sous le rapport de la disposition du kyste proprement dit, les hydropisies de l'ovaire peuvent être divisées en quatre espèces bien distinctes : 1° kystes uniloculaires; 2° kystes multiloculaires; 3° kystes aréolaires ou vésiculaires; 4° kystes composés.

Ces derniers résultent de l'adjonction d'un kyste uniloculaire avec un kyste multiloculaire, ou bien de l'association de l'un ou l'autre de ces kystes avec l'espèce aréolaire ou vésiculaire; on peut encore considérer comme composés les kystes qui ont pour support un corps fibreux plus ou moins volumineux.

Sous le rapport de la structure, les kystes de l'ovaire sont constitués par un sac fibro-séreux, si régulier dans quelques cas qu'on croirait avoir sous les yeux un sac fibro-séreux normal.

C'est surtout dans les kystes uniloculaires qu'on observe cette disposition. Le péritoine forme toujours une enveloppe complète au kyste et lui adhère si intimement qu'il n'est pas possible de l'en séparer sans enlever en même temps une lame fibrense.

La surface interne des kystes est quelquefois tellement lisse qu'on dirait qu'elle est tapissée par une membrane séreuse, mais le scalpel ne peut la démontrer. Il n'est pas rare de voir cette surface interne rugueuse, hérissée de papilles, de végétations épidermiques verruqueuses, très-denses, ayant la dureté du tissu corné; enfin, on rencontre quelquefois des plaques cartilagineuses ou osseuses incrustées dans les parois du kyste. Il m'a toujours été possible de séparer les kystes ovariques en deux lames superposées bien distinctes, l'une superficielle, l'autre profonde, entre lesquelles sont ordinairement placées de très-grosses veines.

Il est une variété de kystes ovariques qu'on peut appeler uniloculaires, bien qu'ils soient divisés en un nombre considérable de compartiments par des cloisons incomplètes, qui permettent entre eux une communication facile : ce sont les *kystes uniloculaires cloisonnés*.

Parmi les kystes uniloculaires composés, je signalerai les *kystes uniloculaires végétants*. La poche est unique, mais de sa face interne naissent des végétations ou produits mamelonnés plus ou moins nombreux, tantôt petits comme une framboise, tantôt du volume d'une orange, quelquefois des deux poings réunis et même davantage. Ces végétations sont constituées par du tissu aréolaire. Lorsqu'elles ont un certain volume, on peut, en général les reconnaître avant la ponction.

Le liquide contenu dans les kystes uniloculaires simples ou cloisonnés est le plus ordinairement séreux, et, par conséquent, d'une évacuation facile et complète, mais malheureusement il n'en est pas toujours ainsi. Quelquefois ce liquide est filant, visqueux, à la manière d'un blanc d'œuf, si bien qu l'évacuation du liquide ne peut avoir lieu que par une très-grosse canule, et même que, dans quelques cas, elle est impossible.

Les kystes multiloculaires sont constitués par un nombre plus ou moins considérable de poches distinctes, presque toujours inégales de volume, san communication les unes avec les autres.

Le liquide contenu dans les kystes multiloculaires est souvent séreux; mais il m'a paru qu'il présentait plus souvent le caractère visqueux que celui des kystes uniloculaires.

Il faut bien distinguer les kystes multiloculaires des kystes ovariques doubles, je veux dire des cas assez rares dans lesquels les deux ovaires sont simultanément affectés d'hydropisie. Dans tous les cas que j'ai eu l'occasion d'observer, les deux kystes étaient d'un volume très-inégal.

Les kystes multiloculaires conduisent par degrés insensibles aux kystes vésiculaires que je regarde comme une variété des kystes aréolaires.

La structure du kyste ovarique aréolaire est curieuse.

Dans cette importante variété, l'ovaire est transformé en une masse aréolaire à mailles communiquantes et remplies par une matière albumineuse, tantôt filante comme du blanc d'œuf, tantôt présentant la consistance du miel d'autres fois l'aspect d'une gelée.

Jamais, dans cette forme, le contenu n'est séreux et la qualité visqueuse ou collante de ce contenu explique pourquoi il ne s'écoule que très-incomplétement et même pas du tout par la ponction du kyste. Sur le cadavre même, ce n'est qu'à l'aide d'une pression directe exercée au voisinage des incisions pratiquées à ces kystes qu'on peut en obtenir une certaine quantité.

Tels sont les traits les plus saillants de l'anatomie pathologique des hydropisies enkystées de l'ovaire.

Voyons maintenant les conséquences pratiques qui en dérivent.

La première de ces conséquences, c'est que les diverses espèces d'hydropysies de l'ovaire se divisent en deux catégories bien distinctes : l'une qui comprend les espèces qui sont, pour ainsi dire, marquées au sceau de l'incurabilité; l'autre qui comprend les espèces curables.

Les espèces qui sont absolument incurables sont :

1° En première ligne, les kystes aréolaires dont l'incurabilité ne tient pas à leur nature, qui n'est nullement cancéreuse, bien que la variété des kystes aréolaires à mailles très-serrées, ait la plus grande similitude avec le cancer aréolaire et gélatiniforme; mais cette incurabilité est due à la viscosité, à la non-fluidité de la matière albumineuse ou gélatiniforme qui remplit leurs aréoles.

2° En seconde ligne, sous le rapport de l'incurabilité, viennent les kystes vésiculaires, dont les cellules, communiquantes ou non, sont remplies de liquide visqueux.

Pour ces deux genres de kystes, il n'y a ni traitement palliatif ni traitement curatif.

Point de traitement palliatif, car la ponction pratiquée dans ces kystes n'évacue rien ou presque rien. Point de traitement curatif, car il n'y aurait qu'un moyen de guérison, ce serait leur extirpation; et bien que cette extirpation des kystes de l'ovaire ait été en quelque sorte inspirée par l'isolement du kyste, par l'intégrité parfaite des organes environnants, par la facilité du procédé opératoire, bien qu'elle ait été pratiquée un assez grand nombre de fois avec succès, surtout en Angleterre et en Amérique, je ne pense pas que

cette opération hardie doive prendre droit de cité dans la science; le succès ne justifie pas toujours les entreprises téméraires.

Indépendamment des kystes aréolaires et vésiculaires, sont également incurables autrement que par l'extirpation les kystes multiloculaires à poches très-multipliées et non communiquantes, à contenu presque toujours albumineux.

Les seules espèces d'hydropisies enkystées de l'ovaire qui soient susceptibles à la fois d'un traitement palliatif et d'un traitement curatif, ce sont les espèces uniloculaires, lesquelles sont heureusement les plus communes; c'est donc sur celles-ci que doit se concentrer tout l'intérêt de la discussion pendante en ce moment.

Ainsi réduit à sa plus simple expression, le problème thérapeutique des hydropisies de l'ovaire doit donc être posé en ces termes : *Les kystes uniloculaires sont-ils susceptibles d'un traitement curatif, et quel est ce traitement?*

Les règles que j'ai suivies jusqu'à ce jour, celles que nous ont enseignées nos maîtres, c'est de respecter les kystes de l'ovaire tant qu'ils n'ont pas acquis un volume assez considérable pour gêner mécaniquement l'exercice des fonctions; et en cela, nos maîtres et moi, nous étions conséquents : toute tentative de cure radicale étant à cette époque regardée comme une énormité; le traitement palliatif, c'est-à-dire la ponction, étant le seul moyen avoué de l'art, on ajournait le plus longtemps possible la première ponction, car l'expérience avait appris qu'une première ponction en appelait bientôt une deuxième, celle-ci une troisième, et que les ponctions se succédaient avec d'autant plus de rapidité qu'elles avaient été plus répétées. Les forces de la malade finissaient par s'épuiser, et, plus tôt ou plus tard, la mort venait mettre un terme à une vie misérable.

L'ajournement indéfini de la première ponction était donc une règle invariable, d'autant plus que l'expérience avait appris que les ponctions étaient loin d'être toujours une opération inoffensive; qu'en outre il était des kystes uniloculaires qui, abandonnés à eux-mêmes, s'arrêtaient pour ainsi dire en chemin à des degrés divers de développement, et restaient stationnaires; qu'il en était même qui rétrogradaient par une sorte d'absorption. On assure même avoir vu des kystes ovariques guéris spontanément par un travail de résorption. J'ajoute qu'il est des kystes ovariques qu'on pourrait caractériser par l'épithète de *flasques*, parce qu'au lieu de présenter la tension élastique d'un kyste plein, ils sont dans le même état de mollesse et de flaccidité que s'ils avaient été incomplétement vidés. Ces kystes, qui gênent beaucoup moins que les kystes ordinaires l'exercice des fonctions, sont compatibles avec une très-longue vie. J'ai vu, à la Salpêtrière, un de ces kystes qui datait de trente ans. Le vénérable Lallement, chirurgien en chef de cet hôpital, s'était constamment refusé, et avec beaucoup de raison, à lui faire la ponction; l'état général était excellent.

Jusque dans ces derniers temps, l'art n'offrait donc aux femmes affectées de kystes de l'ovaire que le traitement palliatif. La guérison était l'exception : c'était lorsqu'une inflammation s'était emparée du kyste spontanément, et avait été contenue dans les limites de l'inflammation adhésive.

Quel est le praticien qui n'ait pas eu à gémir de l'insuffisance de l'art en présence d'une lésion qui n'est pas incurable de sa nature, qui se développe dans la jeunesse, à l'époque de la puberté, aussi bien que dans l'âge adulte et dans la vieillesse, qui constitue pour le moins une très-grande infirmité et finit par entraîner la mort? J'ai donné des soins à une jeune fille de 17 ans, d'une excellente santé d'ailleurs, pour un kyste flasque de l'ovaire. Dans le cours de cette année, j'ai été consulté par deux jeunes personnes, également brillantes de santé, l'une de 19 ans et l'autre de 11 ans, qui ont un kyste de l'ovaire; chez l'une, il est uniloculaire; chez l'autre, il m'a paru multiloculaire; chez toutes deux albumineux.

C'est donc avec une grande satisfaction, qu'à l'occasion de l'intéressante communication de M. Barth, j'ai vu l'Académie, sur la proposition de notre honorable collègue M. Malgaigne, mettre à l'ordre du jour cette question qui est une de celles qui m'ont le plus préoccupé dans la pratique.

Le moment est, en effet, venu de couler cette question à fond et de décider si le traitement curatif des kystes de l'ovaire est avoué par l'art et quel est ce traitement curatif.

Comme notre honorable collègue M. Trousseau, j'ai reculé jusqu'à ce jour devant la pensée du danger imminent de mort auquel, par la tentative d'un traitement curatif, j'allais exposer des femmes jouissant d'ailleurs de tous les attributs de la santé et qui, abandonnées à elles-mêmes, auraient vécu probablement une longue série d'années.

Autre chose, en effet, est une opération grave pratiquée pour une maladie grave qui compromet actuellement la vie du malade, et une opération grave pratiquée pour une lésion qui se concilie avec une longue vie et même avec une santé générale satisfaisante.

Je n'ai donc aucun fait personnel de traitement curatif des hydropisies de l'ovaire à produire dans cette discussion, et je déclare que je n'ai pas encore donné à une seule femme le conseil de se soumettre à un traitement curatif. Mais assez de faits ont été recueillis autour de moi, assez d'observations authentiques de succès du traitement curatif par les injections iodées ont été publiées pour que mes idées aient dû être modifiées à cet égard.

L'autorité de notre honorable collègue, M. Jobert, qui nous a dit, dans une de nos dernières séances, avoir pratiqué trente injections iodées dans des kystes de l'ovaire, sans accidents, a complété ma conviction au sujet de l'innocuité des injections iodées, au moins dans un certain nombre de cas.

M. Nélaton, de son côté, a opéré 12 kystes, 6 à 8 albumineux, les autres séreux.

Je pense donc que le traitement curatif des hydropisies de l'ovaire doit désormais entrer dans le domaine de la pratique, mais dans certaines conditions, dans certaines limites; quelles sont-elles? C'est là toute la question.

Il s'agit donc de déterminer anatomiquement et cliniquement quels sont les kystes ovariques qui sont complétement au-dessus des ressources de l'art, par conséquent auxquels il ne faut pas toucher et qui ne comportent aucun traitement; quels sont ceux qui comportent un traitement simplement palliatif, et enfin quels sont ceux qui comportent un traitement curatif.

Or, je crois avoir établi par l'anatomie pathologique, au commencement de cette lecture, que les kystes uniloculaires, les kystes multiloculaires à cellules communiquantes et les kystes multiloculaires à cellules non communiquantes, dans lesquels il y a prédominance de l'une des deux ou trois poches, sont les seuls qui comportent un traitement curatif.

Il ne faut pas nous le dissimuler, un grand écueil se présente à l'encontre de toutes les méthodes de traitement des hydropisies enkystées de l'ovaire. Cet écueil, c'est la structure morbide des parois des kystes, c'est la facilité avec laquelle l'inflammation du tissu fibreux ou fibro-séreux accidentel qui constitue les parois du kyste, se termine par suppuration et même par gangrène.

Il y a sous ce rapport entre les hydropisies des tuniques séreuses et l'hydropisie de l'ovaire une différence du tout au tout.

Dans l'hydrocèle, par exemple, on a à traiter une membrane séreuse malade ou non, qui conserve très-bien son caractère de tissu et de vitalité et qui tend essentiellement à l'adhésion. Dans l'hydropisie de l'ovaire, on a affaire à un tissu fibreux accidentel, d'une vitalité si faible qu'elle peut à peine suffire au travail de l'inflammation.

Les faits suivants ne sortiront jamais de ma mémoire.

Une jeune femme, âgée de 26 ans, mère de trois enfants, me fait appeler pour un kyste énorme de l'ovaire; elle était d'ailleurs brillante de santé et d'une très-forte constitution. Il s'agissait de décider, avec notre si regrettable collègue M. Récamier et M. Jadioux (c'était à la fin de 1831), si la ponction devait être pratiquée. Je reconnais un kyste séreux uniloculaire, et par conséquent dans les meilleures conditions possibles pour le succès du traitement palliatif. Notre avis commun fut d'ajourner le plus possible la ponction; mais bientôt la progression devenant de plus en plus difficile, les membres inférieurs commençant à s'infiltrer, la respiration devenant très-gênée, il fallut bien s'y décider. Or, douze heures après la ponction qui n'avait présenté rien de particulier et qui avait donné un liquide séreux parfaitement limpide, douze heures après, dis-je, frissons violents, douleurs abdominales excessives, décomposition de la face, pouls misérable; bientôt délire, sueurs froides, cyanose, mort en quarante-huit heures. Nous obtenons l'autopsie. Mes collègues et moi nous avions diagnostiqué une péritonite suraiguë; point du tout; c'était une inflammation gangréneuse des parois du kyste; le péritoine était intact.

Dans un autre cas de kyste de l'ovaire, que j'ai observé sur une dame anglaise de 45 ans, j'avais diagnostiqué un kyste uniloculaire albumineux. Ce diagnostic, qui me faisait prévoir une grande viscosité dans le liquide, m'effrayait pour les conséquences de la ponction, que je retardai le plus longtemps possible. Comme dans le cas précédent, elle devint indispensable. M. Pinel-Grandchamp la pratiqua en ma présence. J'appelai son attention sur le mode de fluctuation qui révélait le caractère albumineux du liquide, et, en effet, le liquide avait un peu plus de consistance que le blanc d'œuf, si bien qu'il ne s'écoula que lentement, et en bavant, de la canule. Deux litres à peine ayant été obtenus au bout d'une demi-heure, M. Pinel eut la pensée d'injecter de l'eau tiède dans la cavité du kyste, dans le but de délayer le liquide et d'en faciliter l'écoulement; mais son attente fut trompée : le liquide albumineux ne sortit ni plus ni moins qu'avant l'injection. Plusieurs heures ayant à peine suffi pour diminuer d'un tiers ou d'un quart le volume de la tumeur, notre confrère crut devoir s'en tenir là et se retira.

Le lendemain matin, frisson violent, décomposition de la face, sueurs froides, douleurs abdominales excessives, mort en 48 heures. L'ouverture n'a pas été faite.

Il est difficile de dire quelle part a eue l'injection d'eau tiède sur l'issue funeste de la maladie; je serais disposé à croire qu'elle n'y a pas été tout à fait étrangère.

Dans un troisième cas d'hydropisie enkystée de l'ovaire, chez une jeune femme de 25 ans qui n'avait jamais eu d'enfants, la ponction était devenue indispensable. J'eus l'idée de tenter la cure radicale en laissant la canule du trocart dans l'ouverture; mais, au bout de trois heures, la malade ayant accusé une douleur vive dans l'abdomen, je retirai la canule. Les symptômes d'une péritonite, ou plutôt d'une kystite ovarienne extrêmement intense, ne tardèrent pas à se manifester, et la malade succomba le quatrième jour. L'autopsie a été refusée.

Ce n'est donc pas une petite chose que la simple ponction d'un kyste de l'ovaire; témoins les tableaux statistiques présentés, dans une de nos dernières séances, par notre honorable collègue M. Trousseau, et c'est sans doute parce qu'ils avaient observé des cas malheureux, que nos maîtres nous avaient donné le conseil d'ajourner la ponction jusqu'à ce qu'il y eût force majeure.

Quel contraste entre ces faits et ces statistiques, et les affirmations si positives de celui de nos jeunes confrères qui a attaché son nom au traitement des kystes ovariens par les injections iodées, même à l'endroit des kystes compliqués! Suivant l'auteur de l'iodothérapie, « la ponction ou les ponctions successives, pratiquées convenablement, n'offrent pas le moindre danger, que les kystes soient simples ou compliqués. » Une si grande sécu-

rité est loin de me rassurer, à moins qu'il ne soit démontré que les injections iodées, bien loin d'ajouter à la gravité de la ponction, comme il serait naturel de le croire, ont la merveilleuse propriété de neutraliser ses effets quelquefois si funestes.

Cependant je dois dire que les cas de mort, à la suite d'une ponction pure et simple, sont l'exception et non la règle; que les trois cas malheureux que je viens de citer sont les seuls que j'aie observés dans ma pratique; que, dans l'immense majorité des cas, la ponction palliative est bien supportée. Il semble même que la tolérance pour cette opération augmente chez les malades, à mesure que les ponctions sont plus répétées. J'ajouterai que, dans plusieurs cas, l'inflammation kystite, plutôt que péritonéale, qui a succédé à la ponction simple, a pu être efficacement combattue; qu'il existe même quelques exemples de guérison définitive, lorsque l'inflammation du kyste qu'elle a provoquée s'est terminée par adhésion.

La ponction palliative étant d'une nécessité absolue, lorsque le kyste a acquis un grand développement, il faut bien s'y soumettre bon gré mal gré, quels que soient ses périls.

Il n'en est pas de même de la cure radicale; elle n'est pas d'une nécessité absolue; il s'en faut bien qu'elle soit acceptée par tous les praticiens; il est douteux qu'elle le soit de longtemps, à moins qu'on ne trouve un moyen de contenir l'inflammation provoquée par l'injection dans les limites de l'inflammation adhésive.

Je connais un praticien aussi distingué que modeste qui s'était jeté dans la voie de la cure radicale des kystes de l'ovaire avec une grande confiance. Il a pratiqué ou fait pratiquer plusieurs fois des injections iodées; plusieurs fois il a usé du procédé de la canule à demeure, et presque toujours, surtout dans les cas où la canule a été maintenue, l'inflammation suppurative du kyste est venue tromper son espérance. Ce praticien, c'est M. Briquet, mon collègue à la Charité, dont vous connaissez tous les excellents travaux.

Je l'ai déjà dit, relativement à la question de la cure radicale de l'hydropisie de l'ovaire, je ne peux mettre dans la balance aucun fait personnel, parce que je n'ai jamais osé prendre sur moi la responsabilité du conseil de la tentative d'une cure radicale; et cependant je pense que le moment est venu où le traitement curatif de l'hydropisie de l'ovaire doit entrer dans la pratique. Mais voici dans quelles conditions: 1° dans les cas seulement de kystes uniloculaires et surtout de kystes uniloculaires séreux. Je me méfie des kystes albumineux, non-seulement à cause de la qualité du liquide, mais aussi à cause de l'organisation du kyste, qui m'a paru plus morbide, si je puis m'exprimer ainsi, que celle des kystes séreux.

Je ferais entrer en ligne de compte dans ma détermination l'âge de la malade, sa constitution, sa position sociale, le désir quelquefois immodéré qu'elle a d'être débarrassée de son infirmité et surtout la volonté de la famille, à laquelle on doit faire connaître la vérité tout entière. En lui posant, comme nous nous le posons nous-même, ce terrible dilemme: d'une part, ponction palliative, vie misérable, sans cesse empoisonnée par la perspective de ponctions de plus en plus rapprochées dont chacune a son péril; d'une autre part, cure radicale par une opération très-simple, mais qui expose beaucoup la vie de la malade, votre responsabilité de médecin et votre conscience d'homme sont également en sécurité.

Mais quel est le moment d'opportunité pour la cure radicale?

Doit-il se placer à une époque aussi rapprochée que possible de l'apparition du kyste, aussitôt que sa présence a été bien constatée? Faut-il attendre que le kyste ait acquis un assez grand développement, qu'il atteigne l'ombilic, par exemple, ou bien qu'il ait acquis un volume tel, qu'il gêne l'exercice des fonctions?

Sans doute, théoriquement parlant, il y aurait avantage à pratiquer la cure radicale lorsque le kyste n'a qu'un très-petit volume, car alors l'inflammation occuperait une moindre surface.

Mais, pratiquement parlant, qui oserait proposer une opération qui peut occasionner la mort en quelques jours, en vingt-quatre heures, à une jeune personne, à une jeune femme qui présente tous les attributs de la santé, pour une lésion locale, qui ne cause ni malaise, ni douleur, qui ne trouble aucune fonction, pas même la menstruation, devant un kyste inoffensif qui peut rester stationnaire?

A mon avis, le seul moment d'opportunité pour le traitement curatif d'un kyste de l'ovaire, c'est celui où le traitement palliatif est devenu nécessaire par le volume considérable du kyste et le trouble qu'il apporte à toutes les fonctions.

La cure radicale est décidée. Dans l'état actuel de la science, vous n'avez à opter qu'entre deux méthodes ou procédés, à savoir: la ponction avec injections iodées, à la manière de la cure radicale de l'hydrocèle, ou la ponction avec canule à demeure, à l'aide de laquelle on pratique à volonté des injections iodées ou autres.

Le but qu'on se propose dans ces deux procédés, c'est de déterminer une inflammation adhésive dans les parois du kyste; le danger qu'on a à redouter c'est l'inflammation excessive, soit du kyste, soit du péritoine. Je crois, pour ma part, qu'on a bien souvent presque toujours rapporté à la péritonite les accidents qui avaient lieu dans les parois mêmes du kyste. Je crois la péritonite à la suite de la ponction infiniment plus rare qu'on ne l'a dit généralement.

La gangrène du kyste est rare; c'est l'inflammation suppurative qui est le grand danger, le danger ordinaire de la ponction simple, mais surtout de la ponction avec injections. La guérison, dans le cas de suppuration des kystes, est une rare exception. C'est pour cela que je prie MM. Malgaigne et Huguier de nous faire connaître *in extenso* les faits de kystes purulents de l'ovaire dont ils vous ont parlé.

Le choix du liquide de l'injection est donc d'une grande importance. Il peut se faire que quelque jour on découvre un moyen plus propre à provoquer l'inflammation adhésive que les préparations iodées; mais, dans l'état actuel de la science, je ne connais aucun liquide préférable à la teinture alcoolique d'iode, indiquée par notre honorable collègue M. Velpeau, dans le traitement de l'hydrocèle, et importée de là avec tant de bonheur dans le traitement des kystes, des foyers purulents des cavités closes en général. Les préparations iodées sont un antiseptique puissant et qui atteint, comme on sait, jusqu'aux virus et le modificateur le plus efficace pour transformer l'inflammation suppurative en inflammation pseudo-membraneuse.

Les observations pleines d'intérêt, aussi nombreuses qu'authentiques, publiées par M. Boinet, dont le nom est honorablement attaché au traitement des kystes de l'ovaire, établissent qu'il a souvent suffi d'une ponction avec injection iodée pour amener la guérison; mais que, dans d'autres cas, le liquide s'étant reproduit, il a fallu revenir à plusieurs ponctions et injections successives pour obtenir la cure radicale. Cette nécessité de revenir à plusieurs, quatre, cinq, six ponctions successives avec injections serait un très-grand inconvénient de la méthode par injections; mais il ne serait pas impossible qu'on se fût un peu pressé, au moins dans quelques cas, de renouveler les ponctions et injections, alors qu'un peu de temps aurait suffi pour la résorption spontanée du liquide. S'il fallait aussi revenir plusieurs fois à de nouvelles ponctions et à de nouvelles injections, je donnerais la préférence au traitement par la canule à demeure, à moins qu'il ne fût démontré que la présence de la canule favorise beaucoup plus l'inflammation suppurative et, dans ce cas, l'ingénieux procédé que M. Barth a mis en usage dans un cas particulier, devrait être pris en grande considération.

Voici mes conclusions:

1° Les hydropisies enkystées de l'ovaire sont une affection purement locale qui ne comporte qu'un traitement chirurgical. Il est douteux qu'un traitement médical quelconque pût exercer la moindre influence sur leur marche progressive.

2° Il est des hydropisies de l'ovaire qui sont absolument incurables et qui ne comportent ni traitement curatif, ni traitement palliatif. Ce sont les kystes aréolaires, les kystes vésiculaires et les kystes multilobulaires à cellules très multipliées et non communiquantes.

3° Il est au contraire des hydropisies de l'ovaire qui sont susceptibles d'un traitement palliatif et même d'un traitement curatif.

Tels sont essentiellement les kystes uniloculaires séreux, les kystes uniloculaires albumineux, dont le contenu peut être évacué par la ponction et les kystes multiloculaires à cellules communiquantes.

4° Sont susceptibles seulement d'un traitement palliatif les kystes composés, en partie uniloculaires, en partie aréolaires, ou vésiculaires, ou multiloculaires.

5° Le traitement palliatif a pour objet l'évacuation pure et simple du contenu du kyste par la ponction.

Le traitement curatif a pour objet de déterminer le retrait et l'inflammation adhésive des parois du kyste.

6° La ponction, même avec un gros trocart, étant insuffisante pour évacuer le contenu du kyste, quand ce contenu est gélatiniforme ou extrêmement visqueux, l'incision de Ledran devrait lui être substituée, avec les précautions nécessaires pour prévenir l'épanchement du liquide dans le péritoine.

7° A la proscription absolue de toute tentative de cure radicale du kyste ovarique établie comme règle jusque dans ces derniers temps, doit être substituée la prise en considération sérieuse des moyens curatifs proposés et mis en pratique.

8° Dans l'état actuel de la science, le traitement curatif des hydropisies de l'ovaire ne doit être tenté qu'avec une extrême prudence, même dans les conditions les plus favorables.

9° Le grand danger dans le traitement curatif, comme aussi dans le traitement palliatif, c'est l'inflammation purulente et gangréneuse du kyste. Le choix du procédé à mettre en usage doit être dirigé d'après cette indication.

10° Le moment d'opportunité pour l'application du traitement curatif est celui où le volume du kyste commence à troubler l'exercice des fonctions.

L'Académie se forme en comité secret.

BIBLIOGRAPHIE.

SPÉCIMEN DU BUDGET D'UN ASILE D'ALIÉNÉS ET POSSIBILITÉ DE COUVRIR LA SUBVENTION DÉPARTEMENTALE DANS UN ASILE DÉPARTEMENTAL, AU MOYEN D'UN EXCÉDANT ÉQUIVALENT DE RECETTES; par le docteur GIRARD (de Toulouse), médecin en chef directeur de l'asile d'Auxerre.

> « Le rapport de la raison et de l'ordre est extrême. L'ordre ne peut être remis dans les choses que par la raison, ni être entendu que par elle. Il est ami de la raison et son propre objet. »
>
> (BOSSUET, *Introduction à la philosophie.*)

Dans ce livre, fruit de quinze années d'expérience, l'auteur se pro-

pose de prouver qu'on peut, en donnant aux besoins d'une population d'aliénés suffisamment nombreuse une satisfaction légitime, couvrir par un excédant de recettes l'intérêt des sommes engagées pour la création d'un asile ou même la subvention départementale.

Afin d'apprécier la valeur du résultat qu'indique le médecin d'Auxerre, et qui est certainement de nature à stimuler le zèle des administrations départementales pour la construction des asiles, il faudrait distinguer et les obligations sociales et les obligations individuelles, faire la part respective des unes et des autres, établir en un mot ce que doivent se proposer et la loi et la charité. Ces questions éminentes, nous ne voulons pas les traiter à fond; disons seulement que le législateur civil, qui règle les intérêts sociaux, étant dans l'impossibilité d'exiger de chaque individu l'accomplissement rigoureux de ses devoirs, doit se mettre en garde contre les abus capables de naître d'une générosité irréfléchie qui aurait pour résultat de briser les liens de la famille, de la commune, et en excitant l'égoïsme et l'imprévoyance, de rejeter sur l'État des charges que la société ruinée dans sa base ne pourrait plus supporter. Tandis qu'au contraire le législateur chrétien, en faisant une loi d'aimer et d'aider ses frères, pousse l'homme à une tendre sympathie vers son semblable, lui fait un devoir de l'éclairer de ses conseils, de le soutenir de ses aumônes, de l'encourager dans son état de malheur et de misère par des paroles qui viennent du cœur. Toutefois, la charité chrétienne conserve son caractère essentiel de spontanéité et de liberté; l'aumône qu'elle donne ne constitue pas un droit dangereux pour la société, mais un acte éminemment facultatif et temporaire qui exige des efforts de la part du secouru.

On comprend dès lors combien doivent différer ces deux obligations qui tendent au même but, le bien public, mais qui doivent employer des moyens dissemblables pour l'atteindre. Cette distinction entre les secours légaux et la charité chrétienne a été parfaitement saisie par l'auteur, qui n'a pu qu'effleurer la première de ces questions. Étudions maintenant l'œuvre du médecin aliéniste au point de vue de l'organisation hygiénique et médicale d'un asile, telle qu'elle résulte du Spécimen.

Après avoir indiqué, dans une série d'études publiées dans plusieurs recueils scientifiques les conditions architectoniques et morales que réclame le traitement des aliénés, l'auteur a complété son œuvre en faisant ressortir les conditions essentielles au régime intérieur de ces établissements. Prenant pour type de la population d'un asile le chiffre de 350 malades répartis entre les trois classes de la société, M. Girard fixe le nombre proportionnel des agents de tout ordre : médecin, administrateur, employés, servants, nécessaires à cette population. Il indique le régime alimentaire qui doit être prescrit et distribué suivant les classes sociales et les saisons, les quantités de combustibles que consume un bon système de chauffage et de ventilation, celles qu'exigent l'éclairage, la propreté, cet élément important d'un asile, les consommations nécessitées par le coucher et par un vêtement approprié aux saisons, la durée légale de chaque objet confié aux malades, et le parti qu'on peut tirer de l'application de cette mesure dans le traitement pour stimuler l'esprit d'économie, d'ordre et de conservation, et moraliser les malades. Il fixe la quantité de terrain qui doit leur être livré pour les exercices horticoles; en un mot, il organise, s'il m'est permis de le dire, tout ce qui constitue le régime intérieur d'un asile, et, dans cette organisation, tout est classé avec un à propos, une précision et un ordre remarquables.

En administration, on distingue la science et l'art de la recette de ceux de la dépense.

Les premiers, dans les asiles d'aliénés, s'occupent :

1° De la création des pensionnats;

2° De l'organisation du travail et particulièrement de l'horticulture;

3° Des conditions d'admission des aliénés indigents, et en font l'application à un établissement déterminé.

Les seconds constatent les besoins légitimes et y satisfont de la manière la plus utile, la plus économique et la mieux en harmonie avec les ressources de l'asile.

Le but à atteindre étant précisé, le quantum des recettes à opérer sur les pensionnats, le travail et les journées d'aliénés payées par le département étant fixé, l'auteur répartit toutes les dépenses dans une série de tableaux analytiques, puis il réclame toutes les opérations sous la forme de tableaux synthétiques.

Les dépenses sont classées en deux chapitres :

Dans le premier figurent :

1° Les frais généraux occasionnés par les employés de l'administration et les préposés de l'asile;

2° Les frais généraux invariables propres aux divers services de la maison;

3° Les dépenses spéciales affectées aux besoins des malades qui composent l'établissement.

Dans le second chapitre figurent les dépenses extraordinaires.

La proportion des frais généraux aux frais individuels soulève des questions hygiéniques et administratives d'un trop haut intérêt pour que l'on ne s'y arrête pas.

Il est facile d'obtenir des bénéfices dans un asile, en modifiant les rapports de ces deux termes : *frais généraux, frais individuels*. Ainsi, maintenir le chiffre des frais généraux et augmenter celui de la population qui constitue l'élément essentiel des frais individuels, tels sont les moyens de réaliser des produits importants. Mais, en cela, le bien se trouve dans une juste mesure; il est une limite qu'on doit atteindre, mais ne jamais dépasser. On peut organiser convenablement un service de manière à utiliser toutes les forces des agents (en accordant, par exemple, en moyenne, un surveillant pour 15 malades, ce qui donne, dans certains quartiers, comme celui des agités, un surveillant pour 5, dans celui des infirmeries 1 pour 12, et 1 sur 20 pour les paisibles, etc.). Si, au contraire, on augmente le chiffre général de la population sans accroître proportionnellement le personnel, il est évident qu'on diminuera par là le prix de revient de la journée, mais aux dépens de la surveillance des malades. Il en sera de même pour le logement, le chauffage, l'éclairage et les autres frais généraux.

En résumé, si, comme le veut la science, l'hygiène des asiles (c'est-à-dire ce qui est relatif à l'habitation et au régime intérieur de ces établissements) est, concurremment avec les agents pharmaceutiques et moraux, un des moyens les plus importants du traitement des maladies nerveuses, et qu'on veuille en faire l'application, nous pouvons affirmer qu'on consultera avec intérêt et avec fruit l'ouvrage consciencieux et savant publié par le médecin d'Auxerre.

P. B.

VARIÉTÉS.

— Le concours pour l'agrégation (section de l'anatomie, de la physiologie et des sciences accessoires) a commencé le 3 novembre, à midi. Le lendemain a eu lieu l'épreuve par écrit.

Les compétiteurs sont, en anatomie et en physiologie, pour la Faculté de Paris : MM. les docteurs Dupré, Legendre, Rambeaud et Rouget; pour la Faculté de Strasbourg, M. le docteur Morel;

En physique, pour la Faculté de Paris, MM. les docteurs Grassi et Guillemin;

En histoire naturelle, pour la Faculté de Paris, M. le docteur Baillon. Aucun candidat ne s'est présenté au concours pour la Faculté de Montpellier.

En pharmacie et en toxicologie, pour la Faculté de Paris, MM. les docteurs Ducom et Reveil. Pour la Faculté de Montpellier, M. le docteur Mnitessier.

Aucun candidat ne s'est présenté pour la place vacante en chimie à la Faculté de Strasbourg.

— Par arrêté du 25 octobre, il est créé un emploi de directeur des autopsies près la Faculté de médecine de Strasbourg.

— Par arrêté du même jour, M. Onvrard, professeur de pathologie externe à l'École préparatoire d'Angers, est mis en disponibilité.

Sont nommés à ladite École :

Professeur titulaire de pathologie externe, M. Daviers, professeur de chimie et de pharmacie;

Professeur adjoint de pharmacie et de toxicologie, M. Farge, professeur suppléant, chef des travaux anatomiques.

Sont nommés professeurs suppléants :

M. Dumont, pour les chaires de médecine proprement dite;

M. Guichard, pour les chaires de chirurgie et d'accouchement;

M. Drouet, pharmacien de 1re classe, pour les chaires de sciences accessoires;

M. Guichard, professeur suppléant, est nommé chef des travaux anatomiques.

— Prix proposés. M. Alessandro Riberi, professeur de médecine opératoire de l'Université de Turin, a institué un prix de 600 fr., à accorder à l'élève de sixième année qui aura obtenu le plus grand nombre de points dans ses examens, pendant tout le cours de ses études. A égalité de points, le prix sera donné à l'élève le moins fortuné.

— M. le docteur Becquerel, agrégé de la Faculté de médecine, commencera ses conférences cliniques, à l'hôpital de la Pitié, le lundi 10 novembre, à neuf heures du matin, et les continuera les lundi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

Les conférences du premier trimestre seront spécialement consacrées aux maladies de l'utérus.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : TRAITEMENT DES KYSTES OVARIQUES. — M. PIORRY. — M. GIMELLE. — M. CRUVEILHIER. — M. HUGUIER. — M. ROBERT

Ce serait trop exiger des personnes qui prennent part à la discussion ouverte devant l'Académie de médecine, que de les astreindre à suivre un programme quelconque, à traiter méthodiquement les différents points de la question. Mais ce qu'on est en droit d'attendre d'elles, c'est, lorsqu'elles prennent la parole, d'éclairer le sujet d'une manière ou d'une autre, de fournir leur contingent d'observations et d'expériences sur la matière. Les discussions académiques ne sont pas des concours ; elles ne sont autre chose que des thèmes sur lesquels chacun a le droit de broder comme il l'entend : les uns, comme M. Trousseau, en prenant le point de vue historique ; les autres, comme MM. Piorry et Cruveilhier, le point de vue pathologique et anatomo-pathologique ; d'autres, comme MM. Gimelle et Robert, en s'attaquant à la question thérapeutique ; enfin il en est, comme M. Huguier, qui dissertent sur tous les éléments du sujet. Cette marche un peu désordonnée en apparence a pour effet de ralentir la discussion, de lui ôter le caractère et le charme d'une lutte scientifique. Mais il faut savoir accepter les choses comme elles se présentent, pourvu qu'à travers cette confusion de points de vue et d'opinions, il soit possible de démêler quelques idées, quelques résultats, convergeant vers la solution des difficultés en litige. Or c'est à la presse qu'incombe principalement ce travail d'extraction et de digestion scientifiques. Ce que chaque auditeur fait pour lui-même, la presse doit le faire pour tous.

Il faut reconnaître que depuis notre précédent article, la discussion s'est élargie : sans avoir pris les choses par leur commencement, et encore moins par leur côté le plus élevé, on est sorti de l'empirisme pur et de la statistique. On a compris qu'il fallait faire des catégories ; catégories, il est vrai, plus anatomiques que pathologiques, plus symptomatiques qu'étiologiques ; mais c'est quelque chose que d'être entré dans les distinctions, et nous allons y suivre MM. Gimelle, Piorry, Cruveilhier et Huguier.

Ces quatre honorables académiciens sont d'accord pour repousser les relevés incomplets où toutes les différences sont confondues arbitrairement. Mais leur méthode d'appréciation et de classement est toujours la méthode anatomique. Pour M. Gimelle, c'est le volume du kyste, l'épaisseur de ses parois, le volume et la dureté de l'ovaire qu'il faut connaître ; pour M. Piorry, les kystes ovariques sont des états multiples et complexes ; c'est très-bien ; mais cette multiplicité et cette complexité se résolvent uniquement dans des états différents de l'ovaire, de ses enveloppes et du tégument continu : le tout apprécié par un diagnostic rigoureux. M. Cruveilhier ne pense et ne dit pas autre chose ; pour l'honorable professeur d'anatomie pathologique, c'est dans les conditions matérielles du kyste qu'il faut puiser toutes ses indications. Comme M. Trousseau, il déshérite entièrement la médecine du droit de s'immiscer dans le traitement de ces affections ; elles sont exclusivement du domaine chirurgical. Il y a de quoi vraiment être étonné d'une telle abnégation, surtout quand on songe qu'elle émane d'un homme dont le nom fait autorité dans la science et la pratique. Mais il faut s'en prendre bien plus à la direction actuelle de la science qu'au savant. L'anatomie pathologique, le microscope, tous les instruments d'audition, de palpation, en un mot tout l'arsenal du diagnostic moderne ne conduisent que là. Quand M. Cruveilhier professe hardiment, dans une de ses conclusions, que les kystes de l'ovaire sont une maladie purement locale et exclusivement du domaine de la chirurgie, il faut y voir bien plus un symptôme fâcheux de la tendance des esprits, qu'une preuve regrettable de l'aberration du savant. Eh bien, dans notre insuffisance, dans l'exiguïté de notre autorité, nous protestons de toutes nos forces contre une semblable doctrine, et nous ferons plus que protester, nous nous attaquerons sans cesse et toujours à cette médecine étroite de l'empirisme et des sens pour établir le culte et les droits de la vraie médecine de la tradition, de la médecine étiologique et pathologique. Sans sortir du cadre de la discussion, il ne sera pas difficile de faire pénétrer nos lecteurs au delà de la sphère d'anatomie pathologique et de la médecine symptomatique.

Qu'est-ce que ce classement des kystes, curables ou non par l'épaisseur des enveloppes, par le cloisonnement, par l'état du liquide? C'est prendre pour indications principales des circonstances accessoires, mobiles et passagères de la maladie, en se fondant uniquement sur les résultats d'une expérience sans art et sans portée. Deux mots suffiront pour le montrer.

Que signifie l'épaisseur des enveloppes? Quelqu'un s'en est-il préoccupé? Quel en est le mécanisme? Quand arrive-t-elle? A-t-on eu égard à l'origine du kyste, à son ancienneté, à l'ancienneté de son volume? Si, comme l'a très-bien établi notre savant collègue M. Louis, les kystes s'épaississent en raison de leur volume et de leur ancienneté, il y aurait à tirer de cet enseignement une indication à opérer de bonne heure, et non à attendre cet épaississement pour s'abstenir. Mais sur quoi repose cette abstention? Sur la préoccupation théorique que les parois épaisses ne reviennent pas aisément sur elles-mêmes ; sur l'essai malheureux des tentatives faites dans cette condition. Mais s'il arrivait, comme nous le croyons, que le danger d'opérer les kystes à parois épaisses tînt davantage au manuel opératoire, lequel favorise l'entrée de l'air, et par suite la suppuration du foyer, n'y aurait-il pas à chercher les moyens de porter remède à un tel inconvénient plutôt que de condamner les malades à périr sans secours.

M. Cruveilhier et quelques-uns de ses collègues attachent beaucoup d'importance à la nature du liquide, à sa densité ; pour eux, les kystes à liquide filant, épais, albumineux, ne sont pas opérables. Qu'est-ce à dire? voilà une seconde catégorie de malades vouées à la mort, et cela parce que la médecine ne juge pas convenable de pénétrer plus avant dans la physiologie pathologique de cette sécrétion morbide! Or d'où vient cette densité, cette nature différente du liquide? N'y a-t-il pas une époque où elle n'existe pas? En voyant les choses de plus près, la médecine d'observation n'apprendrait-elle pas à la chirurgie que la densité des liquides varie avec l'ancienneté, le degré de tension et de pression des kystes et autres circonstances de l'évolution de la maladie? Il y a une foule d'analogies qui devaient le faire présumer : les kystes

FEUILLETON.

COUP D'ŒIL SUR LE SERVICE DE SANTÉ DE LA MAISON DE L'EMPEREUR A LA SUITE DE LA GRANDE ARMÉE EN 1805, 1808 ET 1812.

Un de nos confrères de Paris, qui porte dignement l'un des noms les plus honorables de cette pléiade de médecins militaires qui s'illustrèrent sur les champs de bataille de l'Europe à la suite de la grande armée, le docteur Ribes, a bien voulu nous communiquer quelques notes recueillies à la hâte par son illustre père sur le service de santé de la maison de l'empereur en campagne.

Nous allons enregistrer ici celles relatives aux campagnes d'Austerlitz, d'Eylau et de Russie ; nous les ferons suivre de la composition générale du service médical de Napoléon Ier, et nous ferons quelques emprunts à l'histoire des temps pour mieux saisir les observations de ce célèbre chirurgien.

Lorsque l'empire succéda à la république, M. le docteur Corvisart fut chargé d'organiser le service de santé de la maison impériale : comme toutes les choses qui remontent à cette époque mémorable, ce service était largement rétribué et son personnel était aussi nombreux que remarquable par les noms des savants médecins et des praticiens distingués qui le composaient.

En 1812, le budget du service de santé compris dans les comptes de l'intendant général s'éleva pour les dépenses ordinaires à 288,700 fr., et pour les dépenses extraordinaires à 36,000 fr.

Le personnel figurait au chapitre 1er pour la somme de 219,700 fr. Le chapitre 2, matériel, comprenait les frais de grands et petits voyages, de drogues, médicaments, dépenses d'infirmerie ; total : 69,000 fr.

Trente-huit parties prenantes formaient l'état du personnel :

Un premier médecin (Corvisart), 30,000 fr. d'appointements.

Un premier chirurgien (Boyer), 15,000 fr.

Hallé, Bourdier, Yvan sont inscrits comme médecins et chirurgiens ordinaires.

Parmi les médecins et chirurgiens par quartier, on voit Lherminier, Horeau, Bayle, Lacournaire, Vareliaud, Ribes et Lanneftanque-Fooreau.

Dans les neuf médecins et chirurgiens consultants figurent Lepreux, Pinel, Andry, Bourdois, Pelletan, Percy, Dubois, Heurteloup et Deschamps.

Méras et Delpech recevaient à cette époque 1,500 fr. comme élèves attachés à l'infirmerie.

Deyeux, qui dirigeait avec le titre de pharmacien le service pharmaceutique, avait sous ses ordres des pharmaciens ordinaires, des aides pharmaciens et des garçons de laboratoire.

Des chirurgiens d'habitation étaient, en outre, affectés aux résidences im-

articulaires, séreux et synoviaux, les collections purulentes ellesmêmes n'offrent-ils pas de nombreux exemples de l'épaississement de leur contenu, sous l'empire des influences indiquées plus haut? L'observation directe nous a prouvé, dans deux cas, qu'il en est de même des kystes ovariques. Nous avons opéré à plusieurs reprises, M. le docteur Guiton et moi, une jeune fille chez laquelle le liquide, d'abord filant et épais, s'est montré, à une seconde opération, tout à fait séreux; puis à une troisième que nous avions longtemps retardée, avec sa consistance primitive. Une autre malade que j'ai opérée pour un kyste très-ancien et produit par une maladie grave de l'ovaire, a présenté la première fois un liquide gélatiniforme, noirâtre, sortant à peine avec le secours de l'aspiration; deux mois plus tard, à une seconde opération, le liquide était de la sérosité noirâtre, avec des flocons et des caillots de sang en suspension. Tous ceux qui ont pratiqué beaucoup d'opérations d'empyème n'ont-ils pas constaté que, d'une opération à l'autre, la nature et la densité du liquide peuvent changer. Avant de prendre pour base d'une résolution aussi grave que celle d'agir ou de s'abstenir, c'est-à-dire de traiter ou d'abandonner les malades, il serait donc préférable de s'enquérir des conditions et du mécanisme de la sécrétion morbide, des lois suivant lesquelles leurs produits se modifient, s'épaississent, s'altèrent, afin de prévenir les uns et de profiter de l'opportunité des autres. Enfin, avant de prononcer fatalement qu'il n'y a rien à tenter quand le liquide est albumineux et impossible à extraire par les ponctions ordinaires, il y aurait à se demander si l'art opératoire ne peut pas faire mieux que ce qu'on fait vulgairement, s'il n'est pas possible d'extraire par d'autres moyens le liquide qui ne peut plus sortir par la canule ordinaire, et surtout s'il n'y a pas lieu de prévenir l'introduction de l'air à la suite des manœuvres imprudentes et grossières pour faire sortir un liquide épais. Or nous croyons être en mesure de montrer que tous ces moyens existent, que les principes en sont connus, réglés et appliqués, et par conséquent qu'il y a lieu d'en appeler des sentences désespérantes et inconsidérées de l'empirisme et de l'anatomie pathologique. C'est ce que la suite de la discussion nous permettra d'établir.

JULES GUÉRIN.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

ÉTUDES EXPÉRIMENTALES SUR LES LÉSIONS ORGANIQUES DU CŒUR; par le docteur J. FAIVRE, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

PROLÉGOMÈNES.

Les connaissances physiologiques positives que l'on obtient au moyen de l'expérimentation sur l'animal vivant, mériteraient à peine de fixer l'attention du médecin, et seraient passibles d'une légitime accusation de cruauté, si elles ne conduisaient pas directement à des principes certains, capables de diriger le praticien dans l'acte complexe de la distinction et de la cure des maladies.

Tout homme, par conséquent, qui après avoir surmonté les répugnances naturelles des vivisections, croit être parvenu à une connaissance plus exacte de la vérité, se doit d'abord à lui-même de justifier ses expériences par la démonstration de leur utilité, et doit aux autres la communication des connaissances nouvelles qu'il a pu acquérir par ce moyen.

Il est impossible d'autre part de ne pas éprouver de découragement à l'aspect des divergences que l'on rencontre à chaque pas dans l'étude des maladies du cœur. Les faits qu'il m'a été donné d'observer me paraissent éclairer des questions controversées, et démontrer l'utilité d'un certain nombre de travaux et d'observations qui ne se contredisent que faute d'une bonne théorie physiologique. C'est à mes yeux un motif suffisant d'élever la voix, quelque faible qu'elle puisse être auprès de celle de tant d'hommes éminents qui ont traité la même question.

Mon intention est donc d'exposer ici, aussi brièvement que possible, non pas la série complète des faits pathologiques observés dans les lésions organiques du cœur, et des moyens de diagnostic dont le médecin peut disposer en leur présence, mais seulement les conséquences qui découlent relativement à ces maladies, des expériences physiologiques modernes, et spécialement de celles que M. Chauveau et moi avons récemment instituées sur les fonctions de cet organe, soit à l'état sain, soit à l'état morbide. Je toucherai donc aux questions sur lesquelles je croirai pouvoir jeter du jour, laissant de côté les faits universellement reconnus, sans que mon silence infirme en rien leur valeur absolue ou relative.

Avant d'entrer en matière, je me sens arrêté par une objection que je dois résoudre immédiatement. A quoi bon toutes ces subtilités de diagnostic dans les lésions du cœur, disent certains praticiens, puisqu'elles sont toutes également incurables? Ma réponse sera très-brève: 1° Les lésions du cœur ne sont pas toutes également graves; j'espère démontrer dans ce mémoire que les lésions sans insuffisance valvulaire sont infiniment moins graves que celles qui présentent cette complication, et que par conséquent le diagnostic exact en est d'une haute utilité pratique; 2° il est faux que les lésions du cœur soient toutes également incurables; on ne les fait pas rétrograder facilement, cela est vrai, mais on peut souvent les arrêter dans leur développement par des moyens que je n'ai pas à examiner ici, si on s'y prend avant que l'insuffisance valvulaire soit établie. On peut voir, en conséquence, des malades vivre sans souffrance notable, et dans un état de santé relative, pendant de longues années, comme il me serait facile d'en citer des exemples remarquables. De pareils résultats valent bien les peines que l'on peut se donner, soit dans l'étude du diagnostic, soit dans l'application que l'on est appelé à en faire à chaque instant auprès des malades.

L'utilité du sujet étant mise hors de doute, j'entre immédiatement en matière.

Si l'on a suivi avec attention la filiation des phénomènes que nous avons établis dans le mémoire relatif aux actes physiologiques du cœur (1), on a pu voir qu'après avoir constaté les faits sur le cœur du

(1) GAZETTE MÉDICALE DE PARIS du 15 juin 1856.

périales des Tuileries, de Saint-Cloud, de Fontainebleau, Laecken, Stupineg, etc.

M. le comte Daru, intendant général de la maison de l'empereur et de la grande armée, pensa qu'un supplément de service de santé était absolument nécessaire près de Sa Majesté, à la suite des armées. Il l'organisa immédiatement et lui donna le nom d'*ambulance*.

Elle comprenait un chirurgien en chef, un médecin, deux chirurgiens-majors, un pharmacien, un aide de pharmacie, deux infirmiers ordinaires, un cocher pour la conduite du fourgon contenant l'arsenal complet des instruments de chirurgie, les médicaments ordinaires, les appareils et tous les objets de première nécessité pour les pansements et les grandes opérations.

L'ambulance ainsi composée fut partagée en deux divisions. La première avait reçu du comte Daru le nom de *division du champ de bataille*. Cette division était composée de deux chirurgiens qui, les jours de combat, devaient se trouver près de l'empereur, et lorsque Sa Majesté allait faire quelque reconnaissance, l'un d'eux avait l'ordre de suivre tous les mouvements de l'escadron de service.

La seconde division d'ambulance, composée d'un médecin et d'un pharmacien, se tenait au quartier général ou à une distance plus ou moins éloignée avec les personnes attachées à la maison de l'empereur.

La première division en campagne marchait presque toujours la nuit avec le premier service (maréchal-des-logis du palais, fourrier, officier de gendarmerie d'élite, etc.), qui partait le soir afin que l'empereur, en arrivant le lendemain à sa destination, retrouvât sa maison et tout ce dont il pouvait avoir besoin. Ce petit corps, ne pouvant suivre l'avant-garde qu'à distance, était exposé à s'égarer dans un pays inconnu et à être surpris à chaque instant par l'ennemi; il devait en outre braver les temps les plus affreux et toutes les intempéries des saisons.

La portion du service de santé dans la maison de l'empereur était honorable et distinguée.

« Si nous y avons éprouvé quelque chose de blessant, dit Ribes dans une » note, on ne doit l'attribuer qu'au premier médecin, trop imbu des préjugés » de l'ancienne Faculté. M. Corvisart plaçait la chirurgie bien au-dessous de » la médecine, et par suite de cette opinion, quand il fixa les émoluments de » chaque catégorie, il porta les appointements des médecins à 8,000 fr., ceux » des chirurgiens à 6,000 fr., et à 4,000 fr. ceux des pharmaciens. M. le » comte Daru disait que c'était une distinction choquante, quand on » voyait les officiers de santé de l'armée tous également rétribués selon leur » grade. »

Aussi par les ordres de l'intendant général, médecins et chirurgiens étaient traités en campagne sur le pied d'une honorable égalité; chacun d'eux touchait 2,400 fr. d'entrée en campagne, 11 fr par poste pour quatre chevaux et deux postillons, 12 fr. pour frais de table, deux rations de fourrage pour les chevaux, deux rations de vivres pour les domestiques étaient affectés au service de l'ambulance. Finalement S. M. l'empereur se réservait le droit d'accorder des indemnités, qui ont été souvent très-élevées et qui étaient toujours en rapport avec les services rendus.

La première campagne de l'ambulance impériale fut celle d'Ulm et d'Aus-

cheval, comme présentant toutes les conditions désirables pour un examen complet sérieux, nous avons conclu au cœur humain, en nous appuyant sur les phénomènes observés chez le chien et le singe, à titre d'intermédiaires; phénomènes qui eussent été d'une observation impossible si nous n'avions pas décomposé en quelque sorte le problème sur le cœur des solipèdes.

Nous sommes arrivés de la sorte à établir positivement : 1° que le cœur humain se meut à l'état normal d'après un rhythme à trois temps; 2° que le premier temps est occupé par la systole de l'oreillette avec diastole ventriculaire; le second par la systole ventriculaire avec diastole de l'oreillette; le troisième par le repos diastolaire des deux cavités; 3° que la systole ventriculaire est absolument aphone, le premier bruit coïncidant avec la systole ventriculaire, et le second avec le commencement de la diastole générale; 4° que le choc est produit pendant la systole ventriculaire, et par cette systole.

Nous sommes arrivés finalement à grouper ces quatre ordres de faits en un tableau que nous avons rendu circulaire, pour mieux faire comprendre l'espèce de mouvement sans fin qui caractérise les fonctions de l'organe, mais que nous pouvons également disposer comme il suit :

PREMIER TEMPS.	DEUXIÈME TEMPS.	TROISIÈME TEMPS.
Systole auriculaire. Diastole ventriculaire.	Diastole auriculaire. Systole ventriculaire.	Repos diastolaire général.
	PREMIER BRUIT. Choc.	DEUXIÈME BRUIT.

Nous avons établi en outre que la tension de valvules auriculo-ventriculaires était la cause à peu près unique du premier bruit, et l'abaissement des valvules sigmoïdes la cause unique du second.

Laissant de côté ce que nous avons dit du choc du cœur, qui ne nous importe pas pour le moment, examinons ce que l'on peut conclure des faits précédents au point de vue pathologique.

Et d'abord, il est clair que si l'on voulait être conséquent avec la physiologie, il faudrait commencer par répudier la méthode actuelle d'appellation du temps du cœur. En effet, on compte les temps à partir du premier bruit, et par conséquent à partir de la systole ventriculaire, mettant au troisième temps la systole auriculaire. On sépare violemment ce que la nature a uni, et on jette ainsi du trouble dans les esprits. D'un autre côté, j'éprouve une extrême répugnance à révolutionner de mon chef ce qui est passé dans le courant général des habitudes scientifiques, et, outre que je n'y réussirais point, il ne serait pas, je pense, sans inconvénient, de proposer, comme on l'a déjà fait, une formule dans laquelle on entendrait dire : le premier bruit coïncide avec le deuxième temps, et le deuxième bruit avec le troisième temps; ce serait véritablement le moyen de tout embrouiller.

Il n'y a qu'un moyen de concilier le langage usuel avec la vérité physiologique; c'est, après avoir établi les trois temps et leurs concordances dans un tableau synoptique, comme plus haut, de se servir des expressions : systole auriculaire, systole ventriculaire, diastole générale, au lieu de premier, deuxième et troisième temps; et de dire par exemple : un souffle systolique-ventriculaire, ou un souffle au premier bruit, un souffle au second bruit, en un mot de laisser de côté le mot *temps*, sous peine de pécher contre la physiologie ou de révolutionner la pratique. Cette méthode me paraît un moyen de s'entendre, facile et acceptable pour tout le monde.

En réfléchissant sur les actes physiologiques du cœur, il est impossible de ne pas être frappé par un fait évident : c'est que les bruits normaux produits dans cet organe sont tous deux le résultat de la tendance du sang à retourner dans les cavités d'où il sort. En effet, chassé par le ventricule d'une part, le sang tend à refluer dans l'oreillette, et produit le premier bruit en soulevant les valvules auriculo-ventriculaires. Comprimé d'autre part dans le tube artériel, il tend à rentrer en partie dans la cavité ventriculaire, et produit le second bruit en abaissant les valvules sigmoïdes.

Les bruits normaux du cœur sont donc, dans tous les cas, le résultat de la tendance au reflux, et jamais celui du passage direct du sang d'une cavité dans l'autre. Au contraire, les bruits anormaux reconnaissent une double origine; ils se produisent effectivement tantôt par le passage direct d'une cavité dans une autre, et tantôt par le reflux dans les cavités placées en arrière; d'où la distinction rationnelle en bruits anormaux directs, ou par obstacle, et en bruits anormaux par reflux, ou par insuffisance; distinction formulée par M. Parchappe dans son ouvrage sur la structure du cœur. Les premiers sont appelés bruits par obstacle, parce que l'observation pathologique a démontré que lorsque le sang jouissait de sa composition normale, il fallait absolument un obstacle à son passage direct d'une cavité dans l'autre pour les produire. Les seconds sont appelés bruits par insuffisance ou par reflux parce que les observations pathologiques et nos expériences physiologiques ont démontré qu'ils ne se produisaient que lorsque le sang retournait dans les cavités d'où il sort, et où il ne doit pas rentrer à l'état normal, ce qui ne peut avoir lieu que par le fait de l'insuffisance valvulaire.

Chacun sait combien et comment les bruits normaux diffèrent des bruits anormaux. Mais si la distinction entre les premiers et les seconds est une chose généralement assez facile, il faut avouer qu'il n'en est pas de même de la distinction que l'on peut établir entre les deux espèces des seconds, je veux dire entre les bruits anormaux directs ou par obstacle, et les bruits anormaux de reflux ou par insuffisance. Et cependant, *le diagnostic et le pronostic des lésions du cœur reposent en entier sur la solution de ce problème.*

Je comprends qu'une affirmation aussi catégorique exige des preuves convaincantes. Pour arriver à ce résultat, il est indispensable de se livrer, sur la nature et les effets des obstacles et des insuffisances, à une étude plus approfondie qu'on ne l'a fait jusqu'à présent. Je commence par les premiers.

ART. Ier. — DE L'OBSTACLE.

« Les conditions de l'obstacle au cours du sang peuvent être réali- » sées par le rétrécissement relatif et absolu des orifices, par les di- » verses altérations des valvules qui augmentent leur épaisseur, leur » consistance, qui gênent leur mobilité; par les productions acciden- » telles qui peuvent se développer sur les parois des cavités, avec voi- » sinage des orifices, sur les valvules, ou au pourtour des orifices; par » les dépôts ou concrétions accidentelles qui, formés dans les cavités, » s'étendent jusques au dedans des orifices. » (Parchappe, *op. cit.*)

---

terlitz; M. Yvan en était le chef, ayant sous ses ordres M. Guillonneau (médecin), MM. Lacournaire, Jouan et Ribes (chirurgiens), M. Bouillon-Lagrange (pharmacien).

Le 24 septembre 1805, Napoléon Ier partit de Paris et établit son quartier général à Strasbourg.

Le 1er octobre, l'armée passe le Rhin à Kehl; le 6, elle entre en Bavière.

En quinze jours cette mémorable campagne est finie, et des 100,000 hommes qui composaient l'armée autrichienne 60,000 étaient prisonniers.

Transcrivons actuellement les notes de Ribes :

« Notre première campagne, dit-il, fut celle de 1805; nous arrivâmes devant Ulm la veille de la reddition de la place; là nos services furent bien incomplets, parce que nos bagages n'étaient pas encore arrivés; mais bientôt l'armée se met en marche vers l'Autriche, et alors la première division de l'ambulance commence à fonctionner.

» Nous partions toujours le soir, peu de temps après le départ de l'avant-garde, qui souvent fut obligée de se frayer un passage sur le corps de l'ennemi; c'est-à-dire que depuis Braunaw jusqu'à Vienne elle eut sans cesse à combattre pour forcer l'ennemi à nous céder la place; aussi en arrivant nous trouvions bon nombre de blessés; c'est surtout à Reid, à Lambach, à Linz, que nous éprouvâmes de la résistance; mais partout nous trouvâmes amplement de quoi secourir nos blessés.

» Après quelques jours de repos à Vienne, nous reçûmes l'ordre de partir avec le premier service, qui marchait à une demi-lieue derrière l'avant-garde commandée par le général Maison.

» Nous arrivâmes vers cinq heures du soir à Hollabrun. Nous espérions prendre là quelque repos et passer une bonne nuit : vingt minutes s'étaient à peine écoulées, que les Russes nous attaquèrent d'une manière à faire craindre un instant la retraite; mais l'avant-garde, composée d'hommes d'élite, ne tarda pas à mettre l'ennemi en pleine déroute. Les Russes perdirent beaucoup de monde; nous eûmes de notre côté environ 80 blessés. Nous fûmes forcés de passer une partie de la nuit à panser les blessés. Les chirurgiens des corps s'étaient empressés de se joindre à nous.

» Le lendemain, l'empereur arriva à Hollabrun avec la garde impériale, et peu de temps après l'armée se mit en mouvement dans la direction de Brunn en Moravie.

» Le 2 novembre, jour de la bataille d'Austerlitz, le maréchal Duroc nous dit de rester au bivouac, qui était à douze pas en arrière du point où se tenait l'empereur. Dès la première attaque, les blessés arrivèrent en foule; de toute la journée nous n'eûmes pas un instant de repos.

» Les services que rendit la première division de l'ambulance furent remarqués de l'empereur, et lui valurent de la part du maréchal Duroc et du comte Darn des expressions de reconnaissance et d'encouragement.

» Le lendemain au petit jour, Larrey vint me chercher pour aller relever le corps du colonel Morland qui était resté sur le champ de bataille. Nous le fîmes transporter à Brunn pour être embaumé.

» M. Larrey avait eu d'abord l'intention de procéder à cette opération par la

Je n'ajoute rien à cette courte description de l'obstacle; mais je me demande quels en sont les effets. Or, s'il est un fait incontestable, c'est que l'existence d'un obstacle doit être considérée comme une cause d'augmentation de frottement au passage de l'ondée sanguine à travers l'orifice M. le professeur Forget, de Strasbourg, a eu raison d'appuyer sur cette première conséquence des obstacles, et sur celles qui la suivent. C'est qu'en effet il est radicalement impossible de supposer l'existence d'un obstacle quelconque au cours du sang, sans être forcé d'admettre : 1° un effet produit sur l'organe placé immédiatement en arrière; 2° un effort de cet organe pour annuler cet effet et vaincre l'obstacle. Ce qui revient à dire que tout obstacle au cours du sang détermine dans l'organe placé en arrière sur le courant circulatoire un effet pathologique et un effet réparateur.

L'effet pathologique consiste essentiellement dans la dilatation de l'organe en question; cela est trop facile à comprendre pour mériter une longue explication. Ainsi, l'orifice auriculo-ventriculaire étant rétréci, l'oreillette se dilate : c'est ce que M. Piorry et M. Forget ont appelé opistectasie, dilatation en arrière, expression peu mélodieuse si l'on veut, mais qui rend la pensée et dont je me servirai pour cette raison.

L'effet réparateur consiste dans une nutrition plus active de cet organe dilaté, nutrition qui a pour but de le rendre plus vigoureux, pour résister à la déperdition dynamique que lui occasionnent et sa dilatation et l'obstacle lui-même placé en avant. C'est cette hypertrophie réparatrice que les auteurs nommés plus haut ont nommée opisthypertrophie, hypertrophie en arrière, expression aussi indispensable que la première, parce qu'elle exprime un fait qu'il est bon de caractériser par un mot.

Comme on le voit, les effets de l'obstacle sont doubles; mais on se tromperait si l'on croyait que ces deux effets sont toujours, *tous les deux*, la conséquence inséparable de la présence d'un obstacle. Tantôt, en effet, on n'observe que l'effet pathologique, l'opistectasie ou hypertrophie excentrique des auteurs; pour une raison ou pour une autre, la cavité distendue n'a pas réagi contre l'obstacle; tantôt, au contraire, on n'observe que l'opisthypertrophie ou hypertrophie concentrique des auteurs, l'organe réagissant d'emblée et vigoureusement contre la lésion première et ses conséquences.

Comme on le voit, l'obstacle en lui-même est une cause de ralentissement de la circulation, rien de plus, rien de moins. Secondairement, il est une cause d'opistectasie ou d'opisthypertrophie, ou seulement de l'une ou de l'autre, isolément.

Il y aurait d'autres considérations d'une haute valeur à émettre sur ce genre de lésion cardiaque; mais il est nécessaire, avant de les aborder, d'étudier à fond la nature et les effets de l'insuffisance valvulaire. Nous placerons ensuite en regard l'insuffisance et l'obstacle, et de cette comparaison jaillira quelque lumière sur l'une comme sur l'autre.

(La fin au prochain numéro.)

CHIRURGIE PRATIQUE.

NOUVELLE ÉTUDE DE LA TAILLE MÉDIANE; par P. BOUISSON, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

(Suite. — Voir GAZ. MÉD., année 1855, et les numéros 42 et 45 de cette année.)

C. CONVENANCE POUR LES DIVERS AGES DE LA VIE. — La possibilité d'appliquer une même et bonne méthode cystotomique aux divers âges de la vie, fut surtout appréciée comme un grand avantage, à l'époque où le haut appareil fut imaginé; et tant que l'on n'avait à choisir qu'entre ce dernier et le petit appareil, la préférence était évidemment due à la méthode nouvelle, puisque l'ancienne, dépourvue des règles précises, ne pouvait être appliquée que dans le jeune âge. La taille médiane régularisée permet d'en tirer tous les services qu'on peut désirer sous les mêmes rapports, et elle a été employée avec succès, à l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier, chez les sujets les plus jeunes, comme chez les plus âgés. Le peu de développement de la prostate dans les premiers temps de la vie est compensé par la facilité d'atteindre toutes les parties à inciser, et les inconvénients qui résultent de la saillie du bulbe de l'urètre chez les vieillards sont atténués par le développement plus considérable du rayon postérieur ou direct de la prostate, qui agrandit dans ce sens le champ de l'opération. Toutefois, malgré les éloges que les partisans de la taille médiane lui ont donnés en raison de sa convenance pour tous les âges de la vie, on n'est pas frappé de la prééminence d'un avantage de ce genre, que l'on retrouve au même degré dans les autres tailles périnéales, depuis frère Jacques, et qui le cède beaucoup, sous le rapport de son importance, à ceux que nous avons déjà examinés et au suivant.

D. PROMPTE CICATRISATION. — L'opération de la cystotomie est une de celles où le travail de réunion subit le plus d'obstacles, à cause de la présence continuelle d'un liquide irritant, qui, par son contact, enflamme les tissus et s'oppose à la réunion, ou qui peut s'infiltrer dans les interstices celluleux du périnée et donner lieu à des abcès de nature dangereuse. Avant que l'urine reprenne son cours naturel, il faut que le trajet anormal par lequel on est arrivé dans la vessie soit cicatrisé, ou tout au moins il faut que les parois de ce travail soient mises, par le gonflement ou par toute autre circonstance locale, dans des conditions telles que l'urine ait plus de facilité à s'écouler par les voies naturelles. Sous ce rapport, la taille médiane périnéale l'emporte sur tous les autres modes cystotomiques, et l'expérience démontre que le travail des cicatrisations qui suit cette opération s'accomplit avec une rapidité qui constitue un avantage des plus importants.

La rectitude du trajet qui s'étend depuis la peau jusqu'au col de la vessie favorise dans le principe de l'écoulement de l'urine, et, en s'opposant à l'irritation que son contact prolongé détermine, elle écarte, plus que dans les tailles obliques, les chances d'une inflammation suppurative. Celle-ci est considérée comme inévitable à la suite de la taille uni ou bilatéralisée; elle est bien moins menaçante dans la taille médiane, et nous avons longuement relaté une observation dans laquelle fut obtenue une réunion immédiate, circonstance assurément très-heureuse et qui suffirait pour attirer sur ce mode cystotomique l'attention

m Tiode égyptienne; mais n'ayant pas trouvé sur place les matières nécessaires, je proposai la momification du corps par l'injection d'alcool fortement saturé de sublimé corrosif (1). »

CAMPAGNE DE PRUSSE (1806—1807).

« La mort de Fox ayant conduit l'empereur Alexandre à ne pas ratifier le traité de paix signé à Paris le 20 juillet 1806, et la Prusse ayant fait cause commune avec la Russie et l'Angleterre, Napoléon se décide à marcher vers l'Allemagne.

» Dans le courant de septembre 1806, le service de santé de la maison de l'empereur reçut l'ordre d'être prêt à marcher.

» L'ambulance se composait du baron Boyer, premier chirurgien; du baron Yvan, chirurgien ordinaire; de M. Guilonneau, médecin; de MM. Ribes, Lacournaire et Jouan, chirurgiens; et de M. Rouyère, pharmacien. Cette ambulance fut encore divisée en première et seconde division.

» MM. Boyer, Yvan, Ribes et Jouan formèrent la première. Nous arrivâmes sur le terrain immédiatement après le fameux combat de Saalfed, où le jeune prince Louis de Prusse fut tué par un maréchal-des-logis du 9e hussards. Nous eûmes une trentaine de blessés à panser. Là, nous reçûmes l'ordre de nous transporter avec le premier service à Géra, d'en repartir le lendemain au jour et de nous diriger sur Iéna.

» Le 14 octobre, à sept heures du matin, l'ordre de l'attaque fut donné, et malgré la contenance héroïque des Prussiens, la victoire ne resta pas un instant douteuse. La première division de l'ambulance de l'empereur a rendu de grands services dans cette journée, par le nombre considérable de blessés qui ont été secourus par elle. De Iéna, l'armée se dirigea sur Neubourg. Nous y trouvâmes un grand nombre de blessés provenant de la même bataille; de là on se rendit à Berlin. Après un séjour de plusieurs semaines, nous reçûmes l'ordre de nous transporter à Varsovie. Nous restâmes dans cette capitale jusqu'au 15 janvier, et nous suivîmes ensuite le premier service. Il y eut un engagement avec les Russes qui étaient en force, ce qui donna lieu à la double bataille de Golymin et de Poltusk. Les routes étaient impraticables, nos chevaux avaient de la boue jusqu'au ventre, et des cadavres étaient noyés dans cette espèce de bourbe.

» Comme je me rendais de Golymin à Pultusk, avec le baron Larrey, on nous dit que, dans une ferme voisine, il y avait plusieurs blessés; nous leur portâmes quelques secours. Parmi eux se trouvait un militaire qui avait la cuisse fracturée près du genou; nous n'avions pas de scie, mais M. Larrey ayant trouvé dans la ferme une bonne scie de menuisier, nous nous servîmes de cet instrument et nous pratiquâmes l'amputation.

» Il périt beaucoup de monde des deux côtés. Quoique restée maîtresse du

(1) On pousse cette injection dans les principaux troncs artériels, on verse la solution dans l'œsophage et le tube gastro-entérique, puis l'on place le cadavre dans une cuve remplie d'eau distillée et d'eau-de-vie fortement saturée de sublimé corrosif.

et la préférence des chirurgiens, si un résultat de ce genre pouvait être regardé comme habituel. Le succès de la réunion n'est pas, en effet, dans ce cas, une simple satisfaction donnée à l'opérateur; il est pour le malade la source d'avantages considérables, ne fût-ce qu'en écartant toutes les conséquences qui dérivent de l'inflammation, dont la propagation à la vessie, aux divers éléments anatomiques de la région ou aux organes voisins, constitue, ainsi que l'a fait remarquer Dupuytren, la cause la plus fréquente de mortalité après l'opération de la taille. Dans les cas où nous avons pratiqué la taille médiane, nous avons vu l'urine s'écouler facilement dans les premiers temps par la plaie, et abandonner plus promptement cette voie anormale que dans la taille oblique. Lorsque le gonflement local lié à la turgescence vasculaire que l'opération détermine a lieu, l'urètre, incisé près de la ligne médiane, dans sa portion membraneuse, se reforme plus facilement par la confrontation naturelle des bords de la plaie, que lorsqu'il est incisé obliquement. Le travail plastique paraît marcher plus vite, et l'on voit se succéder plus rapidement les temps de restitution des fonctions normales du canal. L'écoulement continu de l'urine, qui ne se faisait d'abord que par la plaie, devient intermittent; puis le liquide se partage entre la plaie et le canal jusqu'à ce qu'enfin il ne sorte plus que par cette dernière voie. Ce résultat n'est guère obtenu, comme on le sait, que vers le quinzième ou le vingtième jour et souvent plus tard, à la suite de la taille périnéale oblique, et nous l'avons toujours vu survenir dans un délai beaucoup plus court dans la taille médiane. Cette rapidité dans la cicatrisation est une différence à ajouter à celles qui distinguent les procédés modernes de celui de Marianus, où la dilacération et la contusion des tissus provenant de la dilatation forcée, détruisaient l'aptitude locale à la cicatrisation immédiate et exposaient à des fistules ou à d'autres accidents dont l'annulation met en évidence la supériorité de la taille médiane telle qu'on la pratique depuis Mareschal.

On remarquera que la rectitude du trajet, qui implique sa brièveté, n'exclut pas cependant la condition non moins favorable d'une incision portant sur des tissus qui forment une couche assez épaisse pour favoriser la cicatrisation. C'est ce qui constitue la supériorité de la taille médiane périnéale sur la taille médiane recto-vésicale. Celle-ci est placée, à certains égards, dans les conditions les plus fâcheuses. La position absolument déclive de l'incision, par rapport à la vessie, fait que l'urine s'infiltre constamment entre les lèvres de la plaie, comme dans la solution de continuité de la paroi vésico-vaginale. Le siége d'une partie de cette même plaie en arrière du sphincter vésical est cause qu'à mesure que l'urine arrive dans la vessie, elle tend à s'engager dans la plaie rectale, laquelle, établie sur une cloison très-mince dans ce point, n'offre pas une surface d'affrontement qui facilite les effets du travail plastique. Il en résulte la production presque nécessaire d'une fistule, accident aussi sérieux qu'incommode, et qu'on a justement érigé en reproche imputable à cette espèce de taille. Le même effet n'est pas à redouter dans la taille périnéale médiane qui, intéressant des parties situées en avant du sphincter vésical, a le double avantage de n'exposer les côtés de la solution de continuité qu'à un contact bien moins réitéré de l'urine, et d'offrir une surface d'affrontement qui, sans être aussi étendue que dans les tailles obliques, l'est beaucoup plus que dans la taille recto-vésicale, et, dans tous les cas, suffit pour multiplier les chances du travail adhésif.

2° Des cas où la taille médiane doit être préférée. — Nous n'ignorons pas que si cette question était posée à bon nombre de chirurgiens, leur réponse pourrait décourager les jeunes praticiens et ferait encore le procès à la vieille méthode de Marianus Sanctus. Mais si, dans l'esprit de beaucoup d'hommes trop habitués peut-être aux procédés qui ont reçu une sanction plus générale et plus récente, l'idée de taille médiane réveille fatalement le souvenir de toutes les imperfections et de tous les dangers du grand appareil, ceux qui voudront envisager la taille médiane corrigée et enrichie de tous les perfectionnements qu'on a imprimés à la taille latérale verront que cette répulsion, basée plutôt sur des souvenirs historiques que sur une appréciation impartiale de la véritable valeur de la taille médiane, n'a plus aujourd'hui sa raison d'être, et qu'il n'y a ni témérité, ni routine à rajeunir un mode opératoire qu'on ne blâme que par tradition, et peut-être sans un examen suffisant. La taille médiane, telle qu'on la pratique aujourd'hui, n'est en réalité que la taille latéralisée rapprochée du raphé. Ce sont les mêmes principes, les mêmes temps opératoires, les mêmes instruments, que le chirurgien doit connaître, observer ou appliquer; et, dans cette transposition de l'opération, on peut trouver un avantage spécial, une indication à remplir qui, dans un cas donné, peut rendre la taille médiane préférable à toute autre.

Nous avons vu que les avantages qui distinguent cette taille se rapportent surtout à la rapidité dans l'exécution, à l'absence d'hémorrhagie, à la facile cicatrisation; cela revient à dire qu'elle épargne la sensibilité, le sang et les forces. Or cette triple économie, qui pourrait à bon titre figurer en regard des avantages qu'on a coutume de prêter à la taille latéralisée, est particulièrement nécessaire quand il s'agit d'opérer certains calculeux affaiblis par la longue durée de leur maladie.

C'est, en effet, chez les sujets débiles, qu'on pourrait craindre d'exposer aux chances d'une hémorrhagie, que la taille médiane écartera, plus que tout autre mode cystotomique, la chance de rencontrer des vaisseaux sanguins et d'occasionner une déperdition sanguine d'autant plus à redouter dans ces cas qu'une certaine énergie vitale est nécessaire pour résister à la dépression des forces que l'opération détermine par elle-même, abstraction faite de toute cause d'affaiblissement par hémorrhagie. Nous croyons pouvoir affirmer qu'à la suite de l'opération de la taille en général, et par ce seul fait que l'on intéresse des organes importants, l'épuisement nerveux est plus grand qu'à la suite de la plupart des autres grandes opérations de la chirurgie, et que l'indication d'éloigner toute cause nouvelle d'affaiblissement chez des malades déjà disposés à cet épuisement par de longues souffrances intérieures existe au plus haut degré. Une des perfections de cette opération sera de pouvoir être faite à sec, non-seulement parce qu'il y a disette de bons moyens pour remédier sûrement et promptement à une hémorrhagie, mais surtout parce que la manifestation de celle ci influe fâcheusement sur les suites de l'action chirurgicale, soit en amenant la perversion de l'influence nerveuse après l'extraction du calcul, soit en tarissant directement une des sources de la vie.

Il est une autre catégorie de sujets chez lesquels la taille médiane

---

champ de bataille, l'armée fut obligée, à cause du mauvais temps, de retourner à Varsovie, où l'on resta jusqu'au 1er février 1807, époque où l'on rentra en campagne.

» Le 6, à Hoff, il y eut un combat entre une colonne d'infanterie russe et les cuirassiers commandés par le général La Tour-Maubourg. L'infanterie russe fut entièrement écrasée. Dès ce moment, l'ennemi se présenta en force devant Eylau, et le 8 février eut lieu la fameuse bataille d'Eylau. La veille de la bataille, la première division de l'ambulance de la maison de l'empereur passa la nuit à opérer et à panser les blessés des combats qui venaient d'avoir lieu. Dès le matin de la bataille, j'allai prendre les ordres du grand maréchal: « Comme vous avez passé la nuit dans l'ambulance de la garde, me dit-il, retournez-y et attendez là mes ordres; il suffira qu'Yvan suive l'empereur. » Ma présence à l'ambulance de la garde ne fut pas sans utilité. Je fis un assez grand nombre d'opérations graves. A la fin de la journée, je me rendis à l'ambulance impériale où je fis encore quelques opérations.

» Après cette grande journée, l'armée se porta sur Osterode, et, quinze jours après, l'empereur établit son quartier général à Finkenstein, où nous passâmes l'hiver.

» Le 8 juin, à sept heures du soir, nous reçûmes l'ordre de partir avec le premier service. Nous marchâmes quatre jours de suite. Dans cet intervalle, nous eûmes à soutenir plusieurs combats, et l'ambulance impériale reçut plusieurs blessés.

» Enfin, le 14 juin 1807 eut lieu la bataille de Friedland, où nos troupes remportèrent une grande victoire. Les chirurgiens de l'ambulance impériale, à la tête desquels était le baron Boyer, eurent encore beaucoup de blessés à panser. M. le comte Daru aida M. Boyer à faire plusieurs opérations.

» Cette bataille fut suivie de la paix de Tilsitt. »

CAMPAGNE DE RUSSIE (1812).

« 1812! date terrible qui rappelle à elle seule tout ce qu'il peut y avoir de plus élevé, de plus extraordinaire dans le triomphe, de plus malheureux dans les désastres, où l'on voit le génie d'un grand homme vaincu par les éléments, où les plus belles conceptions échouent devant les glaces et les frimas.

» Le 9 mai, Napoléon part de Paris et s'achemine vers le Niémen, à la tête de l'armée la plus formidable que le génie des conquêtes ait jamais conduite.

» Le 17, il tient à Dresde son salon des rois; le 15 septembre, il s'installe au Kremlin. Qui ne connaît l'incendie de Moscou? Qui n'a frémi devant cet acte de farouche barbarie?

» Le 19 commence la retraite. Napoléon est encore vainqueur, mais il se retire devant les vaincus, embarrassé dans sa marche d'un matériel immense. Avant d'arriver à Smolensk, ce terrible auxiliaire sur lequel les Russes ont compté et que la fortune s'est associée pour trahir nos aigles vient s'abattre comme un génie exterminateur sur le camp des Français. Un vent glacial porte partout la souffrance et la mort. Le thermomètre marque 16 et 18° au-dessous de zéro.

» La main gèle sur le fer, les larmes se glacent sur les joues; nous étions

nous semble spécialement indiquée : ce sont les sujets affligés d'un tempérament nerveux très-impressionnable, chez lesquels la cystotomie agit d'autant plus sur cette disposition et en prépare d'autant mieux les effets secondaires qu'elle prend elle-même le caractère d'une opération majeure. La léthalité de la cystotomie semble proportionnée, en tant qu'elle dépend du trouble de l'action nerveuse, à l'étendue des incisions que subit la vessie. Sous ce rapport, on peut ranger dans l'ordre suivant les modes cystotomiques adoptés : la taille hypogastrique, la taille bilatérale, la taille latéralisée, et enfin la taille médiane. La première intéresse le corps de la vessie dans une étendue assez considérable, surtout si, comme on a coutume de le faire, on la met en usage pour des calculs volumineux; la bilatérale et la latéralisée intéressent le col du même organe dans une étendue bien plus grande que la taille médiane, en sorte que celle-ci semblerait puiser dans son minimum d'étendue son maximum de sécurité. Or, chez les sujets dont les tempéraments ou l'impressionnabilité anormale semblent multiplier les chances d'accidents consécutifs, il serait rationnel de choisir le mode opératoire qui, faisant la moindre brèche à l'organisme, restreindrait dans une proportion analogue les possibilités fâcheuses qui, en dépit des perfectionnements de la partie manuelle et instrumentale de la cystotomie, lui restent encore invinciblement attachées et en font, de nos jours comme autrefois, une des plus graves opérations de la chirurgie. La taille médiane nous paraît réunir, plus que toute autre, les conditions qui répondent au but que nous venons d'indiquer.

On peut donc établir que les indications majeures de cette taille, en tant qu'on les puise dans les dispositions du sujet à opérer, se tirent surtout de la délicatesse de sa constitution, de sa faiblesse originelle ou acquise, de la perversion de l'action nerveuse ou de l'excès de sensibilité. Il est vrai que la méthode anesthésique peut remédier à la défaveur qui se rapporte à cette dernière condition; mais on n'ignore pas que cette méthode elle-même a ses contre-indications, et que, chez les malades dont l'impressionnabilité est à la fois très-grande et pervertie par le désordre de l'action nerveuse, la méthode anesthésique ne doit être employée qu'avec le plus grand ménagement. S'il se présentait tel cas où le chirurgien jugerait qu'il y a imprudence à bénéficier de cette méthode pour délivrer un calculeux, la taille médiane étant la plus courte dans son exécution, la moins étendue dans le champ opératoire, et aussi la moins douloureuse, puisque les branches nerveuses rejetées comme les artères sur les côtés du périnée manquent sur la ligne médiane, conviendrait mieux que toute autre.

Quant aux indications qu'on pourrait tirer de l'état de la vessie, du volume du calcul et de telles autres circonstances locales, elles entrent moins spécialement en ligne de compte; mais on peut au moins établir que, si l'on ne trouve pas dans ces circonstances un motif saillant pour se décider en faveur de la taille médiane, on n'y trouve pas de raison péremptoire pour lui préférer une autre manière d'opérer, et nous pouvons ajouter que, dans les cas où le concours simultané de la taille et de la lithotritie est nécessaire pour vaincre certaines difficultés relatives au volume du calcul, l'incision médiane facilite, mieux que toute autre, l'intervention de l'opération auxiliaire. Nous devons examiner d'ailleurs quelle est la valeur des objections que l'on adresse à la taille médiane, et déterminer si la possibilité de corriger les défauts qu'on lui attribue ne la laisse pas dans la plénitude des avantages que nous lui avons reconnus.

(La fin au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite.)

III. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

DE L'INFLUENCE DE LA PROPORTION DU SULFATE DE CHAUX CONTENU DANS LES ALIMENTS SUR LA FORMATION DU CAL; par M. ALPHONSE MILNE-EDWARDS.

L'idée de faciliter le travail de consolidation par des médicaments pris à l'intérieur paraît s'être présentée à l'esprit de quelques chirurgiens d'une époque même assez éloignée, et probablement parmi les substances qui ont été employées de la sorte se trouve le phosphate de chaux; mais on ne peut rien affirmer. Il n'est pas certain que la pierre que Fabrice de Hilden donnait réduite en poudre dans du vin ou de la tisane, et qu'il appelle *ostéocolle*, dût ses propriétés à des substances calcaires. Et quant aux autres indications fournies par les auteurs anciens, elles sont encore moins précises que celles de Fabrice.

Nous avons déjà rapporté une observation de M. Gosselin relative à un malade affecté de fracture du bras et chez qui le phosphate de chaux fut administré avec toutes les apparences de succès. Les recherches de M. Milne-Edwards ont été entreprises dans le but de s'assurer par l'autopsie et *de visu* du résultat de la médication. Les expériences de Chossat ont prouvé que, chez les poules et les pigeons, la quantité de sels calcaires contenus dans le blé, le froment, dans le grain en général, quoique en quantité assez notable, n'était pas suffisante à l'entretien du système osseux; que ces animaux ingéraient chaque jour une certaine masse de petites pierres, et que si on les privait complétement de ces substances, si on ne leur donnait que le grain soigneusement trié, au bout de quelque temps les éléments calcaires venant à manquer dans le squelette, ces animaux étaient atteints d'une sorte de fragilité des os.

L'analogie devait donc naturellement amener les chirurgiens à essayer les effets de cette ingestion de sels calcaires dans les cas de fractures.

M. Milne-Edwards, sans vouloir tirer de ces faits encore peu nombreux des conclusions prématurées, déclare cependant que, dans toutes ses expériences, les animaux mis au régime du phosphate de chaux ont présenté des cals plus complétement ossifiés que les autres. Il y a eu quelques exceptions, dans des cas où des accidents indépendants de la fracture étaient survenus : deux avaient eu une petite hémorrhagie; un autre avait eu une patte malade prise sous une planche.

M. Gosselin, qui a assisté aux expériences, a constaté, comme M. Milne-Edwards, une différence notable entre les cals des animaux

---

tous dans un tel état d'abattement, de torpeur, dit le baron Larrey, que nous avions peine à nous reconnaître les uns les autres; on marchait dans un morne silence. L'organe de la vue et les forces musculaires étaient affaiblies au point qu'il était très-difficile de suivre sa direction et de conserver l'équilibre. La mort était devancée par la pâleur du visage, par une sorte d'idiotisme, par la difficulté de parler.

» L'ambulance impériale fut réorganisée vers le mois d'avril 1812. Elle était composée de deux médecins, M. Lerminier et M. Métivier; de deux chirurgiens, MM. Ribes et Jouan; de M. Rouyère, pharmacien; d'un infirmier-major, de deux infirmiers ordinaires, de deux cochers pour conduire deux fourgons contenant un grand fourniment de médicaments, d'appareils, de charpie, de bandes, de linge pour pansements, et de tous les instruments de chirurgie nécessaires pour une grande campagne comme celle que nous allions entreprendre.

» De Paris, nous nous rendîmes en poste à Posen; quelques jours après nous passions le Niémen avec l'armée et nous entrions à Kowno. Le surlendemain nous partîmes de cette ville et nous nous dirigeâmes sur Wilna. En quittant cette ville, la première division de l'ambulance de la maison impériale suivit sa marche ordinaire avec le premier service, toujours à quelque distance derrière l'avant-garde.

» Arrivée à Ostrowno, notre cavalerie, commandée par Murat, eut une affaire des plus brillantes qui se renouvela le lendemain. Deux jours après, nous entrâmes à Witepsk; nous fûmes obligés de mettre une partie de nos blessés dans les hôpitaux et une autre partie dans les maisons particulières.

» Nous restâmes à Witepsk jusqu'au 12 août. Le 14, nous étions devant Smolensk. La ville fut vigoureusement attaquée et nous y entrâmes le lendemain. La première division de l'ambulance impériale eut pour sa part beaucoup de blessés à soigner. Après avoir pourvu au soin de tous ces malades, nous reçûmes l'ordre de nous rendre avec le premier service derrière l'avant-garde. Le lendemain, nous arrivâmes à Wiasma; le troisième jour, nous entrâmes à Ghjath, et peu de jours après, nous étions dans les plaines de la Moskowa, en face des premières redoutes russes.

» Quelques jours après eut lieu la bataille de la Moskowa.

» Le reste de la journée et la nuit suivante, nous fûmes occupés à panser et à opérer les blessés.

» Le 15 septembre, l'empereur entra dans Moscou, alla s'établir au Kremlin avec toute sa maison. Pendant les quinze premiers jours, nous fûmes très-occupés à panser les blessés; ils étaient placés dans des hôpitaux très-sains et très-bien tenus.

» Nous étions tranquilles à Moscou, espérant de jour en jour que l'on allait faire un traité de paix, quand le dimanche 18, pendant que l'empereur passait la revue de la garde impériale, on reçut la nouvelle que l'avant-garde avait été attaquée à l'improviste. L'empereur donna l'ordre de se diriger sur la route de Kalouga. Il y eut un grand combat à Malojaroslawetz, à la suite duquel l'empereur entra dans la ville rasée et incendiée. Nous trouvâmes un grand nombre de blessés russes.

» L'empereur changea la marche de la retraite. Nous reprîmes la route de Wiasma, par laquelle nous étions venus.

auxquels on donnait du phosphate de chaux et ceux qui continuaient leur régime ordinaire.

Dans ces expériences, l'anteur prenait tantôt deux chiens, tantôt denx lapins à pen près du même âge, dn même poids, de la même taille, en un mot placés dans des coudifions autant que possible identiques. Il leur fracturait un membre, le bras ou l'avant-bras, autant que possible de la même manière; puis à l'un il donuait du phosphate de chaux, et à l'autre il faisait suivre son régime ordiuaire. Dans les expérieuces sur les chiens, il suffisait de priver d'os l'nn d'eux, tandis qn'on en donnait abondamment à l'autre.

Comme on le voit, tous ces essais ont été entrepris dans une bonne direction expérimentale, et ils sont aussi probants que possible. Mais est-ce bien toujours au défaut de sels calcaires qu'il faut attribuer chez l'homme le manque de cousolidation? Les maladies intercurrentes, les vices de constitution, les diathèses, les mouvements prématurés, les pansements mal faits, etc., ne constituent-ils pas autant de causes de cette complicatiou sur lesqnelles l'agent préconisé ne saurait avoir la moindre iufluence?

Toutefois, nous n'entendons nullement contester le mérite des expériences sur le phosphate de cbaux ni la portée pratique qu'elles penvent avoir dans des cas bien déterminés. Nous aurions uous-mêmes quelques observations pratiques à faire valoir sur ce sujet.

IV. REVUE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

Les numéros d'avril, mai et juin 1856 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Des adhérences vicieuses des doigts*; par M. Verneuil. 2° *Des amauroses syphilitiques*; par M. Tavignot. 3° *Des polypes du rectum chez les enfants*; par M. Raymondaud. 4° *Du valérianate d'atropine dans les affections convulsives*; par M. Michéa. 5° *De l'arnica comme moyen préventif et de l'aconit comme moyen sédatif de l'inflammation consécutive à l'opération de la cataracte.* 6° *Observation de syphilis constitutionnelle congénitale héréditaire*; par M. Agnély. 7° *Du vagissement utérin*; par M. Waletz. 8° *De la fréquence de l'état anémique chez les femmes enceintes*; par M. Cazeaux. 9° *Effets remarquables de persulfure de fer dans l'intoxication saturnine*; par MM. Sandras et Lepage. 10° *Hermaphrodisme apparent chez le sexe masculin*; par M. Huette. 11° *Des moyens d'investigation au point de vue de l'accouchement physiologique*; par M. Mattei. 12° *Résultats thérapeutiques obtenus à l'hôpital des Enfants de Munich*; par M. Hausser.

DES POLYPES DU RECTUM CHEZ LES ENFANTS; par M. RAYMONDAUD.

OBS. I. — Emile C..., garçou de 10 ans, rendait depuis qnelque temps dn sang par l'anus chaque fois qu'il allait à la selle. Il sentait alors s'échapper avec les matières fécales uu corps qui rentrait de lui-même lorsqu'il se relevait. Pendant les efforts de défécation opérés en présence du médecin, celui-ci vit sortir avec un bol stercoral nne petite tumenr rouge, d'aspect framboisé, qui, retenne par sou pédicule, resta étroitemeut appliquée à l'orifice de l'anus contracté. M. Raymondaud passa nn fit antour de ce pédicule, et sous l'influence d'une constrictiou assez forte la tumeur se détacha.

OBS. II. — Un autre enfant de 4 ans était pâle, faible, ce qui inquiétait beaucoup les parents, d'autant plns qu'on trouvait toujours dn sang mêlé aux matières fécales. Cepenuant l'enfant mangeait beancoup, digérait bien et avait toute la gaieté de son âge. M. Raymondaud supposa que chez lui aussi il y avait un polype du rectnm. L'index fnt introduit dans l'anus, et à 4 centimètres au moins de hautenr, un petit corps charnn fut reconnn, mou, sphéroïdal, mobile, mais retenn par nn pédicule à la paroi postérieure du rectum.

M. Raymondand ayant pressé assez fortement la face supérieure de la tumenr amena celle-ci au dehors. Elle avait la grosseur d'nne petite fraise. Une beure après, l'enfant fit une selle qui contenait une assez grande quantité de sang. Depuis le sang n'a pas reparu.

VAGISSEMENT UTERIN; par M. W. WALETZ.

OBS. — Le 16 février M. Waletz fut appelé près de la femme Achard, âgée de 26 ans, ponr l'acconcher de son second enfant. Cette jeune femme éprouvait des donleurs depuis quarante-huit beures. Les eaux s'étaient éconlées trois beures avant l'arrivée dn médeciu. Il s'agissait d'nne présentation des pieds. Pendant que l'acconcbenr travaillait à les amener au dehors; il entendit nu gémissement assez distinct. Etonué, il suspendit un moment les manœuvres ponr bien s'assurer du fait. Il fit approcber les quatre personnes qui l'assistaient, en leur recommandant le plus grand silence; puis reprenant les pieds dégagés déjà jusqu'aux genoux, il opère de nouvelles tractions. Presqu'aussitôt tons entendirent très-distictement plusieurs vagissements, qui semblaient partir de la régiou ombilicale.

Ces cris se répétèrent deux fois jusqu'à la fin de l'accouchement et toujours assez clairs pour être entendus de la patiente et des assistants.

HERMAPHRODISME APPARENT CHEZ LE SEXE MASCULIN; par le docteur HUETTE.

OBS. — Alexandrine X..., né à Paris le 11 octobre 1834, présenta en venaut au monde une couformation anormale des organes génitaux, qni firent qu'on l'inscrivit sur les registres de l'état civil comme étant dn sexe féminin.

Peudant les premières années de l'eufance, il ne se manifesta rieu qui pût faire sonpçonner l'erreur qu'on avait commise. Mais vers l'âge de 10 à 12 ans, Alexandrine moutra nn éloignement marqué pour les occupations du ménage; le travail à l'aiguille lni répngnait; elle ne se plaisait qu'avec les cbevaux, et prenait part volontiers aux travaux des bommes de peine employés chez son père.

Sa voix devint alors plus grave et fortement timbrée; les épanles s'élargirent; le bassin conserva d'assez étroites proportions; les seins ne se développèrent pas.

Vers l'âge de 17 ans, Alexandrine, très-ardente pour les jeux des garçous, ne se montra pas moius empressée près des jeunes filles, et ses attentions éveillèrent des sonpçous. Il y eut même dans le voisiuage des inquiétudes qu'autorisaient pleinement les excursions nocturnes d'Alexandrine.

A l'âge de 20 ans, les propensions instinctives devinrent encore plus fortes; Alexandrine réclama des habits d'bomme, et c'est alors que M. Hnette fnt appelé à l'examiner.

Sur la ligne médiaue, au milieu d'un scrotum profoudément bilobé et simulant deux grandes lèvres, ou observe un pénis rudimentaire d'nne longueur total de 4 centim., terminé par un gland bien formé, mais imperforé. Ce gland a 2 ceutim.; il est couronué par nn prépuce dont les replis tombant naturellement s'insèrent et se perdent insensiblemeut, en forme de nymphes, au-dessous du gland.

Uue petite éminence rougeâtre marque la place du méat urinaire, qui manque, et de cette saillie part nn petit pli, espèce de frein long de 3 centim., mesurant toute la face inférieure de cette verge.

A 3 centimètres au-dessous de l'insertion inférieure de la verge se voit

---

» Nous repassâmes sur le cbamp de bataille de la Moskowa. Nous arrivâmes à l'abbaye de Kolotskoi. Nous trouvâmes des blessés qui, faute de chariots d'ambulance, y étaient restés. L'empereur ordouna que cbaque voiture qui défilait prît un de ces malbeureux; il commença par les siennes et chargea MM. Ribes et Lermiuier de veiller sur ce couvoi qu'il venait d'improviser. Après cinq jours de marcbe, nous arrivâmes à Viasma.

» Le 25 novembre, nous atteignîmes les bords de la Bérésina. Nous partîmes le 26, un peu avant le jour, et nous arrivâmes à l'eudroit de la Bérésina où le premier pont devait être coustruit.

» Le 28, je traversai la rivière avec l'escadron de service jusqu'au point où l'armée était le plus fortement engagée. L'empereur mit pied à terre, et de ce point fit diriger tous les mouvements de la bataille de Borisow. Nous reçûmes tous les blessés et je fis plusieurs amputations. Nous passâmes la nuit près du cbamp de bataille. Dans les premiers jours de décembre, à notre arrivée à Miedneski, nous eûmes 28° de froid.

» Nous arrivâmes enfin à Posen, où MM. Lerminier, Ronyère et moi, nous reçûmes l'ordre de rentrer en France. »

En parcourant ces notes recneillies au pas de course, nous n'avons pu nous défendre d'un sentiment de profonde admiratiou pour les grands événements auxquels Ribes fait allusion, pour la simplicité avec laquelle il les raconte, et pour l'activité et le dévouement incessant de ces courageux confrères, qui partageaient avec le soldat les périls et les fatigues de la guerre, sans aspirer à la gloire et aux éclatantes récompenses.

Si la génération passée ne les a pas entourés de tout le respect de tout l'amour que méritait leur vie d'abnégation, c'est à la géuération actuelle de les venger d'un oubli peu mérité.

Nous ferons acte de justice envers le passé, nous encouragerons dans le présent leurs jeunes émules, qui viennent d'acquérir, dans les plaines de la Dobruscba et sous les murs de Sébastopol, tant et de si glorieux titres à la reconnaissance de la France.

C'est dans cette pensée que nous avous transcrit ces fragments. C'est avec ces sentiments que nos cbers lecteurs voudront bien les parcourir.

Dr PROSPER DE PIETRA-SANTA.

— Dans la dernière séance de l'Académie de médecine de Bruxelles, M. le docteur Marinus a prononcé l'éloge de M. le professeur Lavacherie (de Liége).

Ce n'est point un travail de critique, mais une œuvre de sentiment. On voit que M. Marinus a connu intimement l'homme dont il rappelle le souvenir; on voit qu'il a su apprécier et l'élévation de l'esprit et la générosité du cœur du savant que la Faculté de Liége regrettera longtemps encore.

— Une statue allégorique, représentant la PHARMACIE, vient d'être placée au Cercle artistique et littéraire de Bruxelles. Elle est due au ciseau de M. Aug. Van den Kerkhoven.

l'ouverture de l'urètre, petite fente verticale de 3 à 4 millim. Une sonde introduite par le méat pénètre facilement dans la vessie, à travers un canal de 4 centim., courbe, à concavité supérieure, dirigé d'avant en arrière et de haut en bas.

Cette conformation permet à Alexandrine d'uriner debout, sans s'accroupir. Toutes ces parties sont logées au fond d'un sillon qui divise les deux lobes latéraux composant le scrotum et simulant deux grandes lèvres. On ne trouve aucune trace de replis dans ce sillon. Les lobes latéraux se présentent sous la forme de masses inégales et molles. Le lobe droit est beaucoup plus volumineux que le gauche. En le pressant entre les doigts, on y sent un corps ovoïde qui n'est autre chose qu'un testicule muni d'un cordon spermatique. La descente de cet organe s'est effectuée par un anneau très-large et a frayé passage à une hernie volumineuse. Du côté gauche, le testicule n'est pas complétement descendu. Il est facile de le faire rouler sous les doigts au devant de l'anneau. La pression détermine une vive douleur dans ces organes.

D'après les renseignements fournis, il y a lieu de croire que l'émission du sperme s'effectue chez Alexandrine. La direction du canal de l'urètre permet aussi de penser que l'éjaculation se fait par un jet horizontal, qui n'exclut pas absolument, malgré l'hypospadias, l'aptitude à la procréation et par conséquent au mariage.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 5 NOVEMBRE.—PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE.

PROPRIÉTÉS DES SYSTÈMES MUSCULAIRE ET NERVEUX.

M. Cl. Bernard, à l'occasion de la communication que M. Kœlliker a faite à l'Académie dans la dernière séance, lit un travail ayant pour titre : Analyse physiologique des propriétés des systèmes musculaire et nerveux au moyen du curare.

Après avoir rappelé ses expériences sur le curare, ainsi que les conclusions auxquelles il a été conduit par l'étude de cette substance, conclusions qui se résumaient en ces termes : « La contractilité musculaire est entièrement distincte et indépendante de la propriété nerveuse qui la met en jeu, » M. Bernard expose en ces termes la suite de ses recherches sur ce sujet :

En poursuivant ces recherches, un autre fait nouveau s'offrit à mon observation : je vis que le membre qui n'avait pas reçu de curare restait parfaitement sensible, et que l'on y déterminait toujours des mouvements réflexes en le pinçant ; mais ce qui était plus remarquable encore, c'est que, en excitant la peau des autres parties du corps où avait pénétré le poison, on voyait de même des mouvements réflexes se produire uniquement dans le membre non empoisonné.

Il était évident que ces derniers mouvements réflexes dans le membre sain, par irritation des parties empoisonnées, devaient être transmis par les nerfs sensitifs restés intacts ; ce qui me porta à penser que le curare n'avait anéanti que les propriétés des nerfs moteurs en laissant subsister celles des nerfs sensitifs, et que, si l'on n'obtient pas de mouvement réflexe en pinçant la peau quand l'animal est totalement empoisonné, cela ne prouve pas que l'animal soit insensible, mais seulement que les nerfs moteurs sont partout devenus impropres à réagir sur les muscles par l'excitation sensitive réflexe aussi bien que sous l'influence de la volonté. L'impuissance à se mouvoir peut, en effet, reconnaître deux causes : 1° un animal n'exécutera pas de mouvements, parce qu'il n'y est pas poussé, et parce que ni la volonté, ni aucune sensation transmise par les nerfs ne l'y détermine; c'est alors une immobilité par paralysie des nerfs sensitifs ; 2° l'animal pourra encore rester sans mouvement, bien qu'il ait la volonté de se mouvoir, ou qu'il y soit poussé par une sensation venue du dehors; c'est lorsque les nerfs sont impuissants à transmettre aux muscles l'influence motrice ; on a, dans ce cas, une immobilité par paralysie des nerfs moteurs.

C'est de cette façon qu'agit le curare. On peut déjà s'en convaincre en observant les phénomènes de l'empoisonnement sur des mammifères élevés, sur des chiens par exemple. On voit que les membres refusent d'obéir à la volonté bien avant que les sensations et l'intelligence soient perdues. Lorsqu'on appelle un chien dont les membres sont déjà paralysés, on reconnaît d'une manière évidente par des mouvements de certaines parties, tels que ceux de la queue et des yeux, qui résistent plus longtemps à l'action du poison, que l'animal entend, sans qu'il puisse cependant exécuter des mouvements pour venir vers la personne qui parle.

Mais j'ai démontré directement cette propriété singulière du curare d'éteindre les propriétés nerveuses des nerfs moteurs tout en conservant celle des nerfs sensitifs par l'expérience suivante :

Sur une grenouille, je pratique une incision au bas du dos pour isoler les nerfs lombaires. Je passe ensuite au-dessous d'eux une ligature avec laquelle je serre tout le corps de l'animal, moins les nerfs lombaires, qui se trouvent ménagés. De cette manière, la moitié antérieure de la grenouille ne communique plus avec la moitié postérieure que par les nerfs lombaires ; car la ligature a étreint l'aorte et tous les vaisseaux sanguins. J'empoisonne alors l'animal en plaçant un peu de curare sous la peau du dos, près de la tête, et peu à peu toute la moitié du corps au-dessus de la ligature éprouve les effets toxiques et devient immobile. Mais si l'on pince la peau dans cette partie, on détermine aussitôt dans le train postérieur des mouvements qui quelquefois sont assez violents pour que la grenouille exécute l'action de sauter en poussant au-devant d'elle la moitié antérieure de son corps empoisonnée et inerte.

De cette deuxième série d'expériences, j'ai conclu que le curare effectue une analyse physiologique qui ne se borne pas à isoler les propriétés du système musculaire. Elle sépare encore comme distinctes les propriétés des nerfs moteurs et sensitifs, puisqu'on voit qu'elle conserve les propriétés des nerfs sensitifs et anéantit celle des nerfs moteurs. Le curare agit sur le système nerveux moteur de la vie de relation plus vite que sur le système nerveux de la vie organique ou sympathique. Mais il finit aussi par atteindre ce dernier lorsque l'empoisonnement est complet, et j'ai vu qu'il n'est plus possible alors, par exemple, d'arrêter le cœur par la galvanisation du nerf vague. Enfin, j'ai constaté que cette action du curare s'exerce sur les nerfs moteurs de manière à les anéantir en procédant de la périphérie au centre, ce qui est l'inverse de la paralysie ordinaire de ces nerfs.

Les expériences de M. Kœlliker sont donc tout à fait concordantes avec les miennes. Il est évident que M. Kœlliker ne connaissait pas mes dernières recherches sur le curare, de sorte que la coïncidence des résultats que nous avons obtenus est une garantie de plus de leur exactitude.

En terminant, j'appellerai surtout l'attention des physiologistes sur cette espèce d'analyse physiologique des systèmes organiques qu'on peut effectuer à l'aide des agents toxiques. J'ai développé cette idée dans mon cours au collége de France, où j'ai étudié à ce même point de vue d'autres substances, telles que la strychnine, le sulfo-cyanure de potassium, l'oxyde de carbone, etc., qui agissent, non pas sur des organes, mais sur des systèmes organiques, comme, par exemple, le système nerveux moteur ou sensitif, le système musculaire, les globules du sang, etc. Ces substances, ainsi considérées, sont de véritables réactifs de la vie qui, portés par le torrent de la circulation dans tous les points de l'organisme, exercent leur action sur certains tissus, les isolent et amènent la mort par un mécanisme qui désigne le rôle physiologique du tissu qui se trouve atteint. Avec ces agents, on peut étudier, non pas la mort des organes, comme l'a fait Bichat, mais la mort des systèmes organiques. Cette étude offre un haut intérêt au point de vue de la physiologie générale.

PRÉSENCE DU FLUOR DANS LE SANG.

M. J. Nicklès communique sur ce sujet la note suivante :

Par suite de considérations que j'aurai prochainement l'honneur de soumettre à l'Académie, j'ai été conduit à vérifier cette assertion, tant contestée, de la présence du fluor dans les os. Mes expériences ayant été affirmatives, j'ai recherché le fluor dans le sang, seule voie par où il ait pu arriver jusqu'au tissu osseux. J'y en ai trouvé de notables proportions, non pas seulement dans le sang humain, mais encore dans celui de plusieurs mammifères (porc, mouton, bœuf, chien), et de plusieurs oiseaux (dindon, canard, oie, poulet.)

Des résultats si concordants me semblent donner au fluor une importance qu'il n'a pas eue jusqu'à ce jour en médecine ou en physiologie; ils infirment évidemment cette opinion de Berzélius, suivant laquelle la présence du fluor dans les os est purement accidentelle, et qu'en tout cas elle n'est pas nécessaire.

S'il fallait d'autres preuves en faveur de la nécessité de reviser le jugement de l'illustre chimiste, on les trouverait dans les faits suivants : il y a du fluor dans la bile, il y en a dans l'albumine de l'œuf, il y en a dans la gélatine, il y en a dans la salive, dans l'urine, dans les cheveux ; il y en a dans les poils d'animaux (bœuf, vache et veau); en un mot, l'organisme animal est pénétré de fluor : on peut s'attendre à le trouver dans tous les liquides qui l'imprègnent.

Dans un prochain travail, je ferai connaître les procédés très-simples à l'aide desquels j'ai pu reconnaître la présence du fluor dans toutes ces matières. Pour le moment, je dois me borner à prendre date et à prier l'Académie de me donner acte de cette communication.

ÉPIDÉMIES.

M. Millon adresse, pour le concours des prix de médecine et de chirurgie, une série de mémoires ayant les titres suivants : Souvenirs sur l'influence cholérique qui a régné a Revel en 1835 ; Choléra de Revel en 1854; Recherches sur la variole épidémique qui a régné a Revel en 1855 et sur la vaccine (1re et 2e parties), Essai sur la variole qui a régné a Revel en 1855. Ces trois derniers fascicules sont accompagnés chacun d'un atlas colorié. (Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— M. Painchaud, médecin à Québec, adresse pour le concours du prix Bréant, une note concernant le choléra-morbus, son traitement et son mode de propagation. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie constituée en commission spéciale pour ce concours.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 11 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de la Corse et du Lot en 1855.

2° Un rapport du docteur Valat, médecin cantonal à Autun, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné au hameau d'Auxy en 1856. (Commission des épidémies.)

3° Une série de questions relatives à la vaccine, posées par le président du département sanitaire du royaume britannique et transmises au ministre du commerce avec prière de solliciter de l'Académie de médecine les réponses que comportent ces questions.

4° Le tableau des vaccinations pratiquées en 1855 dans le département de l'Yonne. (Commission de vaccine.)

— La correspondance non officielle comprend :

L'état des vaccinations qui ont été faites gratuitement à Bayonne dans le courant de l'année 1856; par M. le docteur Hoursolle. (Commission de vaccine.)

Une notice sur deux cas rares de calculs rencontrés dans les glandules hypertrophiées du voile du palais, et leur traitement par la dissolution ; par M. le docteur Anselmier. (Commissaire : M. Ségalas.)

Une lettre de M. le docteur Bartoletti, secrétaire général de la Société impériale de médecine de Constantinople, qui transmet à l'Académie deux exemplaires du compte rendu de la discussion qui a eu lieu, au sein de cette société, sur le typhus observé dans les armées pendant la guerre d'Orient.

Un mémoire sur des observations cliniques faisant connaître l'action et les résultats thérapeutiques obtenus par les eaux thermo-minérales alcalines de Vichy, dans les diverses maladies, en précisant les cas de leur application ; par M. le docteur Barthez, médecin en chef de l'hôpital thermal militaire de Vichy. (Commission des eaux minérales.)

Une note de M. Robiquet en réponse à la réclamation de priorité élevée par M. Berthé au sujet de quelques points de son dernier mémoire sur la codéine. (Commission nommée.)

Une note sur un *esthésimètre*, nouvel instrument pour mesurer la sensibilité ; par M. Burq. (Rapporteur : M. Beau, s'il y a lieu.)

— M. Beau, membre de l'Académie, dépose sur le bureau un paquet cacheté.

TRAITEMENT DE L'HYDROPISIE DE L'OVAIRE PAR LA CANULE LAISSÉE A DEMEURE.

M. Leroy-d'Étiolles adresse une lettre relative au traitement de l'hydropisie de l'ovaire par la canule laissée à demeure. Voici la substance de cette lettre :

La discussion soulevée dans le sein de l'Académie au sujet de l'hydropisie de l'ovaire me rappelle l'histoire d'une guérison obtenue par le moyen d'une canule laissée à demeure pendant quinze jours pour donner une issue continuelle au liquide exhalé dans le kyste ovarique. Je demande à l'Académie la permission de la lui raconter sommairement ; car les vingt années écoulées depuis cette époque ont effacé de ma mémoire les détails du fait qui date de 1835.

La personne dont il s'agit était âgée de 25 ans environ ; elle avait eu à 20 ans une grossesse qui s'était terminée heureusement, et elle faisait remonter à quatre années l'origine de sa maladie contre laquelle avaient été vainement mis en usage une foule de fondants et de résolutifs *intus* et *extra*, y compris les douches de pluie du ciel.

M. Tadini, médecin italien, qui habitait alors Paris, et dont j'ignore la destinée actuelle, fut consulté par madame C..., qui habitait le village de Boissy-Saint-Léger, arrondissement de Corbeil. La pensée vint à notre confrère de pratiquer la ponction, de laisser à demeure la canule pour faire écouler le liquide à mesure qu'il se reformerait, et tenir les parois du kyste dans un état de vacuité de rapprochement, qui favoriserait leur adhérence mutuelle. C'était une imitation du procédé de Larrey pour la guérison de l'hydrocèle. Appelé en consultation par M. Tadini, je donnai une entière approbation à ce mode de traitement, et je m'y associai en imaginant d'adapter à la canule du trocart deux petits crochets mousses qui, sortant par deux œils distants d'un centimètre et demi de son extrémité, l'empêchaient d'échapper et favorisaient la sortie de la sérosité. Ces crochets peuvent s'adapter à un tube métallique ou à un tube de gomme.

J'ai parlé de cette canule et de son application dans l'exposé sommaire de mes travaux et inventions publié en 1840, p. 14, au paragraphe *Hydropisies*.

L'opération fut pratiquée par M. Tadini en ma présence, et je continuai de voir avec lui la malade. La canule resta en place quinze jours sans produire d'accidents inflammatoires; pendant ce temps quelques injections d'eau tiède furent faites dans la cavité du kyste; alors aucun liquide ne sortant plus par la canule, elle fut retirée. L'affaissement permanent de la tumeur et l'oblitération de sa cavité furent constatés par Magendie deux mois après la cessation du traitement.

Six ans plus tard, je rencontrai dans la société cette dame jouissant de la santé la plus florissante. Elle m'apprit qu'elle avait mis un enfant au monde depuis l'opération et le traitement auxquels elle avait été soumise.

Il m'a semblé qu'il pouvait être utile de rappeler ce fait, qui montre l'efficacité du traitement par la canule laissée en permanence après la ponction.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES KYSTES OVARIQUES.

M. Huguier, après avoir fait ressortir l'importance de la discussion soulevée par M. Barth, sur le traitement des kystes de l'ovaire, et, après avoir établi les inconvénients et les dangers de l'expectation préconisée par M. Moreau et M. Trousseau, pose successivement les questions suivantes sur l'examen et la solution desquelles repose, suivant lui, tout le débat.

A quel âge succombent ordinairement les personnes atteintes d'hydropisie de l'ovaire abandonnées à elles-mêmes? quels sont les accidents auxquels elles sont exposées?

Il y a, sous le rapport de la gravité des kystes ovariques, deux catégories à établir. Dans la première, il faut placer toutes les femmes qui sont frappées par la maladie vers l'âge de 45 à 50 ans, chez lesquelles la fonction génératrice est terminée; chez ces malades, la marche de l'affection est ordinairement très-lente, c'est chez elles que le chirurgien doit respecter la maladie, à moins qu'une absolue nécessité ne réclame son intervention, ce qui, malheureusement, se présente encore trop souvent. Dans la deuxième catégorie, nous placerons toutes les femmes qui sont atteintes vers l'âge de 20 à 40 ans et au-dessus ; celles-là, en général, ne vivent pas longtemps : elles succombent habituellement entre 30 et 45 ans, et plus la maladie les a frappées jeunes, moins elles ont de chances en leur faveur. Les femmes de cette deuxième catégorie sont sujettes à mille incommodités, à la stérilité; elles sont très-exposées à la péritonite, à l'inflammation et à la suppuration du kyste, à celle de l'utérus et de ses annexes, à la métrorrhagie, à l'avortement, à l'accouchement impossible ou difficile, comme j'en ai vu un exemple avec M. Depaul. Elles meurent par asphyxie lente, par altération des grandes fonctions assimilatrices, l'ascite, la péritonite chronique ou aiguë, par rupture du kyste. Cette dernière terminaison, à laquelle on doit quelques rares guérisons, est le plus souvent mortelle. Ce tableau, que je ne crains pas d'avoir trop rembruni, n'est certes pas fait pour encourager le praticien à rester dans l'inaction.

L'inefficacité de la thérapeutique médicale, la longue durée de la maladie et ses divers modes de terminaison spontanée justifient-elles l'utilité de l'intervention chirurgicale? Évidemment oui, car les quelques cas de guérison à la suite de rupture de la tumeur au dehors ou dans une cavité naturelle, ne font que démontrer l'opportunité d'une *évacuation chirurgicale*, mais ce n'est pas à dire qu'il faille opérer indistinctement tous les kystes ovariques.

L'étude clinique et anatomo-pathologique montre encore mieux l'utilité de l'intervention chirurgicale. Tant que la science diagnostique ne sera pas plus avancée, on confondra toujours une foule de kystes formés autour de l'ovaire avec ceux de cet organe : 1° les kystes séreux des ligaments larges; 2° les kystes embryonnaires de ces ligaments résultant d'un commencement de grossesse utérine; 3° les kystes péri-utérins développés sous la membrane cellulo-fibreuse qui entoure l'utérus; 4° même les kystes interstitiels de la matrice quand ils ont acquis un grand volume (M. Huguier montre un dessin représentant un kyste de ce genre); 5° les kystes du corps de Wolf ou de l'organe de Rosenmüller; 6° certaines hydropisies enkystées du péritoine-pelvien.

Toutes ces poches, se rapprochant des membranes séreuses par leur organisation, peuvent être facilement oblitérées par un moyen chirurgical, conformément aux remarques de M. Velpeau sur les cavités accidentelles, et comme M. Cruveilhier l'a également fait ressortir en étudiant l'organisation de ces tumeurs. C'est probablement un de ces kystes, dits kystes de l'ovaire, qu'Auguste Bérard croyait avoir guéri par l'acupuncture.

Les kystes ovariques proprement dits sont de plusieurs espèces : 1° ceux qui se développent dans les vésicules de Graaf; ce sont les plus communs, les plus difficiles à guérir, à raison de leur ressemblance avec une muqueuse (ils se composent d'une membrane villeuse et d'une couche épithéliale); ils se présentent souvent sous la forme multiloculaire ; 2° ceux qui se développent dans la gangue de l'ovaire, dans la trame celluleuse interposée aux vésicules de Graaf. Ces kystes-là sont de véritables kystes séreux ou séro-sanguins ; 3° les kystes hydatiques; 4° les purulents à marche tout à fait chronique; 5° les kystes embryonnaires, dont les parois sont cellulo-vasculaires. Ces quatre dernières espèces sont susceptibles de guérir facilement. La distinction clinique entre ces divers kystes étant le plus souvent impossible, si vous enveloppez dans la même proscription l'action chirurgicale appliquée à ces tumeurs, que l'on réunit sous le nom de kystes de l'ovaire, vous priverez un grand nombre de femmes des secours de l'art, et les vouerez à une foule d'accidents, ainsi qu'à une mort certaine que vous ensiez pu conjurer.

Quels sont les kystes qui ne doivent pas être opérés ?

1° Tous ceux qui se manifestent vers l'âge de 50 ans; cependant MM. Boinet et Monod ont opéré avec succès des femmes âgées de plus de 60 ans.

2° Ceux qui, chez des femmes beaucoup moins âgées, ne font plus de progrès et ne causent aucun trouble fonctionnel.

3° Les kystes multiples, aréolaires, multiloculaires, si surtout ils ont un grand volume. Je vois que, dans 7 cas de mort, 4 appartiennent à des cas multiloculaires. La mort n'a pas ordinairement lieu par péritonite, mais bien par infection purulente ou putride, par épuisement graduel, conséquence de la suppuration, de la mortification lente ou d'une véritable gangrène des kystes et de leurs cloisons. C'est ce que j'ai observé dans deux cas où, à la vérité, les injections iodées ne furent pas mises en usage. Je dois dire que des guérisons de kystes multiloculaires ont été obtenues par MM. Boinet, Monod, Demarquay.

4° Les kystes très-volumineux dont les larges adhérences avec les viscères supérieurs ou les parois de l'abdomen s'opposent à la rétraction et à l'oblitération.

5° Les kystes développés chez des personnes très-faibles ou dont la constitution est entachée d'un vice général; ceux compliqués de lésions organiques de l'ovaire ou de l'utérus, à moins qu'une nécessité absolue n'exige l'intervention du chirurgien.

Nous pensons qu'au contraire on devra opérer :

1° Tous les kystes qui existent chez des femmes jeunes, qui leur causent des incommodités sérieuses ou des accidents, et il y en a beaucoup plus qu'on ne le pense généralement; rappelez-vous les malades citées par M. Gimelle, par M. Jobert, M. Trousseau, M. Cruveilhier.

2° Les kystes qui, sans causer actuellement d'accidents, ont un accroissement rapide et continuel.

3° Ceux dont les parois ne paraissent pas trop épaisses, qui sont sans inégalités, sans bosselures, exemptes d'adhérences très-étendues avec les viscères, ceux dont le contenu est très-léger, mobile, peu épais, d'apparence séreuse et non sirupeuse.

4° On devra ponctionner et injecter de teinture iodée tous ceux qui, après une ou plusieurs ponctions, s'enflamment et suppurent, afin de prévenir ou d'arrêter l'intoxication purulente.

Examinons maintenant les méthodes et les procédés.

L'*incision* a été abandonnée par ses inventeurs eux-mêmes. En prenant la précaution de faire adhérer le kyste et la paroi abdominale, quelques praticiens de nos jours ont évité l'épanchement du liquide et la péritonite, mais nullement l'inflammation, la gangrène du kyste, l'infection purulente ou putride. Cependant, aujourd'hui que nous possédons les injections iodées, peut-être l'incision devrait-elle être moins généralement abandonnée; surtout en la pratiquant par le vagin. J'ai obtenu trois succès à l'aide de cette méthode dans des kystes prolifères et embryonnaires (M. Huguier montre une *mèche de cheveux* provenant de l'un de ces kystes).

Ponction simple, comme Roux, comme M. Nélaton l'a vu, la guérison complète peut avoir lieu à la suite d'une seule ponction. C'était chez une dame de 25 ans, affectée d'un kyste qui contenait près d'un litre de liquide opaque, filant, brun clair; la ponction avait été faite par le vagin. Il n'y eut ni fièvre ni inflammation kystique appréciable. Depuis 1853, le kyste n'a pas reparu; il ne reste qu'une tumeur placée au côté gauche de l'hypogastre, et ayant le volume d'un œuf de poule.

Quant à la ponction simple *répétée*, je n'ai jamais vu cette opération faite d'une manière convenable, et dans des conditions opportunes, être suivie d'accidents. Les trois faits cités par M. Cruveilhier sont, comme il l'a dit lui-même, des exceptions; on peut ajouter que dans ces faits, l'opération a été retardée presque jusqu'au moment où des accidents sérieux ont forcé de la pratiquer, condition éminemment défavorable; qu'en outre, dans un de ces cas, il y eut des pressions, des manœuvres, etc.

En définitive quand on doit opérer un kyste ovarique, la ponction simple doit d'abord être employée, soit comme opération évacuative, soit comme premier temps d'une opération plus complexe si la maladie récidive.

La *ponction avec canule à demeure* ne nous paraît convenable que pour les kystes primitivement purulents, pour ceux qui suppurent après une ou plusieurs ponctions; pour les kystes multiloculaires, qui par une erreur du diagnostic souvent inévitable ont été pris pour des kystes uniloculaires (M. Huguier montre un dessin représentant un kyste multiloculaire dont la poche principale contient quinze litres de liquide).

Ponction et injection iodées. Les faits nous paraissent aujourd'hui assez nombreux pour démontrer l'efficacité de cette opération. Sur 32 cas rapportés par M. Boinet, je ne trouve que 7 cas de mort (4 kystes multiloculaires, 3 avec lésion concomitante des organes sexuels). En admettant que quelques-uns de ces faits aient été publiés prématurément, l'ensemble des faits ne démontrerait pas moins l'utilité, et dans un grand nombre de cas l'innocuité de la méthode. Le premier volume du *Moniteur des hôpitaux* contient un cas de guérison par cette méthode; MM. Monod et Demarquay sur 10 cas, n'ont eu qu'un décès; M. Monod m'a même assuré avoir réussi par cette méthode chez des femmes âgées et dans un cas de kyste multiloculaire. MM. Cazeaux, Velpeau, Jobert, Gimelle, Cruveilhier vous ont également signalé l'innocuité de l'opération. MM. Moreau et Trousseau l'ont complétement repoussé, le premier par pur sentiment; le second, 1° à cause des récidives, et cependant la récidive est la règle après la ponction simple que M. Trousseau approuve! 2° parce que cela l'effraye? Cependant ni la douleur qu'elle provoque, ni sa longue durée, ni les accidents qu'elle peut causer, ne rendent cette opération *effrayante*.

Voici quelques faits qui me sont propres : sur 9 opérations de ce genre que j'ai pratiquées, je n'ai eu à déplorer aucun décès; une seule malade a eu une péritonite grave dont elle a guéri. Deux malades ont vu leur affection récidiver; elles n'avaient subi que deux ponctions et une injection; se croyant guéries, elles sont sorties de ma salle, mais j'ai su qu'elles étaient rentrées dans un autre hôpital. Que sont-elles devenues? Je l'ignore.

Cinq malades ont guéri sans accidents sérieux; sur ce nombre deux avaient des kystes ovariques dont le point de départ avait été une grossesse extra-utérine; les trois autres avaient des kystes simples, à parois minces (l'un renfermait une matière albumineuse).

La neuvième malade est celle dont M. Malgaigne et moi avons parlé dans la première séance; elle était presque mourante quand je lui fis la ponction le 19 avril 1855; il s'écoula 18 litres d'un liquide blanc-jaunâtre, légèrement filant et onctueux. Elle avait en même temps une tumeur fibreuse utérine interstitielle du volume de la tête d'un adulte. Le kyste s'enflamma; des symptômes d'infection purulente se manifestèrent; une deuxième ponction fut faite le 12 mai 1855 : 6 litres et demi de liquide purulent furent évacués, une canule laissée à demeure, des injections iodées pratiquées tous les jours, et les accidents cessèrent. Aujourd'hui la santé est excellente, la tumeur fibreuse utérine a un peu diminué de volume; quant au kyste, il est tellement revenu sur lui-même, qu'il n'admet pas plus de deux ou trois cuillerées de liquide iodé.

En résumé, les injections iodées dans les kystes de l'ovaire sont propres, dans un grand nombre de cas, à amener la guérison de cette affection; non-seulement, dans la majorité des cas, elles ne sont pas suivies d'accidents, mais elles font le plus ordinairement cesser, comme par enchantement, les accidents inflammatoires d'intoxication purulente. Je demeure convaincu que l'on aurait encore plus de succès à cela si l'on n'eût pas attendu pour opérer que les malades eussent déjà un pied dans la tombe.

Voici les objections sérieuses qui ont été faites à cette opération : 1° les cas d'insuccès que l'on cache l'emportent probablement sur les succès que l'on publie; 2° il est impossible d'obtenir le retrait de certaines poches très-volumineuses; 3° une injection irritante dans un grand kyste expose à une inflammation grave, soit de la tumeur, soit de l'utérus ou du péritoine; 4° si le kyste n'est pas adhérent, on pique le péritoine en deux ou même quatre points, quand il adhère entre l'épiploon avec la partie antérieure et inférieure du kyste; 5° on peut blesser des vaisseaux volumineux, déterminer des épanchements de sang dans la cavité péritonéale; 6° on aura affaibli la paroi du kyste dans le point ponctionné, et plus tard, s'il se reproduit, il pourra se rompre dans ce point sous l'influence du plus léger effort, d'où une péritonite mortelle; 7° si la poche suppure, les liquides stationnant dans sa partie la plus déclive, s'altèrent et il y a danger d'infection purulente ou putride; 8° si c'est un kyste aréolaire ou multiloculaire, la fonte purulente, le ramollissement putride ou la gangrène se manifesteront dans les parois et cloisons qui séparent les poches les unes des autres.

La plupart de ces objections sont plus spécieuses que solides. Rien ne montre, en effet, que les insuccès aient été égaux ou supérieurs en nombre aux succès.... Si quelques praticiens, peu scrupuleux et ambitieux, ont caché leurs insuccès, en échange que de chirurgiens honnêtes et qui ne courront pas après la publicité, ont laissé ignorer leurs succès!

Les plus grands kystes peuvent revenir sur eux-mêmes; rien n'oblige à panser une injection irritante dans un grand kyste; on peut auparavant, comme le font tous les chirurgiens prudents et comme l'a de nouveau recommandé M. Demarquay, faire au préalable une, deux et trois ponctions évacuatrices, pour réduire le volume de la tumeur. Et quant aux accidents qui sont purement *opératoires* (piqûre du péritoine, épanchements, rupture consécutive), on peut les éviter, comme l'a dit M. Jobert, en déterminant l'adhérence du kyste à la paroi abdominale, ou mieux en faisant la ponction par le vagin, ce que je fais toujours à moins d'impossibilité absolue. Les avantages de l'opération par le vagin sont nombreux : en opérant la partie la plus déclive de la tumeur, on évite la stagnation des liquides; si la plaie demeure fistuleuse, ou si la maladie ayant récidivé, le kyste distendu de nouveau vient à se rompre, l'écoulement du liquide aura lieu sans danger par le vagin; en outre, on est moins exposé à blesser les vaisseaux du kyste qui arrivent à cette poche par sa partie externe. La ponction par le vagin ne produit pas de ces adhérences, qui fixent le kyste et l'empêchent de se rétracter; je ne l'ai jamais vue suivie de péritonite. M. Ricord s'est également bien trouvé de la ponction vaginale, il a guéri par elle une malade qui n'avait pu être guérie par la ponction abdominale....

M. Huguier insiste encore sur les avantages de la ponction par le vagin, puis il termine en ces termes.

De tout ce qui précède, nous croyons pouvoir conclure :

1° Que les kystes de l'ovaire ne sont pas des affections aussi bénignes qu'on le pense généralement, que ce sont au contraire des affections fort graves dans un grand nombre de circonstances;

2° Que c'est une erreur de penser que, dans la majorité des cas, la vie se prolonge jusqu'à un âge avancé : plus la femme est jeune, plus promptement elle succombe;

3° Les kystes uniloculaires, sans altération organique de leurs parois, qui contiennent un liquide séreux, séro-sanguinolent ou albumineux; ceux qui ont eu pour point de départ une grossesse extra-utérine, les kystes purulents sont ceux dont on obtient le plus facilement la guérison.

4° Il ne faut pas toucher aux kystes aréolaires et multiloculaires, à moins que, très-peu volumineux, ils causent déjà de grandes incommodités ou souf-

frances; on a alors la chance d'éviter les graves accidents que leur traitement chirurgical, ordinairement, détermine lorsqu'ils sont volumineux;

5° Le moment opportun pour opérer est celui où le kyste n'ayant pas encore acquis un grand volume, commence à faire souffrir la malade ou à exercer une fâcheuse réaction sur les fonctions;

6° Rarement l'emploi d'une seule méthode réussit; souvent il faut les combiner;

7° Parmi les injections, les iodées sont celles qui réussissent le plus souvent, qui sont le moins suivies d'accidents, et qui mettent le plus sûrement à l'abri de l'infection purulente;

8° On devra, autant que possible, attaquer le kyste par le vagin plutôt que par la paroi abdominale.

M. Robert : Au point où en est arrivée cette discussion, ce que l'Académie doit le plus désirer de connaître, ce sont des faits. Aussi me bornerai-je à dire ce que l'observation m'a appris sur le traitement de ces kystes, et plus spécialement sur les effets des injections iodées.

La première et la plus simple des opérations que l'on pratique sur les kystes ovariques, c'est la ponction suivie de l'évacuation d'une partie ou de la totalité du liquide contenu dans le kyste.

Le manuel opératoire n'offre rien qui mérite ici d'être mentionné. Cependant il ne faut pas oublier que la surface péritonéale du kyste n'est point adhérente à celle de la paroi abdominale, et qu'après l'extraction de la canule, quelques gouttes du liquide contenu dans le kyste peuvent s'écouler dans la cavité du péritoine et y produire une dangereuse inflammation. Pour éviter cet accident, il faut exercer une pression constante sur la paroi de l'abdomen pendant toute la durée de l'opération, et après elle, de manière qu'elle soit toujours exactement appliquée sur le kyste. On doit même la continuer au moyen d'un bandage convenable pendant plusieurs jours, jusqu'à ce que l'on suppose les adhérences établies. Il est en outre de la plus haute importance de laisser pendant plusieurs jours les malades au repos et dans la plus stricte immobilité.

Cependant, malgré toutes les précautions, il se manifeste quelquefois, peu d'heures après l'opération, une douleur assez intense, mais circonscrite autour de la piqûre. Elle cède en général à une application de sangsues ou à quelques moyens simples, et jamais je ne l'ai vue avoir de suites graves. Elle est l'indice d'une péritonite partielle, dont la conséquence doit être la formation d'adhérences entre le kyste et la paroi contiguë de l'abdomen. Loin de considérer cet accident comme fâcheux, je lui trouve l'avantage d'offrir une plus grande sécurité dans le cas où l'on aurait ultérieurement besoin de pratiquer une nouvelle ponction.

La ponction des kystes ovariques est le préliminaire obligé de tout traitement chirurgical; elle complète le diagnostic toujours plus ou moins incertain lorsque les tumeurs n'ont été soumises qu'aux moyens ordinaires d'investigation :

1° Cette opération nous fait connaître la nature du liquide contenu dans le kyste, circonstance dont il faut tenir grand compte pour le pronostic et le traitement.

2° Elle révèle la disposition intérieure de la tumeur et nous apprend si elle est simple ou à plusieurs loges, si ces dernières sont isolées et communiquent entre elles.

3° Elle permet au chirurgien d'explorer les parois mêmes du kyste, d'en apprécier l'épaisseur, la consistance; elle permet aussi de reconnaître les tissus qui l'environnent, et de constater la présence de masses fibreuses qui souvent lui sont associées; quelquefois la ponction seule, suivie de l'évacuation du liquide contenu dans la tumeur, suffit pour amener la guérison, ainsi que j'en ai vu un exemple en 1849 à l'hôpital Beaujon.

La ponction des kystes de l'ovaire est ordinairement suivie de la reproduction plus ou moins prompte du liquide; mais on peut y revenir à titre de palliatif aussi souvent qu'elle est nécessaire, et il est à signaler que l'organisme s'habitue d'une manière remarquable à ces opérations que l'on peut ainsi répéter un très-grand nombre de fois.

Enfin, la ponction est le premier temps d'une opération complexe ayant pour but la guérison radicale.

Or deux méthodes peuvent être employées pour obtenir cette guérison.

La première consiste à ouvrir le kyste et y provoquer la suppuration, de manière à obtenir la formation de bourgeons charnus et la cicatrisation, comme dans les plaies suppurantes.

La seconde, au contraire, laisse au kyste son caractère de cavité close; et la suppuration, loin d'être un but qu'on cherche à atteindre, est au contraire un accident redoutable qu'il importe de prévenir.

Quel que soit le procédé que l'on mette en usage pour obtenir l'ouverture permanente et la suppuration d'un kyste de l'ovaire; que ce soit par une ponction suivie du séjour à demeure de la canule ou d'une sonde en gomme élastique dans la plaie; que ce soit par des applications successives de caustiques, comme le faisait Récamier; que ce soit enfin par l'incision en deux temps, suivant le procédé appliqué par MM. Graves et Bégin aux kystes hydatiques du foie; la cavité ovarienne, ainsi mise en contact permanent avec l'air atmosphérique, perd ses caractères de cavité close, une inflammation violente ne tarde pas à s'y manifester; la suppuration qui en résulte devient promptement très-fétide et donne lieu à des symptômes de résorption et d'intoxication putride.

L'idée d'employer les injections iodées dans ces cas graves s'est naturellement présentée à l'esprit des praticiens qui connaissaient les propriétés antiputrides de cet agent et les modifications qu'il imprime aux surfaces suppurantes. En 1850, j'ai en plusieurs fois l'occasion d'y recourir; mais, malgré les résultats heureux qu'elles m'ont promis d'abord, je n'ai pas eu le bonheur de guérir et de sauver mes malades.

Ici M. Robert rapporte ces faits qui sont, suivant lui, de nature à éclairer la discussion.

Dans ces trois faits, continue M. Robert, on voit que si l'iode a pu modifier la nature du pus et arrêter la marche de l'infection putride, il a été impuissant pour amener le retrait de la membrane pyogénique et n'a pas empêché les malades de succomber.

Du reste, ils ne sont pas les seuls que possède aujourd'hui la science, et il est à ma connaissance que, dans plusieurs cas semblables, les résultats n'ont pas été plus heureux, et l'observation elle-même que M. Barth a lue à l'Académie dépose contre cette méthode, puisque, malgré ses efforts persévérants, il n'a pu réussir à obtenir la guérison.

Mais il y a plus, il résulte d'un fait dont je dois la connaissance à M. le docteur Briquet, que la teinture d'iode peut se combiner avec les produits albumineux déposés dans l'intérieur du kyste ou à sa face interne, et transformer ceux-ci en lames compactes d'une densité que M. Briquet compare à celle du cuir et qui s'opposent invinciblement à tout travail d'adhésion.

L'auteur de l'iodothérapie, en rapportant les observations qui me sont propres, prétend que l'iode n'a point été convenablement employé et que sa méthode eût produit de plus heureux résultats. A cela je répondrai que ce mode opératoire, mis en usage par M. Boinet lui-même, à l'hôpital de la Charité, sous les yeux de M. Briquet, a produit de fâcheux résultats, ainsi que me l'affirmait, il y a peu de jours encore, cet honorable et savant confrère.

Ainsi nous sommes en mesure aujourd'hui de juger complètement la méthode qui consiste à ponctionner les kystes de l'ovaire, et à maintenir l'ouverture béante en y laissant une canule à demeure. Cette méthode doit être abandonnée et réservée seulement pour quelques cas exceptionnels. Tel serait, par exemple, celui dont M. Huguier a entretenu l'Académie.

Dans quelques cas rares où les kystes ovariques seraient facilement accessibles par le vagin, peut-être serait-il possible de ponctionner la tumeur par cette voie. L'ouverture étant déclive, on pourrait espérer des résultats plus avantageux.

A l'imitation de Récamier, j'ai plusieurs fois réussi à vider ainsi des hématocèles ou de vastes abcès pelviens, et les injections iodées m'ont été très-utiles; mais je n'ai pas rencontré de kystes de l'ovaire sur lesquels il fût possible d'agir par ce procédé.

Il me reste maintenant à étudier la méthode qui consiste à vider le kyste de l'ovaire par une simple ponction immédiatement suivie d'une injection iodée.

Dans cette méthode, le kyste conserve, ainsi que nous l'avons dit, ses caractères de cavité close, et la suppuration, loin d'être le but de l'opération, est au contraire un accident redoutable que l'on doit éviter avant tout.

Ce qui me paraît résulter des faits qui me sont propres et de ceux dont j'ai eu connaissance, c'est que l'injection iodée ne produit pas en général d'inflammation vive sur les parois de la cavité kystique; mais une portion du liquide contenu dans celle-ci, mélangée avec une certaine quantité de solution iodée, peut s'échapper par la piqûre du trocart après qu'on a retiré la canule, s'épancher dans le péritoine et y causer une inflammation dangereuse.

C'est là, si je ne me trompe, l'accident que l'on a le plus souvent à craindre à la suite de cette opération. Pour l'éviter, divers chirurgiens ont conseillé de laisser la canule pendant quelque temps à demeure, afin que des adhérences puissent s'établir entre le kyste et la paroi abdominale. Je craindrais, en adoptant ce moyen, que, dans certains cas, la canule ne déterminât un peu de suppuration autour d'elle et ne devînt ainsi le point de départ d'une inflammation pyogénique qui se propagerait au kyste. Je préfère donc retirer immédiatement la canule après l'injection et maintenir la paroi abdominale exactement appliquée contre la poche ovarique, au moyen d'une compression convenable; cette simple précaution m'a toujours suffi.

Il est inutile de chercher à faire sortir tout le liquide contenu dans la tumeur, je dirai même qu'il y a inconvénient grave à l'essayer. Les pressions multipliées que nécessite cette manœuvre ont l'inconvénient de froisser le péritoine et les parois du kyste, et de les prédisposer aux inflammations. Après l'injection, j'ai l'habitude de laisser une certaine quantité du liquide injecté, suivant du reste en cela le précepte depuis longtemps donné par M. Velpeau pour l'opération de l'hydrocèle.

Que se passe-t-il après l'opération? Mon expérience personnelle n'est pas suffisante pour l'établir d'une manière complète, puisque je n'ai eu que six fois l'occasion de pratiquer des injections iodées dans le kyste de l'ovaire. Sur ce nombre, je n'ai pas observé d'accidents graves, les phénomènes d'inflammation ont été très-modérés, et je dois dire que le volume des kystes ne m'a pas paru avoir d'influence sur l'intensité des symptômes.

Les malades découragées n'ont pas voulu se soumettre à une nouvelle tentative.

L'insuccès d'une première opération n'est point, en effet, une condition qui exclue la possibilité de la guérison radicale. On peut y revenir une ou plusieurs fois, pourvu que ce soit à de longs intervalles et qu'on se soit assuré que la tumeur s'accroît de nouveau.

Dans les cas où la guérison doit avoir lieu, l'épanchement se reproduit peu

de temps après l'opération; mais il est loin d'atteindre son volume primitif; puis, au bout de quelque temps, il prend une marche rétrograde.

Au fur et à mesure que la poche diminue, ses parois paraissent acquérir un peu plus de densité; mais le travail de résorption est lent, et pendant très-longtemps on sent encore de la fluctuation.

Mais que deviennent ultérieurement et définitivement ces kystes? S'oblitèrent-ils complétement ou bien conservent-ils une cavité? Je ne sache pas qu'on ait encore eu l'occasion de le constater anatomiquement. Parmi les malades que j'ai opérées et que j'ai en occasion de suivre, je n'ai pas encore observé une disparition complète de la tumeur, bien que chez l'une d'elles deux ans se soient écoulés depuis l'opération; cependant j'admets qu'il puisse en être ainsi, puisque plusieurs praticiens dignes de foi disent l'avoir constaté.

Du reste, on aurait tort d'admettre que l'oblitération des kystes de l'ovaire soit la condition unique et exclusive de leur guérison. L'iode possède une propriété remarquable, c'est celle d'agir comme simple modificateur des surfaces altérées, de manière à y rétablir l'équilibre entre l'exhalation et l'absorption. Cette propriété, sur laquelle M. Abeille paraît avoir le premier appelé l'attention en 1849, a été bien démontrée par le résultat des recherches nécroscopiques de M. Hutin sur des individus opérés d'hydrocèle depuis plus ou moins longtemps. Moi-même j'ai constaté plusieurs fois, à la suite d'injections faites dans l'articulation du genou pour des cas d'hydarthrose ancienne et rebelle, l'absence de tout déchet dans les mouvements, ce qui démontre l'intégrité des surfaces de glissement.

Je suis d'autant plus fondé à croire que ces mêmes résultats peuvent être obtenus dans les kystes de l'ovaire; que dans certains cas la tumeur persistant avec ses caractères de kyste cesse de faire des progrès et reste indéfiniment stationnaire. Le hasard m'a fourni il y a quelques mois l'occasion de voir une malade dans ces conditions.

Il est donc aujourd'hui bien démontré que les kystes de l'ovaire peuvent être guéris par la ponction suivie de l'injection iodée. C'est un fait incontestable établi non-seulement par quelques observations déjà publiées, mais encore par ce que nous savons de la pratique de plusieurs chirurgiens éminents. C'est là un progrès réel de la chirurgie moderne, puisqu'il y a peu d'années encore ces tumeurs étaient considérées comme n'étant susceptibles que d'un traitement palliatif. La science et l'humanité le devront d'abord à M. Velpeau, qui le premier a signalé les effets spéciaux de l'iode sur les cavités closes, puis à notre jeune confrère M. Boinet dont les efforts persévérants ont puissamment contribué à populariser cette méthode.

Toutefois, pour l'apprécier exactement et lui assigner le rang qu'elle devra occuper dans la pratique chirurgicale, nous aurions à résoudre deux questions: 1° celle de savoir si elle peut compromettre la vie et dans quelle proportion; 2° celle d'établir le chiffre des guérisons.

Il est impossible de supposer qu'une opération dont le foyer est souvent très-étendu et très-rapproché du péritoine ne soit pas sérieuse et de nature à provoquer des accidents fâcheux. Nous savons qu'il y a eu des revers; mais malheureusement ils n'ont pas tous été enregistrés, et cependant comment arriver à des données précises si l'on ne procède pas par la statistique?

Une question non moins importante que la précédente consiste à savoir dans quelle proportion les injections iodées produisent la guérison. Or sur ce point nos documents sont encore moins explicites que sur le précédent. Sur les six cas qui me sont propres, la maladie s'est reproduite deux fois.

Tout ce que l'on sait, et c'est déjà un résultat assez important, c'est que la nature du liquide contenu dans les kystes influe puissamment sur les chances de succès; ainsi les kystes qui contiennent de la sérosité limpide paraissent occuper le premier rang. Les kystes qui renferment de la sérosité citrine sont dans des conditions à peu près aussi favorables que les précédents. Si ces liquides aqueux ou séreux se trouvent mêlés à une certaine quantité de sang qui leur donne une teinte brunâtre, il n'y a pas plus à craindre par le pronostic.

Mais les conditions ne sont plus les mêmes lorsque les liquides sont huileux, plus ou moins épais ou presque gélatiniformes, au point de ne sortir qu'avec difficulté par la canule du trocart. Quelques faits m'ont appris qu'il existe alors peu de chances de guérison.

Telle est aujourd'hui l'unique solution possible aux diverses questions que nous avons posées. Quoi qu'il en soit de ces incertitudes que le temps ne manquera pas de dissiper, on peut dire déjà que dans l'état actuel de la science, l'intervention de la chirurgie, à titre de moyen curatif est admissible dans le traitement des kystes de l'ovaire; et que la méthode qui consiste à ponctionner la tumeur et y faire une injection iodée est celle que l'on doit préférer.

Ce point de doctrine étant adopté, il se présente à résoudre une dernière question qui ne manque pas d'intérêt: c'est celle de déterminer l'époque à laquelle il convient d'agir.

Certes personne ne conseillera d'attendre que les kystes aient atteint un volume énorme, et tel qu'il en résulte un trouble notable dans les fonctions des viscères de la poitrine ou du ventre; mais, d'un autre côté, quel est le praticien prudent qui osera porter la main sur une tumeur récente, d'un petit volume, dont l'accroissement est à peine sensible, et qui n'amène aucun dérangement dans la santé de la femme?

Pour moi, je n'admets l'opportunité de l'opération que dans les cas où il s'agit d'un kyste déjà volumineux ou en voie d'accroissement assez rapide, de telle sorte qu'on puisse dire que, dans un temps peu éloigné, il deviendra la source d'incommodités graves.

— Il est cinq heures moins un quart, l'Académie se forme en comité secret. La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

BIBLIOGRAPHIE.

MÉCANISME DU DÉVELOPPEMENT DU BASSIN ET DE LA PRODUCTION DE SES PRINCIPALES ANOMALIES; par M. le docteur HUBERT, membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Belgique, professeur à l'Université de Louvain; avec des notes critiques sur la théorie de M. Gavarret, par M. le docteur VALÉRIUS. (Extrait des MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE, t. IV.) — Bruxelles, 1856.

Le mémoire intéressant lu à l'Académie de médecine de Belgique, sous ce titre, et livré par elle à une publicité méritée, répond-il bien complétement à ce titre, ou n'aurait-il pas plus justement dû être borné à sa seconde ligne, ou plus exactement encore être intitulé: INFLUENCE OU MÉCANISME DE L'ÉQUILIBRE DU BASSIN SUR LA PRODUCTION DE SES ANOMALIES?

Si nous insistons sur un détail en apparence aussi insignifiant qu'un titre, c'est que cette dernière formule nous a paru très-bien justifiée par le mémoire lui-même, et qu'elle renferme les seules conclusions vraiment inattaquables de ce travail. Nous verrons, en effet, que les considérations géométriques, quoique généralement exactes, sur lesquelles s'appuient les auteurs du mémoire pour annoncer, à l'avance, la forme que devra affecter le bassin normal chez l'homme et chez la femme, ne sont pourtant pas suffisantes pour fournir à elles seules les conclusions auxquelles ils arrivent.

Nous justifierons tout de suite cette critique, la seule vraiment sérieuse que nous adressions à cet ouvrage, en exposant la théorie de MM. les professeurs Hubert et Valérius sur ce point spécial qu'ils intitulent: « *Mécanisme du développement du bassin.* »

« La conformation du bassin et la production de ses anomalies dépendent de deux ordres de causes: 1° causes internes, organiques, inhérentes à l'évolution des os qui le composent; 2° de causes externes, *purement physiques*, s'exerçant sur ces mêmes os en voie de développement ou totalement développés. Quelle part faut-il leur faire respectivement?

» *Causes organiques.* — Nous n'essayerons pas d'expliquer, continue l'auteur, pourquoi les cellules primitives forment ici un muscle, là un os long, là un os plat; pourquoi, dans les espèces différentes, les organes destinés aux mêmes fonctions offrent à la fois des analogies et des dissemblances; nous ne rechercherons pas même pourquoi le bassin de l'homme se développe surtout dans le sens vertical, et celui de la femme dans le sens horizontal. Ce sont là les secrets de la nature. Mais nous pouvons très-bien nous demander comment il se fait que, si nous comparons l'entrée du canal pelvien à une ellipse, nous trouvions son grand axe placé transversalement chez la femme adulte, tandis qu'il était dirigé d'arrière en avant chez l'enfant. » (P. 15 et 16.)

Vous pouvez, en effet, vous poser cette question, mais non la résoudre comme vous le faites, sans tomber sous le coup de la première partie de votre paragraphe. Car il ne suffit pas, pour dissiper les obscurités d'un tel problème, de démontrer savamment, comme vous le faites, que « en supposant que la tendance au développement des os du bassin soit chez la femme horizontale, et verticale chez l'homme, il résulte des propriétés du cercle et de l'ellipse que les diamètres transverses s'accroîtront plus vite chez la première et les diamètres antéro-postérieurs chez le second (1). »

(1) Tout en convenant de l'exactitude de la proposition géométrique développée page 17, et de laquelle il résulte qu'en supposant dans les *deux os coxaux* et le *sacrum* une tendance à accroissement horizontal *égale*, et l'espace qu'ils circonscrivent, circulaire, les diamètres transversaux de l'espace ainsi circonscrit croîtront plus vite que les diamètres antéro-postérieurs, qu'on nous permette de compléter la démonstration un peu incertaine de M. Valérius. Tout est exact dans cette démonstration; mais sa conclusion eût été plus immédiatement évidente, s'il avait remarqué que sa ligne *cm* est

Est-il donc plus satisfaisant pour l'esprit de supposer que le *nisus formativus* qui préside à l'évolution des os soit horizontal chez la femme et vertical chez l'homme, que de reconnaître tout uniment, comme vous semblez le faire au début de cet article, que la nature a primordialement établi certaines lois de développement qui assignent au bassin de la femme une forme ovalaire à grand axe transversal, et à celui de l'homme un ovale plus allongé dans le sens antéro-postérieur? Il nous semble que la question ne gagne absolument rien à cette modification dans l'expression du principe, toujours inconnu dans son essence, qui préside au développement de l'espèce.

Après avoir sur ce point payé notre tribut à la critique, entrons tout de suite dans un autre ordre d'idées et de considérations plus satisfaisant et dans lequel nous n'aurons qu'à applaudir aux vues de MM. Hubert et Valérius.

Ces deux savants professeurs ayant entrevu que le mécanisme de la production des anomalies, des déformations du bassin, ne pouvait être bien compris, si l'on n'avait une idée exacte des conditions mêmes de son équilibre entre les forces qui sollicitent ses divers points, se sont donc occupés d'abord de l'étude du mécanisme du bassin à l'état sain.

Cette question n'était pas nouvelle peut-être; elle méritait bien cependant d'être mise à l'étude; car ce que les annales de la science avaient le plus nouvellement enregistré à cet égard ne pouvait malheureusement être accepté.

Le préambule de MM. Hubert et Valérius consiste effectivement à reproduire et à réfuter une théorie présentée sur ce point de doctrine par M. le professeur Gavarret (1), laquelle a malheureusement pour appui deux circonstances, l'une de fait, l'autre de principe, qui, nous le reconnaissons à regret, sont l'une et l'autre inacceptables.

La question de principe est celle-ci :

« Le sacrum est un véritable coin (enchâssé entre les os des iles), et » qui leur transmet le poids de toute la partie supérieure du corps. Il » en résulte que le poids supporté par le sacrum au moment où il » est transmis aux os iliaques sur les symphyses sacro-iliaques, se » décompose en quatre efforts disposés ainsi qu'il suit :

» *A*. Deux efforts verticaux qui constituent toute la charge que les » fémurs ont à supporter; *cette charge est nécessairement moindre » que celle supportée par le sacrum lui-même.*

» *B*. Deux efforts horizontaux, etc.... »

Nous interrompons ici la citation empruntée à la note de M. Gavarret, par ce qu'en admettant même le point de départ de sa proposition, que le sacrum agisse comme un coin entre les os coxaux, nous ne pourrions nous empêcher de reconnaître la trop grande justesse de la critique adressée à la proposition que nous venons de souligner. Comment une telle erreur de statique géométrique, formulée sur le vu de la décomposition des forces en jeu dans l'équilibre du coin, a-t-elle pu échapper au savant professeur? C'est ce que nous ne pouvons nous expliquer. Mais il est patent que, quelle que soit la décomposition des forces opérée à la jonction du sacrum et des os des iles, le poids du corps sur les fémurs ne saurait être moindre que sur le sacrum. S'il en était ainsi, il n'y a point de raison pour que, diminuant d'articulation en articulation, le poids des parties supérieures n'en vînt à n'être plus perçu du tout par les plus inférieures, et enfin par le sol lui-même. D'ailleurs, M. Valérius prend soin de démontrer, dans une proposition de géométrie aussi simple que logique, que, dans le cas actuel, les deux composantes de la charge du sacrum dirigées vers les têtes fémorales, donnent chacune en ces derniers points une autre composante verticale, exactement égales *en somme* à la première force verticale pesant sur la face supérieure du sacrum.

le cosinus de la moitié de l'angle au centre intercepté par le sacrum, et que les expressions représentant le bénéfice des diamètres transverses et des diamètres antéro-postérieurs eussent été rendues plus claires en remplaçant *cm* par sa valeur.

On aurait ainsi pour les premiers : $2 (R-r)$,
et pour les seconds. . . . . : $(R-r) (1+\cos\alpha)$.

Or on voit tout de suite que $1+\cos\alpha$ étant toujours plus petit que 2, la seconde expression est plus petite que la première. Ajoutons que sous cette forme on peut même apprécier le rapport de l'une des variations à l'autre. Mais, après tout, cela est sans conséquence, et la question ne gagne rien à ce calcul. Le secret de la difficulté est toujours dans la loi naturelle qui ordonnerait à cette évolution d'être horizontale dans un cas et verticale dans l'autre.

(1) Note de M. Gavarret dans le TRAITÉ D'ACCOUCHEMENTS de M. P. Dubois; 1849.

Il est sous-entendu que, de part et d'autre, on passe sous silence le poids du bassin lui-même qui s'ajoute ensuite à ces dernières composantes.

Enfin, et à un point de vue plus élevé, nous trouvons dans la suite du mémoire de MM. Hubert et Valérius, une proposition générale, un peu confuse peut-être, mais qui formule une conclusion parfaitement exacte. Cette proposition, dont nous donnons nous-même une démonstration plus complète dans un autre travail, peut être exposée comme il suit :

« Le poids du corps, transmis en tout ou en partie au sommet d'un » membre, se transmet intact d'articulation en articulation jusqu'au » sol, les autres forces mises en action pour la production de l'équi» libre, se détruisant mutuellement autour de chaque centre partiel » d'équilibre. »

Cette erreur capitale d'appréciation des conditions d'équilibre du bassin, nous dispenserait de suivre M. le professeur Gavarret dans les développements d'une théorie qui repose tout entière sur cette base inexacte, quand bien même nous n'aurions pas avec MM. Hubert et Valérius une objection fort sérieuse encore à lui opposer. C'est celle que va nous fournir l'étude de la question de fait, au point de vue physiologique.

C'est que, comme le représentent avec raison nos honorables confrères de Belgique, le sacrum n'agit pas du tout comme un coin enchâssé entre les os des iles.

Citons ces auteurs :

« Chez les quadrupèdes, cet os (le sacrum) ne se trouve positivement » pas dans les conditions voulues pour agir à la manière d'un coin. » Dans l'espèce humaine, les facettes articulaires sont taillées *oblique» ment d'arrière en avant et de dedans en dehors*; si l'on fait ensuite » la remarque que, quand l'individu est debout, un plan vertical pas» sant par les centres des cavités cotyloïdes, *coupe* l'angle sacro-verté» bral (E. Weber et Nægele), on restera convaincu que, dans cette si» tuation, le sacrum *tomberait* sous la charge du rachis, et même sous » son propre poids, *vers l'intérieur du bassin*, sans exercer la moindre » pression latérale sur les os coxaux. Concluons donc que, dans la » station verticale du moins, le sacrum n'agit nullement comme un » coin. »

Nous étions, pour notre part, dans le travail encore inédit auquel nous avons fait un emprunt il y a quelques instants, arrivé aux mêmes conclusions. Non, le sacrum n'agit pas comme un coin; dans la station verticale, les facettes articulaires sont tellement disposées et inclinées, ainsi que viennent de le dire MM. Hubert et Valérius, que tout plan vertical parallèle à la direction des épaules, en coupant le sacrum, dessinerait sur ses deux facettes deux droites qui se rencontreraient *au-dessus* et non au-dessous du sacrum.

Ce n'est qu'en regardant le bassin ou le sacrum sur une table et dans une situation tout autre que celle qu'il affecte pendant la station, que les anatomistes ont pu y voir un coin à base supérieure. Car il est positif qu'au point de vue des inclinaisons des surfaces articulaires dans leur situation réelle relativement à la verticale, ces facettes appartiennent à un coin qui aurait sa base en bas et non en haut.

Il peut en être un peu différemment dans la position assise. Dans cette attitude, le rôle de coin peut se trouver réalisé en quelque mesure pour la moitié supérieure de la facette articulaire. Peut-être est-ce pour cette raison qu'une chute sur le siége se voit suivie d'un tel ébranlement.

Mais pour la station droite et particulièrement dans les mouvements du saut où les chocs transmis directement d'un os à un autre seraient si préjudiciables à la conservation de la machine, il n'y a heureusement rien de l'action du coin dans la fonction statique du sacrum. Nous nous sommes étonné souvent que la vue de l'énorme ligament sacro-iliaque interosseux, si bien décrit par M. Cruveilhier, n'ait pas révélé à ce savant professeur, ni aux physiologistes en général, sa réelle destination, à savoir, la résistance à la traction et non à l'écrasement.

Quoi qu'il en soit, rendons justice à qui de droit, à nos confrères de Belgique qui nous ont devancé dans la description du véritable jeu du sacrum entre les os iliaques auxquels il est suspendu.

Ajoutons que si les considérations précédentes, rapprochées de l'examen de la région sur le cadavre, ne déterminaient pas immédiatement chez le lecteur la conviction qui nous anime, nous emprunterons à MM. Hubert et Valérius une note descriptive d'un fait dont la saine interprétation ne peut laisser de doute sur ce point particulier de statique physiologique.

« Dans un bassin ostéomalacique que nous possédons, disent ces

» messieurs, la partie la plus reculée des os coxaux a obéi à la traction des ligaments sacro-iliaques, au point que les fosses iliaques internes présentent, en *arrière*, une gouttière transversale profonde. Mais l'effet ne s'est pas borné là: *les facettes articulaires des os iliaques se sont pliées sur elles-mêmes dans le sens antéro-postérieur*, et sont devenues ainsi *trop étroites* pour les facettes correspondantes du sacrum, de sorte que cet os les déborde et fait saillie dans le canal pelvien. »

Peut-on demander une preuve plus positive de l'action réelle du sacrum sur les os des iles? N'est-il pas clair que s'il eût agi comme un coin entre ces os ramollis, il eût écrasé, élargi les facettes auriculaires iliaques au lieu de les plisser sur elles-mêmes?

Dans un prochain article, nous suivrons MM. Hubert et Valérius dans l'exposition des conditions mêmes de l'équilibre du bassin et de son influence sur la production de ses anomalies.

Dr Giraud-Teulon.

(*La suite au prochain numéro.*)

VARIÉTÉS.

ARRÊTÉS CONCERNANT LES AGRÉGÉS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,

Vu l'art. 2 du statut du 20 décembre 1855 sur l'agrégation des Facultés;

Vu l'art. 2 de l'arrêté du 7 mars 1856, par lequel un concours est ouvert à Paris, le 2 janvier 1857, pour neuf places d'agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Paris;

Vu la circulaire du 26 août 1856, qui répartit ces neuf places d'agrégés stagiaires de la manière suivante :

3e section. — Médecine proprement dite. . 5 places.
4e section. — Chirurgie proprement dite . 3 —
Accouchements. . . . . . . 1 —

Considérant que, dans l'état actuel des choses, la Faculté de médecine de Paris possède dans la troisième section, pour la médecine proprement dite, un agrégé de plus qu'il n'y a de chaires, et dans la quatrième section, pour la chirurgie, un agrégé de moins qu'il n'y a de chaires;

Considérant que cette situation est contraire à l'économie du statut du 20 décembre 1855 sur l'agrégation des Facultés, et qu'il importe, pour qu'elle ne puisse se prolonger, que le nombre des places d'agrégés stagiaires, mises au concours par l'arrêté du 2 mars 1856, soit modifié, non dans son chiffre total, mais dans les chiffres suivant lesquels les places sont réparties entre la médecine proprement dite et la chirurgie proprement dite;

Arrête :

Dans le concours ouvert à Paris, le 2 janvier 1857, pour neuf places d'agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Paris :

1° Quatre places seulement, au lieu de cinq, seront affectées à la médecine proprement dite;

2° Quatre places, au lieu de trois, seront affectées à la chirurgie proprement dite.

Fait à Paris, le 7 novembre 1856.

Rouland.

Le ministre secrétaire d'État au departement de l'instruction publique et des cultes,

Vu l'art. 2 du statut du 20 décembre 1855 sur l'agrégation des Facultés,

Arrête :

Art. 1er. — Sont maintenus pour trois ans dans leurs fonctions, près la Faculté de médecine de Paris, les agrégés en activité dont les noms suivent et dont le temps d'exercice expire dans la présente année, savoir :

MM. Robin, première section; Regnault, deuxième section; Orfila, idem; Vigla, troisième section; Becquerel, idem; Gueneau de Mussy, idem; Hardy, idem; Richet, quatrième section; Jarjavay, idem; Sappey, idem; Depaul, idem.

Art. 2. — M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 7 novembre 1856.

Rouland.

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,

Vu l'art. 2 du statut du 20 décembre 1855 sur l'agrégation des Facultés,

Arrête:

Art. 1er. — Sont rappelés à l'activité près la Faculté de médecine de Paris, les agrégés libres dont les noms suivent, savoir :

1° Pour trois ans, MM Béclard (première section : anatomie et physiologie), Gosselin (quatrième section : chirurgie);

2° Pour six ans, MM. Barth (troisième section : anatomie pathologique), Tardieu (troisième section : médecine légale).

Art. 2. — M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 7 novembre 1856.

Rouland.

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,

Vu l'art. 43 du statut du 20 décembre 1855 sur l'agrégation des Facultés,

Arrête :

Art. 1er. — Les vingt-six agrégés actuellement en exercice près la Faculté de médecine de Paris, sont répartis, ainsi qu'il suit, dans les quatre sections :

Ire Section. — *Sciences anatomiques et physiologiques.*

Anatomie et physiologie : MM. Verneuil et Béclard.
Histoire naturelle : M. Robin.

IIe Section. — *Sciences physiques.*

Physique : M. Regnault.
Chimie : M. Leconte.
Pharmacie et toxicologie ; M. Orfila.

IIIe Section. — *Médecine proprement dite et médecine légale.*

Pathologie interne, clinique interne, pathologie générale, matière médicale et thérapeutique, hygiène : MM. Vigla, Becquerel, Guéneau de Mussy, Hardy, Aran, Bouchut, Delpech, Gubler, Lasègue.
Anatomie pathologique : M. Barth.
Médecine légale : M. Tardieu.

IVe Section. — *Chirurgie et accouchements.*

Chirurgie : MM. Gosselin, Richet, Jarjavay, Sappey, Broca, Follin, Richard.
Accouchements : MM. Depaul et Pajot.

Art. 2. — M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 7 novembre 1856.

Rouland.

— Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,

Vu le décret du 9 mars 1852,

Arrête :

Art. 1. — M. Jarjavay, agrégé, est chargé, pendant la présente année scolaire, du cours d'anatomie près la Faculté de médecine de Paris ;

M. Béclard, agrégé, est chargé, pendant la présente année scolaire, du cours de physiologie près la même Faculté, pendant l'absence de M. Bérard, professeur titulaire empêché;

M. Vigla, agrégé, est chargé, pendant la présente année scolaire, du cours de clinique médicale près la même Faculté, pendant l'absence de M. Rostan, professeur titulaire empêché;

M. Hardy, agrégé, est chargé, pendant la présente année scolaire, du cours de pathologie et de thérapeutique générales près la même Faculté, pendant l'absence de M. Andral, professeur titulaire empêché.

Art. 2. — M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 7 novembre 1856.

Rouland.

— Nous apprenons que M. Hardy a donné sa démission. Nous pensons que le nom de M. Henri Roger sera substitué à celui de M. Hardy dans toutes les combinaisons dont il vient d'être question dans les arrêtés ci-dessus.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 3 novembre 1856, un congé est accordé pour cause de maladie, pendant toute la durée de l'année scolaire 1856-1857, à M. Bonfils, préparateur de chimie à la Faculté des sciences de Nancy.

M. Schœndorfer, bachelier ès sciences, est chargé de suppléer M. Bonfils pendant la durée du congé qui lui est accordé.

— M. Fraokinet, professeur émérite à l'Université de Liége, vient d'être élevé au grade d'officier de l'ordre de Léopold.

M. le docteur Didot, directeur de l'École vétérinaire de l'État, et M. Delwart, professeur au même établissement, ont été nommés chevaliers du même ordre.

— Un jeune chirurgien de la marine, qui avait débuté dans la carrière de la manière la plus brillante, M. P. Nabonne, vient de succomber, à l'âge de 22 ans, aux atteintes de la fièvre jaune, en arrivant aux Antilles. M. Nabonne servait à bord de l'*Achéron*.

— M. le docteur Deleau, médecin en chef de la Roquette, commencera un cours public sur l'emploi du perchlorure de fer contre les maladies syphilitiques, les fleurs blanches, les affections scrofuleuses et les hémorrhagies en général.

Ce cours aura lieu le 20 novembre, à l'École pratique, salle n° 2, tous les jeudis, de quatre à cinq heures.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : TRAITEMENT DES KYSTES DE L'OVAIRE. — MM. ROBERT, JOBERT, BARTH ET CAZEAUX.

Il convient de distinguer, dans la discussion qui s'agite devant l'Académie, deux choses : l'utilité des injections iodées et la manière de s'en servir. C'est faute d'avoir fait cette distinction que la discussion a paru jusqu'ici désordonnée, confuse et ne concluant positivement à rien. Cependant, pour qui a suivi et surtout écouté attentivement les diverses argumentations, il a été possible d'apercevoir la lumière dans les ténèbres. Essayons de l'en dégager.

Les injections iodées sont-elles utiles? jusqu'où le sont-elles? Comment faut-il procéder pour les employer efficacement? Tels sont les deux points à examiner: le premier constitue la question de science, le second la question d'art ou de pratique.

La démonstration régulière, méthodique du premier point n'a été faite par personne. Chacun des discours prononcés par MM. Gimelle, Huguier, Robert, Jobert, Barth et Cazeaux renferme des éléments de cette démonstration, mais aucun d'eux ne l'a donnée. Après avoir entendu ces honorables académiciens, on a pu avoir la présomption, et même une forte présomption, que la médication iodée est utile dans le traitement des kystes de l'ovaire. Mais de cette présomption à l'évidence il y a une différence qui ne réside pas dans les mots, mais dans le fond des choses. Cela veut dire que les esprits impartiaux, non prévenus, seront disposés à croire à l'utilité des injections iodées, mais que leur conviction pour se former aura besoin d'un supplément de preuves et d'expériences ; résumons néanmoins les motifs qui militent en faveur des injections iodées.

Une première distinction est utile à établir entre les faits connus avant la discussion et les faits observés, constatés et rapportés par les différents membres. Sans vouloir atténuer l'autorité des premiers, il est permis de ne les admettre dans le débat que jusqu'où ils ont été admis par ceux-là même qui les ont soutenus et en ont fait en partie la base de leurs convictions. Cette réserve n'a rien de désobligeant pour personne, et elle fait une assez large part aux faits produits en dehors de l'Académie.

Or que résulte-t-il des faits présentés en faveur des injections iodées? Pour le nombre comme pour la qualité, ils ne sont ni assez démonstratifs ni assez concluants. Quand on veut laisser à la statistique le soin de formuler une conclusion, sans autre motif que la proportionnalité des cas, il faut des faits nombreux, très-nombreux. Or jusqu'ici la médication iodée n'est pas en mesure de satisfaire à cette condition. De quoi s'agit-il? De démontrer l'utilité d'abord, puis l'efficacité de la méthode ; c'est-à-dire d'établir que son action physiologique modifie puissamment, avantageusement, le caractère de la maladie, et ensuite que dans un certain nombre de cas, elle en a amené la guérison. Eh bien! jusqu'ici la statistique a été impuissante à fournir les éléments de ces deux conclusions. Les quarante à cinquante faits cités ne suffisent pas. Dans la grande majorité des cas, il y a eu récidive : telle est la conclusion de M. Jobert. Dans bon nombre de faits, il y a eu des accidents graves ; dans quelques-uns, la mort a suivi immédiatement les injections ; enfin dans un petit nombre de cas, les malades ont guéri. Nous n'établissons pas de proportions numériques ; car sous l'apparence de la rigueur ce serait s'exposer sûrement à l'arbitraire et à l'erreur. Voilà donc ce que produit la statistique, numériquement parlant : c'est-à-dire de nombreuses récidives, des accidents, la mort et quelques guérisons. On pourrait donc indistinctement conclure d'après les faits bruts que les injections iodées sont stériles, efficaces, dangereuses, et même peuvent causer la mort.

Si du nombre on passe à la qualité des faits, si, après les avoir comptés on les pèse, on ne se trouve pas beaucoup plus avancé. Quelle relation physiologique et thérapeutique a-t-on établie entre les différents effets observés? A-t-on examiné le mode d'action des injections sur les différents liquides, sur les parois des kystes, sur les altérations de l'ovaire? A-t-on cherché à établir quelques principes à cet égard? S'est-on rendu compte de l'inefficacité de la médication dans certains cas, des accidents produits dans d'autres, de la mort survenue, et même des guérisons obtenues?

A très-peu d'exceptions, on a conclu du fait au fait, c'est-à-dire empiriquement, sans se préoccuper de la relation physiologique et étiologique des circonstances et des conditions d'action.

Il résulte bien de la discussion que dans les kystes anciens, à parois résistantes, dans les kystes multiloculaires, dans les kystes renfermant des liquides épais, sirupeux, gélatineux, la guérison n'est pas possible et les accidents sont fréquents. Mais, dans la plupart des cas, a-t-on recherché le pourquoi? Le sait-on, le soupçonne-t-on? A l'exception de M. Robert, qui a vigoureusement insisté sur le danger des canules à demeure, et qui a ainsi écarté une partie des mauvaises chances de la méthode, reste-t-il dans l'esprit des auditeurs une seule conclusion raisonnée? Jusqu'ici donc, l'utilité, le degré d'utilité et d'efficacité de la méthode reste à l'état de présomption. Voilà l'état logique de la question : il faudrait donc, pour la faire avancer, un plus grand nombre de faits, et des faits mieux étudiés.

Comment faut-il procéder pour assurer le succès de la méthode? Même lacune que pour la question précédente. A part quelques indications utiles, données par M. Boinet dans son IODOTHERAPIE, on ne sait pas grand'chose à cet égard : la discussion n'a point porté sur ce point. Cependant M. Boinet attribue la plupart des insuccès et des accidents à l'emploi vicieux de la méthode. Il y a certainement du vrai dans cette opinion : mais comment est-elle établie? Aucun des membres n'en a dit mot. A l'exception de la canule à demeure, qui paraît devoir être proscrite, le reste de la régularisation de la méthode et des procédés n'a pas été abordé. M. Barth a fait connaître un très-ingénieux procédé, une espèce de sonde à double courant, qui offre certainement, en apparence, de grands avantages; mais l'expérience n'a pas encore prononcé. Dans le seul cas où on l'ait mis en usage, l'effet en a paru avantageux, mais rien de plus. Provisoirement, sur la question de la manière de se servir des injections iodées, il faut attendre et s'en tenir aux indications de M. Boinet et aux faits particuliers produits dans la discussion.

Tel est le résultat le plus général jusqu'ici de la discussion. Sur les questions particulières, il y aurait à signaler bon nombre de faits intéressants, de remarques judicieuses, de points

FEUILLETON.

OUVERTURE DU NOUVEAU COURS D'ANATOMIE COMPARÉE AU MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE; par M. SERRES, professeur.

En 1795, au mois de décembre, un homme jeune d'années, riche déjà de titres scientifiques, ouvrait au Jardin des plantes un cours qui allait devenir, par son organe, une des premières tribunes du monde savant; G. Cuvier marquait les débuts de ce que M. Flourens a nommé depuis : la troisième ère de l'anatomie comparée.

Inspiré à la fois et par les révélations de son propre génie et par les vues profondes qu'il avait reçues d'un des esprits les plus pénétrants de l'époque à laquelle il succédait, de Vicq-d'Azyr, le nouveau et jeune professeur annonçait vouloir donner à la science nouvelle une direction physiologique, plutôt que purement zoologique.

Selon ses propres remarques, et sous l'impression durable encore des travaux de ce dernier savant, la physiologie, disait Cuvier, est le véritable objet de l'anatomie comparée. Les organes, en fonction, ne peuvent être étudiés séparément. On ne peut les isoler, sans détruire l'individu et avec lui l'organe lui-même, ou au moins son activité. Pour atteindre le but que se propose la physiologie, le mode d'investigation est bien différent des méthodes à employer dans les sciences physiques qui s'appliquent à des termes inorganiques, et où il est permis d'isoler l'objet de chaque étude. En physiologie, le seul mode qui convienne et soit applicable, c'est l'observation.

« Heureusement, la nature semble nous avoir préparé elle-même des moyens de suppléer à cette impossibilité de faire certaines expériences sur les corps vivants. Elle nous présente, dans les différentes classes d'animaux, presque toutes les combinaisons possibles d'organes ; elle nous les montre réunis, deux à deux, trois à trois, et dans toutes les proportions ; il n'en est pour ainsi dire aucun dont elle n'ait privé quelque classe ou quelque genre; et il suffit de bien examiner les effets produits par ces réunions, et ceux qui résultent de ces privations, pour en déduire des conclusions très-vraisemblables sur la nature et l'usage de chaque organe et de chaque forme d'organe.

» On peut observer la même marche pour déterminer l'usage des diverses parties d'un organe et reconnaître ainsi celles qui sont essentielles et les distinguer de celles qui ne sont qu'accessoires, etc. »

Par l'étude de l'organisation des animaux, parvenir non-seulement à les classer; mais, but bien plus élevé encore, fonder sur cette étude, fruit de l'observation, la physiologie générale, tel était donc, en 1795, l'objet de l'anatomie comparée.

Sautons d'un bond quarante années, et ouvrons le recueil des leçons de Cuvier publié en 1835 par les soins de son élève M. Duméril; nous y lisons : « Ce qui est *commun* à chaque genre d'organes, considéré dans les animaux, se réduit *à très-peu de chose*; or l'étude des divers degrés de ces dif-

de vue originaux qui auront leur place dans l'histoire des kystes ovariques et de leur traitement. De ce nombre, on peut citer les aperçus de M. Huguier sur les avantages des ponctions par le vagin; les remarques diagnostiques et les ponctions exploratives de M. Robert; la distinction judicieuse du même auteur sur les différents modes de guérison, par plaies ouvertes ou par cavités closes; les vues de M. Jobert sur l'uniformité d'action physiologique des injections dans tous les kystes; ses distinctions lumineuses entre l'action des liquides injectés au milieu du contenu des kystes ou contre leurs parois; ses observations sur l'emploi de l'électricité comme moyen de résorption du liquide et d'oblitération des poches. Enfin, on doit à M. Cazeaux d'avoir protesté en très-bons termes, et avec d'excellentes raisons, contre l'opinion de ceux qui avaient déclaré l'incompétence absolue de la médecine dans la question qui nous occupe.

Jules Guérin.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

Études expérimentales sur les lésions organiques du cœur; par le docteur J. Faivre, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

Art. II. De l'insuffisance valvulaire.

Les conditions de l'insuffisance valvulaire ne peuvent être réalisées que de deux manières : 1° par le défaut de proportion entre les orifices agrandis et les valvules demeurées saines; 2° par la déformation qu'elles peuvent subir sous l'influence directe de causes pathologiques qu'il n'importe pas de définir.

Ceci posé, nous nous demandons, comme lorsqu'il s'est agi de l'obstacle, quels sont les effets de l'insuffisance. Comme pour l'obstacle, il y a des effets pathologiques et des effets réparateurs.

§ 1er Effets pathologiques des insuffisances valvulaires.

Les effets pathologiques de l'insuffisance peuvent être étudiés au moyen de la pathologie, comme on l'a fait jusqu'à présent et au moyen des expériences sur les animaux vivants, comme je vais le démontrer dans peu d'instants.

Depuis longtemps déjà, Hope, Corrigan, et d'autres auteurs, ont attiré l'attention du monde savant sur l'insuffisance valvulaire. Ce service éminent rendu à la science n'a pas produit les fruits qu'on était en droit d'en attendre, parce que, d'une part, on a méconnu les effets et la gravité réelle des insuffisances, et que, d'autre part, on en a exagéré la fréquence.

Les idées généralement admises sur la valeur pathologique d'une insuffisance valvulaire sont basées sur des données tellement incomplètes, que, si l'on rencontre aujourd'hui des hommes qui lui attribuent toute la gravité qu'elle comporte, on n'en trouve pas qui se soient rendu un compte exact de son mécanisme et des motifs de cette gravité. Ainsi M. Forget ne lui reconnaît pas plus de valeur qu'à l'obstacle, et considère son diagnostic précis comme une affaire de luxe (Maladies du cœur, p. 185). Ainsi nous avons lu dans les journaux de médecine le compte rendu très-sommaire d'un mémoire lu par M. Hiffelsheim dans la séance de l'Académie des sciences du 13 août 1855, et dans lequel il serait dit que les valvules du cœur comportent à l'état normal un certain degré d'insuffisance. J'espère que ceux qui auront la patience de poursuivre jusqu'au bout la lecture de ce travail, resteront convaincus que non-seulement cela n'est pas, mais encore que *cela ne peut pas être*.

Pour moi, si mon expérience n'était pas d'une très-minime valeur en pareille matière, je ne craindrais pas d'affirmer que les insuffisances valvulaires constituent la complication la plus grave des maladies du cœur. Si j'ai eu le bonheur, comme je pourrais le prouver, d'enrayer quelques maladies du cœur dans leur développement, c'est que je n'avais pas affaire à des insuffisances valvulaires, et toutes les fois que je me suis heurté contre cette lésion, j'ai vu périr mes malades, au bout d'un temps plus ou moins long.

La gravité des insuffisances ressort déjà bien clairement des expériences que l'on peut pratiquer sur les animaux vivants. Il suffit de lire attentivement ce que nous avons écrit, M. Chauveau et moi, pour se convaincre qu'à l'état normal il n'existe pas la moindre insuffisance valvulaire; c'est un fait que nous avons constaté plusieurs fois, de l'œil et du doigt, que nous avons fait constater par nombre de spectateurs, et contre lequel tous les raisonnements du monde ne peuvent rien. La contraction ventriculaire n'occasionne dans l'oreillette aucune espèce de reflux, si petit qu'il soit; nous en disons autant de la compression exercée sur le sang par les troncs artériels. Le doigt placé au-dessus de l'orifice auriculo-ventriculaire, à travers une ouverture faite à l'oreillette, sent cette valvule se fermer avec une merveilleuse exactitude, et ne perçoit pas la moindre sensation de reflux.

Mais un moyen fort simple de se convaincre de l'absence de toute espèce d'insuffisance à l'état normal, consiste à en créer artificiellement et à en observer les effets. Or voici ce que nous avons vu nombre de fois.

Dans les expériences pratiquées sur le cheval, nous avons constamment observé que tant que les valvules restaient intactes, les fonctions du cœur continuaient avec une régularité telle, que nous avons toujours reculé devant un essai qui aurait eu pour but de nous rendre compte du temps pendant lequel cette régularité pourrait se conserver. Nous avons eu des expériences de trois heures, au bout desquelles nous laissions asphyxier l'animal, parce que nous étions vaincus par la fatigue, mais il était évident pour nous que l'animal aurait pu vivre encore très-longtemps. Dans toutes ces expériences, les valvules avaient été respectées, et l'expérimentation pratiquée sur les parties externes du cœur.

Dans tous les cas, au contraire, où nous expérimentions sur les valvules, soit en les abaissant avec la spirale, soit en les relevant avec le trocart à lame élastique, soit surtout en les coupant, la régularité des fonctions de l'organe s'altérait rapidement, le rhythme changeait, les contractions devenaient tumultueuses, et l'animal arrivait en peu de

---

férences dans les organes du même genre, c'est précisément l'objet de l'anatomie comparée. C'est par leur appréciation qu'elle arrive non-seulement à expliquer la nature et les propriétés spéciales de chaque animal (objet de recherches qu'elle se propose dans ses rapports avec l'histoire naturelle); mais encore à déterminer ce qui ne diffère point et par conséquent ce qui est essentiel à chaque fonction, résultat définitif important pour la physiologie. »

Ou nous nous trompons fort, ou malgré ce final hommage rendu à la science des fonctions, malgré cette réminiscence de l'objet annoncé en 1795, nous sommes placés par ce début nouveau à un autre point de vue qu'au commencement de la carrière de la nouvelle anatomie comparée.

Les grandes nécessités de la classification zoologique, due au génie de Cuvier, n'ont-elles pas, dans ce vaste esprit, éliminé peu à peu l'histoire des organes en tant qu'instruments fonctionnels pour les réserver au grand objet du naturaliste : la classification.

D'autre part, l'immense portée, le glorieux éclat de la création de la paléontologie n'ont-ils pas eux-mêmes contribué aussi quelque peu à laisser au second rang dans l'opinion du grand naturaliste, l'étude de la transformation des organes internes; l'histoire du monde fossile ne se retrouve, en effet, que dans les impressions qu'il a laissées de ses caractères externes, ou du moins de ses éléments solides. L'organisme intérieur, hormis le squelette, n'a point et ne pouvait guère trouver place dans cette étude. Nouvelle cause de prédominance des caractères extérieurs, de la forme dans l'évolution intellectuelle de Cuvier pendant ce long intervalle de quarante années qu'il a pavé de ses découvertes.

Mais est-ce à dire pour cela que le but réel de l'anatomie comparée doive être, moins que jadis, une étude entreprise pour le bénéfice de la physiologie générale. Si nous le voyons, à l'exemple d'Aristote, son véritable prédécesseur, fonder ses principaux travaux sur l'histoire et la description des différences de formes et d'organes en zootomie, si, bien réellement, c'est là, pour lui, le véritable objet, le champ de triomphe de l'anatomie comparée; sans rien vouloir diminuer de sa gloire, demandons-nous si le programme de 1795, si les données de Vicq-d'Azyr ne méritent qu'une simple mention, un peu semblable à un oubli.

Cette question, elle a été posée samedi dernier dans la chaire même de Cuvier.

C'était l'inauguration d'un nouveau cours par la voix d'un nouveau professeur, M. Serres, nouveau du moins dans cette chaire, mais vieilli dans la méditation des lois de la nature animée.

Samedi dernier avait donc lieu la reprise des leçons d'anatomie comparée, interrompues depuis plus d'une année par la mort de M. Duvernoy, successeur de M. de Blainville, comme celui-ci l'était de Cuvier. A l'ami, au collaborateur de ce grand homme, succédait maintenant un maître nouveau, héritier de la doctrine philosophique et son éloquent organe dans la chaire d'anthropologie. Aussi n'avons-nous pas été surpris en entendant l'illustre professeur annoncer, ou plutôt laisser deviner l'intention de ramener l'étude de l'anatomie comparée dans des voies plus physiologiques.

Prenant l'histoire de la science à son origine, M. Serres commence en nous

temps à la mort par asphyxie, en dépit de l'insufflation pulmonaire la mieux dirigée.

Dans tous les cas où après avoir coupé les cordes tendineuses des valvules auriculaires, on faisait pénétrer le doigt dans l'oreillette, au-dessus de la valvule mutilée, on percevait un reflux de l'ondée sanguine qui produisait à la pulpe digitale une sensation de frôlement parfaitement analogue au souffle que l'oreille armée du sthétoscope y découvrait infailliblement.

Voilà ce que nos expériences nous ont appris. Mais ce double enseignement de la clinique et de nos premières vivisections va être confirmé d'une manière inattendue par les résultats physiologiques que M. Poiseuille a obtenus au moyen de l'hémodynamomètre, et par ceux que j'ai obtenus moi-même en poussant plus loin les expériences de cet ingénieux physiologiste, grâce aux libéralités de M. le directeur et de MM. les professeurs de notre école vétérinaire, à qui je dois les matériaux de ces expériences, grâce enfin à l'habileté expérimentale et au concours dévoué de mon ami M. Chauveau, à qui j'en dois le succès.

M. Poiseuille, en effet, a démontré que le sang était soumis dans les artères à une pression constante équivalente en moyenne chez les animaux à celle d'une colonne de mercure de 15 à 16 centimètres, tandis que celle des veines, variable du reste dans les différentes régions, équivalait à peu près en moyenne à une colonne de 15 à 20 millimètres. Il a fait voir que cette différence de pression entre le système artériel et le système veineux est une cause immédiate de la circulation capillaire, puisque c'est elle qui lui imprime son caractère de continuité.

Tous les esprits judicieux considéraient comme un fait incontestable que le sang artériel se meut en avant sous l'impulsion du ventricule gauche, pendant la systole de cette cavité; mais la question était de savoir comment et pourquoi ce mouvement se continue pendant la diastole. On avait admis pour l'expliquer une espèce d'attraction résidant dans les capillaires. On ne s'était pas contenté de cette hypothèse expérimentalement improbable; voyant que le mouvement du sang dans les veines est continu et doué d'une certaine force, on avait encore prêté à ces capillaires complaisants une force d'impulsion, en sorte qu'aspirant le sang par un bout, ils le pousseraient par l'autre jusqu'au cœur.

Toutes ces inventions sont tombées devant la physiologie expérimentale. M. Poiseuille a établi le fait des pressions vasculaires inégales, et la continuité de la circulation capillaire et veineuse s'est expliquée d'elle-même. M. Cl. Bernard a paralysé les capillaires de la tête en coupant le trisplanchnique à la région cervicale, et l'on a pu voir par leur engorgement, que si cette opération les privait de leur force de réaction élastique, la circulation cependant n'en continuait pas moins. Enfin, en démontrant plus loin que les circulations veineuses sont proportionnelles aux circulations artérielles, je donnerai, je l'espère, le dernier coup à cette hypothèse surannée.

Ces connaissances préliminaires une fois posées, n'est-il pas évident que si les valvules du cœur venaient à disparaître tout à coup, le sang artériel étant comprimé dix fois plus dans ses canaux que le sang veineux dans les siens, l'équilibre de pression se rétablirait instantanément entre les artères et les veines, à travers le cœur, et le système circulatoire pulmonaire? N'est-il pas évident aussi que s'il existait un degré quelconque d'insuffisance valvulaire, ce phénomène d'équilibration tendrait constamment à se produire avec une vitesse proportionnelle à ce degré d'insuffisance.

Comme on le voit, nos vivisections nous permettent d'affirmer qu'il n'existe pas d'insuffisance valvulaire à l'état normal, et les expériences hémodynamométriques démontrent qu'il n'en peut pas exister. Cependant il s'en produit pathologiquement, cela est hors de doute; essayons donc de nous rendre compte de leur mode d'apparition et de leurs effets.

Pour arriver à ce résultat, il est de toute nécessité de nous livrer préalablement, au sujet du rôle dévolu à chaque valvule du cœur, à une étude physiologique dont l'importance ne paraîtra pas douteuse dans un instant.

Observons, en effet, que le cœur est constitué de façon à ce que ses valvules servent de séparation entre quatre appareils vasculaires distincts. Les valvules gauches séparent le tronc de l'aorte des veines pulmonaires; les droites séparent l'artère pulmonaire des veines caves. S'il est prouvé tout à l'heure que le sang contenu dans les veines caves supporte une pression moindre que celle à laquelle il est soumis dans l'artère pulmonaire, et que cette différence est encore plus considérable entre les veines pulmonaires et l'aorte, l'utilité relative des valvules de chaque côté sera, je le crois, démontrée par le fait.

Quelle est donc la pression supportée par le sang dans ces quatre ordres de vaisseaux? MM. Poiseuille, Ludwig, Spengler et Valentin ne l'ont explorée que sur les animaux; en outre, leurs explorations n'ont jamais porté sur l'artère et les veines pulmonaires. J'ai cherché à combler cette double lacune.

Rien n'est plus facile que d'arriver chez l'homme à la connaissance de la pression supportée par le sang artériel. Il suffit de profiter d'une amputation du bras ou de la cuisse, et d'adapter aux artères de ces membres l'hémodynamomètre de M. Poiseuille.

MM. Desgranges et Barrier avaient eu la bonté de me promettre que je serais averti des premières occasions de ce genre qui se présenteraient dans les salles de l'Hôtel-Dieu de Lyon. C'est dans le service de M. Barrier qu'elles se sont rencontrées le plus tôt. Grâce à sa complaisance, j'ai pu, sans imposer aux malades un surcroît de souffrances, réaliser deux fois cette expérience: la première fois, sur l'artère humérale d'un homme de soixante ans, déjà tombé, par le fait d'une lésion chronique du coude, dans un certain degré d'adynamie. La différence entre les deux colonnes mercurielles fut exactement de 12 centimètres. La seconde expérience fut faite sur l'artère fémorale d'un homme de trente ans, d'une vigueur peu commune; la colonne mercurielle ascendante dépassa l'autre de 12 centimètres avec une parfaite exactitude. La plus haute pression correspondait à l'expiration, conformément aux observations faites sur les animaux; de sorte que pendant que l'œil observait une oscillation de 2 centimètres, isochrone au mouvement respiratoire, il percevait en même temps plusieurs oscillations de 2 à 3 millimètres, isochrones aux pulsations artérielles. Une troisième expérience a été faite plus tard dans le service de M. Desgranges; le malade, âgé de vingt-trois ans environ, était porteur d'une tumeur blanche du poignet et du coude droits; son état était assez peu satisfaisant. La pression sur l'artère humérale fut de 11 centimètres et demi. J'ai observé fréquemment des différences ana-

---

faisant voir que si, au point de vue zoologique pur, elle prend naissance dans les travaux d'Aristote, l'élément biologique qui bientôt s'unira inséparablement à elle, avait déjà sa racine dans les livres des Asclépiades réunis et rajeunis par Hippocrate. Si le premier a su fonder les premières bases de l'histoire naturelle, et les asseoir sur la description des caractères extérieurs, et conséquemment sur les données différentielles offertes par le règne animal, s'il avait fait de la forme et des attributs externes, tels que couleur, taille, mœurs, etc., les supports de la science nouvelle, le second, antérieurement à lui, étudiant la nature entière au bénéfice de l'espèce humaine, avait déjà indiqué la physiologie générale comme le point de concours obligé de toutes les connaissances en zootomie.

Descendant de quelques générations, il nous montre, en effet, un des petits-fils d'Aristote, Erasistrate, rappelant les travaux d'Hippocrate, reliant les deux branches de la zootomie, rapprochant l'histoire des fonctions de l'histoire externe des espèces. A cette date, première étape, pourrait-on dire, du voyage de l'esprit humain sur le vaste terrain des sciences, nous trouvons déjà en germe un immense fait physiologique renfermé dans une opinion inexacte, sans doute dans ses détails, mais vraie dans son principe, et que nos contemporains fondent en ce moment même, à savoir le rôle et l'importance de la circulation aérienne à l'intérieur de l'animal et jusque dans les plus intimes profondeurs de ses tissus, dans les dernières ramifications vasculaires de l'organisme.

A la description du système veineux de l'arbre artériel, celui-ci pris à tort pour la canalisation propre à la circulation aérienne, succède l'étude du système nerveux. Et, chose singulière et bien digne de remarque! de l'étude descriptive du cerveau dans lequel Hérophyle (nom immense en son temps, et qui nous a été transmis gravé dans une de ses découvertes, confluent des sinus de la dure-mère) reconnaît le point de départ de la sensibilité et du mouvement, et qu'il assigne pour siége à l'intelligence, naît chez ce physiologiste, la conception hardie de la localisation des facultés mentales. Étonné par cette vue si audacieuse, et, en apparence si philosophique, le monde penseur et artistique de cette brillante époque s'en empare; et bientôt n'attendant pas l'enseignement des faits, la statuaire antique épouse ce système préconçu, et nous le transmet sculpté dans ses œuvres.

Alors, par un bizarre égarement de l'intelligence humaine, parcourant un cercle vicieux de vingt siècles de diamètre, nous voyons ce système hypothétique reproduit de nos jours, aller prendre des arguments en sa faveur et les produire comme faits d'observation, dans les théories d'Hérophyle taillées en marbre par ses contemporains!

A cette même époque, nous apprend encore M. Serres, doit se rattacher non-seulement la découverte de la coïncidence des hémisphères d'un côté du corps avec les blessures du côté opposé du crâne, mais en outre, la raison même de ce croisement entre les effets et la cause: l'entre-croisement des nerfs des deux moitiés latérales du corps sur la ligne médiane de l'encéphale, avant de pénétrer dans sa substance. Chose étrange! ce grand fait physiologique a dormi deux ou trois mille ans, et la science ne se l'est de nouveau révélé à elle-même que d'hier, pour ainsi dire, le lendemain des mémorables travaux de l'Académie de chirurgie.

logues chez les animaux sur lesquels j'ai expérimenté; j'ai même obtenu des différences plus fortes. Considérant que, si sur un sujet très-affaibli j'ai trouvé un demi-centimètre en moins, je pourrais bien, sur un sujet très-vigoureux, en trouver autant en plus, je garde le chiffre 12 comme moyenne des pressions aortiques chez l'homme.

Il résulte de ces trois faits mis en regard: 1° Que chez l'homme, la pression supportée par le sang dans l'appareil aortique est à peu de chose près la même pour tous les individus, comme cela a lieu dans chaque espèce d'animaux; 2° que la pression de 12 centimètres qui appartient à l'homme est inférieure à celle que l'on présumait être la sienne d'après l'analogie. Cette présomption était fondée sur un fait inexact avancé par M. Poiseuille. D'après cette expérimentateur, les pressions seraient les mêmes dans toutes les espèces d'animaux sur lesquels il a expérimenté: chevaux, chiens, etc. M. Colin d'Alfort a démenti ce fait, et moi-même j'ai constaté une très-notable différence entre le chien et le cheval, puisque j'ai trouvé 16 centimètres pour le premier et 20 chez le second.

Nous sommes fixés dorénavant sur l'une des quatre pressions vasculaires dont il s'agit de connaître le chiffre; celle de l'appareil aortique est chez l'homme de 12 centimètres.

Les trois autres ne peuvent s'obtenir directement; on le comprend sans peine pour ce qui est de l'artère et des veines pulmonaires. Quant aux veines qui se jettent dans les veines caves, leur pression est trop variable pour qu'il soit possible d'obtenir une moyenne exacte en opérant sur les membres humains. Je crois préférable d'y arriver par voie indirecte.

D'après les expériences de M. Poiseuille et celles des Allemands, sur différentes espèces d'animaux, la moyenne des pressions veineuses égale le dixième de la pression aortique. J'ai constaté ce fait plusieurs fois en expérimentant sur la veine jugulaire du cheval et du chien. Il m'a semblé toutefois qu'il était possible d'arriver sur ce point à un résultat mathématique, et voici comment.

Considérant que les veines caves sont en définitive le dernier aboutissant des troncs veineux sur lesquels ont porté toutes les expériences de mes devanciers, j'ai pensé que le chiffre de leur pression serait la moyenne la plus exacte des pressions veineuses, dont je voulais obtenir le terme moyen. En conséquence, adaptant l'hémodynamomètre à une sonde suffisamment longue et flexible, nous avons ouvert la jugulaire sur un animal sain et maintenu debout. L'instrument a été poussé jusque dans la veine cave postérieure, et le résultat a été que la pression veineuse était sensiblement égale au dixième de la pression carotidienne.

Ce résultat était facile à prévoir d'après nos expériences sur la jugulaire, car chez les solipèdes, cette veine est en communication si large avec la veine cave, que le reflux veineux dû à la systole auriculaire s'y fait normalement sentir dans un grand nombre de circonstances.

Si, comme on vient de le voir, la moyenne des pressions veineuses chez les animaux est bien réellement du dixième des pressions aortiques, je ne vois pas de raison qui puisse empêcher qu'il n'en soit de même chez l'homme. J'évalue donc avec certitude la pression moyenne des veines caves à 12 millimètres.

Restent l'artère et les veines pulmonaires. C'est là que les difficultés abondent Magendie a vainement essayé d'expérimenter sur cet appareil (Leçon du 20 mars 1837), et si M. Chauveau et moi y sommes parvenus à plusieurs reprises, c'est grâce à l'excellence des divers procédés opératoires que nous avons mis en usage, et que l'on va juger immédiatement.

Trois procédés nous ont conduits à la solution du problème relatif à la pression supportée par le sang dans l'artère pulmonaire.

Le premier consiste à disposer des chevaux comme dans nos premières expériences, c'est-à-dire la moelle coupée, le thorax largement entr'ouvert, et la respiration opérée par l'insufflation. Dans cet état, l'expérimentation nous a donné, comme chiffre de la pression, 2 centimètres et demi. Jugeant alors que cette pression pouvait être affaiblie par les mutilations et par l'ouverture même du thorax, voici le moyen que j'ai imaginé.

La carotide a été mise à nu sur des chevaux avant toute opération préalable. La pression a été trouvée égale à 20 centimètres. Cela fait, nous les avons abattus par le procédé indiqué, nous avons ouvert la poitrine et exploré l'artère pulmonaire; le résultat a été comme précédemment, 2 centimètres et demi. Replaçant alors avec rapidité l'instrument dans la carotide, nous avons exploré de nouveau la pression aortique: elle n'était plus que de 5 centimètres; elle avait baissé des trois quarts. Considérant alors la synergie et la dépendance des deux cœurs entre eux comme un fait irréfragable, nous avons conclu que la diminution de la pression dans l'artère pulmonaire était proportionnelle à celle qui avait eu lieu dans l'aorte, et que la première devait être obtenue en multipliant 2 centimètres et demi par 4, chiffre de la diminution accidentelle, ce qui donnerait pour l'artère pulmonaire une pression sensiblement égale à la moitié de la pression aortique.

La légitimité apparente de ce calcul ne nous satisfaisant pas, nous avons cherché des procédés plus exacts; on va voir que nous avons bien fait.

Le second procédé consiste à cathétériser le ventricule droit sur un animal sain et debout, en passant par la veine jugulaire, la veine cave antérieure, et l'oreillette droite. Cette opération peut se faire au moyen d'une sonde métallique à double courbure, comme celle de J. L. Petit, et en pénétrant par la jugulaire aussi bas que possible. Pratiquée sur un âne à travers de nombreux obstacles, elle nous fit connaître que la pression de l'artère pulmonaire n'équivaut qu'au tiers de celle de l'aorte. La difficulté de l'opération, pendant laquelle il est malaisé d'empêcher l'introduction de l'air dans les veines, le spasme cardiaque qu'occasionne la présence d'un corps métallique dans le cœur et les gros vaisseaux, et l'impossibilité d'opérer avec une sonde flexible et élastique, nous firent abandonner ce second procédé, pour avoir exclusivement recours au troisième, que je dois à M. Chauveau, et qui est d'une admirable simplicité.

Un cheval étant couché et simplement entravé, on mesure la pression carotidienne; puis, pratiquant une courte incision sur le côté gauche de la poitrine, entre la quatrième et la cinquième côte, au niveau de l'infundibulum de l'artère pulmonaire, on arrive avec le doigt, et sans laisser pénétrer l'air dans la plèvre, jusque sur cet infundibulum que le doigt explore librement, grâce à sa position superficielle et à une large échancrure pulmonaire qui existe de ce côté. On glisse alors sur le doigt explorateur un gros trocart, on l'enfonce vivement dans l'artère pulmonaire, qui résiste par son élasticité, on retire la

---

Mais qu'a cela de commun, est-on tenté de dire, avec l'anatomie comparée. Rien de plus, si ce n'est que c'est l'anatomie comparée elle-même. Était-ce sur l'homme que se faisaient ces découvertes? Nullement. L'antiquité ne touchait guère à ses cadavres. C'est sur les animaux que s'acquéraient ces résultats. Galien, qui savait tout ce qui se savait de son temps, Galien a créé toute son anatomie humaine en décrivant le singe. La connaissance de nos organes n'a été pour toute l'antiquité qu'une hypothèse empruntée à l'organisation des quadrumanes.

L'étude de l'homme, en effet, s'est faite exclusivement dans le domaine de la zootomie jusqu'à Vésale, qui le premier, à l'immense péril de sa propre vie, osa saintement, humainement, plonger son scalpel dans le cadavre de son semblable.

Jusqu'à ce grand homme, jusqu'à ce seizième siècle, siècle de l'affranchissement de la pensée, l'histoire naturelle n'était qu'une annexe de la science médicale.

Et après lui, l'alliance se perpétue encore; et pas un progrès ne se fait en anatomie humaine qui ne trouve un point d'appui ou une vérification dans les faits empruntés à la zootomie. C'est ainsi que nous suivons l'érudit professeur dans l'hommage qu'il rend, en chaque siècle, à quelque monument scientifique appartenant à la fois à l'anthropologie et à l'histoire des animaux.

Après Vésale, relevant les erreurs de Galien, se présente Eustachi, qui vient démontrer l'influence sur la forme de la face, dans les espèces animales, du système dentaire, depuis la forme de la couronne jusqu'aux profondeurs des racines.

Puis Malpighi découvrant et appliquant le microscope, et nous donnant, dès les premières recherches, la description cotière des cellules-mères et des cellules plus petites qu'elles renferment (ascinies). Grands faits auxquels il n'est pas bien évident qu'on ait beaucoup ajouté depuis. Car il est à remarquer, dans l'histoire des sciences d'observations, ajoute M. Serres, que presque constamment les premiers observateurs, libres de toute idée préconçue, indépendants de tout système explicatif, tombent directement sur la vérité.

Et ainsi, par les anneaux de cette longue chaîne de découvertes qui commence aux Asclépiades, nous voilà ramenés autour des chaires de Cuvier et de Geoffroy-Saint-Hilaire. Ici nous retrouvons en présence les deux points de vue premiers qui avaient marqué la direction des traités d'Aristote.

« Les animaux, disait ce philosophe avec une profonde justesse, sont analogues, c'est-à-dire semblables avec des diversités. »

Cuvier nous présente la classification rendue possible par l'étude des diversités; Geoffroy-Saint-Hilaire nous offre l'anatomie générale rendue claire par les analogies; l'anatomie philosophique.

Le point de doctrine qui divisait ces deux grands hommes serait peut-être en litige encore si, conduit par un aperçu profond, M. Geoffroy n'avait eu la pensée de demander à l'embryologie un secours qu'elle ne lui refusa pas. L'unité de plan avait été vue par Buffon, par Vicq-d'Azyr, par Camper. M. Geoffroy-Saint-Hilaire la vit à son tour. Il eut le bonheur de lui donner une base, une confirmation dans l'embryogénie.

tige, et le sang jaillit par le tube à chaque contraction du ventricule droit. Nous avons constaté par ce procédé, comme par la voie du cathétérisme, que la pression que nous cherchions était égale au tiers de la pression observée dans le système aortique. Il va sans dire que l'autopsie a démontré quelques minutes après que le trocart avait pénétré dans l'artère au point qu'il était indispensable d'atteindre.

Si la pression artérielle pulmonaire équivaut, comme on vient d'en juger, au tiers de la pression aortique, et que celle-ci, chez l'homme, soit de 12 centimètres, celle-là doit être déterminée à 4 centimètres.

Cette détermination aurait pu se faire théoriquement. Tout le monde a observé la différence remarquable qui existe entre les deux ventricules sous le rapport des masses musculaires, la différence qui distingue les deux circulations sous le rapport de l'étendue. N'est-il pas évident que le sang projeté dans des tubes plus courts, par un appareil moins énergique, doit être moins fortement comprimé?

Passons aux veines pulmonaires. La pression que le sang y supporte ne peut être déterminée que par une voie détournée. Elle est si faible que toutes les fois que nous l'avons cherchée directement, l'hémodynamomètre est resté à peu près immobile. Mais nous avions observé, dans de nombreuses circonstances, que la pression dans les veines équivalait toujours, à peu de chose près, au dixième de la pression carotidienne; la même proportion résulte, nous l'avons dit plus haut, des expériences de M. Poiseuille et des Allemands, lorsqu'ils ont eu soin de ne pas interrompre le cours du sang dans les veines, car alors la pression devient énorme. Il est donc possible d'établir la proportion suivante; la proportion aortique est à la veineuse générale comme la pression artérielle pulmonaire est à la veineuse pulmonaire. Or la première est dix fois supérieure à la seconde; donc la quatrième sera le dixième de la troisième : autrement dit, la pression aortique chez l'homme étant de 12 centimètres, celle des veines générales de 12 millimètres, et celle de l'artère pulmonaire de 4 centimètres, celle des veines pulmonaires ne dépasse pas 4 millimètres.

On ne s'étonnera pas de trouver un chiffre aussi faible pour les veines pulmonaires, si on veut bien se souvenir que, chez plusieurs chevaux, la pression étant, il est vrai, diminuée par l'ouverture de la poitrine, l'hémodynamomètre n'a pas bougé.

Connaissant à présent les pressions comparatives propres à chaque appareil circulatoire, nous pouvons nous rendre un compte exact de l'utilité relative de chaque valvule.

En effet, celles du côté droit, soumises en avant à la pression de l'artère pulmonaire, diminuée de celle des veines caves qui les soutient en arrière, sont évidemment condamnées à supporter un poids constant équivalant à une colonne mercurielle de 2 centimètres 8 millimètres, et les valvules gauches, étant soumises au poids de la colonne aortique diminué de celui des veines pulmonaires, supportent une pression constante de 11 centimètres 6/10.

Comme on le voit, les valvules gauches portent un fardeau quatre fois plus lourd que les valvules droites, et la fréquence de leurs altérations comparée à la rareté de celles du cœur droit trouve dans ce surcroît d'activité fonctionnelle une explication trop rationnelle pour que je m'y arrête un seul instant.

Nos connaissances physiologiques étant appuyées de la sorte sur une base expérimentale inattaquable, voyons quel serait l'effet de la suppression des deux valvules droites ou des deux valvules gauches.

Le problème n'est certes pas difficile à résoudre; le résultat consisterait fatalement dans l'équilibration entre les pressions des deux appareils vasculaires qui séparaient ces valvules. Ainsi la suppression des valvules droites équilibrerait les pressions entre l'artère pulmonaire et les veines générales par l'intermédiaire des veines caves, et la suppression des valvules gauches équilibrerait la pression aortique avec celle des veines pulmonaires. C'est ce que l'expérimentation nous a démontré, comme je l'ai dit plus haut, toutes les fois que nous avons coupé les valvules tricuspide ou mitrale; l'oreillette et les veines aboutissantes ont été envahies et distendues par le sang comprimé dans le ventricule correspondant.

Nous avons à nous demander présentement quel est le résultat ultérieur de cette équilibration pathologique des pressions vasculaires. Il est clair que, pour y arriver, il faut employer d'autres moyens d'expérimentation que la section intracardiaque des replis valvulaires, section qui tue l'animal en peu de temps. A cet effet, il suffit de lier une grosse veine, la jugulaire ou la fémorale, par exemple; le sang veineux, en s'accumulant en arrière, tend le vaisseau et se trouve bientôt soumis à une pression supérieure à la pression normale. Qu'arrive-t-il alors? Rien n'est plus facile à dire. Il est clair qu'une augmentation de pression sur une colonne veineuse tend à annuler proportionnellement celle du système artériel qui la pousse *a tergo*, en ralentissant la circulation capillaire intermédiaire. Or le résultat constant du ralentissement de cette circulation, c'est l'œdème; d'où il suit que l'œdème devrait être pour le poumon le résultat fatal d'une insuffisance des valvules gauches, comme il est pour le reste du corps, notamment pour les extrémités, le résultat également fatal d'une insuffisance des valvules cardiaques droites.

Est-ce là ce que nous observons dans les poumons affectés d'une insuffisance à gauche? Non; nous y observons des congestions subaiguës, des exhalations sanguines, des apoplexies, des bronchites, des catarrhes, des pneumonies partielles et d'autres lésions qu'il n'entre pas dans mon sujet d'énumérer complétement. Pourquoi cette différence dans les résultats des insuffisances gauches, comparé à ceux des insuffisances droites? Personne n'ayant cherché à résoudre ce problème, essayons de le faire.

Évidemment cela ne tient pas à la nature des tissus; le parenchyme pulmonaire se prête à l'œdème aussi bien que le tissu cellulaire, témoin l'œdème du poumon, maladie bien connue de tous les praticiens. Si donc son absence dans le cas qui nous occupe ne tient pas à la nature du tissu, il faut qu'elle tienne à la nature du sang; et c'est en effet ce qui a lieu. Quel est le sang qui stationne aux extrémités à la suite des insuffisances du cœur droit? Le sang veineux, qui est chargé des produits de la désassimilation, et qui est éminemment impropre à fournir aux tissus qu'il encombre les matières nécessaires à l'accomplissement des fonctions inflammatoires.

Quel est, au contraire, le sang qui stationne dans le poumon à la suite des insuffisances gauches? Le sang artériel, riche en matériaux d'assimilation, dépouillé de son excès d'eau et d'acide carbonique, et dont l'accumulation dans le tissu pulmonaire réalise déjà le degré initial de toute inflammation, la congestion. Cette seule comparaison en-

---

Dans le tableau ostéologique des vertébrés, le développement et les divisions du crâne des poissons se trouvaient sans analogues; ce cette lacune laissait un grand vide, un point faible dans la théorie de l'unité de composition. La comparaison avec le crâne du fœtus humain comble ce vide.

L'embryogénie prit donc sa place, comme lien, dans la conception philosophique du monde animé; et depuis, ajoute le savant professeur, l'anatomie comparée n'est que l'embryogénie permanente.

Qui avait donc dit que la distance était bien grande de l'anthropologie à l'anatomie comparée?

On serait tenté de penser que c'est pour répondre à cette question que M. Serres a ouvert son nouveau cours par cette remarquable exposition, dont le corollaire est tout entier dans ses dernières propositions. La zootomie, l'anthropologie sont évidemment sœurs par leur origine historique, sœurs par leurs analogies, sœurs même par la production de leurs disons blancs. Mais la belle loi de Geoffroy fait voir encore leur union plus intime dans leur point d'origine, l'embryogénie. Là elles ne sont plus sœurs seulement, elles sont jumelles; et les manifestations reconnues chez l'une peuvent faire, presque à coup sûr, prédire les phénomènes à rencontrer dans l'autre.

Sous ce rapport, l'anatomie comparée nous appartient à nous médecins comme une annexe de première importance. A Dieu ne plaise que nous prétendions énoncer une opinion tranchante entre de si hautes puissances scientifiques! Mais enfin c'est un des nôtres, un médecin, un de nos maîtres, qui déploie ici le drapeau de la physiologie générale, philosophique! Notre place est sous son ombre; les grands avantages qu'assure à la science de l'homme un tel point de vue ne sauraient certainement nous trouver indifférents.

Dr Giraud-Teulon.

Paris, 20 nov. 1856.

— M. le docteur Constantin James vient de recevoir de S. M. le roi de Sardaigne la décoration de l'ordre des saints Maurice et Lazare.

— On vient de publier à Lyon l'adjudication du nouvel hôpital qui doit être construit à la Croix-Rousse. Le montant du devis s'élève à 1,113,000 fr.

— La section médicale de la Société d'encouragement pour les sciences, lettres et arts de Milan, a accepté, d'un médecin italien établi en Orient, l'offre d'un prix de 1,000 fr. à accorder à l'auteur du meilleur mémoire sur les névralgies brachiales. Établir le diagnostic différentiel des névralgies dans divers troncs nerveux, et insister spécialement sur le traitement. Distinguer la névrite de l'anévrose. Les mémoires, écrits en italien, en français ou en latin, devront être adressés à la section médicale de la Société, avant le 30 septembre 1857.

tre les deux sangs donne l'explication de la différence des phénomènes; c'est dans leur nature qu'il faut chercher la raison de la *passivité* du tissu cellulaire général, et de l'*activité* du tissu pulmonaire, dans les cas d'insuffisance valvulaire à droite ou à gauche.

Appuyés comme nous le sommes sur les faits physiologiques et sur leurs légitimes conséquences, nous devons aller plus loin.

Il nous faut rechercher, en effet, non plus quelles seraient les conséquences de la suppression du double appareil valvulaire droit ou gauche, comme nous venons de le faire, suppression hypothétique que l'on n'a jamais constatée au lit des malades, car elle est incompatible avec la vie, mais quelles sont celles de la suppression isolée de l'appareil artériel ou de l'appareil auriculaire, considérés séparément, suppression que l'on peut observer tous les jours dans certaines limites. La physiologie va encore nous éclairer.

Il est évident qu'au moment où le sang pénètre dans le ventricule, ce qui a lieu *avant* et *pendant* la systole auriculaire, comme nous l'avons prouvé ailleurs, l'effort de la colonne artérielle repose tout entier sur les valvules sigmoïdes abaissées. Il est clair, d'un autre côté, que pendant la systole ventriculaire, l'effort de la colonne artérielle repose entièrement sur la valvule auriculaire relevée. Les contractions alternatives des cavités cardiaques font donc peser tour à tour la pression dont il s'agit sur chaque système de valvules, en se la transmettant pour ainsi dire de l'un à l'autre, par un mécanisme analogue à celui des écluses sur les canaux.

Qu'arrive-t-il si l'une des deux vient à manquer? Évidemment l'effort ne peut plus porter que sur celle qui sera demeurée intacte; et comme, de toute nécessité, cette valvule unique devra se relâcher à chaque révolution cardiaque, pour laisser passer une ondée de sang, l'équilibre de pression s'établira *d'une manière intermittente*, entre le système artériel placé en avant et le système veineux placé en arrière; non pas seulement par l'effet d'un courant rétrograde, mais par un mécanisme très-simple, que je vais faire apprécier en quelques mots.

Effectivement, si c'est la valvule artérielle qui fait défaut, la valvule auriculaire constamment relevée par la pression de la colonne artérielle qu'elle supporte seule désormais ne pourra être abaissée que par un effort de l'oreillette supérieur à la pression artérielle qui maintient cette valvule relevée. Si c'est la valvule auriculaire qui est détruite, la valvule artérielle ne pourra être soulevée que par une contraction ventriculaire capable de vaincre la pression qui maintient cette valvule abaissée. Dans l'un et l'autre cas, la colonne veineuse, placée en arrière, servant de point d'appui pendant la contraction de l'oreillette ou du ventricule, se trouvera soumise, à chaque révolution complète du cœur, et pendant la durée de l'une des deux systoles, à la pression de la colonne artérielle correspondante en avant.

Que les phénomènes d'équilibration vasculaire se produisent plus rapidement et d'une manière plus intense dans les cas d'insuffisance auriculo-ventriculaire que dans les cas d'insuffisance artérielle, comme M. Rambaud l'a dit depuis longtemps, c'est ce qui n'est pas douteux. Cela s'explique par le fait de l'absence complète de tout système valvulaire en arrière du point malade dans le premier cas. Mais la lecture de toutes les observations d'insuffisance artérielle est là pour démontrer qu'entre les deux espèces il n'y a qu'une différence de rapidité et d'intensité.

Ainsi qu'il est facile de le voir, la suppression d'une seule valvule ne diffère dans ses effets de la suppression des deux valvules du même côté qu'en ce que, dans le premier cas, l'équilibre de pression s'établit d'une manière intermittente, tandis que, dans le second, il est permanent. Or il résulte de cette vérité incontestable que deux insuffisances *complètes* placées l'une dans le cœur droit, l'autre dans le cœur gauche, sur quelque valvule que ce soit, équivalent à la destruction totale des quatre valvules, puisqu'elles permettent l'équilibration de toutes les pressions vasculaires, équilibration intermittente, il est vrai, mais qui n'en est pas moins certaine pour autant.

Je n'ai pas besoin de démontrer que cette dernière lésion ne peut exister que pendant bien peu de temps, car elle entraîne nécessairement une mort rapide. Je n'en connais qu'un exemple bien avéré, rapporté par M. Bouillaud; il s'agit d'une double insuffisance auriculo-ventriculaire, qui fut suivie de la gangrène de tout un membre inférieur et de la mort du malade après un temps très-court.

Je ferai connaître dans un instant le mécanisme de la gangrène qui se montre dans les cas de cette nature, mécanisme qui me semble avoir été méconnu jusqu'à présent. Je reviens à mon sujet.

Nous connaissons maintenant, au moyen de l'analyse physiologique, les effets de toutes les insuffisances qui peuvent se présenter, savoir : 1° l'insuffisance simple ou double du même côté, dont les résultats, à la continuité près, sont absolument identiques; 2° l'insuffisance de deux valvules, l'une à droite, l'autre à gauche, dont les résultats équivalent à la suppression de toutes les valvules. J'ai laissé de côté l'insuffisance réelle des quatre valvules, que l'on n'a jamais vue et qu'on ne verra jamais.

Il semble qu'arrivé au point où nous en sommes, nous devons avoir tout dit sur les effets de l'insuffisance valvulaire. Il s'en faut encore cependant, car il nous reste à examiner une importante question : je veux parler des effets des insuffisances du cœur gauche sur le cœur droit.

Nous venons de voir d'une manière générale que la suppression d'une valvule avait pour résultat immédiat de tendre à l'équilibration des pressions entre les deux appareils circulatoires qu'elle est chargée de séparer. Supposons à présent que l'une des deux valvules du cœur gauche ne fonctionne plus; la veine pulmonaire qui, à l'état normal, supporte une pression de 4 millimètres, se trouve par le fait soumise à une pression intermittente trente fois supérieure, d'où résulte nécessairement un ralentissement de sa circulation propre. N'est-il pas évident que la colonne artérielle pulmonaire, qui, dans l'état normal, n'avait à vaincre que la résistance opposée par le réseau capillaire du poumon et la colonne veineuse pulmonaire placée au delà, rencontrant cette dernière trente fois plus lourde à mouvoir, opposera au ventricule droit une résistance bien supérieure à sa résistance physiologique, puisqu'elle sera triple et que ce ventricule, soumis par le fait à un excès d'activité, se trouvera dès lors dans les conditions les plus favorables à l'opisthypertrophie. Or, comme cette hypertrophie ne peut en aucun cas être suffisante pour vaincre toutes les résistances accumulées devant elle, l'impuissance du ventricule se traduira par l'engorgement de sa cavité et le ralentissement de la circulation veineuse générale placée en arrière, et en conséquence par un œdème. Et c'est ainsi qu'une insuffisance valvulaire du cœur gauche conduit à un œdème des extrémités, en produisant sur son chemin l'obstruction du poumon et l'engorgement du cœur droit.

On comprend aisément que de là à l'insuffisance auriculaire droite, il n'y a qu'un pas. En effet, jusqu'à présent les valvules droites demeurées saines et suffisantes ont continué à séparer la colonne veineuse générale placée derrière elles de la colonne artérielle pulmonaire placée en avant, équilibrée elle-même, par le fait de l'insuffisance gauche, avec la colonne aortique. Mais la dilatation opistectasique du ventricule droit finit tôt ou tard par déterminer à son tour une insuffisance relative à son orifice auriculaire; l'équilibre entre le système aortique et le système veineux général se trouve dès lors établi par l'intermédiaire des deux systèmes circulatoires pulmonaires, et la circulation capillaire générale est atteinte dans sa cause radicale. C'est alors que se manifestent, non plus l'œdème des extrémités, mais l'anasarque, non plus le ralentissement, mais la suppression de la circulation capillaire, et, par conséquent, la gangrène. C'est ainsi que s'expliquent complétement les sphacèles désastreux que l'on observe à la dernière période des maladies graves du cœur, et que l'on attribuait jusqu'à présent à de prétendus caillots fibrineux détachés des cavités cardiaques et entraînés par le courant circulatoire, caillots dont je ne prétends point nier l'existence, M. Bouillaud l'a trop bien prouvée, mais qui ne paraissent se détacher moins souvent que l'on a bien voulu le dire, du point où ils ont pris naissance.

Il existe donc, dans toute insuffisance valvulaire du cœur gauche, deux périodes : une première caractérisée par l'équilibration des pressions veineuse et artérielle pulmonaires avec la pression aortique, et une période finale, caractérisée par l'apparition consécutive de l'insuffisance des valvules droites, et la tendance à l'équilibration générale de toutes les pressions vasculaires. Dans les insuffisances primitives du cœur droit, il n'y a qu'une seule période, caractérisée par l'équilibration des pressions veineuse générale et artérielle pulmonaire. Ainsi s'explique encore rationnellement la différence de gravité qui a été observée de tout temps entre les insuffisances primitives gauche et droite, la première entraînant tôt ou tard la seconde à sa suite, et la seconde subsistant indépendamment de la première.

(La fin au prochain numéro.)

ERRATUM. — Dans la première partie du mémoire de M. Faivre, qui a paru dans le numéro précédent, il s'est glissé une faute d'impression. Page 713, 1re col., lig. 12, au lieu de : la systole *ventriculaire* est absolument aphone, lisez : la *systole* AURICULAIRE.

CHIRURGIE PRATIQUE.

NOUVELLE ÉTUDE DE LA TAILLE MÉDIANE ; par P. BOUISSON, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

(Suite. — Voir GAZ. MÉD., année 1855, et les numéros 42, 45 et 46 de cette année.)

V. — DE LA VALEUR DES REPROCHES ADRESSÉS A LA TAILLE MÉDIANE.

On objecte généralement contre la taille médiane qu'elle expose à blesser les canaux éjaculateurs ou le rectum, qu'elle favorise l'ecchymose du scrotum et l'infiltration urineuse ; enfin qu'elle rend difficile l'extraction des calculs volumineux. Ces reproches ne sont pas majeurs, vu qu'aucun ne se rapporte au danger que l'opération offrirait par rapport à la vie, danger qui existait à l'époque où l'on employait les dilatations dilacérantes, ni à des résultats permanents et presque inévitables, comme, par exemple, à la formation d'une fistule à la suite de la taille recto-vésicale. Les inconvénients ou les imperfections qu'on lui attribue ont un certain caractère de contingence ou ne se rattachent qu'à des cas particuliers, en sorte qu'il y aurait erreur ou injustice à les généraliser ; et d'ailleurs ces inconvénients peuvent être atténués, corrigés ou effacés par diverses précautions que nous aurons successivement à signaler.

1° LÉSION DES CANAUX ÉJACULATEURS. — Il parait que cette lésion était assez fréquente dans la taille par le grand appareil, alors qu'on employait les dilatations dilacérantes pour frayer le passage du calcul. Les canaux éjaculateurs, la prostate, le col des vésicules séminales étaient soumis à des déchirures irrégulières, à de véritables plaies contuses, ou à une sorte d'écrasement local suivi de désorganisation ou d'inflammations oblitérantes, dont l'impuissance était plus tard la déplorable conséquence. C'est principalement à la suite des opérations pratiquées chez les enfants (1), qu'on courait le risque d'aboutir à ce triste résultat. Le peu de développement des organes, leur facile écrasement par la pression, leur défaut d'activité fonctionnelle après l'opération, tout favorisait une destruction ou des effets plastiques oblitérants, dont les fonctions viriles subissaient plus tard l'influence.

Serait-on fondé à maintenir que les fonctions viriles sont également menacées par la taille médiane perfectionnée ? Scarpa est, parmi les chirurgiens modernes, l'un de ceux qui ont cherché à mettre le plus en garde contre la lésion des conduits éjaculateurs. Dans les mémoires (2) qu'il a composés à l'occasion de sa polémique avec Vacca-Berlinghieri, le chirurgien de Pavie termine le chapitre consacré à cette question, en disant qu'il est à la fois irrationnel et contre l'humanité d'exposer un individu au danger de perdre par la lésion de l'un de ses conduits éjaculateurs la moitié de ses facultés génératrices, quand on peut extraire la pierre de la vessie à l'aide d'un procédé qui n'expose pas aux mêmes accidents. Bien que cette réflexion, quelque peu désolante, n'ait été adressée à Vacca que pour combattre la taille recto-vésicale, il est évident que, dans la pensée de Scarpa, elle s'adresse aussi à la taille périnéale médiane, dont Vacca-Berlinghieri se montra plus tard l'apologiste. Mais la condamnation prononcée par Scarpa n'est pas heureusement sans appel, soit devant la science, soit devant la pratique, et l'on est autorisé à soutenir que la lésion si redoutée n'a pas toujours lieu dans la taille médiane ; que si elle a lieu, elle n'est pas suivie d'impuissance ; enfin qu'elle n'est pas sûrement évitée dans les autres tailles périnéales.

La lésion des conduits éjaculateurs n'arrive pas nécessairement dans la taille médiane. Si ce mode cystotomique était exécuté de manière à mériter rigoureusement le nom qu'on lui donne, c'est-à-dire si l'incision portait exactement sur la ligne médiane, il est évident que les canaux éjaculateurs seraient épargnés, puisqu'ils sont placés euxmêmes sur les côtés de cette ligne, et séparés par le vérumontanum et l'utricule prostatique. Scarpa rappelle que, dans une circonstance, la section des parties fut faite d'une manière assez précise pour que le vérumontanum, divisé longitudinalement en deux moitiés égales, conservât sur chacune d'elles l'orifice intact du conduit éjaculateur. Nous conviendrons avec Scarpa que cette chance favorable est très-rare ; mais il est nécessaire de ne rechercher un tel résultat qu'au prix d'une difficulté qu'on n'est pas certain de vaincre. Il est à la fois bien plus simple et plus sûr de faire porter l'incision un peu à gauche, en dehors du champ très-limité où viennent s'aboucher les conduits éjaculateurs. Cette faible déviation de l'instrument tranchant permet d'éviter ces canaux sans faire perdre à la taille médiane son caractère essentiel, qui est de diriger l'incision d'avant en arrière dans le champ de la paroi inférieure du canal de l'urètre, et en dedans des vaisseaux du périnée. Cette paroi, ramenée à l'horizontalité par l'aplatissement que lui fait subir un cathéter à large cannelure, offre une étendue transversale suffisante pour que l'instrument, en agissant le long du rebord gauche de la cannelure, épargne le canal éjaculateur en le laissant dedans. Si le chirurgien a l'intention de dévier un peu en dehors le tranchant de l'instrument pendant qu'il complète l'incision prostatique, il est sûr d'éviter le canal éjaculateur.

En supposant que, malgré les précautions que nous venons d'indiquer, le canal éjaculateur gauche soit intéressé, l'impuissance ne saurait être la conséquence d'une lésion de ce genre ; car, indépendamment du maintien de l'intégrité de l'autre canal, qui suffit à l'accomplissement de l'excrétion séminale, celle-ci n'est pas absolument empêchée du côté où a eu lieu la section du conduit. La blessure d'un conduit excréteur peut changer les conditions régulières d'excrétion, mais elle n'empêche pas la glande de fonctionner ; dans ce cas, moins que dans tout autre, l'arrivée de la liqueur séminale à sa destination n'éprouve aucun obstacle sérieux. La réunion des deux parties du canal éjaculateur n'eut-elle pas lieu, bien que Vacca en cite un exemple, rien ne s'oppose essentiellement à l'arrivée du fluide séminal dans l'urètre. Les côtés de l'ouverture d'un canal excréteur ne se réunissent pas, et il se forme une fistule au point d'incision. Or le produit qui, dans ce cas, sortirait par la fistule n'aboutirait qu'au canal de l'urètre. Nul doute, il est vrai, qu'un orifice fistuleux n'ait pas les propriétés d'un orifice naturel, et que l'insensibilité et la contractilité de celui-ci ne soient des conditions d'un exercice fonctionnel normal ; mais si l'on réfléchit à la disposition particulière de l'appareil excréteur spermatique, on verra que le fluide séminal n'est pas directement versé dans le canal de l'urètre ; qu'il séjourne dans les vésicules séminales ; qu'en conséquence ce n'est pas l'orifice urétral des conduits éjaculateurs qui est le vrai modérateur de la marche du sperme ; mais que c'est le col de la vésicule séminale qui remplit ce rôle ; qu'en conséquence la conservation du sperme dans son réservoir et son émission au moment de l'éjaculation ne sont ni réellement ni surtout nécessairement troublées par le fait de la section accidentelle d'un canal éjaculateur. Cette section se faisant près du point d'abouchement urétral n'implique pour ainsi dire aucune différence, tout au plus pourrait-on faire la part de la déperdition de la petite quantité de fluide séminal qui, de l'extrémité du canal déférent, s'engage dans le canal éjaculateur sans suivre une marche régressive vers la vésicole séminale. Mais il ne saurait y avoir dans cette faible déperdition une cause sérieuse d'impuissance même partielle. L'expérience pratique vient lever d'ailleurs les scrupules d'une critique exagérée, en montrant que les sujets traités par la taille médiane conservent toutes leurs facultés génératrices, c'est ce dont nous avons pu nous assurer chez plusieurs calculeux que nous avons taillés par ce mode, et auprès desquels nous avons pris des informations qui ne nous laissent aucun doute sur la pleine possession de leurs facultés viriles.

Enfin, si l'on était fondé à objecter contre l'emploi de la taille médiane la possibilité de l'impuissance par le fait de la lésion des conduits éjaculateurs, le même reproche pourrait, à aussi bon droit, être adressé à d'autres tailles périnéales. C'est un reproche que se sont mutuellement renvoyé les prôneurs de telle ou telle espèce de taille, et les partisans de la lithotritie n'ont pas manqué de l'adresser collectivement à toutes les tailles qui intéressent la prostate. Il est certain, par exemple, que la cystotomie bilatérale expose plus que toute autre à la lésion des canaux éjaculateurs, puisque toute la paroi inférieure de l'urètre est intéressée précisément au niveau du vérumontanum. Néanmoins, Dupuytren signale comme un des principaux avantages de son mode cystotomique de mettre à l'abri de l'impuissance. C'est qu'en effet un pareil résultat est en réalité très-rare, et que les lésions des canaux éjaculateurs par l'instrument tranchant, historiquement ou lithotome, n'ont pas toute la gravité qu'on s'est plu théoriquement à leur accorder. Leur section nette a même moins d'inconvénients que leur excitation par les instruments de lithotritie ou par les débris de calcul occasionnés par cette opération, et l'on voit plus souvent après

(1) On sait que Boileau fut atteint de la pierre dans son enfance ; il fut taillé par le grand appareil, qui était alors la seule méthode en usage. Ses biographes assurent que l'opération fut mal faite, et qu'il en résulta pour lui une incommodité permanente, et une atteinte aux facultés génératrices. Son humeur chagrine, sa répulsion pour les femmes manifestée dans sa satire IX, en furent probablement la conséquence. Boileau fait allusion à son malheur dans l'épigraphe qu'il a composé pour lui-même, et où il se dépeint comme *très-peu voluptueux*.

(2) TRAITÉ DE L'OPÉRATION DE LA TAILLE, traduit de l'italien par Ollivier d'Anger ; in-8° ; p. 104.

celle-ci qu'après la taille, survenir ces inflammations de l'épididyme ou du corps du testicule qui résultent de la susceptibilité inflammatoire des canaux éjaculateurs et de la transmission phlegmasique jusqu'aux organes sécréteurs. On est donc fondé par ces diverses considérations, à exonérer la taille médiane du reproche, si souvent reproduit, d'exposer à la lésion des conduits éjaculateurs et à l'impuissance, ou tout au moins on doit la mettre, sous ce rapport, au même rang que les autres tailles périnéales.

2° Lésion du rectum. — Cette lésion est encore un des motifs qui ont le plus contribué à la dépréciation de la taille médiane. « Avec le perfectionnement de Méry et de Vacca, elle est moins douloureuse, plus rationnelle, infiniment meilleure sous tous les rapports, dit M. Velpeau (1), qu'en sortant des mains de Mariano; mais elle n'en est pas moins la plus menaçante de toutes pour le rectum. » Nous n'invoquerons pas, pour atténuer la possibilité de cette lésion, l'exemple des chirurgiens qui l'ont considérée comme assez peu grave pour proposer une méthode dont le but essentiel est précisément d'intéresser le rectum pour arriver dans la vessie. Ce mode cystotomique resté dans la pratique de Sanson, Vacca-Berlinghieri, Candiloro, et de quelques imitateurs, n'a fourni et ne devait fournir qu'une courte carrière dans la pratique chirurgicale. Mais nous pourrions invoquer du moins les faits heureux relatifs à ce mode opératoire, pour prouver qu'une lésion du rectum, surtout lorsqu'elle porte en avant du col vésical, n'est pas au-dessus des ressources simultanées de l'art et de la nature, et que la taille médiane pourrait, sans être proscrite, subir comme accident ce que la taille recto-vésicale présentait comme la partie essentielle de l'opération. Mais n'oublions pas qu'il ne s'agit ici que d'un accident, et que cet accident peut être facilement évité. Un chirurgien prévenu et instruit des rapports de la prostate et du rectum, borne son incision prostatique de manière à ne pas franchir la limite de son rayon antéro-postérieur. Nous avons dit, du reste, à propos du manuel opératoire, que dans ce point il était utile de dévier un peu en dehors le tranchant du lithotome ou du bistouri, et que cette précaution écartait le danger de blesser le rectum. Ajoutons que dans les autres tailles périnéales, l'immunité du rectum n'est pas absolue, et il suffit de jeter un coup d'œil dans les Traités de médecine opératoire pour se convaincre que tous les chirurgiens qui se sont occupés de ces questions ont admis la possibilité d'un pareil accident à la suite de la taille latéralisée, et ont insisté sur tous les préceptes propres à en écarter les chances. En comparant, sous ce rapport, la taille médiane aux autres tailles périnéales, il ne s'agit donc que d'une différence en plus ou en moins.

3° Ecchymose du scrotum et infiltration d'urine. — L'ecchymose du scrotum ne se produit que lorsque l'incision, commencée trop en avant, intéresse le bulbe de l'urètre dans le point où il est en rapport avec l'aponévrose superficielle du périnée. La précaution de ne pas trop relever les téguments en avant, c'est ce qui expose à une perte du parallélisme entre l'incision cutanée et l'incision profonde, et la précaution de faire porter celle-ci en arrière du bulbe de l'urètre, font éviter l'ecchymose du scrotum qui, dans tous les cas, ne saurait s'élever à la hauteur d'un accident sérieux. Le sang épanché dans le tissu cellulaire des bourses s'y résorbe assez rapidement, et le pire résultat serait la formation d'un abcès sanguin, qui, tout en nécessitant l'ensemble des précautions destinées à le faire éviter, ne serait nullement compromettant ni pour le présent ni pour l'avenir. Quant à l'infiltration urineuse dans les espaces du périnée, nous ne pensons pas que ce soit un genre d'accident qui puisse être spécialement imputé à la taille médiane. La facilité qu'a l'urine de s'écouler par une plaie courte, directe et placée dans la partie la plus déclive de la région, la disposition des tissus fibreux dans ce point, la texture un peu plus serrée des éléments anatomiques sur la ligne médiane; tout s'accorde pour écarter la possibilité de ce genre d'accident; s'il survient, c'est que la cicatrisation trop prompte du trajet de la plaie s'étant opérée d'une manière inégale, et ayant fait des progrès plus rapides vers l'extrémité cutanée du trajet que vers son extrémité vésicale, l'urine s'infiltre au-dessous du canal de l'urètre. Mais cet accident est rare, et il se présente ici dans des conditions qui en atténuent l'importance; car il est, pour ainsi dire, le défaut d'une qualité, il est le résultat possible de ce qu'à un autre point de vue, on est fondé à considérer comme un avantage, je veux dire la rapide cicatrisation habituelle du trajet de la plaie. Dans le but de prévenir ce résultat, les partisans du grand appareil, qui avaient beaucoup de raison pour le redouter, introduisaient une canule jusque dans le col vésical, pour diriger les urines au dehors; mais nous pensons qu'en raison de la rareté de cet accident dans la taille médiane moderne, on peut se dispenser de cette précaution, et qu'on peut se borner, en donnant une position convenable au malade, en s'abstenant de tout pansement local qui gêne la sortie de l'urine, à laisser agir la nature en surveillant toutefois la région, et en ouvrant une prompte issue au liquide infiltré, si un accident de ce genre, qui n'est pas, au reste, étranger aux tailles périnéales obliques, venait à se présenter.

(1) Nouv. élém. de médecine opér., t. IV, p. 524.

(La fin au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite.)

V. — ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.

Les numéros de juillet et d'octobre 1856, contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Des diverses formes de lypémanie. Essai de classification et de séméiologie*; par M. E. Billod. 2° *Observations sur les recherches statistiques relatives à l'aliénation mentale*; par M. E. Renaudin. 3° *Rapport médico-légal sur une tentative d'assassinat. Manie jugée par une fièvre intermittente*; par M. L. Lunier. (Il s'agit d'une tentative d'assassinat commise par un individu atteint de délire mélancolique compliqué d'accidents cérébraux à forme congestive, perte de la mémoire, embarras de la parole, vertiges. Sous l'influence de l'isolement, des grands bains et surtout du travail en plein air, les symptômes de délire disparurent progressivement; mais l'affection cérébrale paraît avoir été jugée par une fièvre intermittente. Les cas de terminaison critique de la folie par une fièvre intermittente ne sont point exceptionnels, et ce sont des faits de cette nature qui, pour une maladie un peu analogue, l'épilepsie, donnèrent à un médecin belge, M. Selade, l'idée de chercher à guérir cette névrose en développant une fièvre intermittente artificielle.) 4° *Note sur l'ossification prématurée du crâne chez les idiots microcéphales*; par M. Baillarger. 5° *Rapport statistique et médical à M. le préfet des Bouches-du-Rhône, sur l'épidémie scorbutique qui règne à l'asile d'Aix depuis 1853*; par M. Routier, médecin de cet asile. (Une véritable épidémie scorbutique, dont la marche a été progressive d'année en année, s'est montrée, dès 1853, dans l'asile d'aliénés d'Aix, sans qu'on puisse arriver à en découvrir la cause efficiente. La maladie ne paraît pas avoir présenté un caractère contagieux. 16 malades sur 21 avaient été victimes de l'affection scorbutique, lorsque M. Routier fut conduit, par une observation due au hasard, à donner à ses malades du suc de citron à l'intérieur. L'action de cet agent a été si énergique, qu'elle a rappelé à la vie quelques malades arrivés au dernier degré de la diathèse scorbutique, et qui paraissaient voués à une mort certaine. L'observation de M. Routier est heureuse, et démontre une fois de plus l'efficacité curative du suc de citron contre le scorbut. Mais il est regrettable que le médecin de l'asile d'Aix n'ait pas connu plus tôt l'action curative et préservative des acides végétaux, et particulièrement du suc de citron contre le scorbut, que tout le monde sait un peu, et que Lind a surtout vantée.) 6° *Observations sur les recherches statistiques relatives à l'aliénation mentale* (suite); par M. E. Renaudin. 7° *Des divers modes de chauffage et de ventilation, et de la manière dont ils doivent être employés dans les asiles d'aliénés*; par M. Girard (d'Auxerre). 8° *Consultation médico-légale dans un procès en nullité de testament pour cause d'aliénation mentale*; par M. Aubanel.

DES DIVERSES FORMES DE LYPÉMANIE. ESSAI DE CLASSIFICATION ET DE SÉMÉIOLOGIE; par M. E. Billod.

Les classifications qui ont cours jusqu'ici dans la science des maladies mentales sont défectueuses en ce qu'elles n'envisagent qu'un côté très-restreint d'une question très-multiple; elles se font remarquer encore par l'absence de toute subdivision. En attendant qu'une analyse psychologique des symptômes de l'aliénation mentale permette d'édifier une classification vraiment naturelle, le véritable progrès consiste dans l'étude analytique complète de ces symptômes; c'est ce que M. le docteur Billod s'est proposé de faire pour la lypémanie.

Un premier fait qui ressort de l'étude de la lypémanie, est que l'élément *tristesse* ne peut porter que sur les sentiments et les idées. C'est d'eux, en effet, et non des sensations et des volitions, que l'on peut dire : *ils sont tristes*. Étudiant sous ce rapport la lypémanie, M. Billod est conduit à admettre les quatre classes qui suivent :

1° Lypémanie proprement dite avec prédominance d'idées tristes et réaction de tristesse;

2° Lypémanie avec prédominance d'idées tristes, mais sans réaction de tristesse;

3° Lypémanie avec prédominance d'idées tristes et réaction mixte;

4° Lypémanie sans prédominance d'idées tristes et avec expression de tristesse.

Dans chacune de ces formes, on peut remarquer différents groupes offrant des différences très-notables, suivant la nature de l'idée dont la réaction sur la sensibilité produit la tristesse; de là d'assez nombreuses subdivisions que nous ne pouvons indiquer ainsi.

Dans la quatrième classe, lypémanie sans prédominance d'idées tristes, mais avec expression de tristesse, l'élément tristesse, au lieu de porter sur l'intelligence, ne semble résider que dans la sensibilité; aucun motif réel ou imaginaire ne justifie l'expression de tristesse. La lypémanie se manifeste très-rarement d'emblée sous cette forme à laquelle paraît se rattacher la mélancolie avec stupeur de M. Baillarger. Cette classe n'a pas de subdivisions.

OBSERVATIONS SUR LES RECHERCHES STATISTIQUES RELATIVES A L'ALIÉNATION MENTALE, par M. E. RENAUDIN.

Une notable divergence d'opinions sur la nature des unités qui doivent être comprises dans l'aliénation mentale s'est produite de nos jours; l'incertitude est plus grande encore au point de vue des espèces nosologiques; de là des obstacles sérieux à la coordination d'une statistique exacte. La précision dans le diagnostic des espèces et des variétés, dit M. Renaudin, aurait l'incontestable avantage de démontrer que, pour l'aliénation mentale, comme pour toute autre maladie, il existe en certains temps, en certains lieux, une constitution pathologique particulière, dont il faut nécessairement tenir compte pour l'appréciation de la physionomie des cas qui se succèdent. Les formes typiques, admises généralement jusqu'alors, correspondent à la prédominance de tels ou tels éléments morbides, la fréquence de l'une, la rareté d'une autre qui, même en un moment donné, peut disparaître entièrement, sont des faits qu'il est très-utile de constater. Mais de ce que, pour un moment donné, la constitution médicale penche plutôt vers une forme que vers une autre, ce n'est pas, je crois, une raison pour nier cette dernière et pour détruire l'édifice si laborieusement construit par nos devanciers observant des faits tout différents de ceux dont nous sommes témoins aujourd'hui.

Toutes les fois qu'on vent avoir recours à la méthode numérique, on ne doit pas oublier que pour être comptées ensemble, les unités doivent être, sinon complétement identiques entre elles, au moins homogènes, quant au point de vue sous lequel on les considère. C'est pour cette raison qu'il faudrait arriver à s'entendre sur une nomenclature retraçant exactement les faits, et sur un diagnostic établi avec toute la précision qu'on exige dans les autres branches des sciences naturelles. Pour coordonner utilement les éléments de l'observation méthodique, il faudrait encore rattacher l'évolution des faits aux diverses causes de dégénérescence en établissant leur filiation et leur mode de transformation.

Dans les éléments pathologiques de la population des asiles d'aliénés, il faut établir nécessairement trois catégories: les aliénés proprement dits, les idiots et les imbéciles, et enfin les épileptiques. Si les individus appartenant à ces deux dernières catégories ont incontestablement droit, comme l'a si bien démontré M. Ferrus, à l'assistance et à l'admission dans les asiles, les conditions de cette admission ne sont pas identiques avec celles des aliénés proprement dits, et il importe de ne pas confondre ces trois classes.

Le département est aujourd'hui une unité de circonscription qui vit d'une existence qui lui est propre, dont les mœurs, les habitudes, les industries ont un cachet spécial; c'est donc par département qu'il faut établir la statistique de l'aliénation mentale. Les appréciations ne doivent être basées que sur les observations embrassant une période de plusieurs années, pour ne pas s'exposer à ranger les faits fortuits parmi les faits permanents.

Les cadres de statistique dressés par l'autorité établissent, sous le rapport de l'origine des malades, une distinction fondamentale entre les populations urbaines et les populations rurales, mais avant d'examiner l'influence de l'agglomération sur l'évolution de l'aliénation mentale, il faut préalablement se rendre compte des conditions qui constituent ou modifient cette agglomération. L'étude des résultats fournis par la statistique régionale montre que l'influence de l'agglomération s'étend dans une certaine étendue de la périphérie et décroît ou s'augmente suivant qu'on s'en éloigne ou qu'on s'en rapproche.

M. Renaudin examine si le nombre des aliénés s'est réellement accru ou tend à s'accroître, et il conclut, non pas que ce nombre a augmenté d'une manière absolue ou relative, mais qu'il existe pour l'aliénation mentale, comme pour les autres affections, des périodes de recrudescence sur les conditions pathologiques desquelles il fournit des explications. L'hérédité joue dans l'évolution de l'aliénation mentale un rôle aujourd'hui bien apprécié, mais ce n'est pas de primesaut que la folie en devient ordinairement le produit, et souvent deux ou trois générations passent par les modifications protéiformes de diverses névroses avant d'arriver à ce résultat final. Or les conditions de causalité se multiplient avec le temps, et, lorsque surgissent des causes occasionnelles, des recrudescences ont lieu.

L'expérience démontre des alternances quant à l'accroissement relatif des hommes ou des femmes dans la population des aliénés.

La mortalité dans la population des asiles est un phénomène complexe soumis à des alternatives diverses ayant ses *maxima* et ses *minima*, et empruntant sa raison d'être moins peut-être aux conditions du milieu qu'aux éléments même qui viennent y converger de différents points.

M. Renaudin pense qu'au lieu de cette statistique générale des causes physiques ou morales, si difficile à établir, il vaudrait mieux se borner à des recherches spéciales sur quelques points de l'étiologie prédisposante, l'hérédité surtout, dont l'influence est incontestable, mais dont nous ne connaissons pas suffisamment le mode de causalité.

Une bonne statistique des âges et de l'état civil est encore à faire; mais il faut indiquer l'âge auquel la maladie est survenue et non pas l'âge au moment de l'admission comme le demandent les tableaux officiels. Il faut nécessairement aussi mettre à part les idiots et les épileptiques.

Quant à la proportion des guérisons, elle doit être établie, non pas d'une manière absolue, mais en tenant compte des conditions relatives à la constitution médicale et des circonstances qui ont précédé l'isolement dans les asiles. Ainsi, dans beaucoup de localités, au lieu de diriger directement sur l'asile les aliénés dont la situation a été constatée par les réclamations des habitants et le rapport des médecins, l'autorité les fait placer dans un hospice dépositaire pour y être soumis à une observation préventive qui se prolonge assez quelquefois pour que les malades arrivent à l'asile dans un état d'incurabilité complète. En restreignant le nombre des admissions, on arrive ainsi à prolonger la durée du séjour, et c'est au détriment des malades et des finances qu'on immobilise en quelque sorte des éléments stationnaires qui, placés dans des conditions meilleures, auraient pu être rendus à leur famille.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 10 NOVEMBRE.—PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE.

NOTE SUR L'EXTIRPATION DES CAPSULES SURRÉNALES CHEZ LES RATS ALBINOS (mus ratus); par M. le docteur PHILIPEAUX.

(Commissaires nommés pour les communications de M. Brown-Séquard et de M. Gratiolet.)

Dans ces derniers temps, MM. Brown-Séquard, Gratiolet et Vulpian ont présenté à l'Académie des sciences plusieurs mémoires intéressants sur la physiologie des capsules surrénales. Depuis cette époque, j'ai fait des expériences dans le but de chercher si les capsules surrénales sont bien des organes essentiels à la vie. J'ai commencé ces expériences le 1er octobre de cet année, et je les ai pratiquées sur des lapins, des cochons d'Inde, des chiens, et en dernier lieu sur des rats albinos (1).

De mes expériences, je crois pouvoir conclure :

1° Que l'extirpation des capsules surrénales n'entraîne pas nécessairement la mort des animaux;

2° Que dans les cas où la mort survient, elle est causée par l'opération qui est grave et qui occasionne souvent, soit une inflammation du tissu cellulaire qui environne les reins, soit une péritonite, soit une hépatite, soit, et cela arrive souvent, une hernie intestinale au travers des muscles divisés;

(1) M. Augustus Waller a eu le premier l'idée de faire l'extirpation des capsules surrénales sur les rats albinos. Il avait déjà exécuté l'opération sur plusieurs de ces animaux, et il était parvenu à en faire vivre un pendant deux ou trois jours, auquel il avait enlevé les deux capsules surrénales, lorsqu'une assez longue maladie l'a forcé d'interrompre ces expériences.

3° Que certains animaux auxquels on a enlevé les deux capsules surrénales survivent à l'opération sans qu'il soit possible de constater le moindre trouble permanent ou même passager dans leurs fonctions ;

4° Que les capsules surrénales ne paraissent pas des organes plus essentiels à la vie que la rate et les corps thyroïdes.

— M. Maisonneuve présente une note sur un nouveau procédé opératoire qu'il a imaginé pour la guérison de l'hypospadias.

Par ce procédé, il parvient à prévenir l'oblitération du conduit formé artificiellement, à le mettre en quelque sorte dans les mêmes conditions que le canal normal; c'est-à-dire qu'il le double d'une membrane qui lui tient lieu de muqueuse, membrane qui n'est autre chose qu'un lambeau étroit des téguments externes, adhérant seulement par son extrémité antérieure près de l'orifice normal; c'est par cet orifice que le lambeau est introduit et porté jusqu'au delà de l'ouverture contre-nature qu'il contribue à oblitérer.

(Renvoi à l'examen d'une commission composée de MM. Velpeau, Jobert (de Lamballe) et Civiale.)

— M. E. Robiquet présente une note sur le diabétomètre, appareil destiné à mesurer le sucre dans les urines diabétiques.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 18 novembre. — Présidence de M. Bussy.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les arrondissements d'Avranches et de Valognes, et dans le département de l'Indre en 1855. (Commission des épidémies.)

2° Un rapport de M. le docteur Finaz, médecin-inspecteur des eaux minérales de Charbonnières (Rhône), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1854. (Commission des eaux minérales.)

— La correspondance non officielle comprend :

Un mémoire intitulé : Recherches chimiques sur les eaux minérales et thermales de Royat et de Chamalières (Puy-de-Dôme), par M. J. Lefort, pharmacien à Paris. (Commission des eaux minérales.)

Une note sur une pâte caustique au chlorure de zinc, par M. Sommé, interne en pharmacie à l'hôpital des cliniques. (Commissaires : MM. Guibourt et Jobert (de Lamballe.)

Une note intitulée : Un dernier mot sur la codéine et sur les moyens d'éviter et de reconnaître sa substitution par la morphine et ses sels; par M. Berthé, pharmacien. (Commissaires : MM. Guibourt et Bouchardat.)

Une lettre de M. le docteur Boinet sur le traitement des hydropisies enkystées de l'ovaire, suivies d'un tableau et de l'analyse de 45 cas de kystes ovariques traités par les injections iodées. (Commission nommée.)

Une lettre de M. le docteur Casimir Pinel accompagnant l'envoi du portrait de Ph. Pinel. Des remerciments seront adressés à l'auteur au nom de l'Académie, et le portrait de l'illustre nosologiste sera placé dans la salle des séances, en face de celui d'Esquirol, son illustre élève.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES KYSTES OVARIQUES.

M. Jobert (de Lamballe), après avoir rapporté l'observation d'une jeune fille qu'il a opérée, il y a douze jours avec M. Gimelle, expose sommairement les faits de sa pratique, et termine par les considérations générales qu'il a déduites de ses observations.

Dans ma première communication, dit M. Jobert, j'avais annoncé un chiffre approximatif, aujourd'hui je suis en mesure de donner le nombre exact des injections iodées que j'ai faites à diverses époques; ce nombre s'élève à 26. Sur une Anglaise de 38 à 40 ans, je fis une première injection au milieu du liquide ovarique avec de l'eau alcoolisée, et ensuite quatre avec de la teinture d'iode; aucun accident, mais la malade n'a pas guéri.

Sur une autre malade, trois injections iodées ont été faites; le kyste avait été presque entièrement vidé. Les signes d'une inflammation non douteuse se sont déclarés; ils ont été conjurés par la médication anti-phlogistique; la malade n'a pas guéri.

Une demoiselle que je soignais avec M. Rayer, et qui portait un kyste ovarique multiloculaire, a subi huit injections iodées; il y a eu amélioration et retard dans la formation du liquide, mais la guérison n'a pas été définitive. Il n'est survenu aucun accident, quoique plusieurs onces de teinture iodée aient été injectées chaque fois. Une ponction avait précédé les huit opérations dont il vient d'être question. Le kyste a conservé une certaine quantité de son liquide pour se mêler à l'injection chaque fois qu'elle a été faite.

L'anatomie pathologique ne me paraît pas devoir être prise pour guide dans les kystes de l'ovaire, en ce qui concerne la thérapeutique, puisque les injections agissent toujours sur la membrane kystique, en déterminant un produit plastique et un travail adhésif.

Que le kyste ait pour origine une vésicule, une membrane pyogénique, un sac séro-muqueux, il sera susceptible d'être oblitéré et guéri, lorsqu'il n'aura subi aucune transformation, aucune dégénérescence.

Les ponctions successives et rapprochées peuvent produire l'oblitération du kyste par un dépôt albumineux.

Le mode de guérison des kystes de l'ovaire par l'injection me paraît devoir être assimilé à celui de l'hydrocèle.

Les kystes vastes et anciens ne guérissent pas par les injections, mais ils peuvent être modifiés avantageusement en retardant le produit d'exhalation.

Les injections iodées ou alcooliques peuvent produire une inflammation plus ou moins sérieuse du kyste, lorsque le liquide touche immédiatement sa surface interne.

Les injections faites dans le milieu du liquide kystique ne produisent jamais d'accidents, et cependant elles provoquent les mêmes phénomènes adhésifs.

Le kyste peut récidiver après avoir été oblitéré.

Plusieurs injections sont indispensables pour produire l'oblitération des kystes ovariques.

La ponction simple doit être préférée lorsque les kystes sont très-enflammés et dégénérés.

On doit pratiquer la ponction de bonne heure afin d'éviter la transformation du kyste, sa rupture, les péritonites diffuses, mortelles ou chroniques et l'épuisement.

L'incision me paraît applicable exceptionnellement aux abcès circonscrits et limités des kystes multiloculaires.

Cinq jeunes personnes affectées de kystes ovariques ont été soumises à la ponction et à l'injection iodée. Trois ont guéri par une ponction et deux injections successives faites dans la même séance. Deux ont vu reparaître la tumeur après l'absorption du liquide plastique déposé dans la poche. Ce n'est qu'après une nouvelle ponction et une nouvelle injection pour chacune que la guérison a été définitive.

Enfin deux jeunes femmes ont subi la ponction avec injection, et le mal a continué à se développer. Deux autres ponctions sont devenues nécessaires. L'une de ces malades est guérie, la seconde est en traitement.

Il ressort des faits précédents que les kystes anciens, épais et vastes n'ont pu guérir par la ponction et l'injection. Toutes les fois que l'injection a été faite dans le kyste contenant une certaine quantité de liquide, il n'y a eu aucun effet local grave, ni aucun trouble général sérieux, et lorsque le kyste se trouvait à nu, l'inflammation a été signalée par des douleurs, de la sensibilité du ventre et de la réaction.

Il est démontré que dans les cas où le résultat a été complet, on avait affaire à des kystes de moyenne grosseur, à une seule cavité et sans transformations.

L'électricité peut amener la résolution des kystes multiloculaires.

L'extirpation est une opération dangereuse qui doit bien rarement trouver son application.

M. Barth : Je me félicite de voir que mon humble communication au sujet d'un kyste ovarique, est devenue le point de départ d'une discussion qui, j'en suis sûr, finira par jeter un certain jour sur l'un des points les plus importants de la médecine et de la chirurgie. De spéciale qu'elle était d'abord, la question n'a pas tardé à devenir générale; et à être posée en ces termes : faut-il abandonner les kystes de l'ovaire à eux-mêmes ou faut-il les opérer? Et dans ce dernier cas, doit-on se borner au traitement palliatif, à la ponction de nécessité, ou bien tenter la cure radicale. Deux opinions contradictoires se sont produites.

L'une veut que l'on s'abstienne complétement; si cette idée n'a pas été énoncée, au moins est-elle, j'en ai la conviction, dans l'esprit de plusieurs de mes maîtres. Elle est fondée sur l'innocuité que présentent souvent les kystes ovariques, sur les dangers de l'opération, dangers immédiats, tels que la péritonite aiguë; dangers consécutifs, comme la péritonite lente, l'altération du liquide contenu dans la tumeur, l'infection putride; à l'existence de certains kystes pendant de longues années sans qu'aucun inconvénient grave en soit résulté, les défenseurs de l'abstention opposent les cas de mort plus ou moins rapide à la suite de simples ponctions. Bien que je sois disposé à combattre cette opinion, je reconnais cependant qu'elle a son utilité. Il est bon que lorsque certains esprits se laissent entraîner dans des voies nouvelles, d'autres soient là pour les retenir, les modérer; il naît de là une discussion sur les limites qu'on ne doit pas franchir, sur les moyens qu'il convient d'employer. Les partisans de l'abstention invoquent des statistiques contenant des faits déplorables, tellement effrayants qu'on en demeure étonné! Ces statistiques que M. Trousseau vous a citées, je ne pense pas qu'on doive les accepter sans examen. Se peut-il que de simples ponctions aient été si fréquemment mortelles? Pour ma part, j'ai pratiqué 25 à 30 fois cette opération, et j'ai retrouvé des notes sur 21 de mes opérées; dans aucun de ces cas je n'ai observé d'accidents immédiats, et quant aux dangers consécutifs, ils n'ont pas été plus grands que ceux dont les kystes par eux-mêmes n'eussent pas manqué d'être le point de départ, en l'absence de toute intervention chirurgicale; les malades ont succombé à toute autre chose qu'aux conséquences de l'opération; une seule fois la mort a eu lieu le lendemain de la ponction; mais celle-ci avait été faite, comme on dit, *in extremis*, et l'état de la malade était d'une telle gravité, que l'opération ne peut certainement pas être accusée d'y avoir ajouté. C'est ce qui a eu lieu également dans l'un des faits communiqués à l'Académie par M. Bouchard.

Les partisans de la deuxième opinion, ceux qui veulent qu'on opère les kystes de l'ovaire, allèguent l'accroissement indéfini de ces tumeurs, les accidents qu'elles provoquent en refoulant et en comprimant les organes voisins, le danger des ruptures, qui tantôt se font spontanément, tantôt sous l'influence d'un choc sur l'abdomen, et deviennent la cause de péritonites mortelles. Ils citent d'une part des exemples où les tumeurs par elles-mêmes ont amené la mort, et, d'une autre part, le nombre déjà assez respectable de guérisons que l'on doit à l'opération. On objecte que, sur ce nombre, il y en a d'apparentes, en ce sens que la maladie a récidivé. Mais il y a lieu de discuter ce que l'on entend par récidive. L'anatomie pathologique, dont M. Jobert vient tout à l'heure de nier, injustement selon moi, l'utilité dans cette question, l'anatomie pathologique nous apprend qu'à côté d'un kyste volumineux de l'ovaire s'en trouvent souvent d'autres à l'état naissant, qui grandissent à leur tour, quand la présence de la principale poche ne gêne plus leur développement. Ce que l'on prend pour un retour de la première collection liquide peut donc être simplement l'apparition d'un nouveau kyste.

La vérité se trouve, comme toujours, entre les opinions extrêmes; elle ne me paraît être ni dans le système de l'abstention, ni dans celui de l'opération appliquée à tous les cas. Il faut établir des distinctions, de bonnes distinctions. Dans des discours remarquables par la solidité des pensées et l'élégance de la forme, vous avez entendu plusieurs de mes collègues déterminer quels kystes sont opérables, quels doivent être respectés, à quelle époque on intervenait le plus utilement.... Mais si, en théorie, on est libre de choisir les meilleures conditions et l'époque la plus opportune pour opérer, il n'en est pas de même dans la pratique. Je suppose que vous trouviez de l'avantage à ne pas attendre que le kyste ait acquis un grand volume, que ses parois aient subi telle modification; les malades n'en attendront pas moins; elles temporiseront le plus possible, essayeront d'une foule de moyens avant de se soumettre à l'opération.

Un point essentiel, dans cette discussion, c'est d'éliminer, comme étrangers à ce débat, tous les kystes qui n'appartiennent pas à l'ovaire. Si nous voulons arriver à des conclusions utiles, gardons-nous bien d'englober sous le même titre, dans les mêmes statistiques de succès ou d'insuccès, et les kystes de l'ovaire, et ceux du péritoine, et les hématocèles auxquelles j'estime que le plus sage est de ne pas toucher, les kystes de la trompe, qui parfois peuvent se vider spontanément dans l'utérus, et les kystes embryonnaires contenant des cheveux, des débris d'os, etc.

Circonscrivant la question aux vrais kystes de l'ovaire, nous trouvons que, pour ces tumeurs, l'opération doit être admise ou rejetée d'après des considérations tirées en premier lieu de leur disposition *uniloculaire* ou *multiloculaire*. La première est évidemment une condition plus favorable; mais les kystes multiloculaires n'échappent pas complétement aux moyens chirurgicaux. Voici le dessin d'un énorme kyste de ce genre. La femme qui portait cette tumeur ponctionnée d'abord par M. Cruveilhier en 1847, entra ensuite à la Salpêtrière, où mon prédécesseur dans le service de l'infirmerie, lui fit plusieurs ponctions; pour ma part, je lui en pratiquai dix, et je vis chaque fois s'écouler une quantité de liquide bien supérieure à celle que semblait contenir la poche la plus apparente. Il n'y eut jamais aucun accident; la mort eut lieu vingt-deux jours après la dernière ponction, par suite d'une rupture du kyste. Je vis alors que ses divers compartiments communiquaient entre eux par de petits orifices.

Il faut avoir égard aussi à la nature du *liquide*, et ici l'emploi du microscope peut être utile pour distinguer un liquide séreux véritable d'un liquide hydatifère. Disons à ce propos que les échinocoques des ovaires sont extrêmement rares, heureusement pour la question qui nous occupe; car si l'épanchement du contenu du kyste constitue l'un des plus grands dangers de l'opération, rappelons-nous qu'il n'y a aucune comparaison à établir entre un liquide séreux et le liquide des hydatides; ce dernier a sur le péritoine une action des plus irritantes, ainsi que M. Cruveilhier l'a encore redit l'autre jour. Un liquide séro-sanguin albumineux ou renfermant de la cholestérine, diminue les chances de la cure radicale.

Les parois sont-elles minces, c'est une circonstance favorable. Épaisses, elles s'opposent au retrait de la poche et peuvent même, comme cela a été remarqué par M. Guérin, y favoriser l'entrée de l'air.

Si à côté d'un kyste volumineux il en existe d'autres, s'il y a une provision, une pépinière de petites poches, passez-moi l'expression, on court risque de les voir se développer, une fois la cavité principale vidée et oblitérée.

Lorsqu'à un kyste ovarique se trouve appendue une masse d'une certaine fermeté, défiez-vous: c'est souvent de la matière colloïde ou encéphaloïde qui est logée dans certaines vacuoles de la tumeur ou placée dans ses parois; le kyste pourra guérir, mais il restera là quelque chose qui continuera à s'accroître et amènera la mort de la malade!

Il faut encore avoir égard à la *marche* lente ou stationnaire ou envahissante du kyste; à l'âge de la malade, circonstance importante sur laquelle M. Huguier a insisté avec raison; à l'état de la santé générale: si le teint est jaunâtre, cachectique, tout médecin prudent s'abstiendra d'opérer; à la présence ou à l'absence d'une prédisposition héréditaire aux maladies cancéreuses.

Admettons qu'il s'agisse d'un kyste uniloculaire, sphéroïde, également fluctuant dans toute son étendue (ce qui dénote la présence d'un liquide séreux), sans bosselures, coïncidant avec un bon état de santé général; dans ces conditions le kyste peut être attaqué par une opération, et j'ajoute que c'est un devoir d'intervenir si ce kyste fait des progrès dans son accroissement.

Quelle opération doit-on instituer alors? — La ponction palliative? elle a pour effet de favoriser la reproduction du liquide à des intervalles de plus en plus rapprochés; à chaque ponction il y a un nouveau danger; les malades chez qui on l'a renouvelée souvent finissent par succomber épuisées.

Je ne dirai rien de l'électrisation, rien non plus de l'extirpation des kystes, et me bornerai à discuter les avantages des ponctions suivies d'injections iodées; cette opération qui a pour but de procurer le retrait et l'accolement des parois de la tumeur, compte aujourd'hui assez de succès pour être prise en considération. Parmi les insuccès qu'on lui reproche, tous ne lui sont pas légitimement imputables; tel est le cas déjà cité de M. Bouchard; tel est encore le fait que j'ai communiqué à l'Académie, puisque les accidents ont été nuls pendant le temps où les injections étaient journellement pratiquées chez ma malade, et qu'ils datent du jour où ce traitement a été interrompu. Le liquide auquel je donne la préférence est une injection iodée soluble; quant au moment le plus favorable à l'opération, sans doute il y aurait avantage à ne pas attendre que la tumeur ait acquis un volume excessif, mais il faut bien prendre les cas tels qu'ils se présentent! Une grande étendue des parois expose à une inflammation plus considérable, aux accidents de l'iodisme qui est rare, mais que l'on a en tort de nier: l'UNION MÉDICALE de ce jour en contient un exemple communiqué par M. Pidoux. On peut à l'aide de ponctions successives chercher à réduire le volume du kyste avant d'y pratiquer une injection; mais n'oublions pas que plusieurs ponctions représentent plusieurs dangers.

Permettez-moi, Messieurs, de dire ici un mot de mon procédé; si je ne le défendais pas, il n'aurait rencontré dans cette enceinte que des critiques, à l'exception, toutefois, de M. Velpeau, qui en a parlé favorablement. A mon sens, ce procédé réalise plusieurs avantages: on ne fait qu'une seule opération; — on est maître du kyste, on le tient; — on y injecte la solution iodée quand et comme on veut; on peut même y pratiquer une irrigation continue.

MM. Moreau et Malgaigne ont fait, à ce procédé, plusieurs reproches. Vous pratiquez, dit M. Malgaigne, deux ponctions; il y en a une de trop. J'en conviendrais si on arrivait au même résultat par une ponction simple; mais c'est ce qui n'a pas lieu, et les ponctions *répétées* valent-elles mieux que ma double ponction?

M. Malgaigne dit encore: le procédé n'est pas nouveau; c'est le séton employé contre l'hydrocèle. Non ce n'est pas un séton; c'est un tube conducteur, ce qui est bien différent.

M. Jobert a objecté de même que le procédé n'était pas nouveau; il lui trouve de l'analogie avec la sonde que Delpech laissa à demeure dans un kyste (et la malade a succombé). Cependant les choses ne sont pas comparables. Delpech ne faisait pas d'injections iodées pour prévenir la décomposition du pus et l'infection putride; il se servait d'une sonde rigide, et moi du tube flexible en caoutchouc que voici. — Deux ponctions vous exposent à deux dangers, a ajouté M. Jobert; et cependant ne nous a-t-il pas dit, d'une autre part, qu'entre ses mains, la ponction des kystes ovariens n'avait jamais produit d'accidents? Dans l'opinion de notre collègue, le véritable danger de ces ponctions, c'est l'épanchement du liquide dans le péritoine; or, c'est précisément cet accident que j'évite avec mon procédé. Suivant lui, que l'on se serve d'une canule ou d'une sonde à demeure, le résultat est le même. Cependant, il faut considérer que la canule, étant plus courte, peut s'échapper et permettre à une partie du liquide de s'écouler dans le péritoine; qu'étant rigide, elle peut occasionner l'inflammation des parties qu'elle traverse et favoriser l'entrée de l'air dans la tumeur. Cet inconvénient d'être rigide doit faire redouter les mêmes accidents de l'emploi d'une sonde; ici, encore, il y a à craindre l'irritation de l'orifice, l'épanchement dans le péritoine; la sonde peut laisser échapper le kyste, et c'est pour prévenir cet *échappement* que M. Leroy-d'Etiolles a proposé des crochets destinés à s'appliquer contre la face interne de la tumeur et à retenir celle-ci contre la paroi du ventre. Ces crochets sont-ils bien sûrs? Je trouve dans une thèse de M. Desormeaux une autre invention analogue, due à M. Rambaud; j'ignore si l'instrument a été employé.

Le tube dont je me suis servi est pour ainsi dire inaltérable; après être demeuré près de trente jours dans la cavité du kyste, il pourrait encore servir aujourd'hui; rien ne serait plus facile d'ailleurs que de lui en substituer un autre. Mou, flexible, s'accommodant aux orifices par lesquels il passe, il est peu irritant, il maintient exactement les rapports entre la surface du kyste et la paroi abdominale, ce qui est la vraie condition des adhérences, grâce auxquelles l'épanchement dans le péritoine est rendu impossible. Je suis retourné au musée Dupuytren, et j'y ai examiné de nouveau la pièce que j'ai présentée à l'Académie; j'ai constaté (comme d'ailleurs cela a été vu à la Société anatomique par M. Cruveilhier), qu'il existait entre la tumeur et la paroi du ventre des adhérents solides, indestructibles..... S'il était survenu une récidive, et qu'une nouvelle ponction fût devenue nécessaire, on eût pu en toute sécurité plonger le trocart dans l'intervalle des deux cicatrices, résultat des premières ponctions.

Enfin, ce tube flexible peut faire office de sonde à double courant; il peut servir à pratiquer dans le kyste une irrigation continue.

Passons à un autre genre de critiques, adressées cette fois en général à la méthode de la canule à demeure. M. Robert a fait à cette méthode des objections nombreuses, fondées principalement sur les insuccès qu'il a observés par lui-même ou dont il a eu connaissance. Mais, en revanche, il y a eu des succès aussi. Le fait de M. Leroy-d'Etiolles en est un exemple. Six ans après la ponction avec canule laissée à demeure, M. Leroy a revu la dame dont il a rapporté l'observation: « elle jouissait de la santé la plus florissante. » Dans un autre travail communiqué à l'Académie et qui est le résumé de la statistique de M. Fock, vous trouverez encore un exemple de succès obtenu par la même

méthode.—J'avoue franchement qu'aujourd'hui, ayant entendu les arguments produits à cette tribune, j'ai de la tendance à préférer à cette méthode la ponction suivie de l'occlusion immédiate de la tumeur. Et cependant, si au moment d'une première ponction le liquide qui s'écoule est fétide, si c'est du pus, est-ce que, après l'avoir évacué par la ponction, vous fermerez la tumeur? Non évidemment. Et c'est alors que mon procédé pourra être utile. Il permet d'ouvrir ou de fermer à volonté la cavité du kyste. Veut-on empêcher l'air d'y entrer? il suffit de lier les deux bouts du tube et de les couvrir d'un morceau de diachylum. Veut-on l'ouvrir? ce même tube remplacera avec avantage la sonde à demeure.

Les accidents observés chez ma malade ne sauraient être attribués au procédé mis en usage. En effet, c'est quand la malade eut arraché le tube, et que le kyste fut fermé, qu'il s'est distendu de plus en plus, au point de se rompre à la fin. La grossesse concomitante n'est pas non plus, ce me semble, une circonstance à perdre de vue. Cette grossesse, n'était-ce pas un appel de fluide vers les organes de la génération? N'a-t-elle pas déterminé une circulation plus active, une exhalation plus abondante dans le kyste? De là, sans doute, cette lenteur de la rétraction dans les derniers temps de la maladie; car, à partir du moment où la tumeur fut réduite au volume d'une tête d'enfant, le kyste semblait s'être arrêté dans sa marche rétrograde.

Pour me résumer, je dirai que si la méthode des injections iodées est mauvaise, mon procédé tombera avec elle; si les injections sont bonnes, et s'il est reconnu qu'il est utile, dans certains cas déterminés, d'établir une communication du kyste à l'extérieur, mon procédé restera, et l'avenir dira ce qu'il vaut.

Quant à la question générale de la cure des kystes ovariens, il y a aujourd'hui assez de succès pour rendre légitime l'intervention de l'art dans une maladie aussi grave. Si les succès ne sont pas encore en très-grand nombre, c'est que le temps n'a pas permis d'en grossir la liste; et si leur proportion n'est pas plus considérable, il ne faut l'attribuer qu'à l'imperfection de nos méthodes actuelles, et, dans tous les cas, réserver l'avenir.

M. Cazeaux : Messieurs, lorsque je pris la parole au commencement de cette discussion, j'avais pour but de répondre à quelques assertions émises par MM. Moreau et Malgaigne; mes honorables collègues me parurent en effet exagérer singulièrement l'innocuité des kystes de l'ovaire; tous deux surtout s'accordaient sur un point, c'est que, quel que soit le résultat ordinaire de cette affection, il fallait se garder d'en vouloir arrêter le cours; et tout au plus permettait-ils, dans des cas extrêmes, de soulager les souffrances de la malade par la ponction palliative, et de prolonger de quelques mois sa misérable existence.

A M. Moreau qui avait insisté sur le peu de gravité de la maladie, je crois devoir répondre que mes lectures, d'accord en cela avec mon expérience personnelle, m'avaient inspiré une opinion entièrement opposée, et que pour moi les kystes ovariens constituaient une affection des plus graves; que le plus souvent ils menaçaient sérieusement la vie de la femme, et qu'il fallait certainement considérer les cas dans lesquels ils avaient permis à la malade de jouir d'une assez bonne santé pendant 20 et 30 ans, comme des cas très-exceptionnels.

A M. Malgaigne qui semblait mettre en doute les faits déjà assez nombreux de guérison par l'injection iodée, je me contentai de répondre que je pouvais affirmer avoir vu plusieurs femmes guéries, et radicalement guéries, depuis plusieurs années.

Mais ce n'était là que de simples assertions, et je comprenais que, dans une question de cette importance, une affirmation, quelle que soit la source, est insuffisante, et que des faits, des faits nombreux et bien observés, sont indispensables pour entraîner la conviction... et je me mis en mesure de répondre par des faits aux doutes de notre collègue. J'en connaissais beaucoup, mais en y réfléchissant, je m'aperçus que, quel que soit leur nombre, ils seraient encore insuffisants. Pour juger en effet de l'opportunité, de l'utilité, je dirai presque de la moralité d'une méthode nouvelle, d'une opération qui peut avoir des dangers, il faut d'abord résoudre plusieurs questions préjudicielles, et voir, qu'on me permette une expression triviale, si le remède n'est pas pire que le mal. Si en effet, comme le pensent plusieurs médecins, les kystes de l'ovaire sont une des maladies les plus bénignes; si ces kystes coïncident le plus souvent avec une santé parfaite; si même, tout en causant quelques légères incommodités, ils n'abrégent pas pour la malade la durée moyenne de la vie, il est plus que téméraire de venir proposer pour les détruire une opération qui probablement, dans quelques cas, peut être suivie de mort. La témérité sera plus grande encore si la science possède déjà des moyens de pallier sûrement les souffrances que, dans quelques cas prétendus exceptionnels, peuvent causer ces kystes, et si ces moyens suffisent pour éloigner tout danger de mort prématurée.

Eh bien! en était-il ainsi dans l'espèce? MM. Moreau et Malgaigne avaient-ils raison en soutenant l'innocuité ou du moins le peu de gravité de la maladie, et en considérant la ponction palliative comme le seul remède qu'on puisse employer dans les cas extrêmes. C'était là, évidemment, ce qu'il fallait d'abord examiner.

Et d'abord, entendons-nous bien. Quand je parle de la gravité plus ou moins grande que peuvent offrir les kystes de l'ovaire, quand je cherche à établir le pronostic de cette affection, il est bien évident que je laisse de côté ces petites tumeurs profondément cachées dans le petit bassin, et qui ne se révèlent qu'à l'autopsie. Notre honorable collègue, M. Trousseau, a eu parfaitement raison de dire qu'elles ne constituaient ni une maladie, ni même une incommodité; et il a eu tort de craindre que cette proposition paraisse paradoxale. En général stationnaires chez les vieilles femmes, ces kystes passent complétement inaperçus. Si leur étude présente un véritable intérêt, au point de vue étiologique, ils n'ont absolument aucune importance quand il s'agit de thérapeutique, et personne ne s'en préoccupe quand on discute les moyens à l'aide desquels il faut combattre cette affection.

J'irai même plus loin que notre collègue; et ce que je viens de dire de ces tumeurs, alors qu'elles ont le volume d'un œuf de poule et même d'une orange, je le dirai des kystes dont le volume a dépassé celui d'une tête de fœtus à terme. Je crois, en effet, contrairement à M. Trousseau, qu'à moins de circonstances tout exceptionnelles, le chirurgien doit alors rester inactif. J'aurai, du reste, l'occasion de discuter plus tard ce point important.

Je dis le chirurgien, mais non pas le médecin; à mon avis, en effet, MM. Trousseau et Cruveilhier m'ont paru exagérer l'impuissance de la médecine, en déclarant ses efforts complétement inutiles. Il me serait facile de prouver, par des faits, que les préparations iodées à l'extérieur et à l'intérieur, les vésicatoires, les purgatifs et les diurétiques ou autres médications, ont parfois donné des résultats inespérés. M. Royer m'a assuré avoir guéri un de ces kystes avec des frictions iodées et l'iode à l'intérieur. M. Lalesque de la Teste, m'a communiqué une observation dans laquelle, après une première ponction, la gomme gutte, longtemps continuée et aidée des bains de mer, a procuré une guérison radicale. M. Herpin publiait, ces jours derniers, dans l'*Union médicale*, un exemple de guérison par les sudorifiques unis aux purgatifs. Six mois après il n'y avait pas eu de récidive.

Ces faits, et plusieurs autres que je pourrais emprunter aux auteurs, ne me semblent laisser aucun doute sur la possibilité d'obtenir, dans quelques cas rares, la résorption du liquide kystique, et c'est surtout lorsque la tumeur est encore peu volumineuse, qu'il est permis d'espérer une semblable guérison. Je ne vois d'ailleurs aucun inconvénient sérieux à tenter la médication iodique, par exemple, et les purgatifs, administrés, avec prudence, pourraient être également utilisés.

Une malade, opérée plus tard par M. Boinet, et que j'interrogeais sur ses antécédents, me racontait que pendant les seize années qui avaient précédé l'opération, elle avait subi une foule de traitements, mais que les purgatifs seuls, longtemps prolongés, avaient, à trois reprises différentes, produit une diminution notable dans le volume de la tumeur: pendant dix-huit mois, elle s'était crue guérie, mais le kyste s'était rempli de nouveau; elle s'est alors soumise à l'injection iodée, et depuis lors (mai 56) la tumeur a complétement disparu.

Évidemment il ne faut pas s'exagérer l'importance de ces médications internes, elles échoueront dans le plus grand nombre de cas, mais les succès obtenus, quelque rares qu'ils soient, doivent empêcher les praticiens de les repousser systématiquement. Il y a lien de penser, en effet, que leur efficacité doit être très-variable suivant la variété de kystes à laquelle on a affaire, et ce qu'il y a de mieux pour l'avenir, c'est de chercher à distinguer les cas dans lesquels elles peuvent être utiles.

Je reviens à la question purement chirurgicale.

Pour moi, comme pour la plupart des chirurgiens, c'est seulement lorsque le kyste a acquis un volume considérable, lorsque, continuant à se développer, il gêne déjà par sa masse les organes voisins, trouble la régularité des grandes fonctions, devient le siége de douleurs plus ou moins vives, que le chirurgien peut songer à intervenir. Mais savoir où doit aller cette intervention, là est toute la question.

Et, d'abord, l'hydropisie enkystée de l'ovaire est-elle une maladie assez grave pour légitimer cette intervention. Ce qui a été dit par les honorables collègues qui m'ont précédé à cette tribune, me dispense d'entrer à cet égard dans de grands développements. Tous, on à peu près tous, ont été unanimes pour reconnaître la gravité extrême de l'affection. Mais ils n'ont peut-être pas assez insisté sur la rapidité avec laquelle elle cause la mort des malades. Quand on dit: je connais une femme qui, depuis vingt, trente, ou quarante ans, porte un kyste de l'ovaire, on énonce sans doute un fait vrai, mais on en tire une conséquence très-fausse quand on cesse de considérer ce fait comme très-exceptionnel, et que, généralisant un fait isolé, on conclut trop facilement à la bénignité de cette affection. Il faut le dire et le redire, l'hydropisie enkystée de l'ovaire entraîne le plus souvent la mort · suivant M. Velpeau, la terminaison fatale ne se fait guère attendre plus de cinq ou six ans, quand la maladie est complétement abandonnée à elle-même, ou traitée seulement par les moyens médicaux. A en croire quelques autres, la vie moyenne serait encore plus courte. Ainsi, cherchant à apprécier la durée moyenne de la maladie, traitée seulement par les moyens médicaux, le docteur Lee arrive à ce résultat, que parmi ces malades :

26 p. 100 vivent 1 an;
19 p. 100 vivent 2 ans;
13 p. 100 vivent 3 ans;
8 p. 100 vivent 4 ans;
23 p. 100 vivent 5 ans.

En résumé, la moitié des malades meurent dans les deux ans: sur 123 femmes, 63 moururent dans les deux ans, et 90 de ces 123 dans les quatre ans.

J'avais espéré pouvoir donner à l'Académie une statistique beaucoup plus étendue que toutes celles qui ont été publiées sur la durée moyenne de cette maladie, et j'avais pensé qu'en m'adressant à tous les médecins, j'obtiendrais ainsi une masse de documents. Malheureusement, mon espoir ne s'est point réalisé, et, tout en remerciant ceux de nos confrères qui ont répondu à mon appel, j'ai le regret de dire que les observations reçues sont en trop petit nombre pour pouvoir les utiliser.

Je dois dire aussi qu'on trouvera, dans les auteurs et les écrits périodiques, peu de faits qui donnent des renseignements précis sur l'âge et la durée de la maladie.

Après bien des recherches, je suis, du reste, arrivé au même résultat que le docteur Lee, car après avoir recueilli 31 observations, j'ai vu que 7 de ces malades seulement avaient vécu plus de dix ans, et que pour toutes les autres la moyenne était de deux ans à deux ans et demi à peu près, en faisant dater la maladie du moment où la tumeur a eu un volume appréciable.

Toutefois, gardons-nous de donner à ces résultats statistiques une trop grande valeur. Je suis très-disposé à croire qu'ils exagèrent un peu la mortalité. Il est infiniment probable, en effet, et c'est un reproche assez peu mérité par la plupart des statistiques, que les faits heureux, beaucoup moins intéressants, ont été plus rarement publiés que les cas malheureux. Aussi, en tenant compte de cette circonstance, je crois être dans le vrai en disant que, lorsque le kyste de l'ovaire paraît avoir une tendance continuelle à s'accroître et qu'il contient déjà quatre à cinq litres de liquide, la malade ne doit en moyenne compter que sur quatre années d'existence.

Quatre ans de vie, c'est bien peu, surtout si l'on réfléchit que la plupart de ces malades n'ont pas dépassé 40 ans.

Mais, dit M. Moreau, nous ne conseillons l'expectative que dans de certaines limites, et quand la tumeur a fait des progrès considérables; nous croyons qu'il y a une chose à faire, c'est la ponction palliative. Mais nous pensons, avec M. Malgaigne, que c'est la seule chose à faire. Une de mes clientes l'a subie 28 fois depuis 28 ans; une autre a été ponctionnée 110 fois; enfin, une dernière a été radicalement guérie après une simple ponction.

Certes, Messieurs, ces faits et plusieurs autres semblables que je pourrais citer, portent avec eux leur enseignement; mais peut-on les généraliser, comme semblent vouloir le faire les adversaires de la cure radicale, et laisser croire que la ponction simple non-seulement soulage les souffrances actuelles des malades, mais encore éloigne beaucoup le terme fatal?

Hélas! non : la ponction n'est qu'un palliatif bien momentané : quelques jours parfois, quelques mois au plus sont à peine écoulés, et la tumeur reparaît pour être bientôt aussi volumineuse et produit de nouveau tous les accidents qui avaient nécessité la première opération. Qu'importe, direz-vous, on recommence et voilà tout... Non, ce n'est pas tout, car il ne faut pas croire que ces ponctions aient les avantages que vous voulez bien leur prêter. Si, en effet, elles soulagent immédiatement, elles ont été assez souvent suivies de la mort prompte des malades, pour que, malgré le silence des autopsies, on soit disposé à les croire pour quelque chose dans cette terminaison aussi brusque que fatale. Vous avez entendu M. Velpeau raconter que dans une seule année, cinq ou six malades succombèrent brusquement le lendemain et le surlendemain d'une première ponction; trois des clientes de M. Cruveilhier moururent ainsi, sans qu'une autre cause de mort puisse être invoquée : elles avaient été ponctionnées *palliativement*, quelques jours avant. M. Malgaigne en a vu une autre mourir en vingt-quatre heures; une dame de mes clientes cessait de vivre trois jours après une seconde ponction : M. Duclout a résumé dans sa thèse les statistiques de Southam, Savart-Lee et Kiwisch, et il en résulte que, sur 130 femmes ponctionnées *toujours palliativement*, 22 ont succombé quelques jours ou quelques heures après la ponction. Je ne veux pas insister davantage sur ces lugubres résultats, dont la plupart vous ont déjà été présentés par MM. Trousseau et Huguier, ils parlent assez haut pour n'avoir pas besoin de commentaires, et je me contenterai de dire avec M. Velpeau, qu'il faut y regarder à deux fois avant de pratiquer cette opération palliative.

Mais en dehors de ce danger immédiat, la ponction offre-t-elle au moins aux malades la chance probable de prolonger notablement leur existence. Reconnaissons d'abord que, dans quelques cas, elle a été suivie d'une guérison radicale, mais les cas sont si rares qu'il est à peine possible de baser sur eux une espérance. Dans l'immense majorité des faits, la récidive a eu lieu, de nouvelles ponctions sont devenues nécessaires et les malades succombent assez rapidement. Je ne reviendrai pas sur les statistiques citées à cette tribune : elles semblent établir que la moitié des femmes succombent dans les deux années qui suivent la première ponction. Je crois qu'il y a là une exagération involontaire, et cette exagération tient à ce qu'on ne publie guère les ponctions simples non suivies d'accidents, tandis que celles qui causent la mort éveillent vivement l'attention et sont livrées à la publicité. Je suis même convaincu que la ponction prolonge un peu la vie des malades. Si, en effet, à l'exemple du dr Atlée, on compare la vie moyenne des femmes ponctionnées et de celles dont le kyste a seulement été traité par des moyens médicaux, on voit que les premières ont vécu sensiblement plus que les secondes.

La ponction rend donc des services incontestables, mais les chiffres de mort cités plus haut démontrent toute son insuffisance, et vraiment MM. Malgaigne et Moreau ne sont pas difficiles, s'ils s'en contentent.

Avoir prouvé le danger des kystes de l'ovaire, traités par les moyens médicaux, aidés ou non de la ponction, c'est exprimer tacitement le désir d'un traitement plus sûr et plus radical. Aussi a-t-on depuis longtemps déjà cherché dans la médecine opératoire un remède à une si grave maladie. Je ne reviendrai pas sur les diverses opérations proposées, elles sont toutes connues et plus ou moins bien appréciées; je me bornerai à examiner la valeur des injections iodées.

Pour juger de la valeur d'une méthode, il faut, quand cela est possible, interroger les résultats qu'elle a déjà donnés. C'est apprécier l'arbre par ses fruits. Or, bien que l'emploi des injections iodées dans le traitement des kystes ovariques ne remonte guère au delà de douze à quinze ans, les faits sont déjà assez nombreux pour être consultés avec fruit. J'examinerai d'abord les faits que M. Boinet a bien voulu me communiquer. Dans plusieurs d'entre eux, il m'a été possible de constater moi-même la guérison.

M. Boinet m'a communiqué 44 cas dans lesquels il a employé les injections iodées. Ces 44 observations ont été prises sur des femmes dont l'âge variait depuis 15 à 78 ans. C'est assez dire que, pour M. Boinet, tous les âges sont égaux devant les injections iodées. Pour bien juger ces faits, il me paraît utile de les catégoriser, et de voir successivement quel a été le résultat de l'opération, suivant que le kyste était uniloculaire ou multiloculaire, suivant aussi les qualités du liquide.

30 de ces kystes étaient uniloculaires. Parmi eux, 21 contenaient un liquide séreux, citrin et coulant très-facilement; 2 renfermaient un liquide légèrement sanguinolent; 6 un liquide purulent ou séro-purulent; 3 un liquide hydatique; 1 était compliqué de tumeur fibreuse.

Sur les 21 kystes uniloculaires séreux, 19 ont guéri après une ou plusieurs ponctions et injections; 2 ont succombé à la péritonite et à la résorption purulente. Au dire de M. Boinet, les imprudences des malades auraient été cause de la péritonite, mais je ne tiens compte que de la mort.

Chez une de ces malades, qui se croit encore aujourd'hui guérie et qui a été opérée pour la dernière fois il y a plus de trois ans, j'ai constaté, ces jours derniers, un commencement de récidive. C'est donc seulement 19 guérisons.

Sur deux femmes qui avaient un liquide sanguinolent, l'une est guérie, l'autre, qui avait deux tumeurs kystiques, a vu seulement disparaître une de ces tumeurs, l'autre s'est reproduite. Donc, 1 guérison, 1 succès.

Des 6 kystes purulents, 4 ont guéri, 1 récidive, 1 mort.

Les 3 kystes hydatiques ont guéri.

Ainsi, sur ces 32 kystes appartenant à 30 malades, il y a eu, en résumé, 27 guérisons, 3 récidives, 2 morts.

Mais les kystes dont nous venons de parler sont certainement les plus favorables, on pourrait peut-être dire les seuls favorables à l'opération, et il est bon de noter que, conformément à l'opinion générale, les kystes uniloculaires séreux offrent une presque certitude, puisque, sur 21 cas, il y a eu 19 succès, 1 seule mort. Malheureusement, les autres variétés de kystes offrent des résultats beaucoup plus fâcheux.

Deux kystes uniloculaires ont donné un liquide filant, gélatineux ou albumineux. Le résultat a été une mort, une guérison.

Le résultat des opérations pratiquées dans les kystes multiloculaires est encore beaucoup moins favorable. 11 malades ont été traitées par M. Boinet : 6 sont mortes, 5 n'ont pas été guéries, et sont regardées par lui comme incurables.

De la pratique de M. Boinet, on peut donc conclure que les kystes uniloculaires guérissent presque tous par les injections iodées; que les kystes uniloculaires, contenant un liquide séro-purulent, offrent après ceux-ci les chances les plus favorables, puisque quatre sur six ont guéri.

Quant à l'influence des liquides séro-sanguinolents, des liquides visqueux et gélatineux, elle est évidemment très-mauvaise, comme le prouveront les autres faits dont je parlerai; mais le nombre des observations est encore trop peu considérable pour bien savoir ce qu'il faut craindre ou espérer.

Quant aux kystes multiloculaires, la méthode ne leur paraît pas applicable.

Les faits de M. Boinet ne sont pas les seuls qu'il m'importe de soumettre à l'attention de l'Académie.

M. Monod m'a communiqué le résumé de sa pratique. Il a conservé ses notes sur 8 observations. Il compte 6 guérisons, 1 insuccès, 1 mort. Il emploie, comme on sait, la solution de Guibourt.

M. Nélaton, ou vous l'a déjà dit, a fait neuf opérations de ce genre. Trois kystes séreux et uniloculaires ont guéri. Il a échoué dans six cas de kystes multiloculaires, ou contenant un liquide épais, gluant, comme gélatineux, et purulent.

M. Robert vous a déclaré qu'après avoir eu six fois recours à cette opération, il n'avait pas vu une seule fois survenir des accidents graves; 4 de ses malades ont guéri, 2 ont montré plus tard des récidives.

M. Huguier, sur 9 opérations, n'a vu qu'une seule fois survenir des accidents de péritonite, mais aucun de ces malades n'a succombé. Il vous a signalé 5 guérisons, 2 récidives, 1 amélioration notable sous l'influence de la canule, que la malade porte depuis deux ans.

M. Demarquay m'a dit avoir fait 10 opérations : il n'a eu qu'une seule mort. Mais il n'a pu suivre assez longtemps les malades pour donner les résultats définitifs.

M. Giraldès m'a assuré avoir 7 fois employé les injections iodées. Il n'a jamais eu le moindre accident, mais il ne sait pas ce que ses malades sont devenues. J'ai pu, ces jours derniers, examiner une femme que notre confrère avait ponctionnée et injectée il y a deux ans. La guérison paraît se maintenir.

M. Maisonneuve a ponctionné et injecté 5 kystes uniloculaires, séreux et sans complication de tumeurs; 3 de ses malades ont été guéries après une seule ponction et une seule injection. Une n'a été guérie qu'après deux ponctions et deux injections; une autre n'a pas été guérie.

Il se rappelle 6 femmes ayant un kyste multiloculaire, avec un liquide de mauvaise nature (visqueux, chocolat ou purulent). Chez toutes, la canule fut laissée à demeure; toutes moururent pendant le traitement, dans un espace de six semaines à six mois.

M. le professeur Simpson, d'Edimbourg, raconte avoir fait sept ou huit opérations semblables; il s'est servi de la teinture d'iode de la pharmacopée d'Edimbourg, il en injecte habituellement deux ou trois onces. Dans quelques cas

il a laissé sortir une partie du liquide injecté, dans quelques autres, il a laissé la totalité du liquide dans le kyste.

Aucune douleur locale, aucune douleur générale n'a suivi l'injection. Dans un seul cas, il y eut de la douleur, de la fièvre, mais la malade avait éprouvé les mêmes symptômes à la suite d'une ponction simplement palliative.

Dans quelques cas le liquide s'est reproduit presque aussi vite que lorsqu'on n'a pas injecté d'iode, mais dans le plus grand nombre, la guérison paraît avoir été obtenue, au moins a été constatée six mois encore après l'opération.

L'honorable docteur Sere de Thumret, m'a transmis une observation fort curieuse du kyste de l'ovaire, traité d'abord sans succès par une injection composée de 250 grammes d'alcool camphré, qui fut trois mois après guéri par l'injection du docteur Boinet.

M. Bigot, d'Evreux, a tenté deux fois la cure radicale par les injections iodées chez une femme de 52 ans qu'une première ponction avait déjà débarrassé de 7 litres de liquide citrin, il se décida un mois après à faire suivre la deuxième ponction d'une injection iodée; trois semaines après le kyste est aussi rempli qu'avant, puis après deux mois ou une le sent plus. Il croit à la guérison; six mois après récidive, puis de nouveau, ponction et injection : il y a 15 jours à peine.

Chez la seconde malade, chez laquelle le kyste est compliqué de tumeur, une première injection a été suivie de récidive; la seconde a été faite récemment, il est impossible de dire quel en sera le résultat.

M. le docteur Rechlmann, d'Epsig (Bas-Rhin), a bien voulu me communiquer l'histoire d'un kyste dont le liquide, d'abord citrin, se montra purulent après les ponctions subséquentes; les trois dernières ponctions furent suivies d'une injection iodée, mais toujours sans succès. La malade succomba peu de temps après.

M. le docteur Philippart, de Roubaix, publiera probablement une observation fort intéressante dont je ne peux ici faire connaître que le résultat. Cet honorable confrère avait cru devoir combiner les injections iodées avec la canule à demeure, tout allait pour le mieux, lorsqu'une imprudence ou plutôt une maladresse de la sœur de la malade, fut la cause d'une péritonite rapidement mortelle.

En additionnant tous ces faits, nous avons cent-dix-sept cas de kystes ovariques, dans lesquels on a eu recours aux injections iodées, tantôt, comme l'a dit M. Robert, en conservant au kyste son caractère de cavité close, tantôt, au contraire, en provoquant la suppuration par la canule laissée à demeure. Ces faits ne laissent aucun doute sur les avantages du premier procédé, mais les résultats donnés par la sonde à demeure sont tellement défavorables, qu'il ne faudra, désormais, rien moins qu'une nécessité des plus impérieuses pour autoriser le chirurgien à tenter une pareille méthode.

Vous avez vu, Messieurs, que les 6 malades observées par M. Maisonneuve ont toutes succombé, que les 3 malades dont M. Robert nous a raconté l'histoire sont également mortes. Dans 6 observations de M. Nélaton, il y a eu un insuccès ou mort. M. le docteur Philippart, de Roubaix, qui pendant si longtemps a cru sauver et guérir sa malade, a vu bientôt une injection mal faite causer une péritonite mortelle; le même sort n'est-il pas, un jour ou l'autre, réservé à la malade que M. Huguier a bien voulu me faire examiner, et qui depuis deux ans, il faut en convenir, doit à sa canule une santé parfaite. M. Boinet lui-même, qui pendant si longtemps s'est servi de la canule, a obtenu des résultats si malheureux, que son avis, aujourd'hui, est de réserver la sonde à demeure pour des cas tout exceptionnels, et lorsque déjà un grand nombre de ponctions et d'injections ont échoué. Peut-être serait-il plus sage alors d'y renoncer complétement.

Un fait vraiment remarquable, et qu'il importe de signaler, c'est que, sur ces cent dix-sept observations, il n'en est pas une seule dans laquelle l'injection iodée ait produit des accidents sérieux. Dans quelques cas, il est vrai, on a signalé quelques phénomènes dus à l'intoxication iodique, dans certains autres quelques accidents inflammatoires, mais jamais ces accidents n'ont eu de conséquences fâcheuses; et d'ailleurs, cela fût-il arrivé dans quelques cas, on serait mal venu, à mon avis, à attribuer ces accidents à l'injection, car il n'est pas rare de voir une inflammation redoutable et même mortelle résulter d'une simple ponction palliative. S'il fallait même comparer les résultats de la ponction simple et de la ponction suivie d'injection iodée, on arriverait certainement à cette conclusion : que la première a, plus souvent que la seconde, déterminé une kystite ou une péritonite mortelle. Bien mieux, dans quelques cas où existaient déjà des symptômes évidents d'inflammation et de purulence du kyste, l'injection iodée a modifié très-avantageusement la surface interne et diminué les accidents.

Notons aussi que soixante-deux de ces kystes étaient des kystes séreux et uniloculaires, et que, sur ces soixante-deux, quarante-huit ont guéri, onze ont été opérés sans succès, mais sans accidents, tandis que dans quatre cas seulement les femmes sont mortes; que des dix malades de M. Demarquay, des six de M. Giraldès, aucune n'a éprouvé d'accidents.

Une remarque encore importante, c'est que parmi les malades non guéries, il en est bien peu qui n'aient retiré quelques avantages des injections iodées, et parmi celles que nous avons notées comme récidivistes, presque toutes ont vu, après une ou plusieurs injections, le liquide se reproduire plus lentement, et la tumeur qui, primitivement, avait très-rapidement atteint un volume considérable, rester longtemps stationnaire. Cette influence heureuse des injections iodées s'exerce même dans des cas en apparence très-défavorables. Ainsi, j'ai examiné ces jours derniers avec M. Boinet, deux dames qui se croient encore aujourd'hui guéries. L'une d'elles, opérée en 1848, portait un kyste dont on a extrait 22 litres de liquide, et de plus une tumeur fibreuse développée à côté ou dans l'épaisseur même des parois du kyste; une seule ponction et une seule injection furent faites, et depuis cette époque, 1848, cette dame, qui était alors dans un état pitoyable, a repris de l'embonpoint et jouit d'une santé parfaite : elle se croit radicalement guérie; malheureusement il n'en est pas ainsi, et en l'examinant avec soin, nous avons constaté qu'à côté de la tumeur fibreuse, notablement augmentée de volume, existe un petit kyste contenant au moins un litre de liquide....

J'ai également visité récemment une dame qui, avec une tumeur fibreuse, avait aussi un kyste de l'ovaire très-volumineux; elle fut ponctionnée et injectée, en 1851, par M. Boinet; en 1854, j'examinai cette malade et je ne trouvai aucune trace de kyste. Je l'ai revue ces jours derniers avec M. Boinet, et nous avons pu constater que la tumeur fibreuse avait pris assez de développement, et qu'à côté d'elle existait aujourd'hui un kyste contenant à peu près deux litres de liquide. Nous nous sommes bien gardés d'en instruire cette femme, qui jouit du reste d'une santé parfaite et se croit radicalement guérie.

Ainsi, messieurs, en supposant, et ce n'est pas démontré, que c'est bien l'ancien kyste qui s'est reproduit, et non un kyste nouveau qui s'est développé, ce qui me paraît tout aussi probable, voilà deux femmes qui sont restées, l'une huit ans, l'autre cinq ans, sans ressentir aucune atteinte d'un mal qui, très-probablement, se serait reproduit en quelques mois, si la ponction simple avait été pratiquée, et aurait entraîné la mort en quelques années.

N'oubliez pas, messieurs, qu'il y a dix ans à peine toutes ces malades étaient vouées à une mort certaine; que, grâce à la nouvelle méthode, 48 jouissent aujourd'hui d'une santé parfaite, et vous conclurez avec moi que c'est faire une faute grave que de se refuser, dans les cas favorables, à une semblable opération.

Ces cas favorables sont maintenant bien connus : je n'y reviendrai pas. Je ferai seulement remarquer qu'à l'exception des liquides épais, gélatineux, fortement visqueux ou chocolat, qui jusqu'à présent ont résisté au traitement iodique, les liquides purulents ou séro-purulents, sanguins ou séro-sanguinolents ne sont pas, comme on l'a dit, une contre-indication formelle à l'opération. Et si cette catégorie offre d'assez nombreux insuccès, les guérisons obtenues jusqu'à ce jour légitiment de nouvelles tentatives.

Aux kystes multiloculaires, à loges nombreuses surtout, la nouvelle méthode ne paraît nullement applicable.

Nos honorables collègues, et M. Robert en particulier, se sont demandé ce que deviennent ultérieurement les kystes traités et guéris par l'injection iodée. Les faits que j'ai vus deux, six mois, trois, quatre ans après la guérison, me portent à penser que la maladie peut se terminer de trois manières différentes : tantôt, comme M. Robert, j'ai vu ces kystes, fortement revenus sur eux-mêmes, ne plus constituer qu'une tumeur peu volumineuse, et nécessitant seulement l'usage d'une ceinture bien faite, mais conservant toujours leur caractère de kyste, et offrant une certaine fluctuation. J'avoue que pour ceux-ci la guérison radicale ne me paraît pas parfaitement assurée, et plus que tous autres ils me semblent sujets à récidive.

Dans quelques cas je n'ai pu trouver dans la partie inférieure du ventre qu'une tumeur dure, un peu inégale, et dont le volume varie depuis celui du poing jusqu'à celui d'une tête de fœtus à terme; il ne m'a pas été possible de trouver la fluctuation. Les parois épaissies et rétractées du kyste formaient seuls la tumeur.

Enfin, dans certaines circonstances, je n'ai pu, malgré toute l'attention possible, trouver trace de tumeur; la pression faite avec soin sur toute l'étendue des parois abdominales ne m'a fait distinguer aucune résistance anormale, aucun empâtement, aucun gonflement. La percussion avait partout une sonorité physiologique, en un mot, aucun vestige du kyste, et cela dans des cas où plus de vingt litres de liquide avaient été extraits au moment de l'opération... Que sont devenues les parois? ont-elles été résorbées; sont-elles aplaties l'une contre l'autre, de manière à fournir une espèce de toile, second épiploon qui recouvrirait toute la masse intestinale? Je n'en sais rien; mais quelle que soit la réponse que l'anatomie pathologique fera plus tard à ces questions, le fait m'a beaucoup étonné et mérite, je crois, d'être signalé.

La plupart des objections faites aux injections iodées me paraissent pouvoir être faites également à la ponction simple, et M. Huguier a suffisamment démontré leur inanité. Il en est une cependant que M. Huguier a oubliée, et qui mérite d'être réfutée, car elle est de nature à impressionner vivement les praticiens.

Si tous les kystes de l'ovaire, a-t-on dit, ne se prêtent pas aux injections iodées, si, dans quelques-unes de leurs variétés, l'opération a paru accélérer la terminaison fatale, il importe, avant de la pratiquer, de bien établir le diagnostic, et de reconnaître et la nature du liquide et la multiplicité des loges. Or, cela n'est pas toujours possible, et vous agissez en aveugle. Quant à la nature du liquide, nous avons vu qu'excepté les liquides épais, très-visqueux, albumineux ou gélatineux, tous les autres, séreux, hydatiques, séro-purulents ou séro-sanguinolents, pourraient être traités avantageusement par la méthode. Donc, si le diagnostic différentiel de ces derniers liquides est à peu près impossible, il devient aussi à peu près inutile. Au contraire, avec une certaine habitude, on reconnaît, dans les kystes albumineux ou gélatineux, une ondulation, une fluctuation toute différente, et la main perçoit alors une sensation qu'il est beaucoup plus facile de reconnaître que de décrire.

Le diagnostic des kystes multiloculaires est aussi assez facile quand la cavité présente un petit nombre de loges; car l'ondulation paraît alors comme cloisonnée, comme limitée seulement à telle ou telle partie de la tumeur; de telle sorte que si les mains, appliquées toutes deux sur les parois abdominales, sont placées à 10 ou 15 centimètres l'une de l'autre, elles perçoivent l'ondulation qui disparaît aussitôt qu'elles s'écartent davantage. Le même fait peut se reproduire plusieurs fois, les mains étant promenées sur toute la surface de la tumeur.

Après tout, le diagnostic préalable est-il donc d'une aussi grande importance? Je ne le pense pas. La ponction une fois pratiquée, toutes les incertitudes disparaîtront. Vous serez alors suffisamment éclairé et sur la nature du liquide et sur la multiplicité des poches, et, en supposant le cas très-défavorable, vous vous arrêterez, et la malade en sera quitte pour une simple ponction.

Si je ne craignais d'abuser de la bienveillante attention de l'Académie, j'ajouterais quelques observations sur l'époque à laquelle il convient d'opérer, sur la préférence que M. Hugnier croit devoir accorder, dans quelques cas, à la ponction vaginale, et sur les ponctions préalables faites dans le but d'obtenir une rétraction partielle des kystes avant de pratiquer l'injection, ponctions préalables sur lesquelles, dans ces derniers temps, a particulièrement insisté M. Demarquay. Mais je serai très-bref sur chacun de ces points. Le moment où il convient d'intervenir a été fixé par M. Robert; je n'y reviendrai pas.

Quant à la ponction vaginale, elle ne me paraît acceptable que dans les cas où le kyste repoussant en bas le vagin, fait une saillie plus ou moins considérable à la partie supérieure de ce canal. Dans tous les autres cas, elle doit être rejetée.

Enfin, les ponctions préalables, suivies de l'écoulement partiel du liquide, offrent, à mon avis, plus d'inconvénients que d'avantages. D'un côté, en effet, des faits nombreux prouvent que les kystes les plus volumineux ont pu être évacués complétement en une seule fois et guérir par l'injection; de l'autre, les ponctions répétées ont plusieurs fois produit sur les qualités du liquide une influence désastreuse, et un liquide séreux et citrin, à une première ponction, a quelquefois offert une purulence marquée après la seconde ou la troisième; enfin les ponctions simples ont si souvent été suivies d'accidents, qu'il me paraît imprudent d'exposer les malades à ces chances défavorables.

En résumé, messieurs, il me semble prouvé, par tout ce que je viens de dire :

1° Que les kystes de l'ovaire constituent une maladie des plus graves et assez promptement mortelle.

2° Que la ponction dite palliative ne guérit que dans les cas très-exceptionnels, ne soulage que pour peu de temps, expose la malade à des dangers sérieux, sans lui offrir, en compensation, les chances probables d'une vie moyenne.

3° Que la ponction suivie de l'injection iodique est, dans l'état actuel de la science, le moyen le plus sûr et le moins dangereux de guérir cette maladie jusqu'alors incurable;

4° Qu'il est aujourd'hui plus que rationnel d'y recourir dans tous les cas de kystes séreux, hydatiques et uniloculaires.

5° Si les kystes séro-purulents ou séro-sanguinolents offrent moins de chances de guérison, les résultats obtenus par M. Boinet autorisent à en tenter la cure radicale.

6° Enfin, que les kystes à loges nombreuses, comme tous ceux dont les liquides sont épais ou gélatineux, ne paraissent pas susceptibles de guérir par la nouvelle méthode.

Mais enfin, n'y a-t-il rien de mieux à faire dans ces cas malheureux que d'abandonner les malades à une mort certaine? Je ne veux que toucher à cette question, messieurs, car je sais que ma réponse rencontrera dans cette enceinte peu de sympathies, et que, pour la justifier, je serais obligé d'entrer dans de trop longs développements.

Toutefois, je ne veux pas quitter cette tribune sans protester contre l'espèce d'anathème lancé par plusieurs de nos collègues sur l'extirpation des ovaires. Je crois qu'avant de proscrire, il faut examiner, et qu'on n'a pas assez sérieusement examiné. Réservée pour les kystes multiloculaires et aréolaires, pour ceux dont le liquide est albumineux ou gélatineux, je n'hésite pas à déclarer que, dans ma conviction, l'opération est pleinement justifiable. Le succès, a dit M. Cruveilhier, ne justifie pas les entreprises téméraires. Je ne suis pas de cet avis, l'histoire de la chirurgie est là tout entière pour prouver le contraire. Et M. Cruveilhier, en reconnaissant l'utilité des injections iodées dans les kystes de l'ovaire, a donné à son aphorisme un éclatant démenti. Que de gens, avec lui, les ont, pendant longtemps, qualifiées d'entreprise téméraire.

Certes, je n'ai pas la prétention de justifier toutes les opérations pratiquées en Angleterre et en Amérique. Il est incontestable que quelques-unes d'entre elles l'ont été avec une légèreté impardonnable; mais il est incontestable qu'un grand nombre de femmes ont dû la vie à cette opération. Malgré les erreurs nombreuses de diagnostic, malgré les incertitudes, les tâtonnements que rencontre à son début tout nouveau procédé opératoire, près des trois quarts des femmes ont survécu à l'opération et ont guéri. Or, je veux bien croire que tous les insuccès n'ont pas été publiés, et qu'il faut en tenir compte. Soit. Pour rétablir l'équilibre, supposons, si vous voulez, qu'on a dissimulé la moitié des cas malheureux, il n'en restera pas moins un chiffre incontestable, c'est que la moitié de ces femmes ont survécu à l'extirpation.

Or, n'oublions pas qu'il s'agit ici d'un kyste de l'ovaire, et d'un kyste de la pire espèce, que lorsque ces tumeurs malignes ont acquis un volume considérable, elles tuent les malades dans un temps très-court, et, avant de les tuer, elles déterminent des souffrances telles, qu'à plusieurs de ces malheureuses, la mort semble préférable à la vie; eh bien! dans ces conditions, on vient proposer une opération qui, jusqu'à présent, a donné 50 p. 100 de succès, et vous la rejetez avec dédain. Eh bien! je dis que votre indignation n'est pas légitime, et que vous n'avez pas le droit de ne pas instruire les familles des ressources qu'elle offre à la malade. Je dis que tous les jours les chirurgiens pratiquent des opérations tout aussi graves pour des maladies dont les indications ne sont pas plus pressantes.

Encore une fois, je ne veux pas prolonger cette discussion; plus tard, peut-être, elle sera reprise. J'ai voulu seulement que les paroles prononcées par MM. Malgaigne et Cruveilhier ne restassent pas sans réponse dans cette enceinte.

Je n'ajoute plus qu'un mot. L'emploi des injections iodées est une des conquêtes les plus glorieuses de la chirurgie moderne. C'est à M. Velpeau, sans aucun doute, à ses beaux travaux sur les cavités closes que revient l'honneur d'avoir popularisé cet admirable agent thérapeutique. Mais, pour être juste envers tous, ajoutons que c'est au docteur Boinet qu'appartient incontestablement l'honneur d'avoir prouvé les avantages des injections iodées dans le traitement des kystes de l'ovaire. C'est à son activité, à son zèle pour la chirurgie que nous devons de ne plus en être réduits aujourd'hui à l'incision de Ledran, à la ponction vaginale ou à l'extirpation. C'est à lui qu'une foule de femmes, vouées à une mort certaine et prompte, devront encore de longs jours. C'est donc un service éminent rendu à l'humanité et à la science, et l'Académie saura un jour, j'espère, payer la dette de la science et de l'humanité.

La séance est levée, et la continuation de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

FACULTÉ DE MÉDECINE.

SÉANCE DE RENTRÉE.

La séance solennelle de rentrée de la Faculté de médecine a eu lieu samedi dernier 15 novembre. Le concours des auditeurs a été moins nombreux que de coutume, et l'on a pu remarquer bien des places vides sur les bancs de l'amphithéâtre, dans la foule des élèves, aussi bien que dans l'enceinte réservée. M. le professeur Natalis Guillot a prononcé l'éloge du regrettable professeur Requin, au milieu des marques de la plus sympathique bienveillance de la part de son auditoire.

M. le professeur Gavarret a proclamé les prix dans l'ordre suivant :

PRIX DE L'ÉCOLE PRATIQUE.

Premier grand prix : M. Panas (Fotino), de Céphalonie (Grèce).
Premier prix : M. Luton, de Reims.
Deuxième prix (ex æquo) : MM. Brunet et Guyot.

PRIX MONTYON.

Médaille d'honneur : M. Isambert.

PRIX CORVISART.

Les mémoires pour ce prix n'étant parvenus à la Faculté qu'après l'expiration des délais fixés par le programme, ce prix n'a pas été distribué cette année.

ÉLOGE DE M. LE PROFESSEUR REQUIN; par M. le professeur NATALIS GUILLOT.

Messieurs,

En réunissant les professeurs et les élèves pour rendre aux maîtres qu'elle a perdus le dernier honneur d'un adieu solennel, la Faculté vient aussi confier à la mémoire de la jeunesse les exemples qu'ils ont donnés, glorieux souvenirs, précieux enseignements qui doivent être conservés par la tradition dont cette jeunesse est dépositaire.

Des voix éloquentes vous ont plus d'une fois fait entendre ici le panégyrique d'hommes illustres; elles vous ont raconté leur vie, les honneurs, la fortune qui les récompensèrent en ce monde. Un éloge aussi mérité, expression des sentiments que la plupart d'entre vous conservent au fond de leur cœur, appartient à la mémoire de ceux que nous avons vus souffrir, combattre, vaincre et succomber sans avoir joui des fruits de la victoire.

La vie dont je vais raconter les détails, longtemps obscure et semée d'épines, éteinte au moment où de plus grands espaces s'élargissaient devant elle, offre un de ces exemples dont s'effrayent les cœurs vulgaires, et qui stimulent puissamment les âmes généreuses. Ceux d'entre vous, messieurs, qui peut-être ont déjà senti les premières aspérités de la route où ils se sont engagés, comprendront mieux que d'autres les épreuves douloureuses et courageusement traversées par un esprit laborieux et persévérant.

Pierre-Achille Requin naquit à Lyon le 15 août 1803, et mourut le 31 décembre 1854. Son père, ancien officier des armées de la république et de l'empire, lui laissa l'honneur pour seul patrimoine. Avec une aptitude naturelle au travail, dirigé par des maîtres éclairés, il fit dès son enfance de rapides progrès. Déjà, dans les classes d'humanité, la vivacité de son esprit, l'heureuse émulation qui l'élevaient au-dessus de ses condisciples, donnaient

de brillantes espérances. Il était, quoique fort jeune, en état d'instruire les autres ; et le manque de fortune, cet aiguillon de tant de bons esprits, le contraignait à enseigner à un âge où l'on éprouve rarement le désir d'apprendre.

A dix-sept ans, couronné de palmes universitaires, il connaissait les langues anciennes ; les littératures de toutes les époques lui étaient familières : la chaleur vivifiante de la jeunesse l'avait mûri pour ces travaux.

Séduit par les formes pures, par les larges dimensions des ouvrages de l'antiquité, il lisait Aristote avec le même sentiment qui nous émeut lorsque, sous le beau ciel de la Grèce et de l'Italie, en présence des monuments de tant de religions éteintes, écrasés par l'ombre dont ils nous couvrent, nous sentons naître en nous un désir curieux de pénétrer la pensée primitive, exprimée par ces antiques créations du génie humain.

M. Requin, étudiant avec ardeur les sciences et la philosophie de l'antiquité, prévoyait le jour où, fortifié par l'étude, devenu médecin, saisissant le sens caché de ces œuvres sublimes, il deviendrait capable d'en interpréter les détails et d'en admirer l'ensemble important.

En effet, messieurs, étudier l'antiquité dans ses écrits, analyser dans leurs gradations séculaires les efforts de l'intelligence humaine, c'est guider son esprit par la voie la plus sûre vers l'application des résultats que la science moderne accumule autour de nous. C'est à travers ces nébuleux lointains du passé que s'entrevoit la terre féconde aux mamelles de laquelle nous sommes attachés, et dont, sans pouvoir sortir de notre enfance intellectuelle, nous suçerons longtemps encore le lait, même à notre insu.

M. Requin devinait que pour marcher sûrement vers l'avenir, il fallait posséder la connaissance des choses antiques ; il voulait les pénétrer et les comprendre, prévoyant avec sagacité que cette fatigue rétrospective fortifierait sa raison. A ce moment de la vie où les travaux assidus découragent tant d'imaginations, et deviennent l'effroi de l'intelligence qui les aborde, son esprit, plein des richesses que l'étude sérieuse, que la variété des connaissances accorde rarement, même à l'âge mûr, s'était orné du charme inappréciable dont il se montra constamment revêtu.

Ses condisciples se le représentaient comme destiné à parcourir la plus brillante carrière littéraire. La nature apparente de son intelligence, le vœu de ses maîtres, tout le poussait dans cette voie, dont les abords lui étaient faciles ; mais son ambition n'était pas dirigée de ce côté. Il lui fallait plus d'obstacles à vaincre ; il était irrésistiblement forcé de suivre cette même lueur mystérieuse qui guida les philosophes grecs, ses premiers maîtres, dans la contemplation de la nature. Religieusement attaché à leur esprit, marqué du sceau de l'antiquité, il en devait garder jusqu'à sa mort l'empreinte indélébile.

Ses inclinations le poussèrent vers la médecine. Il était digne de l'apprendre, comme il fut plus tard digne de l'enseigner. Il avait en vue l'art par excellence, l'art dont Homère lui avait parlé, en lui disant que, par toute la force et l'utilité de son savoir, le médecin possède la valeur de dix hommes.

Dès cette époque où la vive intuition de la jeunesse lui donne l'intelligence du vrai et du beau, comme le vieil Homère et le bon Plutarque, ses premiers maîtres, il voyait dans la médecine le plus noble but offert à une âme élevée.

Heureuse illusion d'un âge où l'on voit de loin la splendeur des sommets sans soupçonner l'escarpement des pentes et la profondeur des précipices qui bordent le chemin !

Si, deux siècles plus tôt, il eût apparu sur le seuil de la Faculté de Paris, le doyen eût pu, non sans raison, lui appliquer ce qu'il disait en 1692 du plus instruit des étudiants de cette époque, de celui qui devint l'illustre académicien Dodart : « C'est un garçon fort sage, fort modeste, qui sait par cœur » Hippocrate, Galien, Aristote, Cicéron, Sénèque et Fernel ; c'est un garçon » incomparable, *monstrum sine vitio*, et il n'a pas vingt ans, ajoutait l'exigeant Guy Patin. »

Requin, âgé de dix-huit ans, rompu à la scolastique, imprégné jusqu'à la moelle des vertus du syllogisme et de la grammaire, sectateur enthousiaste d'Aristote, ennemi du spiritualisme de Platon, nous représentait un de ces vaillants érudits de nos antiques écoles, insouciants de leur personne, offrant un extérieur inculte, *vêtus comme leurs vieux livres*, grands explicateurs de gloses et amateurs de commentaires, qui, sans trop dédaigner les *observateurs*, n'eussent jamais inventé l'observation. Physionomies expressives, reproduisant le charme de ces portraits d'un autre âge, qui semblent sans couleur aux yeux du vulgaire, tant que la splendeur d'un nouveau cadre ne leur rend pas l'éclat de la vie.

Les premiers pas de celui qui ne s'appuie que sur sa valeur personnelle sont trop ordinairement pénibles.

Les ressources matérielles du jeune élève étaient plus que médiocres, il fallait vivre et marcher vers un but fort éloigné ; aussi dut-il prendre un biais nécessaire à l'accomplissement de sa volonté.

Il se chargea de l'éducation de quelques enfants dans une famille riche et puissante, se résignant avec courage aux pertes de temps qu'il allait être contraint de subir.

Cette époque de sa vie me paraît avoir été la plus malheureuse.

Vous, messieurs, qui dans votre carrière scientifique n'obéissez qu'aux nobles élans de la jeunesse, vous comprenez mieux que personne la souffrance irritante d'un esprit actif, contraint de briser chaque jour son travail, de s'arracher aux fortes études préliminaires, rudes et attrayantes de la science médicale, d'interrompre les recherches anatomiques, de considérer l'hôpital comme une terre promise, mais inabordable, et les leçons précieuses de nos maîtres vénérés comme un fruit défendu.

Que d'efforts à poursuivre pour remplir d'aussi douloureuses lacunes ! Qui d'entre vous ne les apprécie ? Et quel légitime orgueil doit ressentir celui qui a surmonté tous les obstacles avec le secours de sa seule volonté !

Tout en souffrant, comme étudiant en médecine, de cette position difficile, il savait y trouver des consolations dignes d'un homme de goût. Dans la maison où il vivait se rencontraient des penseurs, des philosophes, écrivains d'élite, hommes d'État d'une haute valeur.

Tous s'intéressèrent naturellement au jeune précepteur : éloigné d'eux par ses études scientifiques, il s'en rapprochait sur le terrain des lettres. Il conquit ainsi de précieuses sympathies, et le commerce de ces hommes distingués développa les facultés de son esprit, quoiqu'il n'eût pas besoin d'emprunt, tant la nature l'avait doué d'une heureuse originalité.

M. Requin fut reçu docteur en 1827, sous la présidence de Dupuytren, qui appréciait le candidat, et l'honora d'un appui qu'il lui conserva toujours.

Il prit presque aussitôt part au concours pour l'agrégation ; il eut à combattre des rivaux fortifiés comme lui par l'étude et déjà dignes de la réputation qu'ils obtinrent plus tard.

De ceux qui soutinrent cette lutte, le plus grand nombre a disparu ; la jeunesse était riche d'espérance pour ceux-là, et leur promettait un avenir brillant qu'ils méritaient et dont ils furent privés.

Ces hommes, dont l'esprit fut non moins élevé que celui de Requin, ne différaient de lui que par d'autres qualités aussi rares que les siennes. Ces caractères honnêtes rappellent douloureusement à ma mémoire les souvenirs de nos premiers pas.

C'était alors Saudras, observateur précis des maladies nerveuses, chez lequel un jugement fin et sagace se cachait derrière une grande simplicité ; Vidal, tout à la fois médecin et chirurgien, comme tant de grandes intelligences, riche du savoir et de l'esprit réunis des deux branches de l'art ; Hourmann, aimé de ses rivaux, et supérieur à tous, car sa vie ne fut qu'un ensemble de courage et de vertus.

Toute cette jeunesse s'est éteinte, tous sont morts épuisés avant la fin du combat qu'ils avaient courageusement commencé. Cruelle réalité qui remit à d'autres la palme dont ils étaient dignes, et que leurs émules eux-mêmes leur annonçaient sans envie.

Le premier triomphe de Requin fut son titre d'agrégé conquis en 1838. Ce succès décida de sa carrière : il se dégagea des liens matériels qui entravaient ses études ; il répara les pertes de temps auxquelles il avait été condamné : il avait cependant assez profité de ses heures de loisir pour être l'égal, sinon le supérieur de ses émules.

Une nouvelle direction devait être donnée à ses travaux. Ils prirent un caractère pratique. Le séjour de l'hôpital, les conseils qu'il y reçut d'un éminent professeur, lui firent envisager le rôle du médecin sous son véritable jour. Ce fut à cette époque qu'il entrevit dans l'avenir les honneurs du professorat.

M. Requin connaissait l'antique édifice au sein duquel il pénétrait avec le titre d'agrégé, et il avait vu dans l'histoire de la Faculté ce que ses annales offrent à la fois de grandeur et d'imperfection. Il savait tous les noms glorieux que nos sciences ont conservés. En fallait-il davantage pour l'entraîner vers l'enseignement, cette application la plus difficile et la plus élevée de l'intelligence humaine.

Si l'histoire de l'ancienne Faculté de Paris nous retrace les habitudes et les préjugés d'une puissante corporation, elle rappelle aussi la mémoire des savants qui nous précédèrent, et dont les efforts ont devancé et préparé les nôtres.

Malgré ses abus et ses fautes, la Faculté de médecine de Paris, grande par ses origines et par son antiquité, le fut également par son amour sincère pour la science, par le sentiment profond qu'elle avait des devoirs du médecin. Elle aimait la jeunesse comme nous l'aimons ; et c'est à ses traditions que nous avons emprunté les lieux de bienveillance et de sympathie qui établissent une sorte de parenté entre le maître et les élèves.

Arrêtons-nous un moment, messieurs, sur ce passé, et voyons ce qu'il fut, en considérant ce que nous sommes.

De nos jours, en sortant du collége, avec un peu de grec et de latin et un léger vernis de science, on est bachelier ; qu'on y ajoute un certificat de *bonnes mœurs*, on a droit au titre d'étudiant en médecine.

En 1700, on était jeune étudiant à vingt-six ans ; on ne suivait alors les cours de la Faculté qu'avec le diplôme important de *maître ès arts* ; diplôme qui indiquait une connaissance parfaite des langues, des lettres et de la philosophie.

Les trois grades nécessaires étaient le baccalauréat, précédé des études élémentaires ; la licence, après les études supérieures ; le doctorat, témoignage d'une instruction complétement perfectionnée.

Après trois années de travail et d'épreuves sévères, on devenait bachelier. Une nouvelle année et de nouveaux examens permettaient d'espérer et d'obtenir le baccalauréat émérite, et de solliciter de la Faculté les honneurs du *paranymphe*.

La cérémonie pompeuse du paranymphe faisait le bonheur de nos vieux maîtres et de leurs élèves ; tout le monde y prenait part dans l'école, et c'était un de grands jours de la Faculté.

Ce n'était pas un grade que le paranymphe, mais une très-grande distinction que la Faculté accordait aux bacheliers émérites à la fin de leurs études élémentaires. Elle imposait aux candidats l'obligation de défendre des

thèses publiques, comme on le fait de nos jours dans les concours de l'agrégation.

Quelques jours avant la cérémonie, les bacheliers émérites en costume, précédés des bedeaux et des appariteurs revêtus de leurs insignes et portant leurs masses, sortaient de l'École, traversaient Paris et se rendaient au parlement et chez tout ce qu'il y avait d'illustre à la cour ou dans l'armée les invitant à honorer de leur présence l'acte important de la Faculté. Dans le cours de ces visites, visiteurs et visités parlaient la langue de Pline et de Celse: c'était l'usage; mais par exception *écrite aux statuts de l'École*, M. le prévôt des marchands et MM. les échevins de la ville de Paris écoutaient seuls une harangue en français. Ils avaient droit à ce privilége, mais on peut aussi supposer que c'était de la part de la Faculté une courtoisie *nécessaire*.

L'objet de cette cérémonie, à laquelle on conviait tant de témoins, était exprimé par la mystérieuse dénomination de *paranymphe;* nom étrange, qui signifiait, poétiquement, la première entrevue de l'adepte avec la nymphe de la science, sa fiancée, encore revêtue de sa robe virginale, et dont la ceinture allait bientôt tomber.

Un nouvel intérêt s'ajoutait encore à la solennité de ces séances; on n'y ménageait pas toujours son prochain; mais s'il arrivait que la malice y lançât des paroles aigres ou amères, une coutume toute lénitive en édulcorait la saveur.

A la fin de la séance (et ici, messieurs, je traduis le paragraphe XXVI des statuts de la Faculté), des gâteaux, des confitures, des dragées, *bellaria*, circulaient dans la salle en abondance, *plenis patellis*, aux frais des bacheliers.

Cette agréable cérémonie était *très-goûtée* de la jeunesse, et l'âge mûr n'y était pas indifférent.

La licence ne pouvait être obtenue qu'après toutes ces épreuves, et le licencié n'avait plus à s'occuper que de l'étude des questions les plus élevées de la science. Ces travaux, d'un ordre important, ne l'empêchaient point de prendre part, comme examinateur, aux interrogatoires des élèves moins avancés que lui dans leurs études, et de faire en même temps preuve de sa valeur personnelle devant la Faculté.

Il devait subir une série de thèses auxquelles la Faculté attachait une très-grande importance; les gens du monde s'en occupaient; les profanes aimaient alors beaucoup plus qu'aujourd'hui à venir respirer les parfums de la science jusque dans son sanctuaire.

Les dames, sans doute élégamment parées, daignaient quelquefois même embellir de leur présence les réunions de l'École, et la tenue des étudiants de cette époque était loin de les effaroucher.

En 1704, une thèse sur cette question: *L'homme a-t-il commencé par être un ver?* fut soutenue par Geoffroy, fils du célèbre chimiste et père de l'entomologiste. Elle piqua vivement la curiosité du beau sexe. Contre l'usage, il fallut la traduire en français. Toutes les dames (et on en comptait du plus haut rang) voulaient comprendre le mystère enfermé dans cette question. La réception du docteur terminait cette longue série d'épreuves.

Le doyen pressait sur son cœur le candidat reçu, auquel il ne restait plus à accomplir qu'une dernière formalité.

Les anciens n'avaient garde de l'oublier. Le nouveau docteur faisait hommage au président de sa thèse inaugurale, d'un costume dont le nôtre n'est qu'une incomplète copie.

Cette coutume singulière disparut lentement; vers lemilieu du dix-huitième siècle, on donnait encore une toque neuve et une boîte de gants au président de sa thèse inaugurale.

Le docteur pouvait s'élever encore et prétendre à la régence, que l'on n'obtenait pas sans efforts nouveaux.

Le titre de régent impliquait l'obligation d'instruire et d'examiner les élèves; la régence était le corps enseignant.

A cette époque où le titre de docteur était difficilement obtenu, où le grade de licencié conférait déjà le droit d'exercer la profession, c'était quelque chose de bien élevé que cette position des régents.

Seuls ils participaient à la nomination des doyens, placés au sommet de la hiérarchie.

Tuteur des études, protecteur de la tradition, défenseur des droits et priviléges du corps, le doyen dominait tout, tenait entre ses mains et sous son autorité les lois, la force et l'honneur de la corporation, consacrées par le serment de tous ses membres, depuis le plus humble jusqu'au plus puissant.

Le doyen était l'expression vivante de ce que la Faculté avait de plus grand, soit par l'autorité de la vertu, soit par l'étendue et la profondeur du savoir.

Il en concentrait alors sur lui-même, comme aujourd'hui, toute sa gloire et tout l'éclat.

Que de noms, messieurs, dans cette longue suite de docteurs régents et de doyens, devraient être inscrits sur ces murailles et frapper chaque jour vos regards; que de nobles exemples leur souvenir perpétuerait pour cette école!

Ces régents et doyens, tout à la fois théologiens et clercs dans le moyen âge, appartenant à l'Église qui les séparait de la chirurgie naissante par l'homme du sang et par l'obligation du célibat, préférèrent plus d'une fois aux avantages temporels de leur profession les rigueurs de la vie claustrale; quelques-uns furent archevêques et cardinaux; l'un d'eux même, le seul de nos doyens passés, et probablement de nos doyens futurs, fut élevé à la papauté sous le nom de Jean XXI.

Sous Charles VII, en 1452, rendus au monde par l'Église elle-même, qui leur permit le mariage, ils restèrent toujours, quoique laïques, mêlés aux grands mouvements de chaque époque.

Lorsque l'extinction des discordes civiles permit en France l'essor des sciences, ce fut alors que commença la nomenclature des hommes qui les servirent le plus dans cette école. Nommons quelques-uns des régents et des doyens qui s'illustrèrent à partir de cette époque: 1580, Baillou; 1594, les deux Riolan, Simon Piètre; 1598, Charles Pison; 1608, Charretier; 1627, Guy-Patin, Claude Perrault, génie universel, créateur de l'anatomie comparée, qui construisit l'Observatoire et la colonnade du Louvre, et sut prouver par ces chefs-d'œuvre qu'aucune gloire n'était étrangère à la Faculté de Paris.

Inscrivons sur cette liste Hamon, 1626, dont on disait que ses vertus pouvaient éclairer tous les siècles, qui délaissa les gloires de cette école pour les austérités de Port-Royal, ami de Pascal, ami de Racine, qui voulut être enterré à ses pieds. Dodart, anatomiste et physiologiste, rapportant tout à la science, même les lois de l'Église.

Devançant son siècle dans la voie de l'observation, il inaugurait les expériences renouvelées par nos contemporains.

Pendant trente-trois ans, il étudia les transpirations, les déjections, les comparant à la somme des matières ingérées. Il entreprit de semblables recherches sur le poids soustrait au corps par la saignée, et sur la rapidité avec laquelle l'organisme peut réparer cette perte.

S'étant pesé au commencement, puis à la fin du carême, il avait perdu par le jeûne plus de 4 kilogrammes de substance, qu'il recouvra en huit jours, avec toute la sûreté de conscience d'un chrétien et le robuste appétit d'un physiologiste, faisant ainsi servir la science au salut de l'âme et du corps.

Fagon (1664), qui eut pour berceau le Jardin des Plantes, et qui fut le restaurateur de cet établissement. Il osa, le premier, dans sa thèse inaugurale, soutenir la circulation du sang. C'est à l'autorité qu'il exerça comme surintendant du Jardin des Plantes que la botanique doit Tournefort et la glorieuse dynastie des Jussieu. Il fit ordonner par Louis XIV, dont il était le médecin, les savantes explorations de Plumier en Amérique, de Feuillée au Pérou, celles de Tournefort en Égypte et dans l'Asie-Mineure.

Rappelons encore les noms de Littre (1691), qui, le premier, découvrit le mécanisme et les effets des grossesses extra-utérines; de Tournefort, immortel auteur des *Institutiones rei herbariæ* (1698), de Louis Lémery, médecin de l'Hôtel-Dieu, digne de continuer la gloire de son père, chef de la chimie française.

Il fut célèbre par sa discussion avec Duverney et Winslow, sur l'origine, la cause et la formation des monstruosités, discussion que nous avons vue renaître de nos jours sous la parole puissante de Cuvier.

On soutenait qu'un fœtus à deux têtes vient d'un germe à deux têtes: c'était l'opinion universellement admise. Lémery affirma que ces deux têtes appartenaient à deux embryons parfaits soudés par accident. Ce fut le premier pas de la *tératologie*, et ce pas était grand.

Que de noms j'omets encore, que d'hommes utiles dont je ne puis rappeler la mémoire brillèrent depuis cette époque jusqu'au jour où la grande réformation de la société française détruisit, avec la Faculté de Paris, tant d'institutions séculaires pour en fonder de nouvelles.

Tous ces doyens, messieurs, étaient honorés et respectés, les souverains eux-mêmes les comblaient de dignités et de faveurs; en général, ils étaient médecins des rois, et profitèrent de leur crédit pour donner une grande splendeur à la science et à la médecine.

La corporation des médecins, qui brillait de ces splendeurs scientifiques, n'était cependant pas exempte de payer son tribut aux misères morales de l'humanité; pétrie d'os et d'argile, comme tant d'institutions de ce monde, n'estimant rien en dehors d'elle, elle écrasait sans ménagement tout ce qui pouvait offusquer son orgueil.

Arnauld de Villeneuve, celui qui découvrit l'art de la distillation, l'essence de térébenthine, les teintures médicamenteuses, qui, appliquant le mercure aux affections de la peau, indiqua le remède du mal que l'homme devait connaître un siècle plus tard; Fernel, médecin philosophe et mathématicien; Sylvius, le professeur le plus éloquent de son temps, furent en butte à ses persécutions; et, pour les exprimer par un seul exemple, nous dirons qu'en plein seizième siècle elle ne craignit pas de s'opposer à la publication des *OEuvres d'Ambroise Paré* (1574).

Pleine d'aigreur et prodigue de mesquine taquinerie envers la corporation des chirurgiens, dédaignant les hommes de mérite qui en faisaient partie, elle ne sut ni prévenir des conflits ni apaiser des rivalités au nom de la science.

On lit avec regret les motifs vulgaires des luttes qui divisèrent si longtemps ces fameuses corporations.

L'orgueil clérical de la médecine prétendait tout dominer; la chirurgie voulait étendre ses priviléges; la corporation des *barbiers* elle-même s'agitait. La *barbarie* était la servante commode de la Faculté, dont ses menus services lui assuraient l'appui. Cette alliance faisait sa force. Son domaine naturel ne lui suffisait plus: elle tentait de pénétrer *au delà de l'épiderme*, malgré les prohibitions expresses des lois.

Tous appelaient à leur aide les statuts plus ou moins apocryphes de la corporation, les ordonnances des rois, les arrêts des parlements.

On invoquait l'usage, la confiance du public, la nécessité; chacun cachait le vrai mobile, qui n'était autre que *l'intérêt*.

Il ne faut pas s'étonner, messieurs, si les esprits fins et délicats du dix-septième et du dix-huitième siècle furent scandalisés de ces débats.

On rit d'abord de ces rivalités, des pamphlets virulents qu'elles suscitaient,

des *petits* écrits qui mettaient au jour de *grands* ridicules, et Molière parut pour leur infliger le premier châtiment.

A la plaisanterie succéda le dégoût, et l'édifice vermoulu ne tarda pas à s'écrouler.

Ces malheureuses dissensions, ces habitudes de haine et de discorde, cet oubli de la grandeur de notre profession divisèrent dès l'origine les deux grands courants de l'art de guérir, et les empêchèrent longtemps de se confondre, pour porter en commun et répandre comme aujourd'hui tant de science et de lumière.

Elles durent certainement retarder les progrès de l'Ecole française et la retenir dans l'ombre, tandis que les Ecoles d'Italie, aussi studieuses et plus paisibles, établissant l'étude de la médecine sur ses véritables bases, l'anatomie, la physiologie et la physique, enrichissaient le monde de leurs découvertes.

Notre Faculté actuelle, en perdant les privilèges de sa mère, a été délivrée de ses erreurs et de ses abus; guidée par les tendances philosophiques du siècle, elle ne connaît d'autre devoir que celui de fortifier les études médicales et de repousser l'ignorance, mortel fléau de la société.

L'exemple du progrès a été donné dès le moment où elle fut constituée, et les hommes n'ont pas manqué à cette mission qui sera toujours sa gloire.

Pour prendre place dans leurs rangs si souvent illustrés, M. Requin dut subir des concours variés; il en soutint un grand nombre sur la pathologie, la physiologie, la thérapeutique et l'hygiène; toutes les parties de l'art médical semblaient lui être familières; nul, dans ces luttes multipliées, ne mérita plus d'éloges, car nul ne rencontra plus souvent que lui des adversaires avec lesquels la défaite même est un honneur.

Quelques caractères timides, redoutant le choc des concours, se sont peut-être effacés devant ces rivalités: le défaut du commun des hommes est une faiblesse morale née avec eux, et dont ils refusent de se guérir. Un amour-propre fatal inspire trop souvent des craintes exagérées aux plus intelligents, les éloigne de la lice ou désespère ceux que la victoire semble abandonner un moment.

Surmonter de telles appréhensions, imposer à son amour-propre l'autorité de sa raison, c'est remporter sur soi-même une victoire plus glorieuse peut-être que celle qui serait obtenue sur des rivaux; et je serai compris par vous, messieurs, qui pour la plupart, animés d'une généreuse ambition, vous préparez vaillamment aux combats et aux victoires de l'avenir.

Les organisations vigoureuses n'ont jamais été épuisées par la fatigue des luttes; elles y ont, au contraire, gagné une énergie et une activité nouvelles. M. Requin nous en offre la preuve.

Les émotions soudaines, loin d'arrêter sa pensée, n'en ralentissaient pas même l'action; son esprit, fertile en ressources, était de ceux que la controverse surexcite; ses raisonnements étaient toujours justes et inébranlables; ardent à la lutte pour la lutte elle-même, nul ne recherchа plus intrépidement que lui l'étreinte d'un adversaire, et ne sut le garrotter plus étroitement dans les liens d'une dialectique inexorable. Il nous rappelait alors l'héroïque ténacité du vieil athlète dont parle Virgile :

Hæret pede pes densusque viro vir.

Vaincu, et quel concurrent ne le fut dans ces laborieuses épreuves, sa joviale humeur le préservait du découragement; habile à chercher des consolations, il savait en trouver là où en découvrent tant d'esprits cultivés, chez les bouquinistes du quartier latin. Passion innocente, pleine d'émotions délicieuses, que la satiété ne vient jamais amortir, et qui, seule peut-être entre toutes les passions humaines, ne laisse dans notre âme aucun regret.

Les caractères élevés grandissent encore par l'infortune; aussi sa philosophie semblait gagner à ces désappointements, qui ne firent jamais entrer aucun fiel dans cette nature excellente. Vainqueur, il eut la rare vertu du triomphe, l'absence d'orgueil.

Les thèses qui lui furent imposées dans ces concours témoignent de la variété et de la solidité de connaissances qu'il possédait; elles révèlent un esprit fécond, dont l'activité ne paraissait trouver de repos que dans de nouvelles publications. On lit encore avec intérêt quelques brochures, opuscules de critique, souvenirs de voyage, écrits avec une finesse élégante. Après ces travaux d'un ordre secondaire, il voulut publier un ouvrage sérieux, et fut conduit, par les observations qu'il avait suivies à l'Hôtel-Dieu, a entreprendre un *Traité du rhumatisme articulaire et de la goutte.*

Mon devoir d'historien et ma vieille affection me prescrivent de louer les qualités de cet ouvrage : elles sont grandes en certaines parties; mais je dois également signaler, sans restriction, l'erreur où l'auteur me paraît être tombé. Séparer le vrai du faux, ce n'est pas déprécier la mémoire d'un homme honorable, c'est offrir un enseignement utile qui rappelle à chacun de nous sa propre faiblesse.

Un jour nouveau venait d'éclairer les lésions du cœur en découvrant la coïncidence qui les rattache au rhumatisme articulaire. Ce point de vue étendait le domaine de la science, et ouvrait en même temps une large voie aux études de la clinique.

A qui était-il permis de voir sans intérêt surgir une découverte aussi précieuse? En présence de si beaux résultats qu'importaient les noms propres et les amitiés particulières?

M. Requin, dans cette publication, eut peut-être le tort d'oublier un instant sa philosophie. Malgré les préoccupations causées par de nouvelles luttes, il commença son *Traité de pathologie médicale,* œuvre importante à laquelle il avait consacré tout ce qu'il avait pu épargner de temps, tout ce qui lui restait de forces.

Ce dernier travail lui ouvrit à la fois les portes de la Faculté et celle de l'Académie de médecine. Le but de son ambition était atteint. Il ne lui restait plus qu'à résumer sa vie si laborieuse dans les efforts incessants du professorat. Il avait été le modèle du travail par ses études et par ses écrits; il devait l'être encore par ses leçons.

Ce fut le moment le plus heureux de sa vie, que celui où, pour la première fois, dans cette chaire, il prit la place qu'il était si digne d'occuper, et vint compléter par la parole l'enseignement préparé dans ses ouvrages.

Il ne pouvait certes pas se dissimuler les difficultés de cet enseignement, de plus en plus éloigné des doctrines anciennes.

Pour parvenir à la connaissance des phénomènes de l'organisation, le pathologiste ne peut être éclairé par une théorie purement dogmatique; il la repousse comme une lumière trompeuse.

Guidé uniquement par l'étude de l'homme normal et des conditions qui l'entourent, il peut seulement alors discerner dans l'homme souffrant les actes anormaux dont il est le témoin, et en apprécier les relations réciproques, malgré leur apparente confusion.

Ce que nous voyons, ce que nous touchons, ce que nous pouvons saisir avec nos sens et notre intelligence constitue le domaine de nos connaissances, et pose pour nous les seuls problèmes que le médecin philosophe puisse espérer de résoudre.

C'est là que la pensée trouve les lumières qui la guident; la raison lui interdit un autre terrain. Si nous nous écartons des routes que nous y devons suivre, les fausses lueurs de notre imagination commencent à nous éblouir, de confuses intuitions nous enveloppent d'un nuage et nous replacent dans le champ obscur des erreurs de nos devanciers.

Lorsque nous considérons les travaux de l'antiquité, nous découvrons que d'âge en âge elle s'est heurtée aux mêmes obstacles, dont quelques-uns sont à peine détruits.

Les théories qu'elle créa pour les surmonter, indices de son inventif génie, n'en démontrent pas moins le vice radical de ses spéculations et l'impuissance de ses efforts.

Galien comme Fernel, cherchaient avant nous la raison des choses, le rapport de l'organe sain ou malade avec les phénomènes qu'il produit. On a signalé depuis bien des siècles l'influence de l'air; des eaux, des lieux, des aliments sur l'organisation. Nous tournons encore autour des mêmes questions, mais avec des idées différentes; les moyens d'étude ont changé. Les moyens que nous possédons nous donnent une force qui manquait à l'intelligence élevée de nos prédécesseurs.

Les sciences parallèles à la médecine ne sont plus de douteux accessoires; elles s'étendent et projettent de vives clartés sur le terrain où nous marchons. Aujourd'hui plus que jamais notre puissance est augmentée par les armes que ces sciences nous fournissent; les refuser, ce serait effacer les pages les plus belles et les plus neuves de l'histoire de la médecine.

Négligeant les résultats qui se déroulent sous nos yeux, supposons qu'on pût dépouiller le médecin de toutes les découvertes fournies depuis cinquante ans par les sciences que l'on dit encore accessoires. Quel pas rétrograde serait alors imposé à l'art de guérir! Après avoir détruit un pan de l'édifice, entourés de ruines, replongés dans l'obscurité, nous arriverions à regretter cet ensemble si beau auquel travaille notre siècle, et que bien d'autres siècles encore sont destinés à compléter.

Renonçons, comme on l'a voulu, aux découvertes de la chimie; repoussons les lumières de la physiologie; nous cessons à l'instant de comprendre la respiration, la chaleur, qui naît et se conserve en équilibre au sein de nos organes. Oublions l'anatomie, et refusons le secours de la physique pour en pénétrer les détails; imitons ceux qui ne savaient à quoi pouvaient servir les découvertes de Fallope, qui voyaient une pure curiosité dans la connaissance des vaisseaux chylifères, qui regardaient la circulation comme la fantaisie d'un savant, qui ne comprenaient ni Hartsoeker, ni Lewenhoeck, ni Malpighi.

Alors privés volontairement de nos richesses, nous nous tromperons sur l'air, sur la chaleur, sur la lumière, sur la matière, sur nos organes.

Des groupes entiers de phénomènes nous seront inconnus; nous ne verrons plus qu'incertitude là où nous commençons à distinguer et à comprendre.

Ce serait alors, messieurs, à mesure que la trace de nos connaissances disparaîtrait à nos yeux, que, forcés de reconstruire les théories de chaque époque, nous enfonçant dans les ténèbres, et cependant instinctivement entraînés vers la lumière, nous serions forcés de combiner les systèmes, de falsifier la vérité pour nous faire illusion sur notre ignorance.

Lorsqu'en temps de disette l'homme manque de pain, il cherche à se tromper lui-même et prépare ses aliments avec des poussières; telle a été l'erreur déplorable de l'antiquité, telle est encore l'infirmité de certains esprits. Obstinément tournés en arrière, ils ne veulent rien accepter du présent, rien espérer de l'avenir; ils négligent l'instrument de toutes ces sciences précieuses, l'instrument de la médecine elle-même, qui s'exprime par un seul mot, *observation,* mot d'une signification profonde, et dans lequel se résume l'expression de toutes les qualités intellectuelles et morales du vrai médecin.

Quoique la médecine ait ainsi grandi, le cadre de nos études est loin d'être complet; mais nous savons que nous sommes dans la bonne voie, et l'incontestable progrès que nous y avons fait nous démontre cette vérité.

Doués d'un admirable sens, les grands hommes de notre Ecole ont invariablement tenté de diriger les générations dans la route qu'ils s'étaient frayée les premiers.

Ce même esprit, messieurs, va éclairer votre carrière.

Les sciences d'observation peuvent seules vous donner la force dont vous avez besoin pour la parcourir. C'est dans le faisceau qui les unit que vous trouverez, non les théories de chaque siècle, mais le travail utile de tous les observateurs.

Celui qui veut s'instruire doit suivre cette direction; s'il s'en écarte, il ne tarde pas à s'égarer. Esprit vulgaire, il pourra posséder le diplôme de docteur; mais il ne sera médecin que de nom.

Des caractères chagrins, des esprits paresseux ont attaqué les méthodes de la médecine moderne; on reproche à ceux qui s'avancent dans ces voies de ne s'attacher qu'à des détails matériels, d'oublier l'ensemble et de méconnaître la cause première qui en produit tous les phénomènes.

Ces reproches, messieurs, portent à faux. Le philosophe n'a jamais cherché l'inconnu qu'en s'appuyant sur le connu; il n'a jamais pris d'autre point de départ pour sa pensée que les faits perçus, dans le cercle borné qu'ils parcourent.

Au delà de ce qu'ils saisissent commence l'action de cette mystérieuse cause, de cette énigme impénétrable que nous appelons *la vie*.

Bornés par ces horizons, pouvons-nous comprendre les vérités qu'ils nous cachent?

Est-ce donc une faute que de respecter sa raison et de renoncer à rompre la chaîne qui s'oppose aux élans de notre imagination?

Le physicien découvrant les lois de la mécanique céleste, le géologue qui compte les bouleversements du globe, le micrographe dont l'œil suit les phases d'évolution d'une cellule organique, le médecin qui analyse l'homme sain et malade, sont tous forcés de s'arrêter à la limite que l'esprit humain ne peut franchir: le reste est le secret de Dieu.

M. Requin, dans son traité, a parcouru, de même que dans ses leçons, le domaine entier de la pathologie, abordant à la fois, dans cet ouvrage, ce qu'elle offre de plus humble et de plus élevé.

Ouvrage que la modestie de l'auteur destinait surtout aux étudiants, et qui cependant, par l'élévation des vues qu'il renferme, par la finesse des aperçus, semble plutôt destiné à prendre place dans la bibliothèque du savant.

L'originalité de l'esprit, l'étendue des connaissances de l'auteur, la sève élaborée qui pénètre toutes les parties du livre lui donnent un aspect sérieux.

Ce fut une tâche énorme qu'il parut commencer avec résolution, qu'il dut plus d'une fois considérer avec effroi.

Il avait trop d'intelligence pour espérer la perfection dans une œuvre semblable.

Il voulait cependant éclairer la pathologie de toutes les lumières qu'elle peut recevoir. Si l'érudition, malheureusement trop rare aujourd'hui, révèle dans ce livre une préoccupation dominante de l'auteur, c'est que, plus sûrement que tout autre, M. Requin pouvait indiquer les jalons de la route où l'esprit médical a marché. Cette érudition, qui est la seule véritable, appartient aux hommes d'élite; elle leur impose le devoir et leur donne le droit de rendre justice au passé et d'éclairer le présent.

Malgré toutes leurs inégalités, ces ouvrages sont d'une incontestable utilité; malgré les imperfections de la méthode adoptée par l'auteur et les lacunes qui en interrompent l'ordonnance générale, ils constituent un ensemble que peu d'esprits peuvent embrasser.

Tout en mettant la dernière main à ce traité, M. Requin employait utilement son temps à la préparation des leçons qu'il faisait dans cette enceinte; tous ses travaux marchaient de front.

Quoique dévoué à sa mission de professeur, le devoir ne l'attachait pas seul à cette chaire, il lui fallait l'affection de ses élèves. Cette affection ne lui manqua pas; ils lui en donnèrent des marques, même après sa mort: l'un d'eux recueillit les derniers feuillets inachevés de son livre, et les compléta comme un dernier hommage offert à la mémoire de son maître.

Parmi les hommes qui se recommandent à l'estime publique, quels sont, messieurs, les plus dignes de notre admiration? Devons-nous la réserver exclusivement au mérite souvent fortuit des découvertes, et oublier ceux dont la vie, rappelant d'aimables qualités du cœur unies au talent, inspire la bienveillance et le respect? Si l'auréole de la gloire semble appartenir à quelques intelligences privilégiées, si d'éminents succès les élèvent sur le piédestal où elles brillent, d'autres intelligences, plus modestes et non moins utiles, n'avancent qu'à pas lents dans la route qu'elles ont entreprise; vouées au travail le plus ardu, le travail est leur plus douce jouissance et leur unique consolation!

La faveur publique semble les dédaigner, et cependant elle leur doit une part dans les récompenses qu'elle prodigue à des rivaux plus heureux; elle célèbre les noms des premiers, et souvent elle oublie les seconds, qui meurent courageusement dans la mêlée. Mais le soldat sait apprécier le compagnon d'armes frappé de mort à ses côtés; il déplore les revers inévitables qui terrassent les plus vaillants; il conserve religieusement les souvenirs du champ de bataille, et redit avec émotion le nom de ses vieux camarades.

Pour moi, messieurs, malgré le sentiment de mon insuffisance, je me suis cru grandement honoré en recevant la mission qui me chargeait de prononcer ici l'éloge non d'un collègue, mais de celui dont je fus longtemps l'émule, qui sortit vainqueur de la lutte, jeune encore, plein de force et d'avenir, et auquel je succède, sans me préoccuper des souvenirs que ses leçons vous ont laissés.

J'ai dû retracer sa vie, ses travaux, sa persévérance et son courage. Vous l'avez aimé; il méritait votre affection, et cette affection, non moins que ses écrits, conservera sa mémoire.

— Le sujet du prix proposé pour le concours de l'année prochaine est celui-ci: « Déterminer, par des observations recueillies dans les cliniques de » la Faculté, l'action thérapeutique du chlorate de potasse. »

L'École de pharmacie a décerné le prix de chimie à M. Danyau, et le prix de pharmacie à M. Gallois.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE JUIN 1856;
par M. le docteur E. Faivre, secrétaire.

(Suite.)

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

II. — Pathologie.

2° Lésions du foie, des reins, du rectum et des ovaires chez une femme atteinte de syphilis constitutionnelle; par M. Ernest Lecorché, interne.

La rareté des observations relatives à l'action de la syphilis sur les organes internes, m'a engagé à présenter à la Société de biologie, le fait suivant. On y verra des altérations graves du foie, du rectum, des ovaires, survenu chez une femme syphilitique.

Guillois (Charlotte-Rosalie), née à Paris, entrée le 5 mai à la Charité, salle Saint-Bazile.

Cette femme, brune, de taille ordinaire, vigoureuse, est amaigrie et semble sous l'influence d'une cachexie profonde. Son père et sa mère vivent encore et ne sont entachés d'aucun vice héréditaire. Elle n'ent qu'un frère, qui jouit d'une santé parfaite.

Elle n'accuse point de maladies antérieures. Femme à 14 ans, elle vit toujours ses règles chaque mois, jusqu'à la fin de l'année 1855. Depuis lors, elles cessèrent entièrement. Jamais elle n'ent d'enfants ni de fausses couches.

En examinant cette femme, on aperçoit à la région frontale une éruption papuleuse de nature syphilitique (corona veneris). Elle nie d'abord toute affection syphilitique, n'accuse que deux vaginites et finit par avouer qu'elle eut, il y a huit mois, des boutons aux parties génitales et qu'elle fut obligée de se soumettre à un traitement mercuriel.

Ce qui la fait aujourd'hui entrer à l'hôpital, ce sont des douleurs assez vives qu'elle ressent au fondement, des troubles du côté de l'appareil digestif: perte d'appétit, avec alternative de diarrhée et de constipation, des céphalalgies fréquentes; la nuit surtout, un état de malaise général, une faiblesse excessive. Il s'écoule, dit-elle, de l'anus un liquide qui tache son linge depuis quelque temps; elle ne sait au juste depuis quelle époque.

En examinant les parties génitales, on aperçoit à la face interne des grandes lèvres des plaques muqueuses assez nombreuses; au pourtour de l'anus, les orifices de deux fistules qu'on ne peut suivre jusqu'à l'intérieur du rectum; l'une est située en arrière de l'anus, l'autre en avant.

Dans le vagin, sur la paroi postérieure, à 2 centimètres environ au-dessus des caroncules myrtiformes, se trouvent les orifices de deux autres fistules se dirigeant vers le rectum. On en aperçoit deux autres encore, à des hauteurs différentes, l'une près du col de l'utérus, l'autre au tiers moyen du vagin sur la paroi postérieure. La membrane muqueuse du vagin n'est pas, du reste, enflammée, le col de l'utérus est petit et dans sa position normale.

Au pourtour de l'anus sont trois hémorrhoïdes peu volumineuses et flétries. Le doigt rencontre des rugosités dans les 3 ou 4 centimètres antérieurs du rectum, qui paraît induré et comme rétréci à cette hauteur. On ne peut atteindre l'ampoule rectale. Pendant cet examen, il s'écoule du rectum un liquide séro-purulent abondant.

La malade n'accuse pas de gêne dans la cavité buccale; on n'y voit, en effet, rien de morbide; pas de plaques muqueuses, pas d'inflammation chronique à l'isthme du gosier. Les poumons et le cœur sont parfaitement sains.

Le foie est volumineux, il dépasse d'un travers et demi à deux travers de doigt le bord des fausses côtes. La malade n'a jamais souffert de ce côté, elle n'a jamais eu d'ictère. Les urines sont normales. Le pouls est à 100.

On la soumet au traitement mercuriel, on lui donne deux, puis trois pilules de Sédillot par jour.

Le 6 juin, l'état général n'a pas changé, même faiblesse, les papules du front ont pali; la salivation est excessive, les urines sont normales. On cesse les pilules.

Le 8 juin, diarrhée abondante, ventre douloureux, 128 pulsations. (Potion laudanisée, cat. laudanisé.)

Le 12, la diarrhée continue, s'accompagne de vomissements; le pouls est petit, filiforme; 130 pulsations.

Le 16, mort.

Autopsie. — La sérosité sous-arachnoïdienne est considérable, le cerveau est pâle, diminué de volume.

Le cœur est petit, anémié, comme graisseux; il ne contient qu'un sang diffluent, sans caillot.

Le poumon gauche est sain, le droit renferme trois petits tubercules à l'état cru.

Les reins sont très-gros. Ils ressemblent assez aux reins des néphrites albumineuses à la troisième période, et cependant la malade n'a jamais présenté d'albumine dans ses urines.

Les calices et les bassinets seulement n'offrent point l'altération qu'on rencontre généralement à cette période. Leur membrane muqueuse est pâle et généralement indurée. Au microscope, on aperçoit de la graisse en grande quantité.

Le foie est volumineux, la surface est lisse et unie, le péritoine est intact, sauf toutefois vers le ligament suspenseur où sont quelques fausses membranes. La teinte du foie est d'un jaune pâle, les granulations brunes ont en partie disparu, les granulations jaunes sont séparées par des lignes minces et blanchâtres. Çà et là on aperçoit de rares vaisseaux sanguins.

Le foie se laisse déprimer aisément; la coupe en est nette cependant; à la pression on fait écouler de cet organe un liquide rosé, huileux.

Au microscope, on ne trouve point de tissu fibro-plastique, comme en a vu M. Gubler; on n'aperçoit que de la graisse libre ou contenue à l'intérieur des cellules hépatiques.

La rate est résistante à la coupe et contient de la booe splénique; la surface est recouverte d'un dépôt de fausses membranes assez abondantes.

Les organes génitaux sont peu développés: l'utérus est pâle. Les ovaires ont subi une transformation fibreuse. On y trouve à grand'peine quelques vésicules de Graaf. La coque entière est occupée par un stroma compacte.

A la surface de la coque fibreuse de chaque ovaire, on aperçoit des dépôts calcaires nombreux qui font effervescence avec l'acide azotique, et qui se sont formés sans doute sous l'influence d'inflammations fréquemment répétées.

La trompe gauche n'offre rien d'anormal, mais la droite est plus longue, dilatée. A l'extrémité libre de cette trompe se trouve un appendice, un kyste, qui semble formé aux dépens de la cavité de la trompe.

La membrane muqueuse de la cavité buccale est parfaitement saine ainsi que celle de l'estomac.

Dans l'intestin grêle et surtout dans le gros intestin, la membrane muqueuse est pâle et comme lavée. Çà et là on aperçoit une injection avec arborisation. Du reste, il n'y a pas d'ulcération.

Le rectum présente, dans les parties sphinctérienne et ampullaire, des altérations importantes analogues à celles qu'a décrites M. Gosselin, peut-être même sont-elles plus avancées.

Au pourtour de l'anus sont les hémorrhoïdes que nous avons signalées sur le vivant.

Dans la région sphinctérienne, la membrane muqueuse est rugueuse. A sa surface, on aperçoit les orifices des fistules qui vont aboutir au vagin et au périné. Une autre fistule communique avec une cavité placée à droite du rectum dans le tissu cellulaire de l'excavation pelvienne C'est de cette cavité que part le trajet fistuleux qui vient s'ouvrir en arrière de l'anus. Cette cavité communique, en outre, avec la partie ampullaire par un autre trajet fistuleux. Le tissu cellulaire environnant cette partie du rectum est induré et résistant dans une hauteur de 3 centimètres.

Cette portion sphinctérienne est séparée de la partie ampullaire par un bourrelet induré qui forme rétrécissement. La muqueuse paraît conservée au niveau de ce rétrécissement, qui mesure 3 centimètres dans sa circonférence, 5 millimètres dans son épaisseur, 5 dans sa hauteur.

Au-dessus du rétrécissement est la portion ampullaire. La membrane muqueuse de cette partie est profondément altérée, comme érodée dans une hauteur de 6 centimètres. Un feston nettement accusé la sépare de la muqueuse saine placée plus haut.

A la surface de la membrane muqueuse on aperçoit, en avant, deux orifices fistuleux qui communiquent avec le vagin; en arrière, se trouve un autre orifice plus considérable, qui donne accès dans cette cavité, placée à droite du rectum, et dont j'ai déjà parlé.

BIBLIOGRAPHIE.

MÉCANISME DU DÉVELOPPEMENT DU BASSIN ET DE LA PRODUCTION DE SES PRINCIPALES ANOMALIES; par M. le docteur HUBERT, membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Belgique, professeur à l'Université de Louvain; avec des notes critiques sur la théorie de M. Gavarret, par M. le docteur VALÉRIUS. (Extrait des MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE, t. IV.) — Bruxelles, 1856.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

Le bassin, dans sa situation d'équilibre, doit être considéré sous deux aspects distincts. D'abord comme organe mécanique chargé de transmettre aux supports inférieurs le poids du tronc et des parties supérieures. Secondement, il doit être envisagé au point de vue même de la conservation de la forme qui, pour certaines destinations autres que l'équilibre de l'animal, lui a été assignée par la nature.

Sous le premier point de vue, MM. Hubert et Valérius assimilent avec raison le bassin à un treuil suspendu entre ses tourillons, et l'on sait que les conditions d'équilibre de cet appareil reviennent à celles d'un levier du premier genre. La pesanteur, agissant sur le sacrum d'un côté des points d'appui, est tenue en équilibre par les actions musculaires agissant de l'autre côté. Ces forces tendent donc à déformer les branches du levier qu'elles sollicitent en les infléchissant en bas et en arrière pour la moitié antérieure, en bas et en avant pour la moitié postérieure. Ajoutons toutefois avec les auteurs belges que, comme dans la station droite, le levier que représente le bassin affecte une position assez voisine de la verticale, les forces en jeu des deux côtés du point d'appui n'ont en réalité que de faibles bras de levier à leur disposition. Les tendances propres à infléchir le plan de cet anneau en arrière ou en avant de la ligne intercondylienne sont donc relativement faibles.

Mais, avons-nous dit, il faut examiner les effets de ces mêmes forces dans le plan même du levier, en conflit avec la résistance que peut offrir son tissu aux éléments qui tendraient à altérer sa forme et sa rigidité.

Considéré à ce point de vue, notre levier figure un anneau plus ou moins exactement circulaire, pressé ou tiré en différents sens, et suspendu presque verticalement entre deux points situés un peu au-dessous de son diamètre horizontal.

Quant aux forces qui le sollicitent, elles peuvent se résumer dans les composantes suivantes :

1° Demi-anneau supérieur. — Deux forces verticales symétriques situées à droite et à gauche du sommet de l'anneau, représentant la traction exercée par la charge du sacrum sur les ligaments sacro-iliaques inter-osseux.

Deux autres forces symétriques aussi, un peu obliques en avant, dirigées également de haut en bas, et faisant équilibre aux précédentes (traction exercée par les psoas iliaques des fémurs sur le demi-anneau supérieur, pesant sur le rebord du demi-anneau inférieur).

Ces groupes de forces, considérées dans leurs rapports avec le demi-anneau supérieur, ont évidemment pour effet la tendance à écrasement de la voûte formée par ce demi-anneau supérieur, si l'on considère comme fixes les têtes fémorales ou les cavités cotyloïdes. Ce que l'on peut faire, comme nous le verrons.

2° Demi-anneau inférieur. — Celui-ci doit résister 1° aux pressions exercées par les dernières forces dont nous venons de parler, et qui passent, comme des cordes sur des poulies, sur les branches iléo-pectinées qu'elles tendent conséquemment à déprimer et à renfoncer dans l'intérieur du cercle.

2° A deux groupes de forces, appliquées aux branches descendantes du pubis ou ascendantes de l'ischion, et obliquement dirigées de haut en bas, d'avant en arrière et de dedans en dehors (les adducteurs fémoraux).

Ces forces, qui s'opposent au renversement en dehors des têtes fémorales, sous la pression qu'exerce l'anneau osseux sur ces extrémités, maintiennent donc ces extrémités fixes, c'est-à-dire sont un des principaux agents de la réaction des points d'appui du bassin sur les cavités cotyloïdes. Leur effet, quant au bassin, pendant l'équilibre, est donc d'attirer vers les fémurs, c'est-à-dire en bas et en dehors, la symphyse pubienne. C'est une action absolument contraire à la précédente.

Telles sont les actions principales contre lesquelles doit réagir la rigidité de tissu du détroit supérieur du bassin. On pourrait peut-être y ajouter, pour quelques cas rares, l'action des muscles droits et obliques de l'abdomen que leur direction ferait antagonistes des derniers groupes de force dont nous avons parlé.

En résumé, les forces en présence tendraient, si elles n'en étaient empêchées par la résistance des tissus osseux et ligamenteux qui forment le bassin, à accroître le diamètre transverse du détroit supérieur, à déprimer le sommet de la courbure supérieure, à redresser l'arc antérieur et inférieur en repoussant en dedans la région iléo-pectinée, et tirant en bas et en dehors la symphyse pubienne. Quelqu'un de ces effets devra donc être présumé ou redouté si une cause d'amoindrissement survenait dans la résistance, la rigidité de quelque point du bassin.

Cette conclusion nous est commune à MM. Hubert et Valérius et à nous-même. Mais nous ne tombons plus d'accord avec eux quand ils admettent, un peu confusément pourtant (Conclusions 2, 3 et 9), que ces mêmes forces peuvent régir la forme du bassin à l'état sain, influer sur son développement régulier.

Dans l'état physiologique, forces et résistances nous semblent à nous réglées *à priori* vers un but commun, une forme constante arrêtée pour l'espèce. Il nous paraît que forces et leviers ne doivent être considérés ici que comme les éléments d'une machine régulière et bien faite, et dans laquelle tout est parfaitement harmonique.

Mais venez-vous à supposer dans l'un de ces éléments une cause pa-

thologique quelcooque, cette harmonie est troublée et l'on doit s'atteodre à voir se manifester ce trouble par l'apparence de quelqne déformation.

Cela posé, parcouroos par la peosée les différents points du cercle qui constitue le détroit supérieur, en supposant successivement en chacun d'eux l'existence d'une cause de diminution dans la rigidité de ses moyens d'uoion aux éléments voisins. Si notre point de vue est juste, nous devrons pouvoir déduire de nos remarques sur les conditions de l'équilibre pendant l'état saio, le caractère de l'anomalie de forme, qui sera la conséqueoce de tel ou tel ramollissement partiel.

Occupons-nous d'abord des ligaments.

Partant de la symphyse puhienne, examioons d'abord les conséquences possibles de la diminution de sa force de résistance.

Or, contre quels efforts est dirigée, daos l'état physiologique, cette même résistance?

Contre l'écartement des deux branches droite et gauche du cercle osseux que nous considérons. Cet écartement pourra donc alors se manifester dans une certaioe mesure, et la conséquence en sera un amoindrissement du diamètre antéro-postérieur au profit du diamètre horizontal.

Ajoutons que comme de toutes les voûtes de même flèche, celle qui a la portée la plus grande, toutes choses étant égales d'ailleurs, exerce sur ses retombées l'effort le plus grand, la nouvelle forme aiosi prise par le hassin améoera une cause de perturbation dans l'harmonie des forces et des leviers en présence. En supposant alors que dans un bassin régulier, les forces soient exactement en rapport avec la résistance des leviers, les arceaux de la voûte supérieure, pour résister à la même charge verticale, auraient besoin d'une aogmentation de leur rigidité. Et comme rien n'indique que cette augmentation de résistaoce soit fournie au tissu des os en cas semblable, il y a lieu de s'attendre à ce que l'augmentation du diamètre transverse puisse être suivie d'une exagération de la courbure de l'anneau supérieur, ameoant une nouvelle diminution du diamètre antéro-postérieur.

On peut se faire une idée de ces deux effets dans les figures 66 et 67 de la 2e édition de l'ouvrage de M. Cazeaux. Ces deux bassins ont, entre autres déformations, éprouvé celles qui dépendent ou penvent dépendre du relâchemeot de la symphyse pubienne. La chose est évidente au premier coup d'œil.

Symphyses sacro-iliaques. — Par leur ténacité normale elles s'opposent à l'abaissement du sacrum, à ce qu'il ne glisse entre les os iliaques vers le ceutre du détroit supérieur. Leur relâchement favorisera donc ce mouvement, et, en même temps, puisque cet os remplit entre ses deux voisins le rôle d'un coio à sommet supérieur (dans la situation verticale, bieu entendu), les deux épioes iliaques postéro-supérieures se rapprocheront l'une de l'autre par derrière lui. Le détroit supérieur prendra donc une forme plus allongée d'avant eo arrière, comme le fait une pince à casser le sucre au moment où le fragment compris entre ses mors leur échappe; le diamètre transverse diminuera par suite de ce changement de forme. Quant au diamètre antéro-postérieur il serait à pen-près le même, n'était la saillie du sacrum ou du promontoire qui se voit plus ou moins luxé en avant. Par le fait de cette saillie, le diamètre antéro-postérieur est donc lui aussi fortement diminué. Mais si par la peosée on la supprime, on reconnaît que le périmètre général du détroit supérieur a pris une forme elliptique plus allongée d'avant en arrière.

C'est bien là ce qui doit se produire si les deux symphyses sacro-iliaques sont également attaquées.

Supposons maintenaut qu'une seule d'entre elles soit ainsi relâchée nu du moins qu'elles le soient inégalement.

Le sacrum inégalement soutenu à droite et à gauche, entre ses points de suspension, est par là sollicité à prendre vis-à-vis des os iliaques une position dénuée de symétrie. Il s'écarte de l'un (celui qui a été le siége du ramollissement), et se rapproche de l'autre. Mais comme il est déjà en contact immédiat avec ce dernier, il y a lieu de conjecturer que cette torsion sur l'axe, exercée sous la pression de charges considérables, déterminera de ce dernier côté une compression notable des surfaces en contact, et par suite un trouhle plus ou moins notable de la circulation et de la nutrition dans les régions comprimées. On peut même dire que le contraire se comprendrait peu. Une des cooséquences d'une telle modification dans les rapports de ces os voisins doit être un arrêt relatif de développement de cette moitié du sacrum et de l'os iliaque immédiatement voisin.

2° Si ce point de vue est exact, n'en peut-on pas conclure encore que la lenteur relative du développement de cet os iliaque, l'espèce d'atrophie dont il devient le siége, doivent nécessairement nuire à la conservation d'une rigidité suffisante dans son tissu; nous voulons dire seulement ici que si l'accident se manifeste à une époque de la vie où les os sont en voie de développement, la rigidité du tissu osseux peut, dans cette régioo comprimée, ne point croître daos la même proportion que les forces qui s'appliquent à ces leviers osseux.

Examinons ce que deviendrait daos ce cas le demi-arc osseux du côté le moins rigide.

Nons avoos vu que dans l'état normal chaque moitié du bassin était soumise à un double effort, l'un tendaot à exagérer la courbure du demi-anneau supérieur, l'antre tendant à effacer celle du demi-anneau d'en bas. Si tout était égal de part et d'autre, ces deux effets pourraient être perçus simultanément; mais si on remarque que le degré de leur rigidité est loin d'être le même aux diverses époques de la vie, que pendant les treize à quioze premières années, l'arc antérieur est à peine solide, tandis que le postérieur est déjà parfaitement osseux, on devra s'attendre à trouver le second de ces effets beaucoup plus fréquemmeot et plus vigoureusement produit que l'autre; de telle sorte que cédant à l'action mutuelle qui tend à les rapprocher d'un même plan vertical antéro-postérieur intermédiaire à l'une et à l'autre, la symphyse pubienne et la cavité cotyloïde s'avanceraiebt l'une et l'autre vers ce même plan vertical.

Ajoutons cependant que vu l'intégrité de l'os iliaque du côté opposé, la symphyse pubienne devant demeurer immobile, comme apparteoadt aussi à ce côté, c'est la cavité cotyloïde qui seule fera le chemio.

Cette déformation portant la cavité cotyloïde et la tête fémorale presqu'à l'aplomb de la symphyse sacro-iliaque, le sacrum s'étant en outre développé lui-même avec la même insuffisance du même côté, la tendance à dépression de la voûte supérieure n'a plus que peu de chances de s'effectuer. L'arc de cercle qu'elle décrit est en effet ainsi devenu une droite presque verticale, si même elle ne s'est ioclinée de dehors en dedans et de haut en bas; car on sait qu'uoe voûte ogivale, toutes choses comparables d'ailleurs, résiste mieux à la pression qu'une voûte en plein cintre ou surbaissée de même portée. D'ailleurs, cet excès de diminution relative du diamètre transverse sur le diamètre antéro-postérieur est un des attributs de la modification qu'apporte dans la forme du bassin le rapprochement mutuel des épines iliaques postérieures.

Ajoutoos que pendant que ces effets s'accomplisseot, l'autre côté du bassin, celui dont la symphyse sacrée avait subi primitivement le relâchement le plus marqué, suit son développement naturel.

Que venons-nous de décrire dans cet exposé? Si on veut hieb jeter les yeux sur un bassin de Nœgéle, nous croyons qu'on le reconnaîtra aisément dans cette description :

Sacrum tordu sur lui-même; — écartement plus ou moins marqué de la symphyse sacro-iliaque du côté dit : côté sain; rapprochement des épioes iliaques postérieures. — Compression de toute la moitié latérale du sacrum, des trous sacrés, de l'articulation sacro-iliaque du même côté; — intropulsion très-marquée de la cavité cotyloïde, — effacement de la courbure iléo-pubienne; disparition de la courbure du détroit supérieur toujours du même côté.

Enfio, immohilité de la symphyse pubienne comme appartenant à l'autre moitié du hassin. Remarquons pourtant que chez quelques auteurs ce point du hassin est considéré non pas comme étant demeuré fixe, mais bien comme s'étant déplacé du côté sain. Cela semble souvent exact et confirme notre appréciation du poiot de départ des accidents, l'écartement, le relâchement de la symphyse sacro-iliaque du côté qui est demeuré à pen près régulièrement conformé. Ces deux écartements semblent être en effet sensiblement égaux ou proportionnels.

La cause première à laquelle il convient de rapporter la déformation du bassin décrite par Nœgélé, est encore un sujet de contestation parmi les obstétriciens. Les uns, Nœgéle entre autres, l'ont attribué à l'ankylose de l'articulation déviée; mais l'absence d'ankylose dans le plus grand nombre des cas de bassins déviés suivant ce même type, a fait rejeter à MM. Hubert et Valérius ce point de départ étiologique. D'autre part, nous dirons qu'il existe des bassins doublement ankylosés et très-régulièrement conformés, quant au détroit supérieur, du moins. On peut en voir un au musée Dupuytren : il porte le n° 636 et provient de la collectiob de Desault. L'ankylose ne paraît donc pas une cause nécessaire et suffisante de la déformation de Nœgéle. Cependant, consécutive à un relâchement des symphyses sacro-iliaques, elle pourrait être considérée comme un fait secondaire né de la même cause que la déformation. C'est peut-être le cas du bassin, à ovale très-allongé antérieurement, que M. P. Dubois a fait représenter dans son ouvrage sous le n° 19.

On a voulu aussi attribuer ce bassin au ramollissement du tissu

osseux. Mais cette opinion est depuis longtemps abandonnée. On a reconnu que ce ramollissement primitif ne pouvait pas être appelé en cause comme responsable de ces sortes de déviations. Le rachitisme et l'ostéomalacie n'ayant évidemment pas figuré dans nombre de cas où elles avaient été rencontrées. Quand nous étudierons, quelques lignes plus bas, les anomalies évidemment dues au ramollissement des os, nous reconnaîtrons que la théorie confirme péremptoirement cette donnée de l'expérience.

Quant à MM. Hubert et Valérius, préoccupés qu'ils étaient de la pensée que l'énergie musculaire exerçait des effets sérieux sur la forme des os pendant leur développement, ils ont attribué la part prépondérante dans les déviations du bassin à l'arrêt de développement, à l'atrophie de l'un des os iliaques et de la moitié correspondante du sacrum. Il est certain que par cette vue ils expliquent une bonne partie des anomalies consécutivement observées. On peut le voir dans les pages qui précèdent ; leur description offre, avec la nôtre, la plus grande analogie.

Mais, nous demanderons-nous : d'où vient cette atrophie? Il nous semble que la compression qui résulterait pour une des symphyses sacro-iliaques d'un plus grand relâchement de l'autre symphyse, rend quelque raison de cette atrophie consécutive. Ajoutons qu'une affection articulaire légère est chose naturellement plus fréquente que l'atrophie primitive d'une région osseuse, sans la participation d'aucune des parties molles environnantes.

Pour nous, si nous avions à nous faire, comme pathologiste, une opinion sur un sujet aussi considérable par le nom des savants dont elle a attiré l'attention, nous irions étudier les bassins de Nœgèle dans les collections, pour chercher à y découvrir si l'articulation sacro-iliaque, considérée comme saine, ne porterait pas, au contraire, des traces d'écartement primitif. (Les exemples que nous avons sous les yeux portent ces traces.) De ce fait, s'il était vérifié, ressortirait pour nous une explication simple et naturelle, celle que nous venons de donner, de la forme même de ce bassin si singulièrement et si constamment modifié de même sorte. Le point de départ de la déformation serait, comme nous venons de le dire, dans le relâchement relatif de la symphyse sacro-iliaque du côté sain.

Mais nous nous appliquerons, comme MM. Hubert et Valérius se la sont appliquée à eux-mêmes, cette expression née d'un sage esprit de réserve : « *Non nobis licet tantas componere lites*, » nous bornant à indiquer notre opinion simplement comme une hypothèse en apparence très-conciliable avec les faits, et nous poursuivrons notre sujet.

Ayant examiné les cas où l'altération primitive peut partir du relâchement des parties molles fibreuses inter-articulaires, occupons-nous actuellement des os eux-mêmes. Ce que nous avons dit des efforts qu'ils ont à supporter, permet de prévoir les déformations que la diminution de leur consistance normale peut entraîner.

Le ramollissement siége-t-il dans un point du demi-anneau supérieur, son tissu n'étant plus apte à conserver, sous la charge qui le presse, la permanence de sa forme, cède plus ou moins à la tendance qui travaille à en exagérer la courbure. Cet effet peut s'observer à un haut degré dans les figures 66 et 67 de M. Cazeaux, déjà citées, où le ramollissement des os iliaques a joint ses effets à ceux du relâchement de la symphyse pubienne. Il consiste particulièrement dans une dépression de la voûte formée par le demi-anneau supérieur qui tend à prendre la forme de la moitié supérieure d'un cœur de carte à jouer, régulier ou irrégulier.

Supposons-nous que la diminution de consistance ait porté sur tout ou partie du demi-anneau pubien, nous aurons, suivant les cas, des effets assez variés. Tiré d'une part en bas et en dehors par l'effort des adducteurs, déprimé d'autre part, renfoncé par la pression des psoas-iliaques qui pèsent sur la branche horizontale du pubis et par la réaction des têtes fémorales, le demi-anneau antérieur prendra complétement ou incomplétement la forme de la moitié inférieure du cœur d'une carte à jouer, tel qu'on le voit à la figure 68 du même ouvrage, et dans toutes les galeries d'anatomie pathologique où ces bassins abondent.

Quant au bassin figuré dans le même ouvrage sous le n° 67, et qui a reçu le nom de bassin en 8 de chiffre, d'après sa ressemblance avec ce caractère, s'il est facile de s'expliquer, par le ramollissement du tissu osseux et de la symphyse pubienne, l'agrandissement notable du diamètre transverse, l'abaissement du promontoire, on a plus de peine à se rendre compte de l'enfoncement qu'a subi vers le centre du détroit la symphyse pubienne elle-même. Cet effet n'a pu être produit que par la traction des muscles droits de l'abdomen, et même par une traction supérieure en énergie à la tendance opposée des adducteurs. Double condition qui n'a pu être remplie que par une cause qui obligeait la colonne à prendre une attitude très-renversée en arrière, et qui en même temps relâchait les adducteurs fémoraux. La figure 36 de l'ouvrage de M. P. Dubois nous donne un exemple de ce renversement de la colonne propre à favoriser l'excès d'action des muscles droits. Quant à la cause qui a pu relâcher les adducteurs, il faut la chercher dans une double luxation en haut et en dehors, ou plutôt, car il s'agit évidemment ici de rachitisme ou d'ostéomalacie, dans un raccourcissement des fémurs repliés sur eux-mêmes et incapables de fournir un point fixe à l'action de leurs adducteurs. Cette dernière opinion est d'autant plus probable que, d'après les lois posées par M. J. Guérin, un degré de ramollissement aussi marqué doit en faire supposer un au moins égal dans les membres inférieurs.

Pour compléter le tableau théorique des causes de déformation du bassin, il conviendrait de s'occuper du cas où les forces appliquées au bassin seraient elles-mêmes modifiées par excès ou par défaut.

Cela reviendrait à chercher si une contracture musculaire permanente, née d'une névropathie, comme celles décrites pour la colonne par M. Guérin, ne finirait pas par altérer aussi la forme normale du bassin supposé sain. C'est un sujet qui peut être étudié. Cependant il a déjà été établi par M. Guérin que, dans ces cas-là, les membres inférieurs conservent généralement leur rectitude, le bassin son amplitude et sa régularité, quoique pourtant il puisse devenir un peu oblique. Et cela se conçoit : car on comprend que pour altérer dans sa forme un appareil osseux aussi vigoureusement établi qu'un bassin normal, il soit besoin entre les forces et la résistance du levier d'une disproportion bien autrement considérable que celle qui suffit à incliner vicieusement une vertèbre sur une autre.

Néanmoins, il ne serait pas très-surprenant qu'une cause de ce genre trouvât sa place auxiliaire dans la déformation de Nœgèle, et vînt se joindre à la cause principale que nous avons proposée plus haut.

Les conclusions auxquelles ont été conduits MM. Hubert et Valérius par leurs recherches théoriques et pratiques sur l'influence des luxations coxo-fémorales, et, en général, des causes diverses de claudication sur les déformations pelviennes, confirment et le paragraphe précédent, et notre opinion générale sur l'étendue d'action des puissances musculaires comme agents perturbateurs du développement régulier du bassin quand la substance osseuse ou articulaire n'ont pas, elles, éprouvé d'altération de consistance. Ces médecins distingués, étudiant l'influence de ces inégalités de pression réactionnelle des supports contre le bassin, dans le cas de claudication prononcée, sont arrivés, et en apparence avec toute raison, aux résultats suivants :

« 11° Lorsque des influences purement physiques s'exercent, même
» dès la première enfance, sur des os qui restent sains, c'est-à-dire qui
» se développent complétement et qui conservent toute leur solidité
» naturelle, le bassin peut, sans doute, prendre une forme irrégulière,
» mais, en général, il conserve des dimensions rassurantes pour l'ac-
» couchement.

» 12° Sous ce rapport la claudication et les déviations de la taille
» dont la cause n'a pas agi sur le canal pelvien lui-même ne doivent
» pas trop inquiéter le praticien. »

Ces conclusions auraient dû détruire chez ces auteurs la pensée qui règne au commencement de leur Mémoire et qui attribue aux forces musculaires une influence de premier ordre sur le développement normal du bassin.

En terminant, disons qu'à notre avis, MM. Hubert et Valérius ont fait un travail bon et utile, non pas seulement en appelant l'attention sur les conditions réelles de l'équilibre du bassin, considéré soit comme levier intermédiaire au tronc et à ses supports, soit en lui-même et eu égard à la conservation de sa forme, mais en posant les bases positives et même la plupart des conditions de cet équilibre.

Si nous avons, dans le cours de notre critique, substitué quelquefois nos idées aux leurs et nos conclusions mêmes à celles de leur ouvrage, c'est moins à cause des différences qui les distinguent qu'en raison d'un peu de confusion et d'un certain défaut de précision qui règne dans ce Mémoire, à tous égards digne de l'attention du monde médical.

Dr Giraud-Teulon.

— La Société d'hydrologie médicale de Paris tiendra la première séance de sa quatrième session le lundi 24 novembre, à trois heures, au siége habituel de ses réunions publiques, 3, quai Malaquais.

— Erratum. — Dans notre numéro du 15 novembre, il s'est glissé une faute d'impression dans le titre de l'analyse du mémoire de M. Alphonse Milne-Edwards : Page 716, au lieu de *sulfate de chaux*, lisez : *phosphate de chaux*.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : TRAITEMENT DES KYSTES OVARIQUES. — M. VELPEAU.

On sait où en était, à la fin de l'avant-dernière séance, la discussion sur le traitement des kystes ovariques. Il y avait, avons-nous dit, absence de démonstration régulière, mais forte présomption en faveur de l'utilité des injections iodées. Il est inutile de rappeler les motifs de cette conclusion. A quelques nuances près, on pouvait la regarder comme exprimant l'opinion de la grande majorité.

On comptait beaucoup sur M. Velpeau pour faire faire un pas à la discussion : notre savant collègue a-t-il répondu à l'attente générale et comment y a-t-il répondu? telle est la question que tout le monde s'est faite au sortir de la dernière séance, et telle est la question que nous abordons avec le sentiment d'une conviction que nous comptons faire partager à nos lecteurs.

Il y a deux manières de faire avancer la science : la première, c'est de coordonner les documents qui existent sur un point encore obscur, de les analyser, les peser, de leur faire dire ce qu'ils contiennent, d'en extraire le produit net, en un mot de les mener jusqu'aux confins de ce qu'ils valent et signifient : c'est le travail des maîtres, travail dévolu aux esprits sagaces et élevés, au savoir profond, et par-dessus tout à la sûreté de jugement, qui est la pierre de touche de la haute critique. La seconde manière, c'est la découverte d'une vérité nouvelle, l'invention d'un moyen nouveau, qui mettent immédiatement à néant ce qui est inutile et faux, et illuminent et fécondent tout à coup ce qui est bon et vrai. L'une et l'autre de ces deux manières de servir la science peut contribuer à ses progrès : à défaut de la seconde qui n'arrive pas toujours à point nommé pour faire jaillir la lumière, la première met l'ordre à la place de ce qui est confus, répand la clarté sur ce qui est obscur, dissipe les fausses apparences, et prépare ainsi l'avénement du véritable progrès. Par elle, on sait ce qu'on a et ce qu'on n'a pas; on voit d'où l'on part et ce qui manque pour arriver.

Les réflexions qui précèdent nous ont été inspirées par la dernière argumentation de M. Velpeau. La sobriété qu'il a mise dans son langage, la réserve qu'il a montrée dans ses conclusions, ont pu diminuer l'effet que produit d'ordinaire sa parole et sa verve plus abondantes. Mais pour ceux qui avant tout aiment ce qui est simple, clair, logique et ferme, la satisfaction causée par le discours de M. Velpeau a été grande : telle a été la nôtre. Nous allons chercher à en faire comprendre les motifs.

Dès le début nous avions signalé la complexité du sujet et nous nous étions élevé contre cette statistique aveugle qui confond toutes les différences et, sous les fausses apparences de la rigueur, conduit toujours à l'arbitraire. M. Velpeau s'est placé au même point de vue; mais, de plus, il a montré en quoi les kystes de l'ovaire peuvent différer et sur quoi il faut établir les distinctions; de plus, il a fait justice des statistiques présentées, et a rétabli le doute, sinon la vérité, là où elles avaient conclu d'une manière irréfléchie. On lira avec intérêt cette partie de son argumentation. C'est ainsi qu'il a rétabli la véritable durée probable des kystes abandonnés à eux-mêmes. Et l'on comprend l'importance de cette rectification, s'il est vrai que l'on doive trouver, dans la durée normale des hydropisies de l'ovaire, des motifs d'agir ou de s'abstenir, et un critérium pour faire juger l'action et la valeur des moyens de traitement employés.

Quoique éminent chirurgien, M. Velpeau n'est pas de ceux qui déshéritent la médecine de tout droit d'intervenir. Aux excellentes raisons déjà données par M. Cazeaux, il a ajouté des faits de guérison médicale concluants. Mais il est à regretter que, se bornant à cette protestation motivée, ni lui, ni M. Cazeaux, n'aient eu l'idée de rechercher quand, comment et jusqu'où la médecine peut utilement intervenir. Comme l'a très-bien fait observer M. Trousseau, dans un autre sens, c'est dans l'observation des modes particuliers de guérison, suivis par la nature ou fournis par l'art, qu'on peut trouver le point de départ de toutes les méthodes. Le succès de l'intervention de la médecine dans le traitement des kystes de l'ovaire ne doit pas être laissé au hasard; il faut en rechercher les indications et en préciser les règles.

L'état de la question était le même il y a huit jours à l'endroit de la ponction palliative et de ses conditions de réussite. C'est le point que M. Velpeau a traité avec le plus d'avantage. Nous nous y arrêterons avec lui quelques instants.

Dans le but d'encourager la pratique des injections iodées, les partisans de cette méthode avaient donné une statistique bien assombrie de la mortalité attribuée aux ponctions palliatives : c'étaient de véritables nécrologues dont la ponction palliative avait, après moins d'un an, fourni la moitié des cas. M. Velpeau a fait justice de cette exagération : il a cité les résultats de sa propre pratique, laquelle, sur 300 et quelques ponctions, a laissé aux opérés une vie moyenne de six à dix-huit ans. Mais une simple remarque aurait singulièrement ajouté à l'autorité des chiffres de M. Velpeau, c'est que la vulgarité du moyen (la ponction palliative) et de son résultat ordinaire (le soulagement momentané) sont tels, que, dans l'immense majorité des cas, les médecins ne prennent pas la peine de les noter. Il n'en est pas de même de la mort, dont la rare exception est d'un intérêt plus grand et d'un enseignement plus direct. Les supputations basées sur les effets connus de la ponction palliative ne peuvent donc que conduire aux méprises les plus grossières.

Le point le plus délicat de l'argumentation de M. Velpeau était l'appréciation de la valeur des injections iodées. Avant d'aborder ce point intéressant, notre honorable collègue a paru préoccupé de ce qu'on ne semble pas lui accorder une part suffisante dans l'honneur de cette nouvelle conquête chirurgicale. Cela est assez naturel et personne n'oserait y trouver à redire. Cependant, peut-être M. Velpeau, dans l'intérêt de sa gloire d'inventeur, n'apprécie-t-il pas très-exactement la part que lui réserve l'avenir dans la brillante conquête des injections iodées : sa part, c'est l'idée générale, complète, de la méthode, dans ce qu'elle a de vraiment scientifique et d'élevé. Que les applications se multiplient par les soins d'autrui, qu'est-ce que cela fait, sinon d'ajouter par leur succès au mérite de la découverte première? Il ne faut pas s'y méprendre : les contemporains aiment à morceler une découverte, à la partager entre tous ceux qui y touchent; c'est une petite satisfaction d'amour-propre ou de jalousie dont l'avenir fait bonne justice. L'histoire ne tient compte que des idées; par les idées, elle caractérise et résume le progrès, et

FEUILLETON.

ÉTUDES MÉDICALES SUR QUELQUES POETES ANCIENS ET MODERNES.

PLAUTE.

Nous n'aurons garde en ces travaux d'une érudition légère et facile d'abandonner la route que nous avons suivie jusqu'ici; une incursion au sein des domaines purement littéraires serait une imprudence que ne nous pardonneraient pas les maîtres du beau langage. Restons dans les étroites limites que nous nous sommes tracées, soyons médecin, ne demandons à nos auteurs favoris que ce qui doit nous intéresser, et si quelque confrère, stimulé par nos découvertes en ce genre, s'avise de rechercher autre chose, s'il se plaît à étudier, dans ce Panthéon poétique, la peinture immortelle des héros de l'humanité, le souffle inspirateur des grandes pensées et des nobles actions, nous applaudirons à ses efforts, heureux de penser qu'Esculape est fils d'Apollon et que l'âme s'élève en ces labeurs purement intellectuels.

Et après tout, est-ce donc du temps perdu, et cette fréquentation des plus beaux esprits de l'antiquité ne peut-elle nous servir à quelque chose? Nous osons croire que pour être un bon latiniste, on n'en est pas moins un bon médecin. Dans les siècles précédents, la Faculté comptait par centaines des hommes qui écrivaient le latin avec une grande élégance, qui possédaient à fond la littérature romaine, et nous ne voyons pas qu'ils en comprissent moins bien les devoirs de leur profession. Si de nos jours, on semble dédaigner ces études dont les illettrés se vengent en les appelant *pédantesques*; si le baccalauréat ès sciences physiques et mathématiques est devenu le *critérium* de tout candidat en médecine, il n'est pas démontré que le bonnet de docteur recouvre aujourd'hui des têtes mieux meublées, des cerveaux plus capables, en un mot que le personnel médical, qui ne pourrait pas même formuler en latin, le plus vulgaire médicament, ait gagné quoi que ce soit à cet abaissement des études classiques.

Nous n'avons certes pas l'autorité nécessaire pour réclamer contre le nouveau programme suivi depuis quelques années dans les lycées; l'expérience ne tardera pas à démontrer les avantages ou les inconvénients de cette singulière *bifurcation* qui, à partir de la quatrième, dirige vers les sciences les jeunes gens destinés à pratiquer l'art de guérir. On verra bientôt si les étudiants en médecine qui savent à peine faire une version de Cornelius Nepos ou de Tite-Live, et qui ne pourraient traduire en un latin supportable trois phrases de Bossuet ou six vers de Racine, sauront mieux l'anatomie et suivront avec plus de fruit les leçons cliniques de leurs professeurs. Nous inclinons à penser que l'absence de cet aliment salutaire aux esprits n'ajoutera rien à leur force, à leur vivacité, et que cet exercice des intelligences venant à leur manquer, il résultera de ce défaut de culture une faiblesse relative qui influera sur tout leur avenir.

elle rend largement aux inventeurs, après leur mort, ce qu'on leur a pris de leur vivant.

Mais revenons à M. Velpeau et à la manière dont il a apprécié les injections iodées dans les kystes de l'ovaire. Disons-le tout de suite, il a apprécié cette nouvelle extension de la méthode avec une impartialité, une sûreté de jugement qui lui font le plus grand honneur. Pour nous, nous sommes tout à fait disposé à accepter ses conclusions, ni plus ni moins, parce qu'elles sont conformes à ce que l'expérience et une saine observation en a appris.

M. Velpeau a commencé par établir une statistique, la plus approximative possible, des cas où les injections iodées ont été employées. Nous les avions évalués à une cinquantaine; notre savant collègue a un peu plus que doublé ce chiffre : il suppose qu'il peut exister à l'heure qu'il est au moins 130 cas de kystes ovariques traités par les injections iodées, du moins 130 cas connus. Sur ce nombre, il y aurait eu 30 morts et 64 guérisons; à peu près la moitié de morts; dans le reste des cas, il y a eu récidive. « 30 morts, s'est écrié M. Velpeau, » sur 64 guérisons! C'est un chiffre considérable; si telle devait être » la mortalité des opérées, je ne serais pas disposé à plaider la cause » des injections iodées dans les kystes de l'ovaire. » Eh bien! nous, nous ferions le contraire. N'en déplaise à l'opinion de l'inventeur, nous dirions : si, malgré les 64 morts, il était bien avéré que les injections iodées eussent produit 30 guérisons, et de véritables guérisons, nous dirions que la cause des injections iodées est gagnée, et nous nous associerions de grand cœur à son triomphe. Nous nous préoccuperions peu du chiffre de la mortalité, mais nous ferions deux choses : nous étudierions, dans les cas heureux, les conditions et circonstances qui ont paru favoriser le succès de la méthode, et nous rechercherions avec le même soin, dans les cas malheureux, les causes et conditions de son insuccès. Il est superflu d'ajouter qu'en agissant ainsi, nous aurions pour but d'augmenter ses succès, et de diminuer ses revers. Cette manière de faire est si logique, si excellente, qu'après avoir poussé une sorte d'exclamation d'effroi à l'aspect du chiffre de la mortalité occasionnée par les injections iodées, M. Velpeau s'est rassuré et a rassuré l'auditoire en se mettant à la recherche des causes auxquelles peut être attribuée la terminaison fatale à la suite des injections iodées. Sur les 30 cas de mort, il en retranche d'abord 20 qui n'appartiennent pas, dit-il, à la véritable méthode des injections iodées, mais à un genre de procédé définitivement jugé aujourd'hui, au procédé de la canule à demeure. Nous avons été heureux d'entendre M. Velpeau s'exprimer de la sorte. On s'en souviendra peut-être, déjà dans nos précédents articles, d'accord avec M. Robert, nous nous étions élevé contre cette pratique funeste : nous avons entendu avec une grande satisfaction notre éminent collègue dire que cette pratique vicieuse est jugée. M. Velpeau a fait plus, reprenant les judicieuses remarques de M. Robert sur les différences capitales des effets produits par les injections dans les cavités closes et dans les cavités ouvertes, il a caractérisé de la manière la plus nette et la plus ferme, cette différence d'où découle, à ses yeux, un des vrais principes de la méthode iodique, c'est-à-dire un de ceux qui doivent en assurer le succès. Il est donc bien avéré aujourd'hui que, pour que les injections iodées réussissent, il est indispensable de fermer immédiatement l'ouverture de la ponction. Nous réservons pour une autre fois d'approfondir tous les motifs de ce précepte et de tirer toutes les conséquences qu'il renferme. Nous nous contentons, pour aujourd'hui, de l'enregistrer comme l'expression d'une vérité incontestable et d'un progrès réel dans la constitution de la méthode des injections iodées.

Mais des autres 10 cas de mort, qu'en a fait M. Velpeau? Nous regrettons de n'avoir aucune réponse à donner à cette question, certes la plus importante et la plus capitale du débat. En effet, notre honorable collègue s'est borné à faire une simple soustraction : de 30 morts ôtez en 20 dues à la canule à demeure, il en reste 10. « Il ne reste plus que 10 morts à opposer aux 64 guérisons : c'est là un beau résultat et qui, dans l'avenir, pourra encore être meilleur. » Rien de plus vrai sans doute; mais était-ce là tout ce qu'on était en droit d'attendre de cette sagacité si sûre, de cette logique si impitoyable qui avait réduit en cendre toutes ces proportionnalités de la statistique brute. Ce que M. Velpeau avait si bien commencé à l'endroit des 20 cas traités par la canule à demeure, que ne l'a-t-il continué pour les 10 autres cas restants. Il s'est borné à dire que, jusqu'à ce jour, la méthode a été employée en tâtonnant. Il est à regretter que le principal inventeur n'ait pas immédiatement donné quelques préceptes propres à atténuer encore les mauvaises chances de ce tâtonnement. C'est à la suite de la discussion à y pourvoir.

JULES GUÉRIN.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

MÉMOIRE SUR QUELQUES OBSERVATIONS DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE TENDANT A DÉMONTRER L'EXISTENCE D'UN PRINCIPE COORDINATEUR DE L'ÉCRITURE ET SES RAPPORTS AVEC LE PRINCIPE COORDINATEUR DE LA PAROLE; lu à la Société de biologie par M. le docteur MARCÉ, ancien interne lauréat des hôpitaux et de la Faculté de médecine

I.

La parole, l'écriture et les gestes sont les moyens donnés à l'homme pour exprimer sa pensée.

La parole et l'écriture se composent presque uniquement de sons et de signes auxquels on a donné une signification conventionnelle; aussi les voit-on changer selon les temps et selon les époques : la mémoire, qui fixe dans l'esprit et la forme du mot et sa valeur, joue un grand rôle dans ces deux moyens d'expression qui s'acquièrent toujours par le travail et par l'éducation.

Les gestes, au contraire, sont des moyens d'expression naturels et pour ainsi dire instinctifs; à part quelques gestes conventionnels, ils sont les mêmes chez tous les peuples et peuvent servir de moyen de communication entre des individus dont la langue et l'écriture diffèrent complétement. Leur production est spontanée et ne participe nullement de la mémoire; aussi forment-ils une classe de mouvements à part, que souvent l'on peut expliquer par une véritable action réflexe, et dans lesquels les facultés intellectuelles ne jouent qu'un rôle tout à fait secondaire.

Laissons-là ces questions de haute pédagogie pour rentrer dans notre sillon familier, voyons si, parmi les poëtes dont la mission expresse était d'amuser le peuple romain, nous trouverons la trace des idées médicales qui régnaient alors. Il ne s'agit plus ici des satiriques qui attaquaient avec une âpreté redoutable les ridicules de leur temps, qui démasquaient impitoyablement les vices, mais bien des poëtes comiques qui les mettaient en scène, qui leur prêtaient le langage, les mœurs, les passions du moment, et qui, par conséquent, devaient représenter au naturel la société au milieu de laquelle ils vivaient.

La comédie est la satire en action, non plus seulement écrite mais parlée, déclamée, jouée sous les yeux de la foule à qui l'auteur présente un miroir véridique, dans lequel chacun peut se reconnaître, ou du moins reconnaître son voisin, son ami, son patron. Bien que l'on trouve dans Horace et dans Juvénal des scènes vivement dialoguées, il y a loin de ces formes accidentelles à une œuvre dramatique complète, ayant une marche régulière, un intérêt progressif et un dénoûment plus ou moins ingénieux.

L'histoire de l'art dramatique est d'un haut intérêt, elle est contemporaine du berceau des sociétés. Aussitôt que les hommes vécurent de la vie commune, il se rencontra des esprits malicieux qui prirent plaisir à représenter dans des scènes grotesques quelques incidents de cette existence familière; Rome eut de bonne heure ces sortes de spectacles, ces *fescennies* improvisées, charges bourgeoises où chacun faisait sa partie; puis vinrent, sous la direction de Nevius, les *Atellanes* un peu plus savantes, entremêlées de la langue perdue des Osques et qui faisaient rire celui-ci aux dépens de celui-là, qui donnaient à chacun sa part de joie, et que les *Fantoccini* des Romains de nos jours semblent vouloir continuer. La verve moqueuse, la critique acérée, les plaisanteries plus ou moins hardies des premiers inventeurs de ces petites pièces, se sont éternisées en Italie; mais c'est toujours de l'esprit qui s'envole, un charme qui fuit, bulles limpides et brillantes qui s'évanouissent sans laisser de traces. Pendant longtemps les vieux Romains s'étaient amusés de ces bagatelles qui se reproduisaient sans cesse; mais il arriva un moment où les esprits, échauffés par l'exemple des Grecs, laissèrent là ces farces indécentes, ces bouffonneries de mauvais goût, pour suivre une voie nouvelle plus savante, plus féconde.

Je pourrais, grâce à des emprunts faciles, étaler ici une science de bon aloi, vous exposer en peu de mots ce que l'on sait sur les trois époques de la comédie grecque, sur les débuts de cet art; sur la comédie avant Aristophane, *prisca comœdia*, si remarquable par sa violence, par sa hardiesse, et qui mettait en scène les personnages connus, avec leur nom, leur visage, masque ressemblant, calqué sur la nature; sur celle qui est l'œuvre de ce grand génie, *media*, gardant en partie les errements de la première, et passant peu à peu à la forme symbolique, généralisant l'action, attaquant l'espèce et non plus l'individu, mais surtout comédie politique, servant les passions de certains partis, instrument d'opposition, machine de guerre, que les magistrats pouvaient à peine combattre dans ses excès; et enfin sur celle qui est due à Ménandre, le dernier terme de la perfection antique, *comœdia nova*. Nous pourrons bien un jour remonter jusque-là, demander à nos premiers maîtres en l'art dramatique ce que la médecine contemporaine a pu leur

Les moyens d'expression conventionnels, comme la parole et l'écriture, ne peuvent, alors même que l'intelligence est intacte, s'exercer normalement que sous deux conditions essentielles.

1° Intégrité fonctionnelle des muscles de l'appareil vocal, intégrité fonctionnelle des muscles qui servent aux mouvements de la main.

2° L'existence d'une force particulière destinée à régir et à coordonner tous ces mouvements : si elle n'est pas la mémoire, cette force offre avec elle plus d'une analogie, puisqu'elle consiste à diriger et à répéter tous ces mouvements suivant certaines formes le plus souvent conventionnelles.

Cette distinction est fondée sur des faits pathologiques où la physiologie de la parole se trouve analysée et disséquée pour ainsi dire : c'est un point sur lequel M. Bouillaud a surtout insisté, du moins pour la voix articulée : allant plus loin encore, il a localisé dans les lobes antérieurs du cerveau et ce principe coordinateur et la portion du système nerveux qui préside à la contractilité des muscles phonateurs. La nature, dit-il, a placé l'un auprès de l'autre le principe formateur des signes représentatifs de nos idées et le principe destiné à mettre en jeu l'appareil musculaire qui convertit ces signes intérieurs en signes extérieurs ou paroles.

Mais par une omission singulière, les auteurs qui se sont occupés avec le plus de talent de la physiologie de la parole ont laissé de côté tout ce qui concerne l'écriture : nous essayerons de prouver, à l'aide de plusieurs faits que nous avons observés ou recueillis dans les auteurs, que pour l'écriture on doit établir une distinction tout à fait semblable. L'intégrité des mouvements de la main, chez un individu ayant toute sa connaissance, ne suffit pas pour qu'il puisse écrire, il faut encore la conservation de cette partie de la mémoire qui donne le souvenir du signe et de sa valeur représentative, afin de pouvoir exprimer l'écriture en paroles ou traduire la parole en écriture.

Nous verrons d'ailleurs qu'entre la faculté d'expression par la parole et la faculté d'expression par l'écriture, il existe des connexions importantes (1). Au début, dans une foule d'autres affections, lorsque la parole est lésée, il est bien rare que l'écriture ait conservé toute son intégrité ; plus tard seulement, lorsqu'il y a progrès vers la guérison, on les voit revenir, mais l'une après l'autre et à des intervalles éloignés, de manière à ne laisser aucun doute sur leur indépendance (obs. 2).

En résumé, lorsque le médecin se trouve en présence d'un cas de lésion de la parole ou de l'écriture, voilà quatre éléments dont il doit tenir compte. Existe-t-il une paralysie de la langue, une paralysie de la main, une lésion de la faculté d'expression par la parole, de la faculté d'expression par l'écriture, ou plusieurs de ces altérations à la fois ?

Étudions séparément les symptômes de ces diverses lésions, afin de pouvoir les reconnaître et les isoler plus facilement dans les cas si nombreux où elles se trouvent combinées l'une à l'autre. Sans doute il est contraire à la logique de commencer par une exposition dogmatique des propositions qu'on a l'intention de démontrer ; mais ici c'est le seul moyen d'élucider une question très-complexe par elle-même et fort difficile à analyser.

1° Lorsqu'il existe une paralysie des muscles de l'appareil vocal, quelle que soit sa cause, la langue peut à peine être tirée hors de la bouche, ou bien elle est fortement déviée ; les mouvements qu'elle exécute sont incomplets, ils manquent de régularité et de précision, et lorsque le malade peut parler, il ne peut produire que des sons rauques et inarticulés. Si la paralysie est plus générale, les lèvres retombent flasques et pendantes, la salive s'écoule incessamment, et il n'est pas rare d'observer des troubles de la mastication et de la déglutition. Au milieu de ce désordre, le malade conserve la connaissance de la valeur et de la composition des mots, il comprend parfaitement tout ce qu'on lui dit, et on le voit porter la main à la bouche comme pour arracher les mots, s'impatienter, pleurer de colère de ne pouvoir se faire entendre. Plus tard, lorsqu'en suivant son cours naturel, la maladie marche vers la guérison, la parole revient à mesure que les muscles de la langue reprennent leur contractilité normale ; chaque expression est toujours alors parfaitement appropriée à l'objet qu'elle veut désigner : jamais le malade ne prend un mot pour un autre ; mais les syllabes restent longtemps confuses, mal articulées et même inintelligibles quand il veut parler vite.

2° Voici ce que nous avons observé dans les cas où l'abolition de la parole est due à une lésion subite de la faculté qui préside à la coordination des mots : les mouvements de la langue et de la bouche ont conservé toute leur précision et leur intégrité, et le malade articule très-nettement une ou plusieurs syllabes ; s'il ne peut se servir de la parole pour exprimer sa pensée, c'est qu'il a oublié et la valeur représentative des mots et les inflexions qu'il doit communiquer à sa langue pour exprimer tel mot plutôt qu'un autre ; mais l'intelligence reste parfaitement nette ; et si l'on prononce devant lui la phrase ou le mot qu'il cherchait un instant auparavant, il témoigne par ses signes que c'est bien cela qu'il avait l'intention de dire. Il en est qui ont retenu un mot, table, papier, chapeau, et le donnent à chaque instant pour réponse. D'autres, lorsqu'on leur présente un objet, une orange par exemple, ou ne répondent rien, en faisant voir, soit par des signes, soit par quelques paroles, qu'ils ont oublié le nom de l'objet ; ou ils l'appellent bâton, tambour, ou bien encore ils inventent un nom bizarre et sans signification. Il y a donc en même temps que la possibilité de parler, oubli complet de la valeur des mots et des relations qui existent entre un mot et l'objet qu'il sert à désigner.

Ceux-ci, lorsqu'on prononce à diverses reprises un mot devant eux pour le leur faire répéter, répondent chapeau quand on leur a dit fauteuil ; ceux-là parviennent à achever un mot de trois syllabes lorsqu'on a prononcé devant eux les deux premières, ou, après des efforts multipliés, répètent plusieurs syllabes, mais au bout de quelques secondes ils ont oublié les syllabes et leur signification.

Quelques-uns, plus avancés, peuvent prononcer des phrases ; dans ces cas, la parole est toujours claire, précise, bien articulée, mais il ne sort guère de leur bouche qu'une série de mots incohérents et sans aucun rapport avec l'idée ou l'objet qu'ils ont en vue. A côté de quelques mots corrects se trouvent des phrases inintelligibles, dans les-

(1) Ainsi, pour n'en citer qu'un exemple, dans la paralysie générale, quand le bégayement est assez prononcé pour que chaque syllabe se trouve répétée une ou plusieurs fois, on a vu des malades répéter en écrivant les mêmes syllabes.

---

prêter, mais cette tâche ne serait facile que pour des hommes versés dans la langue d'Athènes, des médecins qui, comme MM. Littré, Daremberg, Brian, Russemacher, ne rencontrent pas d'obscurités dans ces textes qui leur sont depuis longtemps familiers.

Contentons-nous de nos vieux auteurs latins qui ont besoin, pour être fidèlement interprétés, du secours des scolies, des gloses, et qui, nonobstant d'immenses travaux des érudits de plusieurs siècles, conservent encore des mystères pour les meilleurs traducteurs. Plaute et son devancier Livius Andronicus parlent une langue qui n'est pas encore celle de Cicéron, c'est la parole vulgaire, usuelle, celle qui court les rues avec la foule, qui exprime la pensée de tout le monde, et qui n'a rien de cette phrase sonore tonnant du haut des Rostres. C'est Ennius comparé à Virgile, Lucilius à Horace, Plaute à Térence, c'est presque Clément Marot comparé à Malherbe, Régnier à Boileau, Chapelain à J. B. Rousseau. A moins d'un siècle de distance, on s'entend à peine, et pour faire voir le singulier progrès constaté par des hommes presque contemporains, j'emprunterai à Martial une épigramme (n° 90, livre XI) dirigée contre un certain Chrestillus :

Carmina nulla probas, molli quæ limite currunt,
Sed quæ per salebras, altaque saxa cadunt,
Et tibi Mæonio res carmine major habetur,
LUCILEI COLUMELLA HEIC SITU' METROPHAN' EST.

Tu n'aimes pas les vers qui coulent facilement, tu préfères ceux qui sont durs et rocailleux. Les meilleurs vers du cygne de Méonie ne valent pas à tes yeux celui-ci, qui est barbare. Tu places Lucilius au-dessus d'Homère ! Le vers cité veut dire : Ici repose Metrophanes, la colonne de Lucilius, et nous y trouvons des formes habituelles à Plaute, ce qui montre à quel point le langage s'était perfectionné. Il ne faut pas s'attendre à ces élégances infinies d'Horace et de Juvénal, la muse grecque a été à peine entrevue, elle n'a pas prêté ses ailes aux poètes romains du temps des Scipions, la rudesse républicaine se serait mal accommodée d'une langue plus polie, mais encore une fois, ce n'est pas notre affaire, voyons si, dans l'œuvre de Plaute, nous pourrons recueillir quelque chose qui nous intéresse.

Amphitryon, dont Molière s'est emparé, et que chacun connaît, est une pièce singulière dans laquelle on se moque à la fois du grand Jupiter et du mari d'Alcmène. Celui-ci, dont on a pris la place, cherche à se faire reconnaître de sa femme, de ses gens, et la constatation de son identité s'appuie sur un fait anatomique, la cicatrice d'une blessure au bras droit. Il y a même les signes caractéristiques d'une plaie récente ;

Supreme Jupiter,
Quid intueor! utrique in musculo dextro, eodem in loco,
Signo eodem adparet probe, ut primum coivit, cicatrix rufula,
Sublurida.

Puissant Jupiter, que vois-je ? tous deux au bras droit, à la même place, le même signe ! Voilà bien la cicatrice qui vient de se fermer, encore un peu rouge et jaunâtre !

Ces détails sont intéressants, mais par malheur cette scène est une inter-

qu'elles il y substitution des substantifs, des verbes, des adjectifs; parfois, lorsque le malade sait plusieurs langues, des mots appartenant à ces diverses langues se trouvent juxtaposés sans motif, et il en résulte un jargon des plus extraordinaires.

Enfin, je dois mentionner une autre lésion un peu différente, il est vrai, et qu'on pourrait plutôt rapprocher des altérations de la mémoire : je veux parler des malades qui ont conservé d'une manière générale la notion de la valeur des mots, mais en ont oublié un grand nombre, le plus souvent des substantifs ou des adjectifs. Cela entrave à chaque instant la conversation et la rend hésitante et souvent inintelligible.

Toutes ces variétés peuvent se rencontrer chez des individus différents ou chez le même individu ; quelquefois, en effet, on voit des malades incapables d'abord d'énoncer une seule idée, arriver par des progrès successifs à répéter des mots et des phrases, puis à parler à peu près correctement.

3° Nous ne citons que pour mémoire les cas où l'écriture devient impossible par suite de l'abolition des mouvements de la main : paralysies cérébrales ou spinales, atrophies des muscles, contractures, paralysies partielles, toutes les causes en un mot qui gênent l'action musculaire, doivent être ici invoquées, et nous n'avons pas besoin d'indiquer de règles plus précises pour arriver au diagnostic.

4° Il existe aussi une faculté de coordination qui préside à la représentation graphique des idées, à la formation des lettres et à leur assemblage en syllabes et en mots réguliers. Rarement cette faculté est lésée isolément; car elle est liée à la faculté de coordination qui préside à la parole par des connexions intimes sur lesquelles nous insisterons plus tard; mais cependant il nous a été possible, en examinant avec soin quelques malades, en étudiant certaines observations, d'analyser et de distinguer les symptômes que l'on rencontre dans les cas de ce genre.

La maladie offre deux variétés ou plutôt deux degrés. Dans le premier, le sujet, qui, à l'état sain, savait parfaitement lire et écrire, ne peut plus tracer, malgré les efforts les plus soutenus, que des ronds, des barres et des signes illisibles (obs. 6 et 8). Dans un second degré, qui est plus fréquent encore, le malade peut écrire des mots, des syllabes, il peut copier une phrase qu'il aura sous les yeux et dont il ne comprendra pas le sens (obs 5, 7, 9 et 10); mais il lui est impossible d'assembler spontanément des syllabes, de manière à exprimer nettement ce qu'il veut dire. Vient-on à lui dicter quelque chose, c'est encore la même impuissance: on lui dit *bâton* et il écrit *bauru* ou tout autre mot bizarre. Pour les chiffres, les résultats diffèrent quelquefois un peu : tantôt les malades restent la plume à la main sans pouvoir rien tracer, tantôt ils peuvent écrire un nombre composé d'un seul chiffre sans aller au delà; quelques-uns, même sans pouvoir encore écrire, arrivent à exécuter des calculs assez compliqués (obs. 7).

Nous n'avons rien dit jusqu'ici de la lecture à haute voix. La lecture n'est autre chose que l'écriture traduite en paroles, et elle semble devoir participer autant de l'une que de l'autre. Il n'en est rien cependant : quand le principe législateur de la parole est lésé, les malades ne peuvent lire régulièrement, même alors qu'ils écrivent distinctement toutes leurs pensées (obs. 1 et 2). Nous nous empressons de consigner ce résultat qui ne manque pas d'intérêt au point de vue des rapports de ces trois fonctions complexes : parler, lire, écrire.

(*La suite au prochain numéro.*)

CHIRURGIE PRATIQUE.

NOUVELLE ÉTUDE DE LA TAILLE MÉDIANE ; par P. BOUISSON, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

(Suite. — Voir GAZ. MÉD., année 1855, et les numéros 42, 45, 46 et 47 de cette année.)

4° DIFFICULTÉ D'EXTRAIRE LES CALCULS VOLUMINEUX. — Les opinions sont partagées sur ce point ; car, d'après Vaccà, la taille médiane avait l'avantage d'être pratiquée dans le milieu du plus grand intervalle qui existe entre les parties osseuses du détroit inférieur du bassin, tandis que, d'après Bertrandi, elle offrirait l'inconvénient de faire passer le calcul par le plus petit angle formé par les os pubis. D'autres antagonistes de la taille médiane font remarquer que la prostate étant divisée dans son rayon le plus court, il en résulte un obstacle proportionnel à l'issue des calculs. En dehors de ces opinions dissidentes, nous nous contenterons de faire remarquer que, tant que le chirurgien qui pratique la taille médiane peut profiter de l'espace signalé par Vaccà, il faudrait, en effet, qu'il n'éprouvât dans les parties molles régulièrement incisées, aucune résistance capable de provoquer, dans l'extraction des calculs volumineux, des efforts suivis eux-mêmes de déchirures compromettantes. Or, on ne saurait se le dissimuler, le rayon prostatique antéro-postérieur est le plus court, et il en résulte une limitation dans l'étendue à donner à la section des parties molles. Mais cette limitation va-t-elle jusqu'à ne permettre que la sortie des petits calculs? Nous ne le pensons pas, et notre expérience personnelle nous permet d'affirmer que des calculs de 3 et même de 4 centimètres de diamètre peuvent être retirés de la vessie, sans difficulté et sans courir le risque de déchirer ou de contondre les parties molles.

La surface convexe des cuillers des tenettes étant dirigée vers les angles de la plaie, de manière à protéger le bulbe de l'urètre et le rectum, les côtés de la plaie s'écartent sans obstacle sous l'influence d'une traction ménagée, et la prostate n'offre pas la résistance si exagérée par certains chirurgiens, et surtout par Bertrandi (1), qui prétend avoir vu cette glande entièrement détachée de la vessie pendant les efforts de traction. Un fait aussi malheureusement exceptionnel devait dépendre de toute autre cause que de la méthode opératoire; et nous l'avons vu, pour notre part, survenir à l'Hôtel-Dieu de Paris, en 1849, chez un malade que le professeur Roux opérait par la cystotomie bilatérale. Le calcul, assez volumineux, ayant exigé de grands efforts d'extraction, entraîna une grande portion de la prostate, que nous examinâmes immédiatement après l'opération. Le malade succomba quelques jours après. On s'était servi, dans ce cas, pour délivrer le calculeux, de la taille bilatérale, c'est-à-dire du mode de cys-

(1) TRAITÉ DES OPÉRATIONS CHIRURGICALES, traduit de l'italien, par Sollier de la Romillais. In-8°, p. 169.

---

polation d'un érudit du quinzième siècle, *Hermolaus Barbarus*, ainsi que l'a démontré le savant Morelli au très-docte Niebuhr. Quoi qu'il en soit, Amphitryon, poussé à bout, invoque le témoignage de Naucrate, pilote de son vaisseau; mais Naucrate a disparu, il le cherche en vain dans la ville, dans les divers quartiers de Thèbes,

Nam omneis plateas perreptavi, gymnasia et myropolia,
Apud emporium atque in macello, in palæstra atque in foro,
In medicinis, in tonstrinis :

J'ai parcouru toutes les places, j'ai visité les gymnases, les parfumeries, la *Bourse*, le marché, le forum; je suis entré dans les boutiques des médecins et des barbiers, etc.

La même énumération se trouve dans une autre comédie de Plaute, EPIDICUS, où cet esclave factotum s'écrie :

..... Per omnem urbem quem sum defessus quærere,
Per medicinas, per tonstrinas.....

Et ici M. Naudet traduit *medicinas* par pharmacies, ce qui nous convient encore mieux, comme peinture de mœurs locales, et prouve que ces sortes d'industries se groupaient volontiers avec les barbiers, les parfumeurs, *myropolia*, mais aussi avec les bouchers, *lanienas* et autres analogues. Nous avons déjà signalé ce rapprochement dans Horace et nous en avons donné les motifs, aussi n'y reviendrons-nous pas ; le lecteur peut recourir au n° 26 de la GAZETTE MÉDICALE de cette année.

Mais ce pauvre Amphitryon a bien d'autres tourments, sa femme est enceinte, et dans une discussion assez violente entre elle et Sosie, ce dernier, avec la liberté de langage que toléraient les mœurs de cette époque, dit à Alcmène :

Enim vero prægnati oportet et malum malum dari,
Ut, quod obrodat, sit, animo si male esse obscœperit.

Cela veut dire, d'après M. Naudet, l'excellent traducteur de Plaute : « C'est aux femmes en couches qu'il faut donner à ronger des fruits un peu durs (c'est-à-dire, des coups), pour les ranimer si elles tombent en faiblesse. » Ces deux vers nous appartiennent de droit, ils constatent une coutume antique bonne à connaître. Or quel était ce fruit vanté par les matrones en pareil cas? Les savants affirment qu'il s'agit ici de la grenade, *mala granata*, c'est-à-dire le fruit du *punica granatum*, L. ; il reste à savoir si les dames, en ce moment critique, se contentaient de mordre le péricarpe sec, astringent de cette myrtinée ou si elles allaient au delà, cherchant une sensation de fraicheur acide dans la pulpe qui enveloppe les graines. Nous inclinons vers ce dernier parti, en égard à la température élevée de la Béotie, et à la fatigue de la parturition. Un rafraichissement semblable paraît tout à fait utile en pareil cas.

Mais puisqu'il s'agit de grossesse et d'accouchement, qu'on nous permette une citation d'un intérêt majeur. Amphitryon et Sosie sont près d'entrer au logis, Alcmène les attend, ils la voient, et le valet dit à son maître :

totomie périnéale qui crée la voie la plus large au calcul dans l'épaisseur des parties molles, et la prostate n'en fut pas moins arrachée.

On ne serait donc pas fondé à faire uniquement à la taille médiane le reproche d'exposer au traumatisme de la prostate, en raison de la petite voie ouverte dans son épaisseur, et le fait de Bertrandi, si habituellement invoqué contre cette opération, ne déposera pas plus contre elle que celui de Roux ne déposerait contre la taille bilatérale. Ces deux cas seront ramenés à leur véritable valeur.

A. COMBINAISON DES TAILLES MÉDIANE ET LATÉRALISÉE. — On a vu, à plusieurs époques de l'art, des efforts tentés par les chirurgiens pour obtenir simultanément les avantages qui se rattachent à ces deux espèces de tailles périnéales. Ainsi, on avait rapproché de la ligne médiane l'incision qui appartient à la taille latéralisée et qui doit se terminer, d'après les règles classiques, dans le milieu de l'intervalle qui sépare l'anus de la tubérosité sciatique. Les premiers essais de ce genre appartiennent à Ledran qui, à force d'incliner en bas la direction de l'incision de la taille périnéale, l'avait ramenée, pour ainsi dire, à devenir parallèle au raphé, et avait presque transformé en taille médiane la taille latéralisée, qui n'était elle-même qu'une inclinaison dans le même sens de la taille latérale. Pour peu qu'on s'éloigne de la ligne médiane de la prostate, l'étendue de ses rayons obliques augmente sensiblement, et on peut, sans atteindre le plus grand rayon oblique, attaquer la prostate dans la direction d'un rayon assez avantageux, tout en restant en dedans de la direction connue des vaisseaux du périnée, bien plus qu'on ne le fait dans la taille latéralisée, proprement dite. C'est ce que se proposait empiriquement Ledran, et il avait tellement agi dans ce sens que, d'après Deschamps, sa manière se rapprochait beaucoup plus de la taille médiane que de la taille latéralisée. Imité, sous ce rapport, par Jameson, Ledran a également servi d'exemple à d'autres praticiens, et cette modification est une partie bien plus essentielle de son procédé, que l'emploi du histouri en rondache qui lui servait à inciser la prostate. Quoi qu'il en soit, il résulte de la modification signalée dans l'incision et de son rapprochement de la ligne médiane, un moyen d'éviter les vaisseaux du périnée et d'obtenir une incision prostatique plus grande que dans la taille médiane proprement dite, et qui facilite le passage de calculs assez volumineux.

D'autres ont essayé une combinaison plus directe des deux tailles périnéales médiane et latéralisée, en empruntant à l'une et à l'autre leurs temps les plus favorables. Après avoir essayé toutes les méthodes connues de la taille, Lallemand, dont la pratique peu heureuse ne l'avait affermi dans l'emploi habituel d'aucun mode cystotomique, en était venu, dans les derniers temps de sa vie chirurgicale, à une sorte d'éclectisme opératoire, dans lequel il incisait les téguments du périnée et les tissus subjacents jusqu'à la prostate, dans la direction de la ligne médiane; puis il incisait obliquement la prostate, soit d'un côté, soit des deux côtés, comme on le fait avec les tailles latéralisée ou bilatérale, à l'aide du lithotome caché, simple ou double. Ce mode mixte, qui permettait d'extraire de gros calculs par l'incision de la prostate faite dans son plus grand rayon, et qui, n'intéressant les plans superficiels du périnée que sur la ligne médiane, écartait l'instrument du champ parcouru par les principaux vaisseaux artériels, a été aussi préconisé par quelques chirurgiens de nos jours, spécialement par M. Jules Roux (de Toulon). Mais, pratiqué d'après les règles combinées des deux méthodes, c'est-à-dire en comprenant la plus grande étendue de l'incision prostatique et la section directe des tissus qui correspondent au raphé, ce procédé ne peut donner qu'une voie sinueuse, une sorte de ligne brisée qui, permettant à l'urine de sortir dans une direction qu'elle doit ensuite abandonner, expose plus que la taille médiane et que la taille latéralisée pratiquée isolément, à des infiltrations urineuses ou tout au moins à un retard dans la cicatrisation. Au lieu de cette taille trop oblique dans la portion prostatique, ne vaudrait-il pas mieux, à l'exemple de Vacca et comme nous l'avons fait et recommandé nous-même, se contenter d'incliner légèrement à gauche le tranchant de l'instrument au niveau de la prostate, et d'attaquer cette glande suivant une direction qui s'éloigne moins de la direction raphéale? il serait peut-être chanceux d'acheter l'avantage de retirer des calculs d'un volume considérable, par le danger de s'exposer à des infiltrations urinaires, ou à une cicatrisation lente qui pourrait être suivie d'une fistule périnéale. Il est une autre manière d'obtenir la sortie des gros calculs, qui peut conserver à la taille médiane les avantages qui lui sont propres et dont nous devons dire quelques mots.

B. TAILLE MÉDIANE ET LITHOTRITIE.—L'un des problèmes les plus importants de la cystotomie, consiste à extraire le corps étranger vésical par une ouverture proportionnée au volume de ce corps. Le volume étant apprécié d'une manière approximative, sinon parfaitement exacte, on est dans l'habitude de recourir au mode opératoire qui permette l'issue facile du calcul, et dans l'exécution de ce mode opératoire on ouvre largement la voie, si la grosseur de la pierre est considérable. Mais cette conduite est-elle, à tous égards, rationnelle, et s'il est vrai que le danger de l'opération soit en rapport avec l'étendue des incisions pratiquées, faut-il accepter invariablement la condition que le développement du corps étranger a semblé faire aux opérateurs? Nous pensons que l'avénement de la lithotritie a profondément modifié ces conditions, et qu'avec la possibilité de réduire les dimensions du calcul par les instruments lithotriteurs, le dangereux précepte d'ouvrir une voie large aux calculs volumineux n'a plus la rigueur qu'on lui a longtemps reconnue. Déjà, dans notre MÉMOIRE SUR LA LITHOTRITIE PAR LES VOIES ACCIDENTELLES (1), nous avons cherché à démontrer le parti qu'on pouvait tirer de l'intervention de la lithotritie dans certains cas de fistules périnéales accidentelles, et, nous élevant par induction à d'autres cas, nous avons établi qu'on pourrait pratiquer la boutonnière urétrale ou la taille périnéale à petite ouverture urétro-vésicale, et par cette ouverture réduite, introduire des instruments lithotriteurs, diminuer le volume de la pierre, et la convertir en fragments proportionnés à l'étendue de la brèche amoindrie de la région périnéale. Des faits pratiques nous ont affermi dans cette voie, dont notre savant confrère M. Pétrequin (2) a apprécié de son côté toute l'importance et a cherché à mettre en lumière les avantages. Combiner la taille et la lithotritie, réaliser avec les instruments perfectionnés de notre époque une idée qu'on retrouva confuse et grossière aux premiers âges de la

(1) GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, 1849.

(2) MÉMOIRE SUR LES PRINCIPAUX ACCIDENTS QUI PEUVENT COMPLIQUER LES OPÉRATIONS DE TAILLE ET DE LITHOTRITIE, ET SUR LES MOYENS DE LES PRÉVENIR OU D'Y REMÉDIER (GAZ. MÉD., Paris, 1852).

..... Ad aquam præbendam commodum adveni domum,
Decumo post mense, ut rationem te dictare intelligo.

Je vois, d'après ton compte, que j'arrive tout à point, le dixième mois, pour tirer de l'eau. — L'esclave s'inquiète du surcroît de travail qui va lui arriver, *si situlam cepero, puteo animam intertraxero;* si je prends le seau, il me faudra arracher l'âme du puits; ce qui prouve que l'eau était très-nécessaire dans ces circonstances, qu'il en fallait beaucoup ou que mons Sosie était un grand paresseux, s'effrayant de la besogne accrue. Mais cela nous intéresse peu, tandis que *Decumo post mense* a une toute autre importance. On en retrouve d'ailleurs un second exemple dans *Cistellària*, la *Cassette*. Le dieu AUXILIUM dit d'une jeune fille violée par un homme ivre :

Decumo post mense exacto, heic peperit filiam,

Et nous en pourrions facilement citer d'autres, tant cette locution est familière; *nam illa me in alvo menseis gestavit decem*, dit le parasite Gelasime, dans STICHUS. Les Romains comptaient dix mois pour la grossesse, et cela peut nous paraître bizarre. Qui ne se rappelle ce beau vers de Virgile (Ecl. IV) :

Matri longa decem tulerunt fastidia menses.

Et comment expliquer ce chiffre? Les dames disent volontiers : Je suis à la fin de mon neuvième mois! Et si elles n'accouchent que quand celui-ci est terminé, elles auraient le droit de dire que l'accouchement n'arrive qu'à dix mois, ou plutôt dans le dixième mois, et c'est peut-être le vrai sens des écrivains latins. Aulu-Gelle, dans ses NUITS ATTIQUES, a longuement disserté sur ces expressions, mais je vous fais grâce de ces choses si érudites. On a pensé que cette différence d'appréciation venait de ce que les anciens parlaient de mois lunaires et non de mois solaires, ce qui n'expliquerait pas encore cette erreur de calcul. Quand les femmes ne comptent plus, quand elles croient avoir dépassé le terme probable de leur grossesse, elles peuvent dire avec raison qu'elles accouchent dans leur dixième mois, et je m'en tiens à cette manière de calculer.

Quoi qu'il en soit, Alcmène accouche, et voici comment Bromia, l'esclave de la dame, raconte cet événement :

..... Postquam parturire hodie uxor obcœpit tua,
Ubi utero exorti dolores, ut solent puerperæ.
Invocat Deos immortales, ut sibi auxilium ferant,
Manibus puris, capite operto.

Les mains purifiées, la tête voilée, tels sont les préliminaires de cet acte important, et qui constitue une assimilation singulière avec les cérémonies des sacrifices. Donner la vie à un enfant, c'était une action solennelle; le grand prêtre, comme la femme, se voilait la face. Mais Jupiter tonne, le ciel est en feu, la maison se remplit d'éclairs, et au milieu de cette scène émouvante :

..... Dum hæc aguntur, interea uxorem tuam
Neque gementem, neque plorantem nostrum quisquam audivimus;
Ita profecto sine dolore peperit.

chirurgie, nous semble un progrès pratique dont l'importance ne pourra manquer d'être un jour plus généralement appréciée.

En fait, si l'on veut bien considérer le problème de thérapeutique chirurgicale qui consiste à proportionner le volume du corps à extraire de la vessie avec l'étendue de la voie artificielle qu'on lui ouvre, on verra que le même résultat peut être obtenu en réduisant le volume de la pierre ou en augmentant l'étendue de la voie d'extraction. Qu'on brise le calcul en fragments proportionnés à une petite ouverture, ou qu'on agrandisse une ouverture conformément aux dimensions de la pierre, le but est le même et la solution du problème est également donnée. La question change de face et se réduit à savoir laquelle des deux solutions est la moins préjudiciable à l'opéré. Vaut-il mieux extraire par une large voie le gros calcul qui le tourmente? Vaut-il mieux ouvrir une petite voie, introduire par cette voie des instruments lithotriteurs, attaquer le calcul et le réduire en fragments qu'on puisse extraire par la petite ouverture?

Posée de cette manière, la question nous paraît se présenter sous un jour véritablement utile et pratique, et l'on peut déjà pressentir que la taille médiane est susceptible d'une combinaison heureuse avec la lithotritie.

Si l'on ne considère que la célérité et le brillant d'une opération, les grandes incisions sont réellement les plus commodes et celles qui font le plus valoir le chirurgien; mais ces incisions sont loin d'être les plus innocentes, et Scarpa n'a pas craint de dire qu'elles exposent le malade à des accidents plus graves que ceux qui résultent du séjour prolongé de la pierre dans la vessie. Dupuytren, il est vrai, paraissait ne pas redouter ces grandes incisions, et on l'a vu, surpris par le volume insolite d'un calcul qu'il ne pouvait extraire par le périnée, fendre légèrement la paroi rectale ou renouveler la téméraire décision, en France, qui soumit son malade à deux tailles coup sur coup. Mais nous n'hésitons pas à exprimer une juste défiance sur ces entreprises, qui peuvent éblouir un amphithéâtre d'élèves, mais que le malade paye ordinairement de sa vie. La sécurité est le premier but de l'art, et, dans l'espèce, on ne saurait compter sur un résultat satisfaisant en ouvrant ces larges brèches aux grosses pierres vésicales, qui ne sortent, même dans ce cas, qu'à grand renfort de tractions exercées au moyen des tenettes ou des cuillers. La pratique de Lallemand qui, à une certaine époque, était partisan de la taille hypogastrique et des grandes incisions vésicales, nous a appris ce que coûtait au malade la puérile satisfaction d'extraire et de contempler une grosse pierre retirée d'un trait de la vessie : une violente scène inflammatoire, l'épuisement nerveux, l'hémorrhagie ou d'autres accidents, viennent bientôt emporter l'opéré et désillusionner l'opérateur. Heureusement ces cas deviennent de plus en plus rares, depuis que la connaissance de la lithotritie est devenue populaire et que les calculeux, exempts de la crainte que leur inspirait la taille, réclament plus promptement les secours de l'art, et font briser leur pierre avant qu'elle ait acquis un développement qui rende la taille indispensable. Celle-ci trouve néanmoins encore l'occasion de rendre de nombreux services, que l'on peut considérer comme d'autant plus grands que, dans ce cas, la lithotritie offre plus de difficultés et de dangers que la taille, qui est encore le moyen en faveur chez les enfants et dans les cas réputés difficiles ou compliqués. Par une extension de ses bienfaits, la lithotritie peut encore devenir un auxiliaire pour atténuer, dans les cas compliqués, les dangers inhérents à la taille, et pour permettre de choisir parmi les méthodes ou les procédés de celle-ci, le mode auquel s'attache une innocuité habituelle. Ainsi, lorsqu'on veut extraire un gros calcul, qu'on ne fasse qu'un simple débridement prostatique, et la lithotritie viendra transformer le gros calcul en trois ou quatre petits, qui trouveront par la voie étroite une issue facile et sans danger.

La taille médiane est le mode opératoire qui permet de réaliser avec le plus d'avantages cette heureuse association de la cystotomie et de la lithotritie. Par le peu d'étendue dans lequel elle attaque les voies urinaires, elle se réduit, pour ainsi dire, à l'urétrotomie prolongée, et tient le milieu entre la boutonnière et les tailles ordinaires. Rien n'empêche, si on a l'intention d'attaquer le calcul par la lithotritie, de ramener l'opération à ses moindres proportions, et d'assumer ainsi, au profit de l'opéré les plus grandes chances de sécurité dans les résultats. Quelque exiguë que soit l'ouverture faite dans les moindres limites de la méthode opératoire adoptée, elle sera toujours suffisante pour livrer passage à des fragments que l'opérateur sera libre au reste de multiplier à son gré, et par conséquent de ramener à de plus faibles dimensions. Il sera utile toutefois de mettre des bornes à cette réduction, afin de n'avoir pas à réitérer trop souvent l'introduction des tenettes, ce qui exposerait la vessie à être fatiguée et affaiblirait les avantages qu'on se promettrait de cette opération mixte. Avons-nous besoin d'ajouter que, par la rectitude de la ligne qu'elle suit et par la brièveté de son trajet, la taille médiane simplifierait l'introduction et la manœuvre des instruments lithotriteurs? Ainsi pratiquée, la lithotritie ne présente ni les difficultés ni la durée qui caractérisent son mode ordinaire d'exécution. Le trajet court, large et direct, admettra sans obstacle les lithotriteurs de la plus grande puissance. Les instruments perfectionnés de MM. Heurteloup et Guillon trouveraient, dans ce cas, une application favorable. On voit que, dans ces conditions, l'opération se rapprocherait de la lithotritie pratiquée chez la femme, avec une différence en faveur de l'amplitude et de la force des instruments qui seraient engagés par une voie aussi courte et plus large. Quant à la durée de l'opération, elle ne saurait être longue! Le but n'est pas de pulvériser ou de réduire le corps étranger en parcelles, mais de décomposer en fragments que les tenettes puissent aisément charger, et qui n'éprouvent point d'obstacle à leur extraction. C'est un temps de plus dans l'opération, dont la fin s'exécute comme dans les cas où il existe des calculs multiples.

La combinaison de la taille et de la lithotritie a cessé depuis longtemps d'être pour nous une vue théorique. Nous l'avons expérimentée avec des résultats divers, dans plusieurs cas où le calcul fut trouvé trop volumineux pour franchir la voie qui lui avait été pratiquée. Un fait déjà publié, concerne un enfant opéré par la taille latéralisée; la pierre, trop volumineuse, fut réduite par le broiement, extraite avec succès, et l'opéré fut promptement rétabli. Dans un autre cas, il s'agissait d'un adulte affecté d'un calcul ancien et très-gros, pour l'extraction duquel la taille bilatérale elle-même fut insuffisante; il fallut briser le calcul, qui heureusement se trouva friable, et dont les derniers fragments s'affaissèrent sous la pression des tenettes. Nous eûmes à regretter, dans ce dernier cas surtout, de n'avoir pas pratiqué la taille médiane, qui eût suffi pour l'action auxiliaire de la lithotritie,

---

Et notez que : *Alcumena geminos peperit filios*, sans effort et sans douleur, accouchement divin, miraculeux, mais qui s'explique par l'intervention du maître de l'Olympe, C'était une dérogation suprême à cet arrêt d'un autre souverain, *paries in dolore*; mais les païens de Rome ou de la Grèce avaient une théogonie qui rendait faciles toutes ces merveilles. Le prodige n'est pas terminé, Bromia ajoute :

Postquam peperit, pueros lavere jussit nos : obcœpimus.
Sed puer ille, quem ego lavi, ut magn'st, et multum valet!
Neque eum quisquam colligari quivit incunabulis.

Dieu! que celui que j'ai lavé est grand et robuste! Jamais il n'a été possible de l'envelopper dans les langes! Amphitryon s'en étonne et la suivante continue son récit :

Magi' jam, faxo, mira dices : postquam in cunas conditu'st,
Devolant angueis jubati deorsum in impluvium duo.
Maxumi.....

Tu vas être bien plus émerveillé! Lorsque nous eûmes placé l'enfant dans son berceau, voici que du haut des airs volent dans la cour deux serpents énormes..... Et tout le reste du premier haut fait d'Hercule, car cet enfant phénomène était Hercule lui-même, et il étrangla ces deux serpents ailés aux crêtes menaçantes.

Et maintenant, si vous voulez savoir quelque chose sur l'auteur de l'AMPHITRYON, je vous dirai que Marcus Accius Plautus est né à Sarsine, en Ombrie, au commencement du cinquième siècle de Rome, l'an 224 avant Jésus-Christ, ou peut-être à la fin du quatrième siècle, car, entre M. Naudet et quelques autres biographes, il y a une différence notable à ce sujet. Nous ne savons pas mieux à quel âge il mourut : les uns disent à 40 ans, d'autres à 43, et enfin, Cicéron le cite comme un des hommes qui ont eu l'heureux privilége de conserver leur intelligence dans un âge avancé. Mais qu'importe? il doit nous suffire de trouver dans les pièces qui nous restent de lui, sinon la trace des notions scientifiques, au moins celle des coutumes médicales, des préjugés qui régnaient de son temps; enfin tout ce qui constitue le rudiment d'un art à son berceau. Au siècle où vivait Plaute, il n'y avait pas, dit-on, de médecins à Rome; les premiers qui vinrent s'y établir étaient Grecs d'origine, et il fallut arriver jusqu'à Auguste et ses successeurs pour voir la science dignement représentée auprès des Empereurs et du peuple romain.

P. MENIÈRE.

(La suite au prochain numéro.)

— Les deux professeurs de pathologie externe à la Faculté de Paris, MM. Denonvilliers et J. Cloquet, dont le premier professera pendant le semestre d'hiver et le second pendant le semestre d'été, se sont entendus pour qu'un cours complet de pathologie ait été fait dans l'espace de quatre semestres.

sans susciter, comme la taille bilatérale, l'affaissement nerveux qui fit succomber la malade le sixième jour de l'opération. Ce fait, qui précéda nos premiers essais de taille médiane, fut une des circonstances qui nous firent songer à ce dernier mode opératoire, dont nous avons obtenu depuis des résultats réellement favorables.

En résumant les considérations qui précèdent, on voit que si les reproches adressés à la taille médiane ont trouvé assez de crédit auprès du plus grand nombre des chirurgiens pour écarter cette opération du cercle de celles qu'on pratique communément, ces reproches ne sont pas cependant tellement affermis qu'on doive les accepter sans examen. Il en est de cette question comme de tant d'autres sujets, dont l'évolution semble s'arrêter à un certain moment, et que l'opinion publique accepte tels qu'ils sont présentés, jusqu'à ce qu'une critique sévère ou protectrice vienne répandre sur eux un nouveau jour et changer leur signification. Aurons-nous réussi à écarter l'indifférence et le parti pris au sujet de la taille médiane? Nous n'ignorons pas tout ce qu'il faut de persévérance et d'efforts pour ramener l'intérêt sur un sujet de thérapeutique chirurgicale si longtemps déshérité de l'attention des hommes de l'art, et soumis à la pression qu'exerce la force de toute chose jugée. Mais nous osons croire qu'une révision d'un jugement aussi contraire à la vérité fera tomber tout au moins l'importance des reproches par lesquels on a exclu la taille médiane du cadre des opérations rationnelles. Cette injuste exclusion ferait place à une faveur raisonnable si l'on arrivait à reconnaître comme nous que les motifs allégués contre cette espèce de taille ne portent pas sur des imperfections irremédiables, mais que l'on possède des moyens de les atténuer ou de les faire disparaître, et qu'une correction suffisante pouvant redresser ces défauts ou écarter ces dangers, il ne reste à la taille médiane que des avantages qui peuvent supporter le parallèle avec ceux des autres tailles, ou même l'emporter dans des cas spéciaux.

(*La fin au prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

MENSURATION DE L'ANGLE FACIAL; réclamation de priorité relative au mémoire de M. JACQUART; par M. le docteur B. SCHNEPF.

Monsieur et cher maître,

Vous avez publié, dans le numéro 42 de la GAZETTE MÉDICALE (18 octobre dernier) un mémoire de M. le docteur Henri Jacquart, aide d'anthropologie au Muséum d'histoire naturelle, sur la mensuration de l'angle facial et sur les instruments imaginés pour cet usage. L'auteur ne se préoccupe pas des différentes méthodes suivies par les anthropologistes pour découvrir les rapports qui peuvent exister entre le développement de la face et du crâne, d'une part, et le degré d'intelligence, d'autre part: il se contente de rappeler les procédés employés par Camper, par Cuvier et Geoffroy-Saint-Hilaire, et par Morton, pour arriver à la détermination de l'angle facial; il décrit le goniomètre de Morton, et, chose assez étrange dans une science d'observation et d'expérience, il critique et rejette cet instrument *sans le connaître*. « *Je ne l'ai pas vu fonctionner*, dit-il; *je ne le connais que par la figure incomplète qu'il* (Morton) *en donne dans son ouvrage*. »

Mais nous ne voulons pas faire la critique du travail de M. Jacquart; nous sommes assez heureux, au contraire, de voir une découverte que nous avons faite, il y a plusieurs années, appuyée aujourd'hui par l'autorité de ce savant anthropologiste. Il s'agit de déterminer l'angle facial par la construction d'un triangle dont on connaît les trois côtés. Pour M. Jacquart, ceux-ci correspondent aux trois distances suivantes :

« Premier côté : la distance du milieu de l'orifice auriculaire au tranchant des incisives;

» Deuxième côté : la distance de ce dernier point au point le plus saillant du front;

» Troisième côté : la distance de ce point proéminent du front au milieu de l'orifice externe du conduit auditif. »

« L'angle compris, ajoute l'auteur, entre les deux premières lignes, une fois le triangle construit, donne l'angle facial de Camper. *Je ne crois pas qu'aucun auteur ait indiqué avant moi cette manière de le trouver.* »

Non-seulement nous avons donné les indications les plus précises sur la construction du triangle facial, pour servir à la détermination de l'angle facial, dans notre thèse inaugurale sur les aberrations du sentiment (janvier 1855) ; mais encore nous y avons joint six des nombreuses observations que nous avons recueillies pendant notre internat à la Salpêtrière, sur des enfants idiots, imbéciles, crétins, etc. Nous apportons le plus grand soin à la mensuration des côtés, nettement limités, de notre triangle facial ; à cet effet, nous nous servons d'un compas d'épaisseur dont les branches s'adaptent de la manière suivante sur le vivant aussi bien que sur des têtes osseuses :

Le premier côté s'obtient en plaçant une des branches du compas dans le point d'intersection des deux dépressions qui limitent le tragus en avant et en haut, l'autre est placée dans la fossette de la sous-cloison nasale au-dessus de la lèvre supérieure ;

Le deuxième côté est mesuré en laissant la première branche du compas en place, au devant du tragus et en portant l'autre dans la dépression qui sépare la racine du nez de la saillie frontale;

Et le troisième côté correspond à la distance qui sépare les branches du compas placées, l'une dans la fossette de la sous-cloison et l'autre dans la dépression de la racine du nez.

Il est aisé de comprendre que tous les autres points précis de la face et du crâne pourraient être choisis également pour construire des triangles comparables entre eux, et qu'à l'aide d'un bon compas d'épaisseur, on obtiendra ces données tant sur le vivant que sur des têtes osseuses, quelle que soit la classe d'êtres qu'on se propose d'examiner.

M. Jacquart ne nous fait qu'une demi-confidence ; il ne nous apprend pas comment il s'y prend pour mesurer les trois côtés de son triangle, et il conserve le même silence sur la détermination des angles de ce triangle. Pourquoi poser ainsi un problème et ne pas le résoudre ? Il y aurait cependant deux moyens pour arriver à sa solution. Mais son goniomètre, ainsi que celui de Morton, ne peuvent donner que la mesure de l'angle compris entre les deux plans de l'instrument, et nullement celle des deux autres angles.

Sans vouloir contester cependant l'utilité de ces goniomètres, dont le maniement est du reste facile et commode, nous disons qu'on peut s'en passer quand on veut se donner la peine de chercher la valeur numérique des trois côtés du triangle facial à l'aide du plus simple compas d'épaisseur. En procédant ainsi, on a même l'avantage de pouvoir connaître l'un quelconque des trois angles ou tous les trois. On peut y parvenir par le moyen graphique, en faisant intervenir les plus simples notions de géométrie pour construire le triangle avec la valeur numérique des trois côtés, et en mesurant ensuite, avec un arc de cercle, ceux des angles que l'on veut connaître. Ce procédé est assez grossier et ne diffère de celui sur lequel sont basés les goniomètres qu'en ce qu'il permet d'apprécier la valeur de tous les angles du triangle et qu'il est surtout plus applicable sur le vivant que ces derniers instruments.

Mais de ce que les procédés graphiques sont toujours peu rigoureux, inexacts même, nous avons cherché à les remplacer par la précision mathématique. Connaissant donc les trois côtés de nos triangles, nous avons calculé la valeur des angles à l'aide de cette simple formule trigonométrique :

$$\text{tang. } \tfrac{1}{2}\,A = \sqrt{\frac{(p-b)\,(p-c)}{p\,(p-a)}};$$

A, B, C étant les angles opposés aux côtés connus a, b, c. L'exactitude de cette méthode a pour garant l'autorité d'un savant mathématicien, commentateur des dernières éditions de la géométrie de Legendre, M. Blanchet, directeur de la section des sciences à Sainte-Barbe. C'est avec les conseils et sous le contrôle de ce savant maître que nous avons déterminé, pour les observations de notre thèse, la valeur de l'angle facial (avec une approximation de moins d'une seconde), chez 6 enfants, dont 3 rentrent dans la classe des semi-imbéciles, les 3 autres possédant un degré d'intelligence variable. Nos conclusions d'alors, sur le rapport entre l'angle facial et le degré d'intelligence, étaient déjà d'accord avec celles de Morton. « Le résultat, disons-nous, que nous avons obtenu. nous fait penser que l'angle facial n'est pas en rapport avec l'intelligence, mais seulement avec la beauté et la régularité des traits de la figure. » (P. 49.) Cette opinion s'appuie sur le résumé suivant de nos observations :

89° 14′ 30″ =	angle facial	de l'obs. III,	figure belle, intelligence faible;
82° 11′ 42″ =	id.	de l'obs. IX,	figure régulière, belle intelligence;
77° 37′ 35″ =	id.	de l'obs. I,	figure ronde, intelligence faible;
73° 18′ 41″ =	id.	de l'obs. VII,	figure plate, intelligence normale;
72° 14′ 56″ =	id.	de l'obs. II,	figure plate, intelligence faible;
69° 9′ 40″ =	id.	de l'obs. IV,	fig. plate et allongée, intellig. norm.

Ainsi, une différence de plus de 20° peut exister dans l'angle facial

d'individus appartenant à la même race, et nous voyons l'intelligence plus développée avec l'angle le plus aigu qu'avec celui qui s'approche de l'angle droit, tandis que la beauté et la régularité des traits du visage semblent s'effacer à mesure que l'angle de la face devient de plus en plus aigu. Nous convenons cependant que des conclusions rigoureuses exigeraient un rapprochement de faits beaucoup plus nombreux et plus variés. La base d'un pareil travail se trouve certes dans la belle galerie anthropologique du Muséum d'histoire naturelle. C'est de là qu'aurait dû partir la réforme d'une méthode surannée, infidèle et, disons-le, tout à fait oiseuse, puisque l'anthropologie reconnaît au jourd'hui qu'il n'y a pas plus de rapports entre les saillies de la face et du crâne qu'entre elles et le développement intellectuel de l'être.

La nouvelle voie, laborieuse, pénible et longue, ouverte par l'immense travail de M. le professeur Huschke (Schœdel, Hirn und Seele, Jena, 1854), nous paraît, au contraire, devoir être féconde en considérations élevées sur les rapports entre le crâne, le cerveau et les facultés de l'âme; nous nous permettons de recommander cet ouvrage à la méditation des lecteurs de la Gazette Médicale et des anthropologistes en particulier.

Agréez, etc.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

V. — ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.

(Suite.)

NOTE SUR L'OSSIFICATION PRÉMATURÉE DU CRANE CHEZ LES IDIOTS MICROCÉPHALES; par M. BAILLARGER.

Nous avons déjà reproduit *in extenso* cette note de M. Baillarger qui tendrait à démontrer que l'ossification prématurée est une condition de la microcéphalie, si des observations plus nombreuses venaient s'ajouter à celles qui ont été réunies par le savant médecin de la Salpêtrière. (Voy. Gaz. Méd., n° 31, 1856.)

DES DIVERS MODES DE CHAUFFAGE ET DE VENTILATION, ET DE LA MANIÈRE DONT ILS DOIVENT ÊTRE EMPLOYÉS DANS LES ASILES D'ALIÉNÉS; par M. GIRARD (d'Auxerre).

L'étude et l'expérience des avantages et des inconvénients inhérents aux divers systèmes de chauffage par les calorifères appliqués à un asile d'aliénés ont conduit l'habile directeur de l'asile d'Auxerre à reconnaître que l'on peut appliquer chacun d'eux à la satisfaction des besoins spéciaux d'un établissement de ce genre.

Les calorifères à air chaud ne devront être utilisés que lorsqu'on se proposera de chauffer rapidement, économiquement et avec intermittence une seule ou deux pièces contiguës pouvant communiquer entre elles. Il faut avoir soin toutefois d'établir un appel énergique, soit par le foyer, soit par une cheminée ordinaire munie d'une grille, pour avoir une ventilation continue et uniforme, rendre plus égale la distribution de l'air chaud et atténuer les inconvénients qui se rattachent à l'interruption du chauffage. Il faut éviter de trop échauffer la cloche pour empêcher l'altération de l'air, résultant du contact de ce gaz lui-même avec des surfaces de chauffe à une température trop élevée ou causée par la carbonisation des corpuscules végétaux ou animaux, en suspension ou en dissolution dans l'atmosphère.

Les quartiers disséminés des semi-paisibles, des paisibles, des convalescents, pourront donc être chauffés avec des calorifères à air chaud et avec des cheminées qui concourront simultanément au chauffage et à la ventilation. Il pourra en être de même, d'après M. le docteur Girard, des quartiers d'infirmerie et des faibles, de même aussi pour l'amphithéâtre des leçons, etc.

Il y aura avantage et économie à employer les calorifères à circulation d'eau chaude, toutes les fois qu'il s'agira de chauffer une habitation d'une manière permanente, pendant le jour et la nuit, avec une température uniforme et modérée, et lorsqu'on devra opérer une ventilation puissante. On devra surtout réserver ce mode de chauffage, dans les asiles d'aliénés, aux quartiers cellulaires; les malades agités, qui sont libres dans leurs cellules et qui se dépouillent souvent de leurs vêtements, jouiront ainsi pendant la nuit des avantages précieux de ces appareils.

M. Girard estime que les calorifères à vapeur, dont l'établissement est d'un prix très-élevé et l'entretien très-dispendieux, devront être généralement exclus des asiles d'aliénés, parce qu'ils répartissent inégalement la chaleur, qu'ils sont sujets à des explosions dangereuses et qu'ils donnent souvent lieu à des fuites qui versent dans les salles un air humide et malsain. On comprend toutefois que lorsqu'on doit produire de la vapeur pour d'autres besoins, on puisse l'utiliser pour le chauffage et la ventilation. Cette donnée trouve son application dans les salles de bains, où la production de la vapeur est nécessaire comme moyen thérapeutique, et où les salles et cabinets doivent être chauffés et ventilés, où enfin l'eau des bains doit être portée à une température convenable.

Telle est l'application que M. Girard a faite des principaux modes de chauffage et de ventilation connus jusqu'à ce jour aux principaux quartiers et services de l'asile d'Auxerre, avec le concours du savant inspecteur général, M. Ferras, de l'architecte et des préfets qui se sont succédé.

CONSULTATION MÉDICO-LÉGALE DANS UN PROCÈS EN NULLITÉ DE TESTAMENT POUR CAUSE D'ALIÉNATION MENTALE; DÉFINITION DE LA DÉMENCE; par M. AUBANEL.

La consultation médico-légale de M. Aubanel est relative à une de ces maladies autour desquelles se groupent et combattent des intérêts divers, des opinions contradictoires. La solution médico-légale était difficile, et M. Aubanel a fait preuve d'une rare sagacité en la faisant ressortir évidente d'un véritable dédale de questions de droit et de médecine. Ces faits ont chacun, pour M. Aubanel, leur valeur propre; il les groupe, les rapproche, et, les dégageant de toute obscurité, il transforme chacun d'eux en preuve certaine. Il montre avec une merveilleuse lucidité les modifications nombreuses de la maladie. On la voit d'abord à l'état d'excitation maniaque, puis de manie véritable avec accès de fureur; puis, au milieu de ces phénomènes d'agitation, survient une rémission qu'on a pu prendre pour une guérison, alors que la malade était déjà en état de démence. Ici vient se placer une définition de la démence, qui est d'une clarté remarquable et que nous avons voulu reproduire textuellement.

« La démence n'est pas la folie proprement dite; elle en est souvent la terminaison, et elle se déclare, qu'elle soit suivie de paralysie ou non, mais surtout quand des phénomènes paralytiques se montrent avec elle, lorsque l'irritation cérébrale, par sa continuité, par sa persistance et son intensité, finit par déterminer des altérations matérielles dans l'encéphale. La démence est également primitive dans beaucoup de cas; mais, qu'elle soit consécutive à la folie ou qu'elle se développe d'emblée, on peut la considérer, vulgairement parlant, comme une usure du cerveau, comme une folie sénile anticipée, comme un état d'enfance. La pensée, dans la démence, devient lente, obscure, pénible; la mémoire, surtout la mémoire des choses récentes, s'affaiblit graduellement; le malade conserve bien le souvenir de son nom, de ses qualités et des choses qui l'ont jadis préoccupé beaucoup ou qui constituaient des particularités habituelles de sa vie; mais ce souvenir même est confus, il faut ordinairement fixer son attention et le mettre sur la voie pour obtenir la lucidité qu'on sollicite. Les impressions sont toujours plus ou moins fugitives, elles s'effacent rapidement, ne laissant que de légères traces de leur manifestation.

» Il y a souvent, dans la démence, des émotions momentanées, de l'attendrissement, des larmes sans motif, à l'occasion d'une demande ou d'un souvenir; mais ce sentiment de sensibilité s'éteint en quelques instants, et immédiatement après lui survient, dans bien des cas, un rire excessif, un sentiment de joie, de satisfaction et de bien-être. Il n'y a pas, chez le dément, de la spontanéité et de l'énergie; il faut solliciter la pensée pour qu'elle se manifeste. La volonté, cette faculté de premier ordre, est notablement lésée; elle n'est plus que l'ombre d'elle-même, et elle ne préside plus sensiblement aux déterminations de l'individu. On obtient de l'homme en démence tout ce que l'on veut; on guide toutes ses actions; on le soumet à tous ses désirs; il cède sans résistance à ceux qui l'entourent; mais le même jour, ou plus ou moins longtemps après, n'ayant aucun souvenir de ce qu'il a fait ou promis, il se décide contrairement à ses promesses et cède à une autre influence qui vient à agir sur lui.

» Le libre arbitre est profondément altéré dans cette forme d'affection cérébrale; il l'est beaucoup plus que dans toutes les aberrations de l'esprit, dans la folie proprement dite. Dans la folie, il peut survenir de l'intermittence, des intervalles lucides prolongées, *un jour entre deux nuits* pour me servir de l'expression de d'Aguesseau; mais, dans la démence, il y a continuité; la véritable intermittence n'est pas possible, et, bien qu'il y ait parfois des réponses justes et des moments de

lucidité sur divers sujets, on ne peut pas confondre ces légères manifestations intellectuelles avec les intervalles lucides reconnus par la loi, où la pensée reprend toute son énergie, la volonté tout son empire, l'intelligence toute sa lucidité. Quelques auteurs ont admis une démence intermittente, mais ce qu'ils ont désigné sous cette détermination n'était autre chose que la manie intermittente proprement dite, ou une forme de la *démence aiguë* qui ne ressemble en rien à la démence chronique, et que la science moderne appelle *stupidité*. Les aliénistes ont eu raison de distinguer ces deux formes de démence, essentiellement différentes l'une de l'autre; l'intermittence s'observe quelquefois dans la stupidité ou démence aiguë, jamais dans la démence ordinaire, celle que nous avons en vue pour le cas qui nous occupe.

« La démence est quelquefois susceptible d'amélioration, mais celle amélioration est peu durable; elle ne constitue qu'une apparence de guérison, et, si on observe avec soin le malade dans ces périodes, si heureuses en apparence, on trouve toujours en lui une lésion plus ou moins marquée de la volonté, un affaiblissement intellectuel, une débilite du libre arbitre.

» Tels sont les caractères principaux, à des degrés divers, que le moral présente dans la démence; nous en avons négligé plusieurs, et nous avons omis les phénomènes physiques.

» Pour apprécier les caractères moraux que nous avons indiqués, il faut quelquefois de l'habitude et une expérience d'observation; on n'en juge pas toujours à une première visite, à un seul interrogatoire; il faut prolonger l'examen au delà de quelques jours, scruter toutes les actions journalières du malade, vivre en quelque sorte avec lui pour bien apprécier cet état mental. Les domestiques, les parents, les personnes de la maison sont d'excellents appréciateurs, et, tout en tenant compte de l'intérêt qui peut les guider dans leurs déclarations, ainsi que des autres causes d'erreur qui peuvent les tromper, on doit recueillir avec soin tous les renseignements qu'ils sont à même de fournir. »

M. Aubanel complète cette définition de la démence par l'exposé des opinions des médecins, de Pinel, d'Esquirol, de Foville, de Calmeil, auxquelles il ajoute celle des jurisconsultes, de d'Aguesseau, celle surtout de M. Sacaze, conseiller à la cour d'appel d'Amiens, qui, dans un excellent mémoire *sur la folie, considérée dans ses rapports avec la capacité civile*, reconnaît dans l'aliénation mentale deux formes principales, l'une où il y a altération passive de l'entendement, caractérisée par une débilité cérébrale, l'autre où il y a lésion active, marquée par une effervescence déréglée ou par la vivacité accrue de l'esprit. Les intervalles lucides ne sont pas admissibles pour la première forme. D'Aguesseau avait déjà soutenu que les intervalles lucides, possibles dans quelques variétés de la folie, ne s'observaient jamais dans la démence. Il avait fait remarquer que les moments lucides admis par la loi romaine ne concernaient que les furieux et non ceux qui sont *mente capti*.

A propos de l'ouvrage de M. Sacaze que nous venons de citer, M. Aubanel rend justement hommage à ce jurisconsulte distingué, qui déplore l'habitude des magistrats de ne jamais recourir, en matière civile, à l'expérience des médecins aliénistes, seuls compétents dans les questions de cette nature, et qui considère avec raison pour les magistrats, les interrogatoires et les enquêtes comme insuffisants, dans quelques cas, pour reconnaître la folie; il voudrait, dans les affaires relatives à l'interdiction, par exemple, qu'un aliéniste fût chargé préalablement d'étudier la capacité du malade, de scruter ses idées, d'analyser ses penchants, d'explorer son état antérieur, de rechercher les causes morales et physiques qui auraient pu altérer la raison, de remonter aux actes insolites qui auraient frappé l'attention de ses proches, et de se faire rendre compte du caractère de ces actes et de leur fréquence. L'interrogatoire ne devrait arriver, dit-il, qu'après le rapport de cet expert spécialiste. L'erreur ne serait alors plus possible, les magistrats ayant pour se guider, une base scientifique certaine. M. Sacaze cherche, avec raison, à démontrer les avantages que la justice civile retirerait de suivre l'exemple de la justice criminelle, qui, dans la plupart des cas où la folie est soupçonnée, a l'habitude de recourir aux lumières des médecins habitués à l'observation des aliénés.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 17 NOVEMBRE.—PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE.

MÉMOIRE SUR LA GUÉRISON PAR ABSORPTION DES ABCÈS SYMPTOMATIQUES DU MAL VERTÉBRAL; par M. BOUVIER.

(Commissaires: MM. Rayer, Velpeau, J. Cloquel.)

La résorption du pus des abcès par congestion a été observée par David, Abernethy, Larrey, Dupuytren, Hourmann, MM. Clairat et Morpurgo, Forget, Vilmot, F. Martin, Aran, etc. Elle est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit dans les abcès par congestion de la fosse iliaque, parce que ces abcès échappent souvent au médecin. L'absorption du pus peut être spontanée, soit que la maladie du rachis approche de la guérison, soit que, par une cause quelconque, il se produise dans l'organisation une révolution favorable à l'action des forces absorbantes. L'âge, la constitution des sujets, le siége, l'étendue de l'abcès, la nature du liquide contenu, la structure de la membrane du kyste, influent sur le plus ou moins de facilité de cette absorption; il convient donc, suivant diverses conditions de la maladie, de la traiter par la méthode d'absorption ou de recourir à d'autres moyens.

Il suffit quelquefois de guérir l'affection vertébrale pour produire la résorption de l'abcès. D'autres fois, il faut provoquer directement l'absorption du pus par des moyens locaux ou généraux, tels que la compression, la stimulation des parois de l'abcès, les excitants généraux, les purgatifs, les diurétiques, les sudorifiques, l'iode, etc.

Quatre cas d'abcès iliaque et un cas d'abcès volumineux de la cuisse, dont la guérison a été obtenue par cette méthode, sont rapportés dans le mémoire que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 25 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie:

1° Deux rapports de M. Viard, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Semur, sur des épidémies de fièvre typhoïde qui ont régné en 1855 et 1856 dans les communes de Grignon et de Villaine-les-Prévottes.

2° Un rapport de M. Boulland, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Sainte-Ménehould, sur une épidémie d'angine gutturale qui a régné en 1856 dans la commune de Vienne-la-Ville (Marne).

3° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de l'Aisne. (Commission des épidémies.)

— La correspondance non officielle comprend:

Une observation d'hydropisie de l'ovaire gauche traitée et guérie par M. Deleau au moyen de ponctions successives, (Commiss.: MM. Barth, Depaul, Cazeaux.)

Une lettre de M. Delfrayssé sur la nature et le traitement de la rage. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

— M. DEPAUL, secrétaire annuel, dépose sur le bureau un mémoire de M. le docteur Jules Rouyer (de Sainte-Ménehould) relatif au traitement des kystes de l'ovaire par les injections iodées.

Ce travail, dit M. Depaul, est le compte rendu exact des observations de M. le professeur Nélaton au sujet des kystes ovariques.

— M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL présente encore un mémoire de M. le professeur Boëck (de Christiana) sur la syphilisation des enfants.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie qu'elle vient de faire une perte nouvelle dans la personne de M. Caventou père, un de ses correspondants à Saint-Omer.

M. Bussy prévient aussi l'Académie qu'elle devra se réunir en séance extraordinaire, samedi prochain, pour entendre les rapports des commissions de prix.

M. le président propose à l'Académie de se former immédiatement en comité secret pour entendre le rapport de la section de pharmacie relatif aux présentations à la place vacante dans cette section.

— M. VELPEAU, inscrit le premier pour prendre la parole dans la discussion sur le traitement des kystes ovariques, insiste pour la continuation de cette discussion.

MM. CAZEAUX et MALGAIGNE proposent de remettre à quatre heures et demie le comité secret.

M. MICHEL LÉVY demande que la formation en comité secret ait lieu à quatre heures, pour que le rapport de M. Bondet, qui ne devra pas durer

moins de trois quarts d'heure, puisse être entendu et convenablement discuté.

M. LE PRÉSIDENT, interprétant les sentiments de l'Académie, propose de renvoyer le comité secret après le discours de M. Velpeau.

Cette proposition est mise aux voix et adoptée.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES KYSTES OVARIQUES.

M. VELPEAU : La question actuellement en discussion devant l'Académie est une question complexe : on s'en est déjà aperçu. Avant de résoudre la question des injections iodées dans les kystes de l'ovaire, il faudrait savoir d'abord, en effet, quelle est la durée ordinaire de la maladie et jusqu'à quel point elle compromet la santé et la vie ; il faudrait savoir si des opérations autres que les injections iodées, les ponctions simples par exemple, ne peuvent être mises en usage ; si les injections iodées sont applicables à toutes les hydropisies de l'ovaire et jusqu'à quel point il convient de les appliquer. Il faudrait être fixé sur la valeur du traitement médical et savoir aussi dans quelle proportion l'extirpation des ovaires, l'opération radicale, comme M. Malgaigne l'a appelée, compromet l'existence des femmes, et dans quelle proportion elle les fait mourir. En supposant que l'on adopte la méthode des injections, il faudrait savoir enfin si l'injection iodée est meilleure ou moins bonne que les autres. C'est donc quelque chose de très-compliqué qu'une pareille question, et l'Académie l'a déjà vu ; car, parmi ceux de nos collègues qui m'ont précédé à cette tribune, chacun a entendu la question à sa façon.

Les kystes ont-ils une durée que la pratique permette de fixer? Jusqu'à présent on s'en est occupé de telle façon que rien de clair n'est résulté des recherches auxquelles on s'est livré à cet égard ; les uns ont donné dix ans comme durée moyenne, les autres six, les autres deux. Il m'a semblé à moi qu'il était impossible d'arriver à cette détermination. Voici pourquoi : les hydropisies de l'ovaire ne sont pas reconnues au début ; quand un kyste est gros comme un œuf ou comme une orange, son existence est méconnue, à de rares exceptions près, et, lorsqu'un praticien est appelé à l'examiner, il peut exister depuis six ou huit ans, plus encore. Le kyste a acquis alors le volume d'une tête d'enfant, et quelquefois même une capacité de 10, 20 litres et plus. Ces collections séreuses, comme celles qui se produisent plus à l'extérieur, l'hydrocèle, par exemple, ont d'ailleurs une marche très-variable. Parmi les hydrocèles, les unes se développent en trois mois, en six mois ; les autres mettent plusieurs années à se développer ; il en est de même des kystes de l'ovaire. On trouve des différences très-grandes, alors même qu'on compte le début de la tumeur à partir de l'époque où la malade a commencé à s'en apercevoir.

Chez les femmes maigres, dont la paroi abdominale ne présente aucune tension et qui s'observent, on s'en apercevra plus tôt ; au contraire, chez les femmes à parois abdominales épaisses et peu attentives, il faudra plus longtemps pour reconnaître l'existence d'une tumeur. Il est dès lors impossible de fixer la durée moyenne de l'hydropisie de l'ovaire. Quand on a fait des statistiques, on a dû partir nécessairement du moment où la femme s'est aperçue de l'existence de la tumeur et où le médecin a été consulté ; il en résulte qu'on ne sait pas en réalité la durée moyenne de la maladie. Quand je l'ai fixée à cinq ou six ans, contrairement à l'assertion de M. Corbin, qui avait admis douze ans, je n'ai fait comme les autres qu'une approximation. Ce qu'on sait pourtant, c'est que, chez beaucoup de femmes, le développement de ces kystes se fait avec une extrême lenteur ; j'ai vu au moins 10 femmes avec des kystes de la grosseur d'une orange, chez lesquelles pendant dix, vingt, vingt-cinq ans, la tumeur ne s'est pas accrue au point de nécessiter la ponction. Chez d'autres, au contraire, la ponction devient indispensable au bout de deux ans. Si je prends les femmes au moment où la ponction est devenue nécessaire, je dirai que j'en ai vu survivre plusieurs années. J'en conclus que la vie moyenne de ces malades est de plus de six ans.

Si une femme peut vivre huit, dix, quinze ans avec une hydropisie de l'ovaire, il faut réfléchir avant d'opposer à cette maladie des remèdes qui auraient un grand danger par eux-mêmes, et cependant il y a lieu d'intervenir par une opération, puisque cette maladie devient mortelle un peu plus tôt, un peu plus tard. Ainsi, premier fait, on ne sait pas la durée moyenne des kystes de l'ovaire, et elle dépasse généralement le terme que l'on a indiqué.

Autre question. Les kystes de l'ovaire sont-ils susceptibles de guérison, soit spontanément, soit par un traitement médical? J'ai entendu dire non par quelques-uns de nos maîtres, et cette réponse négative de MM. Cruveilhier et Trousseau m'a surpris. Je suis sûr, en effet, d'avoir vu guérir des kystes ovariques sans opération, sans que je puisse cependant démontrer la réalité de ce que j'avance. J'ai constaté chez quelques femmes, par le toucher vaginal et la palpation de l'abdomen, une tumeur du volume d'un œuf, indolente, manifestement fluctuante, lentement développée dans l'une ou l'autre fosse iliaque. J'ai attaqué ces tumeurs par de grands vésicatoires volants, des frictions iodurées, des purgatifs répétés, et, chez plusieurs femmes, j'ai vu disparaître la tumeur. Ma conviction est donc bien arrêtée à cet égard, mais je sais bien que je ne puis la faire passer dans l'esprit des autres.

Comment voulez-vous, a-t-on dit, qu'une tumeur qui contient 20 litres de liquide et qui ne tient à l'économie que par un fil, puisse se vider par résorption? Cela est difficile à comprendre, en effet, mais il y a des choses très-difficiles et qui n'en existent pas moins. Puisque l'organisme a trouvé moyen de colliger cette masse de liquide, pourquoi serait-il impuissant à la reprendre, pourquoi la résorption ne pourrait-elle défaire ce qu'a fait l'exhalation? De pareilles questions, au surplus, ne se jugent que par des faits ; il en est de l'hydropisie de l'ovaire comme de l'hydrocèle, qui guérit bien rarement, mais guérit assurément quelquefois sans opération. J'ai vu, dans un collége de Paris, un jeune homme atteint d'une hydrocèle qui datait de plusieurs mois ; la tunique vaginale ne contenait pas moins d'un verre de sérosité. Le jour fut pris pour l'opération ; tout était préparé, j'arrivai avec mon aide et, au moment d'opérer, je m'aperçus que l'hydrocèle avait disparu.

M. Cazeaux, M. Moreau et moi avons vu, il y a je ne sais combien d'années, une jeune fille qui habitait le boulevard Montparnasse, et qui portait dans son abdomen, extrêmement distendu, une tumeur dure comme une pierre, ayant tous les caractères d'une hydropisie locale. Je ne sais ce que nous prescrivîmes, pour l'acquit de notre conscience, car le cas nous parut irremédiable. Qu'ai-je appris depuis, et M. Cazeaux a pu s'en assurer aussi, c'est que cette jeune fille était bien guérie depuis quelques années! Il ne faut donc pas dire que ces kystes ne peuvent disparaître par un traitement médical ; cependant, il faut en convenir, c'est là une rare exception. Toutefois, passons outre, et voyons ce que nous pouvons offrir aux malades affectées d'hydropisies de l'ovaire.

Si l'on pouvait songer à obtenir la guérison des hydropisies de l'ovaire, c'est quand ils sont petits. Mais, pour empêcher d'arriver à des pratiques plus hardies, n'avons-nous pas des exemples de guérison par la rupture spontanée des kystes, dont on a déjà cité ici quelques exemples. Il est vrai que la mort est souvent la conséquence de cet accident. Je vois dans un ouvrage de Tilt que, sur 72 cas de ruptures de kystes, il y a 30 morts. Ce n'est donc pas là une terminaison si désirable, puisqu'il en meurt la moitié. Les ruptures des kystes ovariques sont d'ailleurs peu communes ; j'en ai vu deux dans toute ma vie et deux fois elle a amené la mort, de sorte que ce n'est pas un mode de guérison qui puisse compter comme une grande ressource.

J'en viens à la ponction simple, ponction palliative, remède de nécessité auquel nous avons tous recours. J'ai vu avec regret qu'un passage de mon premier discours à l'Académie a été le point de départ d'appréciations très-exagérées de la gravité que cette opération présente par elle-même. Je vois aussi, dans ce qui a été écrit au dehors, et répété dans cette enceinte, que rien n'est dangereux comme cette ponction. Je vois dans le tableau de Southam, cité par M. Trousseau, qu'à la suite de 21 ponctions simples, 4 opérées sont mortes dans les vingt-quatre heures, 3 dans le cours du premier mois, 14 à la fin de l'année ; et tout 21 morts sur 21 opérées, en moins d'un an. Cela ne me paraît pas possible ; je retrouve cependant cette même proportion, et peut-être encore exagérée, dans les statistiques de plusieurs médecins anglais et allemands. Je vois dans celle de Lee que, sur 36 femmes ponctionnées palliativement, 3 sont mortes dans les vingt-quatre heures, 6 au bout de quelques jours, 12 en un an, en tout 21 cas de mort dans le cours de la première année! Dans Kiwisch, on voit que 64 ponctions ont donné les résultats suivants, qui ne sont pas moins effrayants : 9 femmes mortes dans les vingt-quatre heures, 40 et quelques en moins d'un an. Sur 132 cas de ponction simple, Fock cite 74 morts en moins d'un an. Il faut vraiment qu'en Angleterre et en Allemagne, la ponction soit bien dangereuse ; nous ne voyons ici rien de pareil.

J'ai cité, il est vrai, 4 cas, mais 4 seulement, dans lesquels j'ai vu la mort suivre de près la ponction simple ; mais ces cas ne rentrent pas dans les faits ordinaires.

De ces 4 femmes, l'une portait un kyste énorme et purement gélatineux, qu'un autre chirurgien n'avait pas réussi à vider ; je fus appelé en consultation, et trouvant une fluctuation évidente, je fis fabriquer un trocart de la grosseur du doigt ; la ponction faite avec ce trocart ne donna pas d'abord plus d'un verre de liquide, et toutes les tentatives, élargissement de l'ouverture, introduction d'une baguette dans l'ouverture, ne permirent pas d'en obtenir plus d'un litre ; la malade succomba, non pas au bout de vingt-quatre heures, mais six jours après.

Une autre malade, que je vis avec M. Cloquet, avait aussi quelque chose de semblable et une distension énorme du ventre.

Une troisième, que j'ai vue il y a cinq ou six ans, rue du Cherche-Midi, avait aussi un kyste gélatiniforme.

Enfin, la quatrième, que j'ai vue à l'hôpital, avait un kyste très-complexe, en partie séreux, en partie gélatineux et même solide ; la malade était en proie à une fièvre hectique ancienne et était très-épuisée. On ne peut évidemment présenter ces faits comme des types des résultats ordinaires de la ponction palliative ; ce sont les seuls malheurs qui me soient arrivés dans des opérations de ce genre.

J'ai fait 310 ou 312 fois la ponction simple sur 95 ou 98 femmes ; je l'ai répétée 38 fois sur une d'elles, 13 ou 14 fois sur quelques-unes, et jamais je n'ai vu la mort survenir dans les vingt-quatre heures. D'après mes notes et mes souvenirs, les femmes ont survécu de six à dix-huit ans ; celle chez qui j'ai pratiqué 38 fois la ponction, a vécu quatorze ans. Cela ne ressemble en rien aux statistiques effrayantes que je viens de citer.

C'est que la statistique est comme les langues qu'Ésope servait sur la table du philosophe Xanthus : il n'y a rien de meilleur ni de plus mauvais. Excellente entre les mains de M. Louis, elle devient mauvaise entre beaucoup d'autres mains. A-t-on fait *in extremis* ces ponctions qui ont donné de si fâcheux résultats? On comprend alors qu'elles aient été suivies d'une mort prompte. Mais je ne veux pas m'arrêter plus longtemps à chercher la raison des différences entre les résultats indiqués par nos confrères d'Angleterre ou d'Allemagne, et ceux que nous observons tous les jours. Je crois pouvoir conclure que la ponction palliative n'est pas dangereuse, à moins de certains cas complexes ; elle n'est pas plus à rejeter que ne le serait la saignée, parce qu'elle produit quelquefois la phlébite.

Mais quels sont alors les avantages de la ponction palliative? Est-elle bonne à guérir? Oui, quelquefois; on vous en a cité quelques cas; j'en ai vu moi-même 2 ou 3. Je puis en rapporter un observé sur la femme d'un de nos confrères qui habite maintenant la province. Elle était atteinte d'un kyste de l'ovaire qui avait mis neuf ans à acquérir un volume énorme. La ponction faite, il y a près de dix ans, par M. Nélaton, donna issue à 22 ou 24 litres de sérosité. Aucun de nous ne songeait que cette femme pût guérir. Cependant rien n'est revenu dans son ventre. Il est donc vrai que la ponction palliative guérit quelquefois; mais ce sont encore là des guérisons exceptionnelles, comme celles qui ont lieu après la rupture elle-même des kystes. Il faut donc chercher autre chose.

Les ponctions palliatives ont encore un inconvénient très-grave, et M. Pidoux l'a bien fait ressortir dans un travail intéressant récemment publié; elles énervent, elles épuisent les femmes. Une quantité considérable de liquide (une ponction m'en a donné une fois jusqu'à 52 kilogr.) retirée d'un kyste ne saurait se reproduire dans l'espace de quelques mois aux dépens de l'organisme, sans que l'économie en soit singulièrement affaiblie. C'est donc de cette manière que les ponctions palliatives peuvent devenir dangereuses. Aussi ai-je l'habitude de ne pratiquer la ponction que quand on ne peut plus faire autrement, quand la gêne mécanique apportée aux fonctions rend à la femme la vie à charge. J'ai recours ensuite à une médication et à des moyens convenables: pommades fondantes, compression du ventre, laxatifs, etc., pour modérer le plus possible la reproduction de l'épanchement. Il ne faut user de la ponction évacuative qu'avec une extrême discrétion.

Nous n'avons plus maintenant à examiner que l'opération radicale, l'extirpation, avant d'en venir au traitement par les injections irritantes. En 1839, quand je rédigeais l'article des tumeurs du ventre pour mon TRAITÉ DE MÉDECINE OPÉRATOIRE, j'avais rassemblé 40 et quelques exemples d'ovariotomie, sur lesquels on comptait 15 à 18 morts. Cette opération m'a toujours étonné; ouvrir le ventre du sternum au pubis, faire sortir la tumeur au dehors, la disséquer des parties auquelles elle adhère, n'y a-t-il pas là quelque chose d'effrayant? Et cependant les mêmes auteurs qui déclarent si dangereuse une simple piqûre comme la ponction palliative, et lui attribuent la perte de la moitié des opérées, affirment qu'un tiers seulement des femmes succombe à de pareils délabrements. Cela ne me paraît pas même susceptible d'être accepté.

Je dis un tiers, parce que, dans un excellent résumé publié par un médecin des hôpitaux, M. Charles Bernard, dans les ARCHIVES de cette année, je trouve une statistique de l'ovariotomie ainsi composée: 292 extirpations de l'ovaire, 100 morts, 100 guérisons, 92 opérations incomplètes, sur lesquelles 30 morts. Savez-vous ce que c'est que l'opération incomplète? C'est le ventre fendu dans une étendue proportionnelle au volume du kyste, celui-ci trouvé trop adhérent pour être enlevé en totalité, la plaie refermée. Et cette opération incomplète a tué 30 femmes sur 92, tandis que la ponction en tuerait 21 sur 40! Dans un autre résumé de M. Ch. Bernard, nous trouvons 7 morts sur 13 ovariotomies; Atlee compte 15 morts sur 30 opérations.

Les guérisons obtenues par l'extirpation, j'avoue ne pas bien les comprendre; nous sommes déjà très-effrayés quand nous pratiquons au péritoine une simple boutonnière, comme dans l'opération de la hernie étranglée. Et ce serait une opération sans gravité qu'une ouverture aussi étendue de l'abdomen, une dissection du péritoine, comme pour une démonstration anatomique, l'ablation d'une tumeur qui ne peut se faire sans qu'on soit obligé de poser de nombreuses ligatures, quand des opérations bien plus simples en apparence amènent des résultats si fâcheux. Je n'y comprends rien, et j'en laisse l'explication à d'autres. Serait-ce que tous les cas malheureux n'ont pas été publiés? Que tous ceux annoncés comme heureux ne l'ont pas été en réalité? Quoi qu'il en soit, tenons compte de cet aveu: 30 femmes sont mortes des suites d'opérations incomplètes; elles eussent probablement vécu jusqu'au terme ordinaire de leur maladie si l'on n'avait pas touché à leurs kystes.

Pour moi cette extirpation est une opération redoutable, affreuse, et, si j'ai montré quelque tendance à l'admettre en 1839; aujourd'hui je la repousse absolument. Je n'admets pas cette opération, parce que si elle peut convenir, être pratiquée avec quelques chances de succès, c'est quand le kyste est peu volumineux; or, dans cet état, la vie n'est pas immédiatement menacée, elle peut se prolonger plusieurs années, tandis que, dans le plus grand nombre des cas, l'extirpation amènera la mort. Je crois que la chirurgie française ne doit pas envier l'ovariotomie à l'Angleterre et à l'Amérique; elle est aujourd'hui dans une excellente voie, à la fois hardie et prudente, et semble avoir renoncé aux opérations aventureuses; pour intervenir, elle veut avant tout que l'opération soit moins dangereuse que la maladie.

Tout cela n'étant pas séduisant, j'en viens à examiner les injections irritantes. Ce n'est pas une chose nouvelle que les injections irritantes dans les kystes de l'ovaire; cette méthode a suivi les phases diverses de l'opération de l'hydrocèle. Dès la fin du siècle dernier, en Angleterre et en France, des chirurgiens, parmi lesquels je citerai Bossu, avaient injecté des solutions vineuses dans les kystes de l'abdomen et même dans l'ascite. Il y a une trentaine d'années, M. Jobert avait également tenté cette médication; un médecin de province, dont le nom m'échappe, s'était livré à quelques opérations de la même nature. Pourquoi donc alors cette discussion sur les injections iodées cause-t-elle autant d'émotion dans le corps médical? C'est que les opérations que je viens de rappeler avaient produit beaucoup de morts. L'analogie ne leur était pas d'ailleurs favorable.

Quand on injectait du vin chaud dans la tunique vaginale, on déterminait une inflammation vive et très-douloureuse du sac; si quelques gouttes de vin étaient répandues dans le tissu du scrotum, il en résultait une inflammation gangréneuse et des phénomènes généraux très-graves. On devait redouter *à fortiori* une inflammation aiguë des kystes de l'ovaire et l'épanchement de quelques gouttes de l'injection vineuse dans le péritoine. On y avait donc à peu près renoncé.

Mais depuis que la teinture d'iode a été appliquée à la cure radicale de l'hydrocèle, la question a changé de face. J'ai pu remarquer depuis vingt ans que l'injection iodée dans la tunique vaginale ne déterminait que peu de douleur et qu'une inflammation modérée; qu'on pouvait sans danger abandonner dans la tunique vaginale une partie du liquide de l'injection, et que c'était même là une bonne manière de procéder; que si quelques gouttes du liquide s'échappaient dans les tissus environnants, elles étaient résorbées à peu près sans accident. Ces faits constatés et d'autres encore, je m'étais assuré que la teinture d'iode n'enflamme que les tissus avec lesquels elle se trouve en contact. Aussi, après avoir porté de l'iode dans des cavités closes, je n'ai point hésité à en injecter dans les hydrocèles congénitales, dans lesquelles on redoutait, à bon droit, d'injecter du vin chaud, de peur de déterminer une inflammation expansive qui s'étendît au péritoine par contiguïté. Avec la teinture d'iode, cette inflammation est si peu à craindre, qu'en l'injectant dans le sac d'une hydrocèle en communication avec l'abdomen, il est à peine nécessaire d'établir momentanément la séparation des deux cavités, par la pression avec le doigt au niveau de l'anneau inguinal.

Ayant vu tout cela, je m'étais dit: voilà un liquide qui devra être appliqué à beaucoup d'autres kystes, et je l'avais employé avec le même succès dans les kystes des différentes régions, les kystes du cordon spermatique, les anciens sacs herniaires, les kystes de l'aine, de la cuisse, de l'aisselle, du sein, de la thyroïde; je m'en suis servi encore avec succès contre les hydarthroses rebelles, et principalement contre celles du genou, la plus vaste articulation du corps; à la même époque, M. Bonnet (de Lyon) faisait les mêmes essais, et beaucoup de chirurgiens les répétaient de tous les côtés.

Il y a dix ans, lorsque je portai devant l'Académie ces faits (dont j'avais déjà donné connaissance à l'Institut en 1842), les injections iodées n'étaient pas encore entrées dans la pratique. Elles ont rencontré dans cette enceinte de redoutables adversaires, Blandin, Roux, Gerdy (et remarquez, puisque je parlais statistique tout à l'heure, qu'il semble y avoir du danger à s'opposer aux injections iodées; car aujourd'hui Blandin, Roux, Gerdy ont disparu, les seuls partisans de la méthode sont restés parmi nous).

Dès cette époque, en 1846, je ne bornais pas à l'hydrocèle l'emploi des injections iodées, mais j'en généralisais l'application et j'établissais, dans mon MÉMOIRE SUR LES INJECTIONS MÉDICAMENTEUSES DANS LES CAVITÉS CLOSES. (ANNALES DE LA CHIRURGIE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE, 1846):

1° Règle générale que la douleur et la réaction sont encore moindres dans les kystes étrangers au scrotum que dans l'hydrocèle proprement dite, ce qui s'explique par l'absence dans le premier cas, et par la présence dans le second d'un organe aussi sensible que le testicule;

2° Que la résolution, toutes choses égales d'ailleurs, est également un peu moins prompte dans la tunique vaginale que dans les kystes des autres régions;

3° Que partout où quelque plan osseux ou ostéo-fibreux forme les parois du kyste, la guérison se fait plus longtemps attendre, manque même quelquefois tout à fait; c'est ainsi que le succès des injections iodées n'a pas été constant quand je les ai pratiquées sur l'olécrâne ou sur le devant de la rotule;

4° Que si le kyste contient de la matière gélatiniforme ou grumeleuse, ou granulée, ou visqueuse, le succès, sans être impossible, est moins sûr, moins constant, que s'il s'agit de kystes franchement liquides, soit séreux, soit synoviaux, soit sanguinolents;

5° Que, selon toute apparence, le liquide iodé ne fait naître d'inflammation que sur les points de surface séreuse qu'il touche, et que l'inflammation, provoquée par son contact, est d'une nature tellement fixe qu'elle tend très-peu à s'étaler;

6° Que sans plaie extérieure, elle devient rarement purulente.

Tournant et retournant la question sous toutes ses faces, je ne puis m'empêcher de mettre en regard des injections iodées toute la grande classe des cavités closes, séreuses ou synoviales de l'économie... Il ne s'agissait plus de la teinture d'iode seulement, mais bien des injections irritantes en général, non plus du traitement de l'hydrocèle, qui ne laissait plus, du reste, que très-peu à désirer déjà, mais bien du traitement local de presque toutes les hydropisies, non plus des épanchements séreux proprement dits, mais des collections sanguinolentes de toute sorte, et même de certaines collections purulentes, d'une vaste question de thérapeutique, par conséquent.

L'application de cette méthode aux kystes de l'ovaire se trouve déjà nettement indiquée dans mes ELÉMENS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE (t. IV, p. 15), qui datent de 1839. Je disais à l'article Paracentèse:

« Ce que j'ai vu des injections iodées dans l'hydrocèle et les kystes séreux me porte à penser qu'elles offriraient encore plus de chances de succès que le vin dans l'ascite et les kystes de l'abdomen. »

Et, en effet, qu'ils soient ou non comparables aux autres kystes, l'expérience est déjà considérable. M. Robert a appliqué l'un des premiers les injections iodées aux kystes de l'ovaire; des chirurgiens les ont employées en Angleterre et en Allemagne. M. Boinet s'est emparé de cette méthode et l'a faite sienne en quelque sorte par les applications nombreuses qu'il en a faites et les modifications heureuses qu'il lui a apportées dans la pratique.

MM. Jobert, Monod, Huguier, Demarquay, Fock, Briquet, Nélaton, Rouyer (de Sainte-Ménehould), ont également apporté leur contingent de faits, qui forment un ensemble de 130 cas, en y comprenant les miens. Peut-être cependant ce chiffre est un peu trop élevé; quelques-uns des 12 faits de M. Briquet font double emploi probablement avec ceux de la pratique de M. Boinet; M. Demarquay a peut-être aussi compris parmi les siens quelques-uns des cas de M. Monod; M. Jobert a fait 26 opérations de ce genre, et, dans son discours de mardi dernier, il ne parle que de 10 opérées; ses 26 opérations auraient-elles été pratiquées sur 10 malades? En dernier résultat, sur 130 opérations, il y a eu 30 morts et 64 cas de guérison; dans les autres cas, il y a eu récidive.

30 morts sur 130 opérées, c'est beaucoup déjà, et si je repousse impitoyablement l'extirpation, parce qu'elle tue un tiers des malades, je ne devrais pas être disposé à soutenir les injections iodées.

M. Cazeaux : Il faudrait distinguer les cas.

M. Velpeau : 64 cas de guérison, c'est plus de moitié cependant, et il faut ajouter qu'ici les faits sont mieux observés, et qu'il n'y en a pas beaucoup qui aient passé inaperçus. Maintenant, pourquoi un certain nombre de femmes ont-elles succombé après les injections d'iode; c'est ce qu'il convient d'examiner. Les injections iodées me paraissent tout d'abord offrir plus de danger que la ponction palliative.

La nature des kystes de l'ovaire est très-variable; ils ne sont pas toujours purement séreux. Le diagnostic différentiel en serait assez facile, d'après quelques-uns de nos collègues; je leur en fais mon compliment, car il m'a toujours paru très-difficile, quant à moi. Il y a les kystes du corps de Wolff ou de Rosenmüller, sur lesquels MM. Follin et Verneuil ont publié d'intéressants travaux; il y a de ces kystes singuliers, gros comme une noisette ou comme une noix, et qui sont appendus par un fil aux ligaments larges comme un nid de loriot à une branche; comment les distinguer? Il y a les kystes de la matrice, dont M. Huguier a donné une excellente description, et dont la face interne est couverte d'un épithélium épais, qui permet très-difficilement d'obtenir une inflammation adhésive. Dans les kystes de l'ovaire eux-même, les uns, ayant eu pour point de départ une vésicule de Graaf, contiennent un liquide gélatineux ou sanguinolent, les autres un liquide séreux; les kystes du péritoine se rapprochent, comme ces derniers kystes ovariques, de la constitution anatomique de l'hydrocèle, et se prêtent à un traitement identique. Or, pour apprécier la valeur réelle des injections iodées dans le traitement des kystes de l'ovaire, il faudrait les distinguer entre eux, et on ne le peut pas. Quand le liquide est franchement séreux, les injections iodées constituent une excellente méthode de traitement; mais il n'en est pas de même ailleurs; il en résulterait donc qu'il faut les réserver pour les kystes séreux. Cependant, j'ai vu les injections de teinture d'iode réussir dans le cas de collection hématique, et je pense qu'elles sont encore applicables aux kystes qui renferment un liquide gras, sanguinolent.

Mais il y a quelque chose de mieux et de plus intéressant; j'ai constaté, et je le disais déjà en 1846, que l'on peut trouver dans le même kyste des liquides de nature et de densité différentes, dans diverses ponctions. Un kyste aujourd'hui sanguin sera dans quinze jours un kyste séreux; j'ai constaté que, l'épanchement sanguin étant vidé, la sérosité seule du sang vient remplir la cavité accidentelle en s'ajoutant au liquide aqueux sécrété par les parois. On peut donc transformer, en une ou deux ponctions, un hématocèle en hydrocèle. Les abcès sanguinolents, froids, simples, sans altération osseuse, se transforment quelquefois aussi en collection séreuse, après une ou deux ponctions. J'ai vu la ponction évacuer un liquide purulent d'un kyste, et ce liquide remplacé plus tard par de la sérosité limpide. De là un enseignement pratique; si, par une première ponction, on retirait d'un kyste un liquide visqueux, gluant, il faudrait, par des ponctions successives, essayer de le transformer en kyste séreux avant de recourir à l'injection iodée.

En dehors des inconvénients même qui résultent de la constitution particulière de certains kystes, on pouvait redouter encore les dangers d'une inflammation trop étendue; il paraît démontré aujourd'hui que cette crainte n'a rien de fondé.

Sur les 30 cas de morts de la statistique que j'indiquais tout à l'heure, 20 appartiennent à un certain procédé, celui qui consiste à maintenir dans la plaie la canule du trocart; or ce procédé, que j'ai toujours trouvé mauvais, me paraît maintenant jugé. C'est à tort qu'on a confondu les ponctions suivies d'une injection iodée, puis de l'occlusion immédiate du kyste, avec les procédés où un corps étranger est laissé dans une ouverture permanente de la tumeur. Si vous injectez de la teinture d'iode dans une hydrocèle et que vous refermiez immédiatement l'ouverture, vous avez fait à peu près une ponction sous-cutanée; il n'y a pas de suppuration. Si vous laissez, au contraire, la cavité ouverte, il est inévitable que le kyste suppure, et, s'il s'agit d'un sac d'une capacité de 30 litres, par exemple, comment voulez-vous qu'une femme résiste à une pareille sécrétion? Les injections iodées peuvent bien, combinées avec l'emploi de la canule à demeure, modérer l'abondance de la suppuration, en corriger les qualités mauvaises, mais elles ne la tarissent pas. La statistique démontre d'ailleurs que les deux tiers de la mortalité, dans le traitement des kystes ovariques par les injections d'iode, appartiennent à la présence de la canule à demeure; les faits de M. Robert, de M. Briquet, de Fock, sont là pour le prouver. Otez ces 20 cas, il reste 10 morts contre 64 guérisons.

Et songez que ce mode de traitement n'a été appliqué jusqu'ici qu'en tâtonnant, que c'est une chose encore à l'étude, et vous comprendrez très-bien qu'il soit possible d'arriver à un résultat meilleur.

La suppuration est à craindre alors même que la canule ne serait maintenue que quelques heures ou quelques jours, comme fait M. Jobert. On veut, par cette pratique, empêcher que le liquide ne se répande dans le péritoine. Mais, lorsqu'on a retiré quelques litres de liquide d'un kyste et qu'on a remplacé ce liquide par quelques onces de solution iodée, il n'est guère possible que cette solution aille sortir par la plaie de la ponction, située à la partie supérieure de la tumeur. Dans les cas où la mort a eu lieu, ce n'est pas par le fait du liquide épanché dans le péritoine; ordinairement la mort n'a pas été immédiate. J'avoue, d'ailleurs, que je ne serais nullement tourmenté si quelques gouttes de teinture d'iode tombaient dans le péritoine. Au surplus, le kyste, en se retirant, échappe à la canule.

Déduction faite des cas où l'on a maintenu dans le kyste une canule à demeure, il n'y a plus que 10 morts à opposer à 64 guérisons. La ponction suivie d'injection iodée ne paraît donc point beaucoup plus dangereuse que la ponction palliative; c'est là un grand point, parce que, devant la ponction palliative, personne ne recule. C'est un des points thérapeutiques qu'il importe de généraliser, parce qu'on aurait alors, dans les injections iodées, si la question était bien résolue dans ce dernier sens, un moyen de guérir 3 malades sur 4. La science et l'humanité sont également intéressées à voir la question promptement tranchée.

J'arriverais pour moi à ces conclusions :

1° Que les kystes de l'ovaire ont une durée variable, qui est ordinairement de six, dix, douze ans;

2° Que, dans certains cas rares, ils peuvent guérir spontanément ou par certains moyens thérapeutiques;

3° Que leur guérison peut avoir lieu par suite d'une rupture, bien que cet accident soit le plus souvent funeste;

4° Que la ponction palliative des kystes de l'ovaire n'est pas une opération dangereuse; qu'elle peut amener la guérison définitive dans certains cas, très-exceptionnels à la vérité; qu'elle a l'inconvénient grave de produire ou de hâter l'épuisement de l'économie, par la soustraction d'une quantité considérable de liquide,

5° Que l'extirpation des ovaires est une opération affreuse et doit être proscrite, quand même les guérisons annoncées seraient réelles;

6° Que les seules injections irritantes franchement utiles à employer sont les injections iodées, et que celles-ci sont utiles à tous les kystes séreux de l'abdomen, appartenant à l'ovaire ou étranger à cet organe. Quant aux kystes multiples, aréolaires, compliqués de dégénérescences, il ne faut pas y toucher;

7° Que, pour les autres kystes visqueux, gélatineux, hématiques, il y aurait lieu à les évacuer et à voir si la nature du liquide ne serait pas modifiée après plusieurs ponctions. On pourrait guérir de cette façon le quart ou la moitié de ces kystes.

Il est cinq heures moins un quart, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Larrey sur les candidatures à la place vacante dans la section de pathologie externe.

BIBLIOGRAPHIE.

LES APPLICATIONS NOUVELLES DE LA SCIENCE A L'INDUSTRIE ET AUX ARTS EN 1855; par M. Louis Figuier.

L'histoire des découvertes les plus importantes de ce siècle et les applications si heureuses que la science a su réaliser excitent au plus haut degré l'intérêt des personnes éclairées. L'homme du monde, comme le savant, comprend l'utilité des notions scientifiques et veut connaître l'origine et la cause des merveilles qui l'entourent. Qui pourrait, en effet, rester insensible en observant l'énorme puissance des locomotives et la vitesse prodigieuse avec laquelle les convois sont emportés? Qui n'a pas été ému par les résultats presque fabuleux de la télégraphie électrique? Les machines à vapeur, les moteurs électro-magnétiques, l'horlogerie électrique, la gravure photographique, l'éclairage et le chauffage par le gaz, la fabrication des bougies stéariques, la conservation des matières alimentaires, et une foule d'autres découvertes qui ont été faites au grand profit de la vie et de la science, étonnent et intéressent à la fois un nombre considérable d'esprits. Tout le monde veut être initié aux principes des sciences physiques et chimiques et désire avoir une idée exacte des découvertes qui frappent chaque jour nos yeux. Du reste, dans l'étude de la nature ou dans les applications de la science, il n'est pas nécessaire d'avoir la connaissance des moyens à l'aide desquels on est arrivé aux résultats obtenus, il suffit pour l'homme du monde de connaître ces mêmes résultats. Or cette étude n'exige que du bon sens et quelques moments d'attention suffisent le plus souvent pour acquérir des connaissances qui nous procurent de grandes jouissances.

C'est pour répondre à ce besoin si légitime que M. Figuier a publié,

il y a quelques années, un livre intéressant qui a pour titre : EXPOSITION ET HISTOIRE DES PRINCIPALES DÉCOUVERTES SCIENTIFIQUES MODERNES. Dans ce livre, l'auteur s'est proposé de « rechercher l'origine de chacune des principales inventions scientifiques modernes, de raconter ses progrès et ses développement successifs, et d'exposer son état actuel et les principes sur lesquels elle est fondée. » Cet ouvrage, écrit avec une grande clarté et dépouillé des formes arides de la science, a obtenu un grand succès, et déjà en 1855 il comptait quatre éditions. Dans l'ouvrage actuel, qui est en quelque sorte le complément du premier, M. Figuier s'est attaché à présenter les applications nouvelles de la science et à pénétrer plus profondément dans chacune d'elles. Une lucidité remarquable, un style élégant, une grande habileté dans les démonstrations et des aperçus ingénieux rendent la lecture de ce livre très-attachante.

M. Figuier consacre quelques chapitres pleins d'intérêt aux applications mécaniques de la vapeur qu'il divise en trois ordres principaux : en machines fixes employées dans les ateliers et les usines, en machines de navigation qui impriment le mouvement aux navires et aux bateaux de rivière, en locomotives auxquelles on peut joindre les locomobiles employées dans les opérations agricoles. Il résume d'abord le principe d'action de la machine à vapeur, et dans une description claire et concise, il fait comprendre le jeu de la *machine à haute pression* imaginée vers la fin du siècle dernier par un constructeur américain. Mais la première machine que l'on ait mise en usage dans notre siècle fut celle de James Watt, qu'il nomma *machine à condenseur*. La plupart des machines à vapeur sont construites d'après ces deux systèmes que l'on réunit souvent, de manière qu'on se sert à la fois de la condensation de la vapeur et de la vapeur à haute pression. Ajoutons enfin qu'on emploie aussi dans l'industrie la machine de Wolf. M. Figuier passe en revue les perfectionnements apportés par un grand nombre de constructeurs français ou étrangers.

Depuis quelques années, la pensée de remplacer la puissance de la vapeur par celle du fluide électrique préoccupe les esprits, et le prix de 50,000 fr. qui sera décerné au physicien qui aura fait une découverte importante parmi les nombreuses applications de l'électricité, excite l'ardeur des savants et des industriels. Si on ignore la nature du courant électrique, si personne jusqu'ici n'a pu approfondir ce mystère, tout le monde a observé les effets variés de sa puissance. Il suffit de faire circuler autour d'un barreau de fer le courant d'une pile, en enroulant plusieurs fois le fil conducteur, pour aimanter ce barreau et pour lui communiquer une force d'attraction considérable. C'est ainsi que la Faculté des sciences de Paris possède un électro-aimant assez puissant pour soulever un poids de 2,500 kilogr. On comprend qu'en établissant et en détruisant instantanément la communication d'un électro-aimant avec la pile voltaïque, on puisse en faire un appareil moteur. De nombreuses tentatives ont été faites depuis une vingtaine d'années sur les applications mécaniques de l'électricité ; mais les plus remarquables sont celles de MM. Jacobi, Patterson, Taylor, Page, Froment, etc. Les appareils de celui-ci ont déjà reçu la sanction de la pratique, puisqu'ils servent depuis longtemps à mettre en action une partie de ses ateliers. Les principaux appareils électro-moteurs présentés à l'Exposition universelle sont ceux de MM. Froment, Larmenjeat, Loiseau, Roux, etc. M. Figuier insiste sur les avantages qui résulteraient de l'électricité employée comme agent mécanique et consacre trois excellents chapitres à l'application de l'électricité aux horloges, au tissage électrique, à la télégraphie électrique appliquée aux chemins de fer pour la sécurité des convois, et aux expériences si intéressantes de M. Bonelli sur le télégraphe des locomotives.

M. Figuier a examiné avec un soin tout particulier l'état actuel et les progrès de la photographie, de la gravure photographique, de la galvanoplastie, des lampes, des bougies stéariques, de l'éclairage et du chauffage par le gaz. L'article *Bougies stéariques* est rempli de faits curieux et instructifs. Grâce aux progrès de la chimie et des arts mécaniques, le commerce livre aujourd'hui la bougie presque au même prix que la chandelle. L'auteur fait connaître par quel concours de travaux et de découvertes on a pu obtenir un pareil résultat. Le fait essentiel, on le sait, c'est d'avoir transformé le suif en une matière sèche et peu fusible. M. Chevreul, dont les chimistes connaissent les belles recherches sur les corps gras, avait prouvé que la stéarine, l'oléine et la margarine, découvertes par Braconnot, sont des composés de glycérine et d'acides stéarique, oléique et margarique, et qu'en soumettant ces sortes de savons à l'action des alcalis caustiques, la glycérine est mise en liberté, tandis que les acides stéarique, margarique et oléique se combinent avec l'alcali employé. Ainsi, en saponifiant le suif à l'aide de la potasse ou de la soude, et en décomposant ensuite ce savon par l'acide sulfurique ou chlorhydrique, on peut isoler les acides stéarique et oléique. Il suffit après cela de séparer l'acide oléique qui est limpide pour obtenir l'acide stéarique propre à la confection des bougies. Gay-Lussac et M. Chevreul entreprirent de saponifier le suif par la soude, mais leurs tentatives, ainsi que celles de M. Cambacérès, furent infructueuses. Cependant les efforts de celui-ci ne furent pas inutiles aux progrès de cette belle industrie. Ainsi c'est lui qui remplaça les mèches de coton telles qu'on les emploie pour les chandelles par les mèches nattées et tressées dont on se sert encore aujourd'hui. Ces mèches sont formées de trois fils de coton tressés, tordus en sens opposé. A mesure que la bougie brûle, cette torsion est détruite, la mèche se courbe, et le charbon qui se trouve à l'extrémité étant ainsi mis en contact avec l'air extérieur, y brûle facilement. Cet artifice, qui n'était pas applicable à la chandelle, dispense de moucher la bougie.

C'est à M. de Milly qu'est due la découverte la plus importante dans l'industrie stéarique ; c'est tout simplement la substitution de la chaux à la soude caustique pour la saponification du suif, mais cette modification détermina réellement la création de cette industrie. Lorsqu'on traite le suif par la chaux, on obtient un savon calcaire qui fournit, par l'action de l'acide sulfurique, les acides stéarique et oléique. Par la pression, on sépare facilement l'acide stéarique qui est solide, de l'acide oléique liquide. M. de Milly employa en outre l'acide borique dans la préparation des mèches, afin de rendre la combustion parfaite. Enfin, par un procédé particulier de moulage, il empêcha la cristallisation de l'acide stéarique et obtint ainsi des bougies lisses, unies et parfaitement moulées. Un autre procédé de préparation des bougies au moyen de la distillation des corps gras a apporté à cette industrie de nouvelles ressources. Il permet, en effet, d'employer les produits les plus altérés, les graisses les plus rances et les résidus les plus impurs. M. Figuier expose avec quelques détails cette méthode nouvelle que les fabricants se préparent à mettre en pratique.

M. Figuier a passé en revue, dans deux articles écrits avec talent, les perfectionnements nouveaux introduits dans l'éclairage au moyen des lampes et dans l'éclairage et le chauffage par le gaz. Les deux systèmes de lampes qui jusqu'ici méritent la préférence sont ceux de Carcel et de M. Franchot. Avant la découverte de la lampe Carcel, le réservoir d'huile était ou supérieur au bec, ou bien placé circulairement. Il en résultait plusieurs inconvénients qui disparurent lorsqu'on put placer le réservoir au pied de la lampe, et fournir constamment à la mèche la quantité d'huile nécessaire à la combustion. C'est à l'aide d'un mécanisme d'horlogerie qui fait mouvoir une petite pompe foulante que l'huile arrive jusqu'à la mèche.

M. Gagneau a remplacé la pompe unique de la lampe primitive de Carcel par deux pompes qui élèvent avec une grande régularité l'huile dans le même conduit. L'huile pénètre dans un petit réservoir plein d'air, et cet air comprimé force le liquide à s'élever jusqu'au bec. Après avoir rendu justice à la découverte de Carcel, M. Figuier fait connaître les inconvénients de ce système. Son prix élevé, son mécanisme délicat et fragile, des réparations fréquentes qui ne peuvent être exécutées que par des ouvriers spéciaux, sont autant de causes qui s'opposent à ce qu'il devienne d'un usage populaire.

Dans la lampe de M. Franchot, qui porte le nom de *lampe à modérateur*, le mécanisme d'horlogerie est remplacé par un ressort à boudin qui fait mouvoir un piston destiné à chasser l'huile dans l'intérieur d'un tube vertical. Le ressort tendu à l'aide d'une clef extérieure se détend peu à peu par l'effet de son élasticité, et le piston qui s'abaisse force l'huile à s'élever jusqu'à la mèche. Mais la tension du ressort diminuant peu à peu, il était nécessaire de régulariser par un artifice mécanique l'ascension de l'huile pendant toute la durée de la détente du ressort. M. Franchot a obtenu ce résultat en introduisant dans l'intérieur du tube d'ascension une tige métallique qui est fixée au piston et qui suit tous ses mouvements. « Pendant les premiers temps de la détente du ressort, dit M. Figuier, cette tige métallique remplit presque toute la capacité intérieure du tube d'ascension de l'huile ; elle offre par conséquent au passage du liquide un obstacle qui a pour résultat de diminuer la quantité d'huile portée à la mèche. Mais à mesure que le piston descend, cette tige, qui descend avec lui, laisse au passage de l'huile un espace qui devient progressivement plus grand et permet l'arrivée d'une quantité d'huile de plus en plus considérable. » Cette tige porte le nom de *modérateur*.

Le bas prix des lampes à modérateur, la simplicité de leur mécanisme, la régularité de leur marche, la facilité avec laquelle on les construit et on les répare les font rechercher par toutes les classes de la société. Elles remplacent presque partout les lampes Carcel.

Le chauffage par le gaz est une des applications les plus curieuses de

notre époque, il est établi depuis quelque temps dans plusieurs villes de l'Allemagne, et on compte déjà, à Berlin, 8,000 becs de gaz qui sont consacrés au chauffage. MM. Georgi et Elsner essayent de faire accepter en France l'emploi du gaz comme combustible dans l'intérieur des maisons. Espérons que leurs efforts seront couronnés de succès. Ces deux industriels ont construit un grand nombre d'appareils extrêmement ingénieux pour le chauffage des appartements, pour le service des cuisines et pour diverses industries. La combustion du gaz a lieu dans les appartements sans établir aucune communication avec l'air extérieur pour le dégagement des produits de la combustion. On assure que cette pratique n'offre aucun inconvénient pour la santé des hommes, mais la quantité d'acide carbonique qui se produit pendant la combustion du gaz est tellement considérable qu'il me semble indispensable d'établir une communication avec le dehors.

De tous les gaz, celui qui convient le mieux comme moyen de chauffage, c'est le gaz qui provient de la décomposition de l'eau. En effet, c'est celui qui a la puissance calorifique la plus élevée, et qui est par conséquent le plus économique comme agent de calorique. De plus, le gaz hydrogène ne produit que de l'eau par sa combustion au contact de l'air et ne verse dans l'atmosphère aucun produit nuisible. Il faudrait donc employer spécialement le gaz hydrogène pour le chauffage, et le gaz de houille pour l'éclairage.

M. Figuier a exposé dans un long chapitre les nouveaux procédés de conservation des substances alimentaires. C'est, en effet, une des questions qui intéressent au plus haut degré l'alimentation de l'homme et qui méritent le plus sérieux examen au point de vue de l'hygiène publique. Les matières organiques exposées à l'action des agents extérieurs présentent des phénomènes particuliers auxquels on a donné le nom de fermentation, et personne n'ignore qu'elles ne se putréfient que sous l'influence de l'eau, de l'oxygène et d'une température convenable. Quand elles sont soustraites à l'action de l'un de ces agents, elles ne fermentent pas; aussi les nombreux procédés qui ont été imaginés pour la conservation des aliments sont-ils basés sur ces données élémentaires. M. Figuier examine successivement les procédés d'Appert, de MM. Fastier, de Lignac, Cellier, Lamy, Callamaud, Gail Bordeu pour la conservation des viandes, de MM. de Lignac et Mabru pour la conservation du lait, et enfin de MM. Masson, Chollet et Morel-Fatio pour la conservation des légumes. Il fait connaître, avec une remarquable lucidité, les divers moyens employés par ces honorables industriels, et après en avoir discuté la valeur, il conclut avec raison que, pour la conservation des viandes, la méthode d'Appert n'a reçu aucun perfectionnement notable, et que tous les moyens proposés dans ces derniers temps n'ont fourni que des résultats négatifs.

M. Figuier traite de l'aluminium dans le dernier chapitre de son livre. On sait que la découverte de M. Deville a vivement excité l'intérêt de tous les hommes éclairés. M. Wolher avait obtenu, en 1827, avec le chlorure d'aluminium, une poudre grise, très-oxydable, et qui n'entrait pas en fusion même à la température la plus élevée; et en 1854, M. Deville annonça au monde savant qu'on pouvait retirer de l'argile un métal brillant, d'une couleur intermédiaire entre celles de l'argent et du platine, plus léger que le verre, d'une sonorité excessive, d'une ténacité considérable, ductile et malléable et entrant en fusion à une température peu élevée. Ce métal jouissait de propriétés chimiques extrêmement intéressantes. Ainsi, il était inaltérable à l'air sec ou humide, résistait à l'action des acides sulfhydrique, azotique et sulfurique. Les recherches que M. Deville a poursuivies avec une infatigable persévérance depuis deux ans donnent l'espoir que l'industrie pourra livrer bientôt à bas prix ce métal qui est appelé à rendre d'importants services à l'économie domestique et à l'industrie.

POGGIALE.

VARIÉTÉS.

— La Société royale de Londres vient de décerner sa grande médaille à M. Milne-Edwards, doyen de la Faculté des sciences de Paris, pour ses travaux relatifs à l'*anatomie comparée* et à la *zoologie*.

Les divers membres étrangers auxquels cette Société avait déjà accordé la même récompense sont MM. Biot, Dumas, Becquerel, Leverrier et Regnault en France, de Humboldt, Müller, Encke, Mitscherlich et Liebig en Allemagne, Hansen et Struve en Russie, et Plana à Turin. On voit, par cette liste, que ses choix portent tour à tour sur les principaux représentants des diverses branches de la science.

— Un concours pour l'admission aux emplois de médecin stagiaire à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaire de Paris s'ouvrira :

A Strasbourg, le 3 janvier 1857;
A Montpellier, le 12 du même mois;
A Paris, le 20 du même mois.

L'administration de la guerre se réserve de n'ouvrir le concours qu'autant qu'un certain nombre de candidats y prendraient part; il importe en conséquence que les candidats fassent connaître promptement leur intention, en requérant leur inscription sur une liste ouverte à cet effet dans les bureaux de MM. les intendants des 1re, 6e et 10e divisions militaires.

La clôture de cette liste aura lieu le 20 décembre prochain.

— CONCOURS D'ÉLÈVES EN MÉDECINE ET EN CHIRURGIE DE PREMIÈRE CLASSE ET DE DEUXIÈME CLASSE A L'HÔTEL-DIEU DE MARSEILLE. — Le mercredi 10 décembre 1856, à huit heures du matin, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu de Marseille, un concours public pour trois places d'élèves en médecine et en chirurgie de première classe.

Le lundi 29 décembre, à trois heures du soir, un autre concours sera ouvert, dans le même hôpital, pour trois places d'élèves en médecine et en chirurgie de deuxième classe. — Ce nombre pourra être augmenté en cas de nouvelles vacances avant le concours.

Ces deux concours auront lieu devant la commission administrative, assistée d'un jury médical.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel Dieu, et produire un certificat de moralité, récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence.

Les candidats pour le premier concours auront de plus à justifier du nombre de douze inscriptions.

Ceux qui seront élèves de deuxième classe, en activité de service à l'Hôtel-Dieu, seront dispensés de ces formalités. Ils se borneront à se faire inscrire.

Épreuves du premier concours (pour les élèves de première classe) :
1° Anatomie (préparation et démonstration). Physiologie (épreuve orale).
2° Pathologie chirurgicale (épreuve écrite).
3° Rédaction de deux observations, l'une de médecine, l'autre de chirurgie.
4° Manuel de bandages et petite chirurgie.

Épreuves du deuxième concours (pour les élèves de deuxième classe) :
1° Anatomie (ostéologie, myologie) (épreuve orale).
2° Pathologie chirurgicale élémentaire (épreuve écrite).
3° Bandages et petite chirurgie.

Après le rapport du jury d'examen, la commission administrative nommera les élèves.

Les élèves nommés entreront en exercice au 1er janvier 1857.
La fin de leur exercice est fixée au 31 décembre 1859.
Ils seront tenus de se conformer aux règlements de l'Hôtel-Dieu.
Lorsqu'ils seront de garde, ils seront nourris dans l'établissement.
Les élèves de première classe jouiront d'un traitement de 800 fr. par an. Ceux de deuxième classe auront un traitement de 300 fr. par an.

Les élèves de deuxième classe sont admissibles de droit aux concours d'élèves de première classe et même de chefs internes, sans avoir à justifier du nombre de douze inscriptions exigé dans ces concours.

— Nous apprenons la mort de M. le docteur Dozy, membre de l'Académie royale des sciences d'Amsterdam.

— La cour impériale de Bordeaux (chambre correctionnelle) vient de rendre un arrêt très-important en matière d'homœopathie. Elle a relaxé un médecin homœopathe d'Angoulême prévenu d'avoir distribué des globules à ses clients. L'arrêt juge que ce n'est pas là débiter des médicaments en contravention à la loi de l'an XI.

— Au dernier *meeting* de la Société médicale et chirurgicale de l'armée britannique, il a été unanimement décidé qu'une souscription serait ouverte parmi les officiers de santé de l'armée « pour perpétuer par quelque souvenir durable (*some lasting memorial*) la mémoire de leurs confrères, militaires ou civils, morts pendant la dernière guerre. »

— Le rapport de la commission chargée du recensement de l'Irlande établit que, pour la période de 1841 à 1851, la dyssenterie a été la principale forme épidémique et la plus meurtrière : elle a enlevé 93,232 personnes; tandis que, dans la période de 1831 à 1841, la *dyssenterie* et la *diarrhée* réunies n'avaient donné que 10,744 morts. Les décès par suite de fièvre ne s'étaient élevés, dans cette dernière période, qu'à 112,072, tandis que, de 1841 à 1851, le chiffre des décès rapportés à la même cause est de 222,029.

— Une portion notable des dentistes de Londres demande que la profession de dentiste soit astreinte au diplôme.

— Un nouveau journal de médecine vient de paraître à Paris; il est intitulé : REVUE ÉTRANGÈRE MÉDICO-CHIRURGICALE, et est spécialement destiné, ainsi que son titre l'indique, à donner la traduction des travaux publiés dans la presse médicale étrangère.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

LA SPIROMÉTRIE ET LES SPIROMÈTRES.

En France, jusque dans ces derniers temps, on avait négligé, à peu près complétement, les questions relatives à la détermination de la capacité vitale du ponmon qui, depuis 1846, préoccupent cependant assez sérieusement de savants physiologistes et pathologistes de l'Angleterre et de l'Allemagne surtout; mais il s'est produit, tout récemment, devant les Académies des sciences et de médecine, et notamment encore dans la dernière séance de l'Académie de médecine, des faits qui semblent prouver que, chez nous aussi, les esprits commencent à se tourner vers ces études. Ce sont là des motifs suffisants pour nous engager à nous occuper de cette question, à rechercher l'origine, à poursuivre les différentes phases et à préciser l'état présent de tout ce qui se rapporte à la science spirométrique.

§ I. — DIFFÉRENCE ENTRE LA CAPACITÉ VITALE ET LA CAPACITÉ ABSOLUE DU POUMON.

Les traités de physiologie et de pathologie, même les plus modernes, gardent un silence à peu près complet sur l'importante question de la capacité vitale du poumon; nous trouvons à peine, dans les ouvrages les plus considérables, quelques indications, peu concordantes encore, relatives à la quantité d'air que peut contenir le poumon. Cette appréciation absolue ou relative ne repose encore que sur des recherches entreprises sur l'appareil respiratoire, *post mortem*, en dehors de toute influence organique, de toute activité vitale, et elle ne tient compte que du volume d'air que les cellules pulmonaires sont capables de recevoir. Quoiqu'une détermination de cette nature ait une importance plutôt anatomo-physiologique que pathologique, elle ne mériterait pas moins d'être fixée chez l'homme et dans la série animale.

La capacité vitale du poumon touche, au contraire, à ce qu'il y a de plus pratique dans l'art de guérir; elle nous permettra de juger l'intégrité des fonctions respiratoires et de remédier, en temps opportun, aux désordres qui les troublent; elle est déterminée, sur le vivant, par le volume d'air qui pénètre dans la poitrine pendant l'inspiration, et par celui qui en est chassé pendant l'expiration. Ces deux espèces de données, comme tous les physiologistes le savent aujourd'hui, ne représentent pas la quantité absolue d'air dont le poumon est capable, puisque cet organe se désemplit plus ou moins incomplétement, en vertu du vide virtuel qui tend à se former entre lui et la paroi de la cage thoracique dans l'expiration; d'autre part, il se remplit également à des degrés variables dans l'inspiration, selon l'élasticité dont est doué le parenchyme pulmonaire et aussi selon l'énergie des muscles inspirateurs; ainsi quel que soit l'effort que nous fassions pour chasser l'air de la poitrine, il y en reste toujours une proportion qui varie, non-seulement chez des individus différents, mais encore chez le même individu dans nombre de circonstances. Il n'y a donc en circulation qu'un volume d'air inférieur à celui que peut renfermer le poumon, et c'est d'après la quantité de ce fluide circulant qu'on estime seulement la capacité vitale, laquelle pourrait, avec raison, représenter l'activité fonctionnelle du poumon. Le but de nos recherches entreprises à l'aide d'instruments variés et encore généralement peu connus, mais dont nous promettons de donner et la description et la critique, consiste surtout à apprécier l'état de ces fonctions aux différents âges de la vie, de même que dans les conditions physiologiques et pathologiques, à prouver que c'est là pour la médecine une méthode d'exploration nouvelle qui, sans exclure les autres moyens physiques dont elle se sert pour découvrir les maladies de l'appareil respiratoire, donnera les indications les plus précieuses, nous ne craignons pas de l'avouer, surtout dans les cas où la percussion et l'auscultation, certes employées aujourd'hui d'une manière trop exclusive, sont en défaut, ou nous laissent dans l'incertitude.

Tels sont certaines pleurésies, un grand nombre d'états qui prédisposent à la phthisie pulmonaire et toutes les espèces de cachexies ou consomptions où le travail de désorganisation n'envahit le poumon que plus ou moins tardivement.

§ II. — ÉTAT DE LA QUESTION AVANT L'EXISTENCE DES SPIROMÈTRES.

Nous avons cherché vainement, dans les écrits antérieurs à notre siècle, une mention pouvant se rapporter au nouveau moyen d'investigation pathologique que nous étudions en ce moment; nous ne trouvons, en effet, dans les expériences physiologiques tentées par Borelli (1), renouvelées par Jurin, par Keill (2) et par Hales (3), que de vagues inspirations d'une méthode scientifique dont les résultats n'offrent encore rien de précis; c'est à peine si le TRAITÉ D'ANATOMIE de Sœmmerring contient une appréciation approximative du volume d'air inspiré pendant l'acte calme et normal de la respiration; ce serait, selon cet anatomiste : pour un petit poumon, de 3 à 13 p. c. (49 à 213 centim. cubes); pour un poumon moyen, de 14 à 20 p. c. (229 à 328 centim. cubes), et pour un poumon grand, de 20 à 40 p. c. (328 à 656 centim. cubes). De même, pendant la respiration calme, le volume d'air mis en circulation a été mesuré par un certain nombre de physiologistes qui ont trouvé des quantités variables; c'est ainsi que pour Abilgaard il est compris entre 59,5 et 119 centim. cubes; pour Wurzer entre 119 et 159; pour Davy entre 198 et 258; pour Allen et Pepys, 327; pour Dalton, 595; pour Bostock et Menzie, 833 centim. cubes. Vierordt (4) a obtenu pour lui-même des nombres compris entre 177 et 699, et Valentin (5) pense qu'on peut admettre le nombre rond de 500 centim. cubes.

Mais pour déterminer la capacité vitale du poumon avec une certaine garantie d'exactitude, il ne peut plus être question de mouvements respiratoires ordinaires, il faut un critérium uniforme et comparable, une inspiration et une expiration aussi grandes que possibles. C'est en agissant ainsi que Davy a obtenu 3,800 centim. cubes, Bostock 3,400, Valentin 2,800 et Thomson 4,000 centim. cubes.

Ces résultats, qui ne reposent que sur un très-petit nombre d'expé-

(1) DE MOTU ANIM. PROP., 81, 1679.
(2) TENTAM. MED. PHYS.; 1708.
(3) HALES STAT.; 1732.
(4) IN R. WAGNER'S HANDWB. D. PHYSIOL.; B. D; 1844.
(5) PHYSIOL. D. MENSCHEN; D. 1; 1847.

FEUILLETON.

LA MATERNITÉ ET L'OBSTÉTRIQUE CHEZ LES HÉBREUX.

Plan de l'histoire générale de l'obstétrique.

Le mot *obstétrique* a dans la science un sens assez connu pour qu'on n'ait pas besoin de le remplacer par un autre. Il faut seulement s'entendre sur les limites exactes qu'il prescrit à la branche des sciences médicales qu'il désigne.

Si l'on compare les anciens traités d'accouchements aux modernes, ou qu'on compare la définition que chacun de ces traités donne de l'obstétrique au plan de l'ouvrage lui-même, on voit qu'il y a un désaccord complet.

La fonction, l'art, la science, la physiologie, la pathologie, la maternité, la vie utérine, tout y est souvent mêlé avec confusion.

Pour éviter cet inconvénient, nous commencerons donc par nous expliquer sur les limites exactes du champ de nos études et sur le sens rigoureux que nous attachons à chacune de nos expressions.

Sans sortir du langage vulgaire, nous donnerons le nom de *maternité* à la fonction par laquelle la femme devient mère. Elle comprend la grossesse, l'accouchement et l'allaitement.

Comme cette fonction peut se faire d'une manière physiologique ou pathologique pour la mère et l'enfant, l'obstétrique qui en est l'étude a aussi une partie physiologique et une partie pathologique.

Voilà ce qui constitue *le champ propre* de l'obstétrique; mais cette branche des sciences médicales a aussi *un champ commun* avec d'autres branches. Ainsi la maternité est le résultat de plusieurs conditions dont les unes sont essentielles, d'autres accessoires. Enfin, la maternité peut être influencée par des conditions qui la précèdent, l'accompagnent ou la suivent, et négliger ces conditions comme on l'a fait jusqu'ici, c'est rendre l'obstétrique incomplète.

Ces conditions se tirent de ce que nous appelons: 1° la *vie physiologique* de la femme (tempéraments, constitution, idiosyncraties, âge, race, injecta, circumfusa, applicata, sécréta et excréta, etc.); 2° la vie pathologique (toutes les maladies locales ou générales, aiguës ou chroniques, qui peuvent avoir de l'influence sur la maternité); 3° la vie sociale (éducation, intelligence, mœurs, habitudes, civilisation, lois, religion, etc.); 4° la vie utérine (toute fonction physiologique ou pathologique qui a pour point de départ ou d'arrivée l'utérus et ses annexes); 5° enfin la vie génératrice de l'homme pour ce qu'elle a d'influence sur la maternité.

Il ne faudrait pas croire que nous confondions ici la maternité avec la vie utérine. La première est passagère, se renouvelle à chaque grossesse, et manque complétement chez la femme stérile. La vie utérine, au contraire,

riences, en général personnelles et pratiquées assez grossièrement, à l'aide de la cuve à mercure sur laquelle on renversait une éprouvette pour y recueillir l'air, ne peuvent être considérés, ainsi que nous le verrons plus loin, que comme des indications vagues et peu concordantes; toutefois une voie nouvelle était découverte, dès lors, pour les hommes studieux que les fonctions physiologiques et pathologiques de l'appareil respiratoire préoccupaient.

§ III. — PREMIERS INSTRUMENTS DE SPIROMÉTRIE; ÉPOQUE DE KENTISCH.

Pour se livrer à ces recherches, il fallait de toute nécessité commencer par trouver un procédé uniforme, basé sur des règles invariables et devenant d'une application facile; il fallait pouvoir mesurer plus exactement la quantité d'air mise en circulation pendant la respiration. C'est un médecin anglais, Edward Kentisch (1), qui imagina le premier appareil spécial, pouvant servir à cette détermination. Il appelle cet instrument *pulmomètre*, et il nous en a laissé une bonne description. C'était une cloche de verre pouvant contenir 12 mesures (pintes), portant sur la surface externe une échelle divisée en 12 degrés, dont chacun correspondait à une mesure; elle était munie à sa partie supérieure d'un orifice où s'ajustait un tube recourbé à angle droit, garni d'un robinet, ayant, à partir de cette courbure, une longueur de 6 pouces et se terminant par une véritable embouchure. Pour faire les expériences, cette cloche est posée sur un appareil pneumatique, dont l'eau remplit les différents degrés de celle-là, à mesure qu'on en retire l'air par le tube recourbé; le niveau de l'eau baisse, au contraire, quand on expire dans la cloche par le tube, après avoir ouvert le robinet. Kentisch, qui ne s'est servi que de cet appareil dans les expériences qu'il a faites, admet qu'un homme d'une taille médiocre, doué de poumons sains, peut attirer dans une seule forte inspiration 8 mesures (plus de 7 litres) d'air, tandis qu'un poumon malade peut bien ne prendre qu'une mesure.

Ces résultats, bien différents de ceux annoncés déjà par Goodwyn, Davy, Thompson, Dalton, etc., ne pouvaient pas contenter les physiologistes anglais, seuls intéressés alors dans cette question. Abernethy institue de nouvelles expériences en faisant usage simplement d'un large verre plein d'eau qu'il renverse dans un bassin également plein d'eau; il recueille sous ce verre l'air expiré par le sujet soumis à l'expérience, et, par un calcul, il détermine le volume de cet air. Mériadec Laennec, qui mentionne les essais d'Abernethy, dans le traité de l'auscultation médiate de H. Laennec (édition du professeur Andral, 1837, t. I, p. 32), ajoute : « L'expérience serait plus exacte si, au lieu d'un verre, on se servait d'une cloche graduée. » Nos lecteurs savent que cette modification avait été faite déjà dans l'appareil de Kentisch, et que les résultats annoncés par cet habile médecin ne sont pas pour cela plus séduisants. Ils verront que ceux d'Abernethy ne méritent pas plus de confiance; qu'il est impossible d'admettre, avec ce dernier, qu'une personne en santé rejette à chaque expiration, à peu près 650 centimètres cubes d'air; aussi ne sommes-nous nullement étonné de lire, à la suite de tout cela, cette réflexion de l'élève et commentateur de Laennec : « Je ne pense pas qu'avec les signes positifs que nous possédons aujourd'hui, personne soit tenté de recourir à cette expérience comme méthode d'exploration. Je ne l'ai citée, au reste, que parce que le traducteur anglais a paru y ajouter quelque importance et l'a signalée sous le nom de *pulmométrie*. » Nous pensons, au contraire, qu'il est plus que probable que le grand Laennec, si ces tentatives lui eussent été connues, leur eût accordé toute l'attention que les pathologistes anglais, allemands, américains, hollandais, etc., leur ont donnée depuis lors, et que la France se serait associée, plus tôt, à un mouvement scientifique qui doit avoir pour résultat définitif de compléter les moyens physiques d'investigation des maladies de l'appareil respiratoire.

C'est à l'aide de l'appareil de Kentisch que le docteur Herbst (ARCHIV F. ANATOMIE UND PHYSIOLOGIE, 1828), de Gœttingen, entreprit de déterminer la quantité d'air inspiré et expiré dans la respiration calme et dans les fortes respirations. Il trouva que, dans la première condition, elle était de 328 à 410 centimètres cubes, que cette quantité s'élevait dans les fortes respirations jusqu'à 3286 centimètres cubes, résultats que nous voyons différer peu des précédents. Ce physiologiste signale cependant le premier l'influence de la taille sur la capacité pulmonaire, et, qui plus est, il tient compte également de la force musculaire des individus. « Les personnes d'une grande taille, dit-il, introduisent dans leurs poumons une plus grande quantité d'air; mais ce résultat ne tient pas seulement à la grandeur totale du corps, il a aussi un rapport intime avec la capacité de la poitrine et avec la force musculaire. » Il signale des différences relativement à l'âge et au sexe, relativement à l'état sain et à certaines affections des poumons; mais l'imperfection de la méthode et le petit nombre de ses expériences le conduisent à des résultats que nous devons passer sous silence. Néanmoins Herbst a le mérite d'avoir posé la plupart des questions que la méthode préconisée est appelée à résoudre.

Les efforts tentés jusqu'à cette époque pour doter la pathologie d'un procédé physique capable d'éclairer le diagnostic des maladies de poitrine, semblaient complétement oubliés; il se passe un grand nombre d'années sans que les annales de la science enregistrent même de nouveaux travaux; nous ne trouvons que quelques nouvelles expériences de Vierordt (1), entreprises sur lui-même à l'aide de la cloche graduée de Kentisch, et consignées dans le DICTIONNAIRE DE PHYSIOLOGIE de R. Wagner. Il résulte de ces recherches que, dans la respiration calme et ordinaire, le professeur Vierordt met en circulation une quantité d'air qui varie entre 177 et 699 centimètres cubes. De pareilles données prouvent déjà combien cette manière de procéder doit être vicieuse; nous avons déjà dit qu'il n'y a qu'un moyen d'opérer, c'est de faire exécuter les mouvements respiratoires les plus amples. Le professeur Huschke (2), dans l'édition des œuvres de Sœmmerring, avait obtenu, par cette dernière manière de faire, pour sa propre capacité pulmonaire, 2624 centimètres cubes; il a reconnu, en outre, que la différence entre une respiration faible et une respiration forte peut être :: 1 : 6,5.

(1) AN ACCOUNT OF BATH; WITH A DRAWING AND A DESCRIPTION OF A PULMOMETER; AND CASES SHOWING ITS UTILITY IN ASCERTAINING THE STATE OF THE LUNGS IN DISEAS. London, 1814.

(1) IN HANDWB. D. PHYSIOLG. B. II. Braunschweig, 1844.
(2) LEHRE V. D. EINGEW. UND SINNESORG. D. MENSCH. Kœrp., 1844.

---

embrasse toute la durée de la gestation, et en dehors de la maternité elle étudie la menstruation, la stérilité, le temps de vacuité, les maladies dites des femmes, etc. La maternité est donc une partie de la vie utérine

Dans toutes les phases de la maternité que nous venons d'indiquer, soit que les fonctions se fassent d'une manière physiologique ou pathologique, elles suivent toujours des lois dont la connaissance constitue la *science obstétricale* ou la partie dogmatique de l'obstétrique. L'application de ces lois jointe à tout ce que le hasard, l'empirisme et l'observation peuvent trouver d'utile à la maternité constitue l'*art obstétrical*.

L'obstétrique dans son acception la plus rigoureuse et la plus étendue peut donc être définie *l'étude de la maternité et de tout ce qui peut rendre cette fonction aussi heureuse que possible pour la mère et l'enfant.*

Deux voies conduisent à l'étude approfondie de l'obstétrique. Ce sont :

1° L'histoire de la maternité et de l'obstétrique depuis les temps les plus reculés jusqu'à nous.

2° L'observation des phénomènes que cette fonction nous offre aujourd'hui et qu'elle offrira par la suite des temps (analyse, synthèse et induction cliniques).

Considérée comme fonction physiologique, la maternité commence à Ève. Les soins de cette fonction ou les premiers germes de l'art obstétrical, comme nous le verrons, sont antérieurs à Abraham, mais l'obstétrique ne peut commencer à porter le nom de science qu'à dater d'Hippocrate.

La fonction, l'art et la science ayant été étroitement liés dans les temps anciens, comme ils le sont de nos jours, nous devrons constamment les réunir dans nos études.

Déjà, par notre ouvrage sur l'accouchement physiologique (1) et par notre mémoire sur l'observation médicale (2), on peut s'assurer du prix que nous attachons aux études pratiques. Tous les jours sont pour nous une nouvelle occasion d'agrandir le domaine de nos observations, mais il ne faut pas croire pour cela que nous négligions l'histoire.

C'est précisément avec le peuple hébreu que nous commençons ici cette étude, parce que ce peuple est un des plus beaux types de l'antiquité, et parce que, en dehors de la révélation et du miracle, dont il ne sera pas fait mention ici, il nous a laissé une histoire intéressante des diverses époques de son existence.

L'histoire de ce peuple semblerait commencer à Adam pour aller au déluge et au mariage des géants avec les filles du peuple, mais il y a dans cette période peu de choses historiques sur lesquelles nous puissions nous guider. Aussi c'est à partir d'Abraham que nous commençons nos études.

(1) ESSAI SUR L'ACCOUCHEMENT PHYSIOLOGIQUE. Paris, juillet 1855.
(2) CONSIDÉRATIONS SUR L'OBSERVATION MÉDICALE (analyse, synthèse et induction cliniques; vitalisme, organicisme, empirisme, éclectisme et leurs applications pratiques). Paris, 1856.

A ces expériences restreintes, toutes scientifiques et théoriques, nous ajouterons encore celles du professeur Valentin (1), exécutées toujours avec des cloches semblables, graduées ou non, et ne fournissant que des résultats isolés, de peu d'importance pour la pratique de la médecine. Mais à cette époque remonte un des travaux les plus sérieux et les plus complets que nous possédions sur la question de la capacité vitale du poumon; nous voulons parler de celui de John Hutchinson (2).

B. Schnepf.

(*La fin au prochain numéro.*)

(1) Lehrb. d. physiolg. d. Menschen. B. l. Braunschweig, 1846.

(2) On the capacity of the lungs, etc. — In medico-chirurg. transact., 1846.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

Études expérimentales sur les lésions organiques du cœur; par le docteur J. Faivre, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

(Suite et fin. — Voir les nos 46 et 47.)

§ II. Effets réparateurs qui accompagnent les insuffisances.

Ayant étudié, comme on vient de le voir, les effets pathologiques de l'insuffisance valvulaire, il faut se demander si, à côté de ces effets, la nature ne se livre pas, comme toujours, à quelques actes réparateurs. Nous avons vu, en étudiant l'obstacle, que dans la majorité des cas on pouvait les observer; dans l'insuffisance, ils se réduisent à peu de chose. Comment, en effet, remplacer une valvule? Aussi ne trouvons-nous, dans le cas dont il s'agit qu'un seul fait que l'on puisse considérer comme le résultat d'une tendance réparatrice, c'est l'hypertrophie en arrière du point lésé, l'opisthypertrophie, qui dans l'insuffisance comme dans l'obstacle est le résultat nécessaire et fatal des efforts de contraction des cavités cardiaques.

Je viens de parler des effets réparateurs et des tendances réparatrices; j'ai dit que les premiers se réduisaient à bien peu de chose; qu'il me soit permis, à propos des secondes, de revenir sur les faits que j'ai cherché à faire apprécier, et d'expliquer clairement le fond de ma pensée à leur sujet.

J'ai parlé du cœur et de ses fonctions pathologiques comme si elles s'accomplissaient avec la régularité d'un mécanisme aveugle, comme si la vie n'avait rien à revendiquer parmi les phénomènes qui appartiennent à cet organe. J'ai parlé des insuffisances, comme si l'insuffisance valvulaire équivalait constamment à la suppression d'une ou plusieurs valvules. J'ai agi de la sorte parce qu'il fallait, pour me faire comprendre, traiter mon sujet à un point de vue absolu. A présent que les faits ont pu être saisis, grâce à la rigueur mathématique que j'ai apportée à dessein dans leur développement, je ne crains pas de modifier moi-même les conséquences trop rigoureuses qui découlent de mon argumentation.

Et d'abord, n'est-il pas évident que s'il est impossible de refuser à l'insuffisance valvulaire complète, la seule que j'ai examinée théoriquement jusqu'à présent, une identité absolue avec la suppression valvulaire, il serait absurde de comparer les effets de celle-ci à ceux qui sont le résultat d'une insuffisance légère? Entre l'état sain caractérisé par la suffisance absolue des valvules cardiaques et un état pathologique qui serait caractérisé par une insuffisance incomplète, il y a autant de degrés que l'imagination peut en créer; la pratique le démontre tous les jours. Admettons, pour n'en donner qu'un exemple, que les ventricules projettent à chaque systole 50 grammes de sang dans les artères, et que les valvules artérielles malades soient insuffisantes, cette insuffisance pourra laisser repasser une plus ou moins grande partie du sang projeté en avant, et il est bien évident qu'il y aura une différence immense entre les effets de l'insuffisance qui ne laisserait rentrer que 2 ou 3 grammes de sang, et de celle qui en laisserait rentrer 40. Aussi peut-on poser comme un principe certain, que dans les cas d'insuffisance incomplète, et ce sont les plus nombreux, *la tendance à l'équilibration des pressions vasculaires est proportionnelle au degré de l'insuffisance.* J'espère démontrer plus tard que ce principe conduit à des données précieuses pour le diagnostic et le pronostic, je tiens à établir en attendant, sur une base certaine, la réalité du principe que je viens de poser.

La pression supportée par le sang dans l'aorte étant égale à celle d'une colonne sanguine de 1 mètre 55 centimètres,

$$\left(\frac{12, \text{ colonne mercurielle} \times 13,6 \text{ densité de mercure}}{1,055 \text{ densité du sang}}\right),$$

et l'orifice de l'aorte étant de 8 centimètres carrés, on obtient, au moyen de la formule de Torricelli sur l'écoulement des liquides,

$$(V = 4^{m}.429\sqrt{h}),$$

une vitesse théorique de 53 centimètres par seconde, soit 424 centimètres cubes de sang. Mais la vitesse expérimentale n'étant que des deux tiers de la vitesse théorique, à cause des frottements et autres obstacles, il ne faut compter en réalité que sur 282 centimètres cubes, soit 297 grammes de liquide, qui repasseraient de l'aorte dans le cœur, en une seconde, sous la pression susdite, si l'orifice béant manquait absolument de valvules, et si par hypothèse le cœur pouvait les contenir. Mettons 300 grammes en nombres ronds; cette erreur volontaire est largement compensée par toutes les fractions négligées dans les calculs précédents.

Admettons à présent que le nombre des révolutions du cœur chez un homme atteint d'une lésion cardiaque soit de 90 par minute, chaque révolution durera deux tiers de seconde. La durée de la systole ventriculaire étant au plus d'un tiers de seconde, il résulte que pendant l'autre tiers dévolu à la diastole de cette cavité, 100 grammes de sang pourraient rentrer dans le ventricule gauche, dans le cas de suppression totale des valvules, 50 grammes dans le cas où l'orifice insuffisant présenterait une surface moitié moindre que l'orifice normal, et en un mot, qu'il peut rentrer dans le ventricule, à chaque diastole, 1 gramme de sang par 8 millimètres carrés d'insuffisance valvulaire. Or, que l'on

---

La vie sociale des femmes chez le peuple hébreu (1).

La famille, quelque nombreuse qu'elle fût, offrait une grande unité chez les Hébreux. Le père avait une autorité presque absolue sur tous les membres, et à sa mort, c'était le fils aîné qui lui succédait dans cette autorité.

La femme se ressentait, plus que tout autre membre de la famille, de cet absolutisme. Jeune fille, elle était donnée en mariage moyennant une certaine somme. Elle pouvait être vendue comme esclave et même prostituée par le chef de la maison. Était-elle femme ou concubine, elle pouvait être renvoyée, et alors elle était obligée de rentrer dans la maison paternelle, où elle attendait souvent en vain son rappel ou le mariage d'un autre homme. La femme ne possédait pas; elle n'héritait du bien de sa famille que dans le cas où il n'y avait pas d'héritiers mâles.

Lorsqu'elle était vendue pour esclave, elle n'était cotée que 30 sicles, tandis que l'homme était coté 50 (2).

On pourrait croire, par ce qui précède, que l'on avait peu de confiance dans les forces physiques et morales de la femme; mais il y avait plus, c'était une espèce d'opprobre qui remontait peut-être jusqu'à la faute du premier péché; ainsi, la femme qui accouchait d'un garçon n'était considérée impure (1) que pendant sept jours, tandis qu'elle était impure pendant quatorze jours si elle accouchait d'une fille (2).

L'Écriture sainte parle peu de l'éducation des femmes et de leurs connaissances mais nous pouvons dire *à priori* qu'elles étaient très-bornées.

L'éducation des enfants, en général, devait être toute de soumission et d'absolutisme. Salomon lui-même, qui a été le roi le plus civilisé des Hébreux, dit dans ses Proverbes: « N'éloignez pas de l'enfant le châtiment, car si tu le frappes de la verge, il n'en mourra pas (3). »

Les connaissances intellectuelles étant le partage des cohènes ou prêtres ne descendaient pas jusqu'aux hommes du peuple et à plus forte raison aux femmes. On pourrait croire cependant, d'après un passage du Deutéronome, que ces dernières devaient savoir lire; ainsi il est dit que « le mari qui a trouvé quelque chose de honteux à sa femme doit écrire une lettre de scission qu'il lui remettra entre les mains, et la renverra (4). »

S'il y avait des femmes qui affichassent des qualités d'esprit ou qui fissent

(1) Les Bibles sur lesquelles nous avons fait nos principales recherches sont la traduction de M. Caën, avec le texte hébreu en regard, et la traduction de M. Genonde.

(2) Lévitique, ch. XXVIII, v. 4.

(1) Nous verrons plus loin toute la valeur de ce mot.

(2) Lévitiq., ch. XVIII.

(3) V. Proverbes, ch. XIII, v. 25; et ch. XXIII, v. 13.

(4) Deuteron., ch. XXIV, v. 1.

ne s'y trompe pas, 8 millimètres carrés d'insuffisance représentent un espace intervalvulaire de 3 millimètres de diamètre.

Si nous considérons, d'une autre part, que le ventricule ne lance pas une ondée sanguine supérieure à 50 grammes, il faudra conclure aussi qu'il suffit d'une insuffisance de 4 centimètres carrés de surface pour réduire à néant le travail ventriculaire, puisqu'alors il rentrerait à chaque diastole autant de sang qu'il en serait sorti pendant la systole Ce fait est tellement certain, que je ne crois pas qu'il soit possible de trouver un cas d'insuffisance complète des valvules aortiques, sans rétrécissement considérable de cette ouverture; car, sans cela, la perte occasionnée par l'insuffisance pendant la diastole serait supérieure ou au moins égale à la recette opérée pendant la systole, ce qui est incompatible avec la circulation, et partant avec la vie.

Toutes ces considérations, basées sur les lois de l'hydrodynamique, s'accordent parfaitement avec les faits que l'on observe sur l'homme malade et sur les animaux mis en expérience. Nous avons constaté très souvent qu'il suffit d'une très-légère insuffisance, pratiquée artificiellement sur le cœur du cheval, pour produire des souffles intenses ou au moins parfaitement appréciables.

Ces faits, purement physiques, sont trop évidents pour mériter un plus long développement. Il me suffit d'ajouter : 1° que les calculs relatifs à l'insuffisance de l'orifice artériel gauche, sont applicables à l'insuffisance de l'orifice mitral, puisque le sang y est mis en mouvement par le ventricule gauche, dont la force est égale à la colonne sanguine de 1 mètre 55 ; 2° que les résultats obtenus pour le cœur gauche sont applicables au cœur droit, en les réduisant des deux tiers.

Aux vérités que je crois avoir démontré, je dois cependant ajouter encore d'autres restrictions.

Je crois plus que personne à l'existence d'une cause vitale dont j'ignore l'essence, et dont une des manifestations principales constitue ce que l'on a désigné sous le nom de force conservatrice ou médicatrice, suivant les circonstances physiologiques ou pathologiques au milieu desquelles elle est appelée à jouer un rôle. Pénétré de cette idée, je suis porté à penser que lorsque l'insuffisance valvulaire fait son apparition en quelque partie du cœur, les organes placés en arrière s'*accommodent* jusqu'à un certain point à la fonction nouvelle qui leur est imposée, de manière à annuler en partie les effets vraiment désastreux qu'entraîne cette lésion.

Je suis convaincu qu'il se forme souvent dans les cavités atteintes d'opistectasie des insuffisances *relatives* passagères, dues à un état d'engorgement de l'organe distendu; que ces insuffisances disparaissent sous des influences physiologiques et thérapeutiques variables. Je sais aussi bien que personne que les équilibrations de pression que j'ai signalées comme un phénomène absolument inévitable dans le développement graduel des insuffisances, ne s'établissent jamais chez un malade avec l'instantanéité que nous avons observée dans les vaisseaux des solipèdes à qui nous avons coupé les valvules auriculo-ventriculaires; que tous ces phénomènes s'accomplissent graduellement, par des phases successives, par des nuances indéterminables. La nature se défend pied à pied, j'en conviens; mais, en définitive, en dépit de la lutte, le temps finit presque toujours par amener les résultats sur lesquels j'ai attiré l'attention, et dont la réalité est attestée par les désordres que l'on observe soit pendant la vie, soit après la mort.

Arrivés au point où nous sommes, il nous reste bien peu de chose à dire sur l'obstacle et sur l'insuffisance mis en regard l'un de l'autre. Il est par trop évident que cette dernière lésion entraîne après elle des conséquences bien plus désastreuses que la première. L'obstacle ne détruit pas la circulation, parce qu'il laisse intactes les pressions relatives des quatre appareils circulatoires; l'insuffisance les détruit toujours à un degré plus ou moins marqué, à moins qu'elle ne soit réduite à des proportions insignifiantes; elle s'attaque à la cause immédiate de la circulation capillaire.

Toutefois, on tomberait dans une grave erreur si on s'imaginait que la différence radicale que nous avons démontré exister entre ces deux sortes de lésions, leur enlève tout lien de parenté et les isole complétement l'une de l'autre.

S'il est incontestable qu'il existe des obstacles qui ne se compliquent pas d'insuffisance, il est également hors de doute qu'il n'existe que fort rarement des insuffisances sans obstacle préalable. On a cité, et je connais des observations positives de destruction des valvules, sans qu'il y ait eu obstacle au cours du sang; ce sont là des cas exceptionnels; en général, l'obstacle est le générateur naturel de l'insuffisance, sauf les cas où les deux lésions se groupent sur la même valvule. Il est difficile, en effet, que la cavité, située en arrière d'un obstacle, s'agrandisse d'une manière indéfinie, sans que ses orifices se dilatent proportionnellement; alors ses valvules, qui peuvent être parfaitement saines d'ailleurs, deviennent relativement insuffisantes.

Du reste, cette connexion, en vertu de laquelle l'obstacle conduit fréquemment à l'insuffisance, loin de nuire à la thèse que je soutiens, lui prête, au contraire, un appui énergique, en ce qu'elle démontre combien il importe de reconnaître les obstacles avant qu'ils aient entraîné l'insuffisance à leur suite, puisqu'il est si difficile alors de les arrêter dans leur développement.

Dans un travail qui sera prochainement publié, je me propose d'étudier les conséquences qui ressortent des faits que nous venons d'examiner, au double point de vue du diagnostic et du pronostic.

CHIRURGIE PRATIQUE.

NOUVELLE ÉTUDE DE LA TAILLE MÉDIANE ; par P. BOUISSON, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

(Suite et fin. — Voir GAZ. MÉD., année 1855, et les n° 42, 43, 46, 47 et 48 de cette année.)

VI. — EXAMEN DE QUELQUES RÉSULTATS STATISTIQUES.

Nous avons vainement recherché des résultats précis au sujet de la taille au grand appareil, telle qu'on la pratiquait au temps des Colot et avant la fin du dix-septième siècle. La statistique, basée sur des faits susceptibles d'un certain contrôle qui garantit leur exactitude, n'était ni appréciée par le public ni désirée par les auteurs; nous avons même vu que, pendant une trop longue période, l'opération était entourée de mystère, et que les opérateurs se contentaient de laisser supposer de nombreux succès, sans établir des proportions entre les guérisons et les morts. François Colot lui-même n'a laissé

---

semblant d'en avoir, elles étaient qualifiées de magiciennes, et il y avait ordre de les chasser et même de les mettre à mort (1). Ce précepte de la loi était, cependant, fut loin d'être exécuté.

Le titre le plus flatteur pour les qualités d'esprit de la femme était celui de prophétesse, et nous voyons Mirianne, sœur de Haaron (2), porter ce nom; mais pendant tout le temps que Moïse fit exécuter lui-même les lois, le titre de prophétesse n'eut aucune valeur. Plus tard, à mesure que la domination des chefs de la famille et du peuple s'affaiblissait, la femme commença à s'émanciper, et nous voyons Déborah, prophétesse, rendre la justice au nom de Jéhova. Comme Sisera opprimait alors le peuple hébreu, Déborah convoque les hommes de guerre et signifie à Bakar, un des plus capables, que s'il ne prend pas le commandement, elle va se mettre elle-même à la tête de l'armée (3). La lutte s'engage, et les Hébreux étant restés vainqueurs, Déborah chante un hymne de sa composition, qui n'est pas le moins beau de ceux que renferme la Bible.

Une autre femme contribue aussi à la gloire de ce combat. Le chef des ennemis, Sisera, mis en déroute, se réfugie auprès de Heber le Kénite, avec lequel il était en paix. Yael, épouse de ce dernier, et qui avait en horreur l'oppresseur de son peuple, saisit ce moment pour cacher le fugitif sous une couverture, et pendant qu'il dort, elle le tue en lui enfonçant un clou dans les temps (1).

Ces traits ne sont pas les seuls où les femmes du peuple hébreu aient montré de l'énergie.

Judith, aussi belle qu'adroite et courageuse, pénètre dans le camp assyrien, tranche la tête au général Holopherne et assure au peuple d'Israël une victoire inattendue (2).

Abimelec met le siége à la ville de Tebel, et il allait s'en emparer lorsqu'une femme l'écrase en lui jetant une meule sur la tête (3).

Pour prouver ici le peu de valeur qu'on attachait à la femme, il suffit de savoir qu'Abimelec, n'étant pas tout à fait mort, dit à un de ses écuyers de le traverser avec sa lance pour qu'on ne puisse pas dire qu'il a été tué par une femme.

Le titre de prophétesse, cependant, conserva toujours une certaine valeur après Moïse, et Saül lui-même y a recours pour expliquer ses songes (4).

Salomon, qui poussa loin la civilisation du peuple hébreu, n'émancipa pas la femme, mais il lui donna plus de poids dans la famille, et dans ses Pro-

(1) Exode, ch. XXII, v. 17.
(2) Exode, ch. XV, v. 21.
(3) Juges, ch. IV, v. 4, etc.

(1) Juges, ch. IV, v. 21.
(2) Judith.
(3) Juges, ch. IX, v. 54.
(4) Samuel, liv. I, ch. XXVIII.

aucun document de ce genre qui puisse satisfaire aux vraies exigences scientifiques. Il se borne à affirmer que ses procédés sont excellents et habituellement couronnés de succès; mais, s'il faut en croire quelques partisans de la taille par-dessus les pubis, qui faisaient tous leurs efforts pour détrôner l'opération de Marianus Sanctus, le grand appareil était très-meurtrier. L'éditeur de l'ouvrage de F. Colot, tout en prodiguant des éloges au livre et à l'auteur, est impitoyable pour la méthode et prétend que sur 20 malades on en sauve à peine 5 ou 6, dont la vie est même fort triste après l'opération à cause des fistules qui en sont la suite. Il est regrettable que les résultats de la taille au grand appareil soient entourés d'assertions si contradictoires au moins en ce qui concerne la pratique des Colot. Dans les premiers temps, on voit Gaspard Bauhin et Paré émettre des opinions complétement opposées sur la valeur de cette méthode. Dans les derniers, Sénac et F. Colot donnent l'exemple d'un semblable désaccord, en sorte que la science manque de données précises, et ne peut se borner qu'à des conjectures tirées de la nature même de l'opération. Nous avons vu que ces conjectures étaient loin d'être favorables à la méthode du grand appareil; nous devons néanmoins tempérer la sévérité de cette appréciation, par l'énoncé des seuls résultats statistiques publiés précisément à l'époque du déclin de cette opération.

L'un de ces relevés statistiques appartient au lithotomiste Tolet et permet de se faire une idée des résultats qu'il obtenait de l'emploi de la taille par le grand appareil. Envoyé en 1693 dans les Pays-Bas, par ordre exprès de Louis XIV, pour opérer plusieurs calculeux, Tolet en tailla 44 et n'en perdit que 7, ce qui donne une proportion de 1 sur 6 1/2. Un de ces malades avait une pierre de grosseur monstrueuse, et sa guérison n'en fut pas moins obtenue, quoique tardive. Une circonstance particulière donne quelque valeur aux cures obtenues par Tolet: elles furent, en effet, entourées d'une certaine publicité. Ce chirurgien parle d'un usage singulier alors établi à Gand, qui avait été le théâtre de ses opérations. Personne ne pouvait se faire tailler sans avoir présenté requête au conseil municipal, dont trois membres assistaient à l'opération avec les médecins et les chirurgiens pensionnaires de la ville.

Méry publia, quelques années plus tard, des résultats afférents au sujet qui nous occupe; il indique 100 cas de taille, dont 22 par le grand appareil et 78 par l'appareil latéral. On compte 34 morts, 33 guérisons complètes et 30 guérisons incomplètes, et 3 cas dans lesquels le résultat n'est pas noté. En déduisant les deux dernières catégories et en basant la proportion de mortalité sur le chiffre de 67, on verrait qu'elle est de 1 sur 1,97, soit de 1 sur 2. Nous serions bien au-dessous du chiffre de Tolet; mais cette statistique repose sur des éléments de nature différente: elle confond les résultats de deux opérations, puisque Méry fait figurer la taille latérale sur le chiffre total, pour un nombre trois fois fort que celui du grand appareil.

A l'époque où Mareschal transforma la vieille opération de Marianus Sanctus et de Colot en taille médiane régulière, c'est-à-dire au commencement du dix-huitième siècle, on ne prit aucun soin d'établir des statistiques démonstratives, eu égard au nouveau mode opératoire. Mareschal ne fit connaître aucun relevé; mais le témoignage favorable de ses contemporains tend à établir qu'il guérissait presque tous ses malades. Ses confrères calculeux s'adressaient à lui pour se faire tailler; de ce nombre se trouva Fagon, médecin de Louis XIV, qui avait assisté aux essais de frère Jacques, et qui, néanmoins, préférait la méthode de Mareschal. Cette préférence en dit plus, sans doute, que les statistiques qu'on faisait à cette époque.

Ce ne fut que vers 1730, et au moment où toutes les grandes méthodes opératoires applicables à l'extraction des calculs vésicaux étaient en discussion parmi les chirurgiens, qu'on sentit le besoin d'éclairer plus exactement par des chiffres les questions litigieuses du moment. La statistique appliquée à la chirurgie prit naissance précisément à l'occasion de l'opération de la taille; mais elle se présenta encore avec les imperfections attachées à un contrôle dont il était difficile d'assurer la fidélité, et auquel on donnait d'ailleurs une base trop générale pour qu'elle eût une valeur probatoire.

Un des relevés statistiques les plus complets est celui que nous devons à Morand et qui porte sur un total de 812 opérations faites par le grand appareil, à l'Hôtel-Dieu et à la Charité de Paris, depuis 1720 jusqu'à 1727.

En voici le détail exact:

		Taillés.	Guéris.	Morts.
En 1720.	Hôtel-Dieu . .	70	52	18
—	Charité. . . .	26	23	3
En 1721.	Hôtel-Dieu . .	65	51	14
—	Charité. . . .	23	11	12
En 1722.	Hôtel-Dieu . .	75	56	19
—	Charité. . . .	29	20	9
En 1723.	Hôtel-Dieu . .	75	49	26
—	Charité. . . .	27	16	11
En 1724.	Hôtel-Dieu . .	83	49	34
—	Charité. . . .	28	16	10
En 1725.	Hôtel-Dieu . .	52	32	20
—	Charité. . . .	29	13	16
En 1726.	Hôtel-Dieu . .	91	60	31
—	Charité. . . .	23	16	7
En 1727.	Hôtel-Dieu . .	93	71	22
—	Charité. . . .	25	22	3
		815	557	255

Ce relevé, qui aurait pu donner des indications précieuses si l'on avait eu soin de signaler au moins les principales catégories d'opérés, ne fournit malheureusement aucun renseignement sur l'âge des malades, le volume et l'ancienneté des calculs, non plus que sur le procédé opératoire. On sait bien qu'il s'agit du grand appareil, mais on n'indique pas si l'on a exclusivement suivi le procédé de Colot ou celui de Mareschal, en sorte qu'on n'en peut tirer que des conclusions, en somme, peu instructives; on voit seulement que la proportion générale de mortalité est de 1 sur 3 1/2, ce qui est équivalent à beaucoup de relevés concernant d'autres espèces de tailles.

Ledran a fourni lui même une donnée statistique et personnelle, qui aurait une certaine importance s'il précisait mieux la méthode suivie et les cas qui en ont réclamé l'application. On sait que ce chirurgien a successivement adopté plusieurs manières d'opérer, et que, dans les premiers temps de sa carrière, il pratiquait le grand appareil. Nous ne pouvons mieux faire, pour fournir des éléments d'apprécia-

---

verbes, il ne manque pas de dire: « Écoute, mon fils, la morale de ton père, et ne délaisse pas l'enseignement de ta mère (1). »

L'éducation domestique des enfants en bas âge, du reste, a été confiée aux mères chez tous les peuples.

Le rôle de sage-femme, comme nous le verrons plus loin, est peut être un des plus importants de ceux que pouvaient jouer les femmes du peuple hébreu.

Malgré ce faible rôle, au point de vue intellectuel et social, la femme n'était cependant pas considérée comme un simple instrument des caprices de l'homme. Si elle ne pouvait guère jouir de la liberté individuelle, qui est le caractère le plus noble de l'être humain, elle n'était pas cependant une simple machine de la volonté de l'homme; des lois protégeaient ses droits et la mettaient jusqu'à un certain point à l'abri des abus d'autorité, beaucoup de choses que nous blâmons n'étaient même que des usages et ne faisaient pas partie de la loi écrite.

Mattei.

(*La suite au prochain numéro.*)

— Les concours annoncés pour deux places de professeurs agrégés en médecine et deux places semblables en chirurgie à l'Ecole impériale de médecine et de pharmacie militaires se sont ouverts le 1er décembre. Le jury de médecine, nommé par le ministre de la guerre, est ainsi constitué: MM. Michel Lévy, inspecteur-directeur, président; Faure, médecin principal de première classe de l'hôtel des Invalides; Laveran et Champouillon, professeurs; Riboulet, secrétaire du conseil de santé des armées; Tholozan, professeur agrégé, juge suppléant. Quatorze candidats se présentent pour ce concours; ce sont: MM. Félix Jacquot et Lallement, Rouis et Lasserre, Armieux, Frizon, Guipon, Lespian, Verdier, Alix, Aubas, Dufour, Dezotteux, Bizet.

Le jury de chirurgie est ainsi constitué: MM. Bégin, inspecteur, président du conseil de santé des armées; Hutin, médecin en chef des Invalides; Larrey, médecin en chef du Val-de-Grâce; Thomas, médecin principal du Gros-Caillou; Mounié, professeur au Val-de-Grâce; Legouest, professeur agrégé, juge suppléant. Les candidats qui se présentent à ce concours sont: MM. Menuau, Ferraton, Champenois, Baizeau, Didiot, Trudeau, Perrin, Vedrenne, Lecomte.

La première épreuve de ces deux concours est éliminatoire; elle consiste en une question écrite. La question échue aux médecins est la suivante: « De l'ophthalmie épidémique des armées. » La question de chirurgie a été: « De la fracture des os par les projectiles de guerre. »

— M. le docteur Félix Leclerc, médecin du service sanitaire de la ville de Bruxelles, vient de mourir subitement dans cette ville.

---

(1) Proverbes, ch. I, v. 8.

tion sur cette question chirurgicale, que de citer les paroles mêmes de Ledran (1) : « Sans prétendre, dit-il, élever le grand appareil au-dessus des autres méthodes dont je dois donner le détail, qu'il me soit permis d'en faire l'apologie, puisqu'il a été adopté avant moi par tant de grands chirurgiens qui ne l'ont jamais quitté, et qui, par lui, ont sauvé la vie à tant de malades; qu'il me soit permis de le défendre, puisqu'en 1728 et en 1729, de seize malades que j'ai taillés aux yeux de tout le monde, dans l'hôpital de la Charité, à plusieurs desquels j'ai tiré des pierres du poids de 6 à 8 onces, il n'y en a pas un qui ne soit parfaitement guéri. » Il est vrai que Ledran ajoute, quelques pages plus loin, que certains libelles n'ayant pour but que de décrier le grand appareil, où ceux qui le pratiquent ont cherché à répandre des doutes sur ces faits, mais que les registres de la Charité en font foi.

En écartant les doutes que pourraient suggérer ces dénégations, on doit encore regretter que Ledran ne dise pas s'il s'est conformé aux préceptes de Colot ou à ceux de Mareschal. On peut supposer qu'il a profité des corrections de ce dernier chirurgien, qui étaient bien connues à cette époque, et alors on s'expliquerait plus facilement la belle série de succès obtenus par Ledran. Quoi qu'il en soit, la statistique, telle qu'on la retrouve à cette époque, laisse beaucoup à désirer pour la solution du problème chirurgical. En présence de ces résultats, où l'on voit Ledran ne pas perdre de malades sur 16 opérations, Tolet n'en perdre que 7 sur 44; tandis que, d'après Sénac, on comptait 14 ou 15 victimes sur 20 taillés, on ne peut méconnaître l'insuffisance et la signification contradictoire de ces comptes rendus, qui éclairent beaucoup moins le sujet qu'une étude réfléchie des caractères et des conditions de l'opération.

Après les relevés de Morand et de Ledran, nous ne trouvons plus de données statistiques sur la taille médiane, qui tombe dans une défaveur complète, et il faut nous transporter à la fin du siècle dernier ou au commencement de celui-ci, pour retrouver quelques rares essais de ce mode cystotomique.

Dans ces reprises partielles de la taille médiane, nous avons à signaler les résultats de Guérin (de Bordeaux), qui affirme dans un mémoire reproduit dans le Bulletin médical de la Gironde, que l'on observait à Bordeaux de tels succès par l'application de son procédé, qu'en cumulant toutes les opérations faites dans cette ville depuis plus de trente ans, on reconnait que les dix-huit vingtièmes au moins des malades ont obtenu leur guérison.

Dans les essais tentés en Italie par Vacca-Berlinghieri et Barbantini, le premier de ces chirurgiens a réussi sur les 3 malades qu'il a opérés; le second n'a perdu que 2 malades sur 8, d'après les éditeurs de la Médecine opératoire de Sabatier.

Dans le Compte rendu des travaux cliniques de l'École d'Abou-Zabel, publié par Clot-Bey en 1831, ce chirurgien dit avoir obtenu 13 guérisons consécutives par l'emploi de la taille médiane.

Sur les 10 malades que j'ai opérés à la clinique de Montpellier, 9 guérisons ont été rapidement obtenues. Un opéré, emporté inopinément par le choléra, était en voie de guérison au moment où il fut atteint par l'épidémie.

Ce court inventaire des opérations de taille médiane ne saurait par lui-même servir à faire connaître la véritable valeur de cette méthode cystotomique; il serait nécessaire qu'une statistique de ce genre fût établie sur un plus grand nombre de faits, et que ces derniers fussent à leur tour distribués en catégories propres à faire apprécier exactement le genre de service rendu par l'opération. Nous n'entendons, en conséquence, tirer aucune conclusion définitive d'une base numérique restreinte et que nous n'avons rapportée qu'à titre d'élément pour l'histoire de la taille médiane. On remarquera toutefois que ces chiffres, loin d'infirmer la valeur que nous avons essayé de rendre à une opération oubliée, peuvent encourager les praticiens à demander de nouvelles ressources à cette espèce de taille. Un examen général des procédés abandonnés serait peut-être une occasion de progrès inattendus pour la chirurgie, et à côté des brillantes créations de l'art moderne, on verrait figurer avec profit des idées longtemps refoulées et qui se montreraient fécondes à l'heure tardive de leur révision.

(1) Parallèle des différentes manières de tirer la pierre hors de la vessie, p. 66. In-8°. Paris, 1730.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Kyste de l'ovaire, uniloculaire; ponctions antérieures; reproduction du liquide; injection iodée; réduction très-grande du kyste; santé générale très-bonne depuis deux ans; observation lue à la Société de biologie le 15 novembre 1856, par M. le docteur A. Laboulbène, membre de la Société de biologie, etc.

Au moment où la question du traitement des kystes de l'ovaire est à l'ordre du jour, j'ai pensé que la Société écouterait avec intérêt le récit du fait suivant que je vais avoir l'honneur de lui communiquer. J'ai recueilli cette observation pendant mon internat, dans le service de M. Rayer, à la Charité. Je m'abstiendrai de tout commentaire. *Videant peritiores.*

Obs. — Anne R..., 48 ans, blanchisseuse. Cette femme est bien constituée, brune, d'une taille plutôt grande que petite. Elle nous fournit les renseignements suivants sur son état antérieur.

Ses parents ont eu une bonne santé.

Son père est âgé de 88 ans, sa mère est morte à 54 ans, après une violente métrorrhagie. Elle a eu trois enfants; sa fille aînée, âgée de 29 ans, est mère de cinq enfants qui se portent bien.

Anne R... n'a pas eu de maladies sérieuses pendant son enfance. Elle a été réglée à 15 ans et demi. Les menstrues ont eu de la peine à s'établir, mais elles ont ensuite paru d'une manière très-régulière, « arrivant presque à la même heure, mois par mois. »

Elle est venue à Paris à l'âge de 19 ans. Trois mois après son arrivée, elle fut obligée d'entrer dans un hôpital pour une suppression des règles, qui s'était produite parce qu'elle avait mis ses pieds dans l'eau froide, au moment où elles venaient de se montrer. Elle fut traitée par des ventouses, des applications de cataplasmes chauds, et les règles reparurent.

A l'âge de 21 ans, elle eut son premier enfant, la fille dont nous avons déjà parlé; treize mois après, elle accoucha d'un fœtus mort-né; à 24 ans, elle eut un dernier enfant, un fils qui est présentement en bonne santé.

Anne se maria à 27 ans. Elle ne fut pas heureuse, et c'est à partir de ce moment qu'à la suite de mésintelligences, ses règles se supprimèrent à diverses reprises, ainsi que nous allons le préciser.

Dans les premiers jours de 1834, aménorrhée à la suite d'une querelle violente. La malade se croit enceinte, et son mari, qui désirait vivement un enfant, cesse momentanément de la maltraiter.

Depuis cette époque apparaissent plusieurs érysipèles, les dents de la malade se carient et tombent pour la plupart après avoir causé de vives douleurs; la santé générale, jusque-là excellente, s'altère sensiblement; l'appétit devient irrégulier, etc.

Enfin, des élancements ont lieu dans le côté droit et inférieur de l'abdomen, et la malade, en y portant la main, s'aperçoit pour la première fois d'une tumeur à peu près grosse « comme une petite tête d'enfant. »

La malade assure qu'elle a beaucoup plus souffert dans l'abdomen vers le temps où elle s'est aperçue de la présence de la tumeur, que plus tard, quand elle avait le kyste ovarique distendu par du liquide.

En 1835, les règles, au lieu d'être peu abondantes et variables dans leur apparition, comme l'année précédente, sont revenues à des époques fixes; mais les douleurs prennent un tel caractère d'acuité qu'elle se décide à entrer à l'hôpital de la Pitié. Elle y est traitée avec 60 sangsues au haut des cuisses ou sur l'abdomen; elle est saignée à trois reprises différentes. Les douleurs s'apaisent, la malade recouvre de l'appétit. Elle éprouve en outre un grand bien-être en trouvant du calme à l'hôpital et en cessant d'être maltraitée par son mari.

Jusqu'en 1844, elle suit une foule de traitements, s'adresse aux médecins et aux commères et fait un usage violent des drastiques. Elle devint très-maigre, les purgatifs dont elle abusait la fatiguèrent beaucoup, mais la tumeur resta stationnaire, ne grossissant ni ne diminuant point. Il y avait souvent des nausées, des suffocations, des goûts bizarres, et un retard menstruel s'étant manifesté, la malade se crut encore enceinte. Les règles reparurent après un remède bizarre, mais avec de vives douleurs.

En 1845, mauvais traitements éprouvés pendant l'écoulement menstruel, nouvelle suppression qui se prolonge. L'abdomen grossit, se développe au grand contentement du mari. La malade n'éprouve pas les sensations de ses précédentes grossesses. Elle consulte une sage-femme qui lui dit qu'elle est près d'accoucher. Conservant des doutes, Anne se présente à la Maternité, les élèves la confirment dans l'idée d'une grossesse; le lendemain, M. P. Dubois ne partage pas cet avis, et il fait entrer cette femme à la clinique d'accouchements.

La malade s'ennuie et sort, parce qu'on ne la traitait pas à son gré. Elle revient l'année suivante, le 27 août 1846, dans ce même hôpital, et, pour la première fois, elle entend dire par M. Cazeaux qu'elle a un kyste de l'ovaire.

M. Cazeaux ponctionne le kyste le 22 septembre 1846. L'abdomen était très-développé; il sort beaucoup de liquide; on ne fait pas d'injection, et le liquide sorti « marquait sur le linge comme du café, » dit la malade, qui ne varie pas à ce sujet.

Elle quitte l'hôpital, plusieurs mois après la ponction, amaigrie, éprouvant toujours des douleurs, des tiraillements épigastriques et intestinaux ; le liquide s'était reproduit en faible quantité.

Près de cinq années s'écoulent sans accidents ; mais, dans le courant de la dernière, le kyste se remplit de nouveau « le ventre revenait », et en même temps réapparaissent les douleurs épigastriques, l'amaigrissement.

En mai 1851, deuxième ponction faite à la Clinique par M. P. Dubois. La malade nous assure qu'on n'a pu tirer que quatre ou cinq litres de liquide. Elle ne sait point quelles étaient sa consistance et sa coloration. L'abdomen était resté développé. Elle sort deux jours après la ponction, malgré tous les conseils qu'on lui donne pour la retenir.

De 1851 à 1854, la malade est toujours souffrante, l'abdomen se distend beaucoup. Des douleurs rhumatismales musculaires tourmentent à diverses reprises cette femme qui va revoir M. Cazeaux. Elle entre à l'hôpital de la Charité le 4 septembre 1854.

ÉTAT ACTUEL. — Visage amaigri, extrémité inférieure des jambes légèrement œdématiée. Toutes les fonctions s'exécutent assez régulièrement ainsi que la menstruation. Toutefois gêne notable éprouvée par les organes de la respiration et par ceux de la digestion ; gêne causée par le kyste ovarique dont nous allons nous occuper.

L'abdomen est très-volumineux, tendu. Les parois non œdématiées présentent des veines dilatées très-apparentes. La forme est assez exactement arrondie, et n'offre pas de bosselures sensibles ni de saillie plus marquée à droite qu'à gauche.

Les divers points de cette surface lisse donnent une matité absolue à la percussion, et la sensation très-nette de fluctuation en percutant d'un côté avec un seul doigt, l'autre main étant appliqué à plat sur un point opposé. Pas de frémissement. Son clair, à gauche et sur le côté, où doivent par conséquent être les anses intestinales en partie refoulées.

Col utérin, difficile à atteindre, paraissant sain au toucher. Douleurs dans la région lombaire. Miction fréquente, urines normales.

Poitrine sonore, organes thoraciques n'offrant rien de particulier. Appétit modéré, alternatives de constipation et de dévoiement. Sommeil léger, interrompu par des rêvasseries.

Le diagnostic n'étant pas douteux et le *kyste ovarique*, dont le développement avait commencé à droite, paraissant *uniloculaire* et dans de bonnes conditions ; la malade désirant vivement la ponction et celle-ci devenant urgente à cause de la gêne éprouvée dans la respiration, M. Rayer fait ponctionner la malade et autorise une injection iodée si le liquide renfermé dans ce kyste ne présente pas de contre-indications par sa couleur ou sa densité.

15 septembre 1854. La malade, dont le pouls est à 64 pulsations le matin et qui a été purgée la veille, est opérée à neuf et demie par M. Giraldès. Le liquide sorti est clair, citrin, fortement albumineux. On retire 14 litres de ce liquide et on injecte une solution composée de la manière suivante :

Eau distillée	100	grammes
Teinture d'iode.	100	—
Iodure de potassium. .	20	—

Une faible partie du liquide injecté est laissé dans le kyste.

L'abdomen de la malade est ensuite matelassé de charpie et contenu avec un bandage en diachylon, dont les deux chefs présentent des digitations qui s'emboîtent réciproquement.

La malade est tenue au bouillon dans la journée et prend 0,05 d'opium en quatre pilules.

Presque aussitôt après l'opération, Anne s'est plainte spontanément d'un mauvais goût à la gorge.

A dix heures, j'examine les urines, et j'y trouve de l'iode en grande quantité. Il est abondant dans la salive.

Le soir, le pouls est à 68 ; la malade est en bon état.

Samedi 16. L'iode est dans toutes les émissions d'urine faites depuis l'opération et dans la plupart des liquides excrétés. Il n'existe pas sensiblement dans les larmes dont la malade provoque la sécrétion. Le liquide *lacrymonasal* qui s'écoule contient cependant de l'iode.

La sueur axillaire et le mucus vaginal ne présentent pas de réaction iodique avec le moyen clinique employé pour trouver l'iode. Ce moyen consiste en un papier amidonné trempé dans le liquide expérimenté et touché ensuite avec une légère quantité d'acide nitrique. Celui-ci fait apparaître l'iodure d'amidon qui présente une coloration d'un bleu violet.

Dans la journée, la malade a toujours un goût salé à la gorge et une sensation de sécheresse.

Le soir, fièvre, 120 pulsations, douleurs abdominales, envies de vomir. Je desserre le bandage.

Dans la nuit, il y a une selle très-peu abondante.

17. 92 pulsations. La malade est mieux ce matin. Je desserre encore un peu le bandage. (Bouillon ; opium en pilules, 0,10 centigr.)

La nuit est bonne ; les douleurs ont cessé. L'urine ne renferme qu'une très-faible quantité d'iode.

18. Pouls à 72. La malade se trouve extrêmement bien. Elle est gaie et n'éprouve qu'un peu de douleur abdominale à la pression. Elle est très-contente d'être opérée et demande des aliments. (Deux bouillons ; deux potages.)

L'urine, à deux heures de l'après-midi, offre encore des traces d'iode ; à cinq heures du soir elle n'en offre plus.

19. 68 pulsations. Le mieux continue. Quelques légères douleurs abdominales. Ce matin, mauvais goût à l'arrière-bouche seulement ; appétit. (Une côtelette.)

20. Le mieux persiste. (Huile de ricin, 60 grammes ; une portion d'aliments.)

La malade sort le 29 septembre munie d'une ceinture hypogastrique.

J'ai fait revenir la veuve Anne R... dans le service de M. Rayer, pour y être examinée, six mois après l'opération. MM. Rayer et Giraldès ont constaté ainsi que moi-même l'absence de liquide et l'existence d'une tumeur située dans le flanc droit, mal délimitée, ayant le volume d'une tête d'adulte, indolente à la pression. La malade a repris de l'embonpoint. Elle est très-gaie ; son appétit est revenu ; les douleurs à l'épigastre ont disparu, et à part une sensation de pesanteur dans l'abdomen et ses douleurs rhumatismales, jamais elle ne s'est mieux portée.

Cette femme est revenue à la Charité le 9 novembre 1856 sur l'invitation de M. Rayer. Elle se porte très-bien ; elle a de l'embonpoint et remercie l'opérateur. Les règles manquent parfois, mais sans faire éprouver alors les vives douleurs qu'elle a jadis ressenties.

Il existe dans le côté droit de l'abdomen une tumeur facile à délimiter, de la grosseur d'une tête de fœtus ou à peine plus grosse, constaté par MM. Rayer, Velpeau, Giraldès, Cazeaux, Broca. MM. les élèves du service et par moi-même. Cette tumeur ne paraît pas fluctuante, mais solide, et ne cause pas de douleurs à cette femme.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENTS.

I. GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG.

Les numéros d'avril, mai et juin 1856 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Note sur un coarctotome* ; par M. Marquez. 2° *Nouveau procédé permettant d'augmenter à volonté la hauteur de la lèvre, dans les opérations du bec-de-lièvre et de chéiloplastie* ; par M. Sédillot. 3° *Compte rendu de la clinique médicale de Strasbourg* ; par le professeur Schützenberger. 4° *La chimie médicale et la physique médicale, les forces générales de la nature et la force organique, point de départ et objet de la thérapeutique* ; par M. E. Béchy. 5° *De l'application de l'autoplastie au traitement des cicatrices vicieuses* ; par M. C. Sédillot. 6° *Lettre sur les maladies du cœur à M. le docteur Alvarenga (de Lisbonne)* ; par M. Forget. 7° *Fracture du col du fémur droit par coup de feu, avec ouverture d'entrée et de sortie de la balle, communiquant avec le foyer de la fracture ; guérison* ; par M. Glœsel, aide-major de première classe. 8° *Présentation fronto-faciale ; procidence du bras ; péritonite ; guérison* ; par M. Lauth.

NOUVEAU PROCÉDÉ PERMETTANT D'AUGMENTER A VOLONTÉ LA HAUTEUR DE LA LÈVRE, DANS LES OPÉRATIONS DU BEC-DE-LIÈVRE ET DE CHÉILOPLASTIE ; par le professeur C. SÉDILLOT.

On sait que la lèvre manque de hauteur chez la plupart des adultes qui sont porteurs d'un bec de-lièvre, et après l'opération on s'aperçoit que le bord libre de la nouvelle lèvre est concave et ne recouvre qu'imparfaitement l'arcade dentaire. Le procédé de M. Clémot (voyez GAZ. MÉD., 1855) fait bien disparaître l'encoche labiale, mais ne remédie pas à cette brièveté dans le sens vertical.

M. Sédillot pense avoir trouvé un procédé opératoire qui permet de donner à la lèvre toute la hauteur désirable ; voici comment il l'a exécuté chez une jeune fille de 20 ans. « Je pensai, dit-il, qu'on pourrait convertir une partie des bords horizontaux de la lèvre en surfaces verticales, destinées à être affrontées, et qu'on obtiendrait, avec l'avantage d'augmenter la hauteur de la lèvre, celui de diminuer l'ouverture de la bouche.

» Ces indications furent très-faciles à remplir. Il suffit d'aviver chaque moitié de la lèvre par deux sections obliques, dont la première dirigée de *haut en bas* et *de dedans en dehors*, s'arrêtait à 1 centim. environ du bourrelet muqueux du bord libre ; tandis que la deuxième, commencée à ce dernier point, fut prolongée assez loin *en dehors* et *en bas* pour donner à la nouvelle lèvre une hauteur suffisante.

» La lèvre doit être largement détachée de l'arcade dentaire pour accroître la laxité des parties, et en ramenant à une direction verticale les deux surfaces obliquement avivées, on reforme une lèvre épaisse qui recouvre bien l'arcade dentaire. »

La malade opérée par ce procédé a conservé, dit M. Sédillot, une *bouche très-régulière et gracieuse*.

COMPTE RENDU DE LA CLINIQUE MÉDICALE DU PROFESSEUR SCHÜTZENBERGER (du 1er NOVEMBRE AU 1er AVRIL 1855).

Nous avons cru devoir extraire de ce compte rendu, où se révèlent une science clinique remarquable et une grande érudition, deux faits qui nous ont paru dignes d'être analysés.

Obs. I. — Il s'agit d'un marchand ambulant, âgé de 35 ans, plongé dans la misère et qui, le 2 janvier 1855, reste exposé, dans une voiture découverte, à la pluie et à la neige. Sous l'influence du froid, il est pris de céphalalgie, de vertiges et de courbature, suivis bientôt d'un endolorissement général du tronc et des membres.

Le 6 janvier, à son entrée à la clinique, il présente les symptômes suivants :

Face pâle, abattue; gémissements continuels; sensibilité excessive de toute la peau du tronc. Le moindre attouchement arrache des cris et provoque des soubresauts; pas de fièvre; pouls à 80; intelligence assez nette; réponses justes. Céphalalgie, vertiges, peu de soif, langue humide. On diagnostique une affection cérébro spinale. (Prescription : ventouses sèches et scarifiées le long du rachis; sulfate de quinine, 20 centigr.)

Les jours suivants, aggravation des symptômes.

Le 9, cris aigus, délire, agitation, vomissements de matières verdâtres. Par intervalle, secousses convulsives des membres; pupilles contractées.

Le 10, face décomposée, respiration convulsive, teinte cyanosée, extrémités froides. (Sangsues aux tempes, affusion froide.)

Mort le même jour, peu de temps après l'application des sangsues.

Autopsie. — Cerveau, moelle et méninges cérébro-spinales sans altération notable. Un peu d'hyperhémie dans la pie-mère cérébrale; mais sans exsudation.

Reins. Substance corticale notablement hyperhémiée, d'une couleur vinlette foncée. Corpuscules de Malpighi apparaissant comme des points noirs ecchymotiques. Cônes de la substance tubuleuse également hyperhémiés. Dans le calice du rein droit un peu de liquide noir sanguinolent.

L'urine que renfermait la vessie étant recueillie et abandonnée au repos, se sépare en deux couches : la supérieure, d'une couleur rouge sale, laisse abondamment précipiter par l'acide nitrique; l'inférieure est constituée par des globules sanguins altérés, quelques plaques d'épithélium du bassinet et des agrégats d'urate d'ammoniaque.

On voit d'après cette observation qu'une néphrite même aiguë peut être méconnue et laisser croire seulement à une affection idiopathique des centres nerveux. C'est là un point de diagnostic sur lequel nous croyons utile d'appeler l'attention des praticiens.

Obs. II. — Cette observation a trait à une périostite aiguë phlegmoneuse des deux tibias, et qui s'était développée progressivement chez un jeune homme scrofuleux, âgé de 18 ans, habitant un rez-de-chaussée humide.

Les douleurs étaient intenses et augmentaient par la pression; l'empâtement profond, diffus; la peau n'offrait que quelques marbrures, sans rougeur érysipélateuse; absence de toutes lésions dans les veines des membres supérieurs.

On eut recours au traitement antiphlogistique (sangsues, larges onctions mercurielles, fomentations narcotico-émollientes).

Les accidents locaux s'aggravent les jours suivants.

Quatre jours après son entrée (10 janvier 1855), l'empâtement étant devenu fluctuant, on pratique à chaque tibia une incision de 10 centim., qui donne issue à un flot de pus. Le périoste est largement décollé. Les os sont à nu dans une grande étendue.

Le 12, frissons, altérations des traits, adynamie, somnolence, sécheresse de la langue, pouls de 110 à 130.

Mort le 13.

A l'autopsie, outre les désordres bien connus qui appartiennent à la périnstite, on trouva dans les *deux canaux médullaires des tibias* une collection purulente plus abondante à droite qu'à gauche. La membrane médullaire est épaissie et ecchymotique. Les autres organes sont sains.

M. Schützenberger regrette ici, après avoir reconnu dès l'entrée la présence de la périostite, de n'avoir pas aussitôt largement incisé la tumeur; car, ajoute-t-il, « je n'ai vu aucun cas de périostite aiguë » phlegmoneuse se terminer par résolution sous l'influence de la » médication antiphlogistique. » Nous pensons que cette opinion est trop exclusive, et nous croyons, pour notre part, avoir vu se dissiper des périostites aiguës par les seuls antiphlogistiques; mais, dans cette observation, ce qui nous semble avoir rendu surtout la maladie très-grave, c'est l'inflammation de la membrane médullaire qui s'est terminée par la suppuration. M. Schützenberger passe, dans ses réflexions, complétement sous silence cette dernière particularité qui, à nos yeux, est l'affection la plus importante, et qui a dû accélérer la mort. Aussi avec ces complications, croyons-nous que le malade aurait également succombé, même avec des incisions faites dès le début sur les tumeurs. Peut-être aurait-on été plus heureux si l'on avait pratiqué dans le foyer, immédiatement après l'ouverture, des injections avec une solution de potasse caustique, que M. Pétrequin recommande, dans sa CLINIQUE CHIRURGICALE, pour prévenir l'infection purulente; et même comme dernière ressource on aurait pu recourir à l'emploi du fer rouge qui exerce une si heureuse influence dans les maladies des os.

II. GAZETTE MÉDICALE DE LYON.

Les numéros du mois d'avril au mois de juin 1856 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Volvulus par invagination, tympanite, obstruction, péritonite extensive, gangrène locale, élimination d'escarre, guérison*; par M. Drutel. 2° *Des progrès récents des sciences médicales et de l'influence de la clinique sur leur développement*; par M. Teissier. 3° *Cauchemar intermittent, suite de vives impressions morales*; par M. Ferrez. 4° *Traitement palliatif des fistules vésicovaginales*; par M. Reyhard. 5° *Note sur les appareils électro-magnétiques et sur leur application en médecine*, par M. Leriche. 6° *De la constitution médicale qui a régné à la Côte-Saint-André pendant l'été de 1854*: par M. Robin. 7° *Observation de leucocythémie, hypertrophie énorme de la rate et du foie, point d'hypertrophie des ganglions lymphatiques, examen microscopique du sang, caillots verdâtres très-volumineux dans le cœur, globules incolores abondants, nécropsie*; par M. Bossu, chef de clinique. 8° *Note sur le traitement du typhus observé à l'hôpital militaire de l'École à Constantinople*; par M. Barudel, médecin major.

VOLVULUS PAR INVAGINATION; TYMPANITE; OBSTRUCTION; PÉRITONITE EXTENSIVE; GANGRÈNE LOCALE; ÉLIMINATION D'ESCARRE; GUÉRISON; par M. DRUTEL.

Obs. — Il s'agit dans ce fait d'une jeune femme âgée de 32 ans, nerveuse et anémique par suite d'une métrorrhagie antérieure, et chez laquelle l'abdomen, sans cause connue, se ballonna en occasionnant de vives douleurs et quelques vomissements bilieux. Constipation opiniâtre.

Quinze jours après ces premiers phénomènes (27 avril 1855), la malade accusa une douleur vive, circonscrite à la région du cœcum, où M. Drutel reconnut manifestement un empâtement. (Traitement antiphlogistique, sangsues, calomel, frictions avec onguent mercuriel.) Ce traitement est continué pendant plusieurs jours sans amendement bien sensible. Il y a toujours quelques vomissements, mais non formés de matières stercorales.

Le 22 mai, face grippée, lipothymie, frissons irréguliers, pouls petit. Il s'écoule par l'anus une matière sanieuse, fétide, assez abondante.

Le 25, cet écoulement dégage manifestement l'odeur de la gangrène; extrémités glacées; pouls misérable; haleine fétide; assoupissement. (Pansement avec des mèches de charpie enduites de cérat opiacé et roulées dans de la poudre de quina et de charbon, jus et gelée de viande, quina à l'intérieur.)

Le 3 juin, on voit déboucher par l'anus une masse molle, grisâtre, insensible aux mors de la pince. Elle s'accroît les jours suivants. M. Drutel en excise par deux fois une longueur de 2 centim., sans que la malade s'en aperçoive.

Le 14 et le 18 juin, on administre de l'eau de Sedlitz, qui produit une purgation qui amène au dehors une masse informe, d'une odeur repoussante, d'une longueur de 9 centim., et dans laquelle, à raison de son état de décomposition, il n'a pas été possible de reconnaître s'il existait ou non un arrangement concentrique de membranes.

A dater de cette expulsion, l'amélioration s'est déclarée, et la malade, après trois semaines de convalescence (15 juillet), pouvait être considérée comme guérie.

Cette observation, que nous avons dû ici considérablement abréger, présente un de ces cas presque exceptionnels où, après des accidents aussi formidables, la guérison a pu être obtenue. D'un autre côté, l'absence de matières stercorales dans les vomissements est un phénomène presque insolite dans les invaginations intestinales, et enfin la terminaison heureuse à la suite de l'expulsion d'un produit morbide, à odeur gangréneuse, est encore un fait clinique des plus remarquables. Quant à la nature de l'affection, en raison même de sa marche particulière, on peut se demander si l'on avait bien sous les yeux un véritable volvulus; ou si ce n'était pas plutôt une entérite phlegmoneuse, ou du moins une invagination qui se comprend ici beaucoup mieux qu'un volvulus? Quoi qu'il en soit, l'observation est remarquable, et l'énergie du traitement n'a pas peu contribué à la guérison d'une affection aussi grave.

TRAITEMENT PALLIATIF DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES; par M. REYBARD.

Quoique les fistules vésico-vaginales ne compromettent pas à l'instant même l'existence, elles constituent cependant une infirmité tellement pénible et dégoûtante, que les femmes désirent ardemment d'en être délivrée. Diverses méthodes curatives ont été proposées pour guérir radicalement cette affection; M. Reybard lui même en a inventé une (l'érosion des bords de la fistule); mais comme à ses yeux ces divers procédés sont très-incertains dans leur résultat, il a pensé qu'il était peut-être possible de trouver un moyen de traitement qui, sans faire disparaître la fistule, la dissimulât complétement. C'est ce qu'il appelle le traitement palliatif. Il comprend deux ordres de moyens mécaniques.

Le premier de ces appareils n'est autre autre chose qu'un urinal en caoutchouc vulcanisé, composé de deux parties réunies par un tube; l'une ces parties formée principalement d'une éponge fine est introduite dans le vagin; elle est destinée à s'imbiber de l'urine qui filtre, et à la transmettre au moyen du tube à la seconde partie, située au dehors et qui est l'urinal proprement dit. Un robinet adapté à celle-ci permet de la vider à volonté.

Le second moyen employé par M. Reybard est un obturateur composé de deux plaques oblongues métalliques, recouvertes d'éponge et de baudruche; l'une de ces plaques est introduite dans la vessie, au-dessus de la fistule; la seconde pénètre dans le vagin et s'applique de ce côté, au niveau de l'ouverture fistuleuse. Ces deux plaques ainsi rapprochées sont tenues appliquées l'une contre l'autre au moyen d'un fort cordonnet qui traverse le centre des deux plaques obturatrices. Pour placer la plaque vésicale, on se sert d'une sonde qui, portée dans la vessie, traverse la fistule et sert à ramener le cordonnet au dehors par le canal de l'urètre; puis le fil ayant été fixé au centre de la petite plaque est retiré dans la vessie et l'entraine à sa suite sur la fistule.

Tel est le procédé ingénieux inventé par M. Reybard. Ce procédé n'aura-t-il aucun inconvénient? Ces corps étrangers pourront-ils rester longtemps ainsi en contact avec la vessie sans s'incruster de matières salines ou irriter vivement cet organe? Nous le craignons beaucoup; et pour dissiper ces doutes, nous attendrons qu'une expérience plus longue soit venue prouver à M. Reybard lui-même qu'il n'a rien à redouter de son nouvel obturateur.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 24 NOVEMBRE.—PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE.

IMPORTANCE DE L'HÉMOPTYSIE COMME SIGNE DE LA PHTHISIE PULMONAIRE; par M. le docteur EDOUARD DE LAMARE.

(Commissaires, MM. Andral, Serres, Rayer.)

Tous les pathologistes s'accordent à regarder l'hémoptysie ou crachement de sang, comme un symptôme de l'envahissement du parenchyme pulmonaire par les tubercules, qui se déposent, non pas comme on l'a avancé, dans les vésicoles pulmonaires, mais bien dans le tissu cellulaire interaréolaire, non-seulement du poumon, mais aussi des autres organes. Quoique l'hémoptysie soit très-fréquemment un signe de la phthisie, il y a cependant des cas assez rares, mais pourtant bien avérés, d'hémoptysie idiopathique qui ne se lie à aucune affection des voies respiratoires. Dans son TRAITÉ DE LA PHTHISIE PULMONAIRE, le docteur Louis établit que les crachements de sang idiopathiques, sont à ceux qui dépendent de la phthisie, comme 1 est à 2,400; ce qui lui fait dire que quand un individu crache du sang il est infiniment probable qu'il est tuberculeux. L'expérience résultant de mes observations personnelles, me conduit à établir que ce rapport est comme 1 est à 66 : ce qui, présentant toujours la phthisie comme le cas le plus ordinaire, élargit singulièrement le champ des exceptions; car 66 : 2,400 :: 1 : 36 1/3.

En conséquence, tout en maintenant la gravité du pronostic après une hémoptysie, mon calcul, qui a été fait d'après les malades soumis à mon observation, est de 36 à 37 fois moins défavorable que celui présenté par M. Louis.

Pour établir cette statistique, j'ai rejeté tous les cas qui pouvaient offrir le moindre doute, et je n'ai admis comme hémoptysies idiopathiques que celles qui, remontant à quinze ans de date, n'avaient été ni précédées ni suivies d'une toux même de quelques jours, ni d'amaigrissement, ni de déperdition des forces, chez des individus qui d'ailleurs n'avaient aucuns antécédents héréditaires de phthisie, qui n'étaient pas restés sujets aux rhumes, et chez lesquels enfin, dans le moment actuel, c'est-à-dire au moins quinze ans après l'accident, l'examen de la poitrine, pratiqué par moi à l'aide de l'auscultation, m'avait présenté les poumons dans l'état le plus parfaitement sain. Il y a, en outre, une différence à établir entre les hommes et les femmes quant à l'hémoptysie idiopathique; elle est plus fréquente chez ces dernières, dont les évacuations menstruelles, souvent supprimées ou diminuées, tendent parfois à se remplacer par des hémorrhagies supplémentaires; ainsi, tandis que, pour les deux sexes réunis, le rapport est 1 à 66, il est de 1 à 132 pour de hommes, et 1 à 33 pour les femmes.

Il est bien entendu que je ne donne pas le nom d'hémoptysie à quelques filets ou taches de sang que l'on peut rendre dans les crachats, sans être nullement phthisique, mais bien à l'expectoration de quantités de sang notables.

Indépendamment des hémoptysies purement idiopathiques, je dois dire qu'il existe un certain nombre d'individus qui crachent le sang sous l'influence de la maladie tuberculeuse, mais chez lesquels cette maladie reste presque stationnaire et à l'état latent, quand ils se trouvent placés dans les bonnes conditions hygiéniques. Il est à remarquer que ces individus donnent naissance à des enfants qui paraissent ordinairement phthisiques, avant l'âge auquel étaient arrivés leurs auteurs. Il est évident que, dans cette transmission héréditaire, l'intensité de la maladie avait augmenté d'un degré.

Quant à la fréquence de l'hémoptysie dans la phthisie pulmonaire, l'observation des faits ne me permet pas d'admettre, comme on le lit dans le livre de M. Louis, que la moitié des phthisiques a eu des crachements de sang, tandis que l'autre moitié n'en présente pas. Les cas où il y a des hémoptysies chez eux sont plus fréquents que les cas où il n'y en a pas. Ils sont dans le rapport de 75 à 55. Enfin, tandis que l'hémoptysie idiopathique est plus fréquente chez la femme que chez l'homme, c'est le contraire qui a lieu quand il s'agit d'hémoptysies dues à la phthisie pulmonaire. Ainsi, sur 130 phthisiques soumis à mon observation, dont 65 hommes et 65 femmes, il y en avait 75 qui avaient craché du sang, dont 45 hommes et 30 femmes.

Je crois ces remarques dignes d'intérêt, parce qu'elles peuvent servir à éclairer sur la nature d'une maladie dont il importe tant de reconnaître et de combattre les débuts par une médication rationnelle et appropriée, tandis qu'on l'a souvent exaspérée en administrant contre elle l'iode et le fer, qui alors déterminent des hémoptysies.

NOTE SUR UN NOUVEAU CAS DE GANGRÈNE DIABÉTIQUE; par M. MARCHAL (de Calvi.)

(Commissaires : MM. Rayer, C. Bernard, J. Cloquet.)

L'auteur a déjà fait connaître deux exemples de cette gangrène, et M. Landoozy en a communiqué un troisième à l'Académie de médecine.

Dans le premier cas de M. Marchal, il y eut, à deux ans d'intervalle, chez un diabétique, un sphacèle d'un orteil, puis une gangrène de tout le pied; le diabète avait été méconnu, et c'est en recherchant la cause générale du sphacèle de l'orteil, que l'auteur, à force d'investigations, finit par reconnaître que cette mortification était sous l'influence d'un diabète.

Dans le second cas, la glycosurie ou plutôt, dit l'auteur, la glycoémie, car la glycosurie n'est que le signe, avait été également méconnue, et le malade, âgé de 60 ans, replet et sanguin, portait deux vastes plaques gangréneuses, l'une à la cuisse, l'autre au dos. Il fut également reconnu que le malade, tourmenté depuis longtemps par une soif vive et ayant une abondante sécrétion d'urine, ce qu'il avait laissé ignorer à son médecin, était diabétique (43 à 47 gr. de glycose par 1,000).

Dans le nouveau cas que l'auteur porte à la connaissance de l'Académie, il existait une vaste plaque gangréneuse à la nuque, le sujet était un médecin et la glycoémie avait été de même inaperçue.

Voilà donc trois cas dans lesquels l'existence d'un gangrène a fait diagnostiquer le diabète.

L'auteur attribue le sphacèle, dans la glycoémie, à une diathèse inflammatoire à tendance nécrosique créée par la présence du sucre, et cette théorie le conduit à préconiser doublement le traitement alcalin, institué par M. Mialhe. Il termine en rapprochant la gangrène urique (par excès d'acide urique dans le sang) de la gangrène glycoémique, et il dit que si l'inflammation s'établit dans une grosse artère, on peut voir une de ces gangrènes que l'on a improprement appelées séniles, dans lesquelles on commet généralement la faute de donner des stimulants quand il faudrait attaquer l'inflammation artérielle, surtout par les alcalins.

NOTE SUR UN MOYEN PRÉVENTIF DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE; par M. PIEDAGNEL.

(Commissaires : MM. Serres, Andral, Velpeau.)

La fièvre puerpérale, maladie fréquemment mortelle, règne à Paris trop souvent sous la forme épidémique, et force l'Administration des hôpitaux à prendre des mesures exceptionnelles; c'est ainsi que, vers le 15 mai, M. le directeur général me fit dire « que voulant éviter l'encombrement des femmes

» en couches, il les disséminerait dans divers hôpitaux, et que je devais me » disposer à recevoir dans mon service, à l'Hôtel-Dieu, des femmes pour y » accoucher. »

Connaissant toute la gravité de la fièvre puerpérale, sachant combien peu sont certains les moyens employés pour la combattre, je pensai, dans cette circonstance, que peut-être il n'était pas impossible de la prévenir, et je m'occupai d'en trouver les moyens.

Sachant que la quinine a souvent été employée avec avantage dans cette maladie, qu'elle prévient les accès de fièvre intermittente pernicieuse, maladie générale beaucoup plus grave que la fièvre puerpérale; me rappelant que, pendant le choléra de 1853-54, j'avais obtenu des résultats préventifs non douteux par son administration; sachant aussi que le fer, qui a une action positive sur l'ensemble de l'économie, a de même été employé avec avantage contre la fièvre puerpérale, il me sembla qu'en les associant, on pourrait retirer de bons résultats de leur administration. Mais comme la fièvre puerpérale débute ordinairement d'une manière brusque et, par conséquent, n'est pas toujours précédée d'altération partielle, je pensai que l'administration de ces médicaments, qui ne devait point entraîner de conséquence fâcheuse, pourrait être faite avant le début de la maladie, lorsqu'on craindrait de la voir se développer.

Mon service de femmes à l'Hôtel-Dieu se compose de tout le deuxième étage du bâtiment de la rive gauche de la Seine, et forme ainsi une longue salle de 84 mètres de long, 9 mètres de large, 3m,60 de hauteur, coupée en divers compartiments par des cloisons épaisses, et aérée, au nord et au midi, par de larges et hautes fenêtres.... Je convins avec M. le directeur de l'Hôtel-Dieu que, pour éviter l'encombrement, je n'aurais à soigner qu'une accouchée sur 4 malades, soit 16 sur 64 lits; cette mesure fut respectée tant que les circonstances le permirent, mais bientôt nous fûmes envahis, et j'eu, à plusieurs reprises, 25 à 30 femmes en couches.

Les malades furent bien surveillées, tenues avec la plus sévère propreté. Les fenêtres ouvertes presque continuellement, même la nuit quand le temps le permettait, du feu jour et nuit fut entretenu dans les poêles pour établir des courants d'air; mais cette mesure ne fut employée que jusqu'au commencement de juin.

Le traitement mis en usage fut le suivant :

Dès qu'une femme entrait pour accoucher, accouchant ou accouchée, elle prenait deux pilules de 10 centigrammes de sulfate de quinine et 1 gramme de sous-carbonate de fer. Le soir, à la visite, une même quantité de médicaments était administrée, et tant que durait le séjour des malades à l'hôpital, matin et soir on donnait ces mêmes médicaments et à semblables doses. Les femmes buvaient de l'eau de tilleul et une bouteille d'eau de Spa. Toutes les fonctions étaient bien surveillées et maintenues autant que possible dans leur intégrité physiologique. Ainsi, 40 centigr. de sulfate de quinine, 2 grammes de sous-carbonate de fer chaque jour furent le régime médicamenteux des femmes bien portantes jusqu'à leur sortie de l'hôpital.

Mais il n'est question ici que des cas simples, et tous ne l'ont pas été. Ainsi, dans plusieurs circonstances, des signes de la fièvre puerpérale ont eu lieu, des douleurs, des frissons, de la fièvre, de l'excitation cérébrale, etc., se sont développés; dans ces cas, immédiatement on augmentait progressivement et par jour les doses de sulfate de quinine, 60, 80 et jusqu'à 120 centigrammes que je n'ai pas dépassés. La quantité de fer était de même augmentée : 4, 5, 6 grammes furent mis en usage; dès que les symptômes s'affaiblissaient, on diminuait les doses des médicaments.

Tel est le traitement que j'ai employé; voici maintenant le résultat :

Du 16 mars 1856 au 23 juillet, soit 68 jours, j'ai eu à traiter 51 malades, aucune n'a eu de fièvre puerpérale; 11 ont eu des symptômes de la maladie à son début, sans persévérance; 1, venant d'un autre hôpital, où elle était accouchée, est entrée avec une fièvre puerpérale avec délire : elle est morte en deux jours (c'est la première qui fut reçue dans mon service); 1 est entrée sans connaissance, dans un état d'éclampsie grave; elle avait été accouchée de force la nuit : elle est morte dans la journée.

Au 23 juillet, les entrées ont cessé, les femmes grosses ont pris une autre direction. J'ai continué à suivre celles qui étaient dans mon service; le résultat n'a pas cessé d'être heureux. Mais le 23 septembre on nouvelles femmes en couches se sont présentées; j'ai suivi le même traitement préservatif, et voici ce que j'ai obtenu :

Du 23 septembre au 31 octobre (38 jours), 40 femmes ont été admises pour accoucher; 15 ont eu des accidents légers, 2 ont été assez gravement malades; 1 est morte de fièvre puerpérale avec péritonite, épanchement thoracique droit, considérable : l'utérus était sain, mais volumineux et pâle.

En résumé, sur 91 femmes accouchées, une seule est morte de fièvre puerpérale contractée dans mon service.

SUR UN GENRE SINGULIER DE NÉVROPATHIE, LE DÉLIRE DES ABOYEURS; par M. BOSREDON.

(Commissaire : M. Andral.)

Cette singulière affection, dont l'histoire se perd dans la nuit du moyen âge, paraît avoir pris naissance dans le sein de la Bretagne. Dax, ville des Landes, en fournit aussi quelques exemples. Ce phénomène assez rare, et dont la nature est peu connue du monde médical, se reproduit par intervalles plus ou moins rapprochés : il est caractérisé par un cri perçant, convulsif, parfois musical, qui représente tantôt le chant du coq ou le cri du paon, tantôt le bêlement des brebis, tantôt le miaulement du chat, tantôt le jappement du chien. C'est ce qui a fait donner aux femmes qui en ont été atteintes le nom d'*aboyeuses*. Comme la médecine a toujours été impuissante à combattre cette affection extraordinaire, l'Église a recouru aux exorcismes et a fait transporter ces malades en différents lieux de pèlerinage; mais ces différentes tentatives ont été rarement couronnées de succès. Le hasard vient de me présenter un cas de ce genre, qui, traité par les moyens médicaux, a été suivi de guérison.

Jean Roux, âgé de 11 ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, d'une bonne santé, dernier fils d'un père vigneron mort phthisique depuis trois ans, demeurant avec sa mère à Sainte-Croix-du-Mont (Gironde), fut pris, sans cause connue, le 1er février 1846, d'une toux apyrétique assez intense pendant le jour, accompagnée d'une légère expectoration muqueuse et de céphalée. Il était calme pendant la nuit.

Une médication appropriée avait triomphé de ces accidents, lorsque le 15 du même mois il commença de faire entendre un cri semblable au cri d'une poule dont l'œsophage serait obstrué, et qui durait de sept à huit secondes. Ces crises, qui s'accompagnaient d'une respiration pénible et saccadée, se répétaient huit à dix fois dans la journée. A l'entrée de la nuit, elles cessaient jusqu'à sept heures du matin, où elles se renouvelaient.

Le sulfate de quinine, le chloroforme à l'intérieur et à l'extérieur, les purgatifs variés, les bains froids et les immersions froides furent vainement employées.

Ces crises suivant toujours la même marche, intermittentes pendant la nuit, devinrent plus fortes pendant le jour et fatiguaient davantage le malade, sans cependant trop nuire à sa santé.

Désespérant d'obtenir la guérison par les moyens ci-dessus indiqués, j'employai la potion suivante :

Eau de tilleul.	125 grammes.
Valérianate acide d'atropine. .	demi-milligramme.
Sirop de sucre.	30 grammes.

A prendre par cuillérées dans les vingt-quatre heures.

Cette potion produisit une forte dilatation des pupilles, des hallucinations, de l'incohérence dans les idées, enfin une forte secousse dans tout le système nerveux, surtout cérébral.

Dans les vingt-quatre heures qui suivirent, l'économie rentra dans l'état normal; la maladie avait complètement cédé.

Huit jours après, sous l'influence d'une légère impression, ce jeune homme fit entendre deux cris assez semblables aux précédents; pour en éviter le retour, je conseillai, le 21 août, la même potion; mais le malade n'en prit que quelques cuillerées, à cause des accidents nerveux qui commençaient à se manifester.

Depuis, il n'a plus rien éprouvé, et sa santé s'est constamment soutenue bonne.

Quelle est la nature et le siége de cette maladie? C'est ce que je n'entreprendrai pas de discuter. Toujours est-il que c'est au valérianate acide d'atropine que ce jeune malade doit sa guérison. C'est comme puissant modificateur du système nerveux que je me suis décidé à l'employer.

— M. G. COLIN adresse à l'Académie la description d'un monstre cyclocéphale.

(Commissaires : MM. Serres, Geoffroy-Saint-Hilaire, de Quatrefages.)

— M. GODARD adresse une addition à son travail intitulé : RECHERCHES SUR LES MONORCHIDES ET LES CRYPTORCHIDES CHEZ L'HOMME, travail précédemment présenté au concours pour les prix de médecine et de chirurgie.

(Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

SÉANCE DU 1er DÉCEMBRE.

DU PRINCIPE QUI PRÉSIDE AU MÉCANISME DE LA NATATION CHEZ LES POISSONS ET DU VOL CHEZ LES OISEAUX; par M. GIRAUD-TEULON, ancien élève de l'École polytechnique.

Dans un premier mémoire, lu dans la séance du 16 juillet 1855, l'auteur, analysant le mécanisme du saut, avait montré que cet acte, tout à fait comparable au ressaut d'une baguette élastique comprimée entre le doigt et un appui résistant, puis tout d'un coup abandonnée à elle-même, était produit dans son principe essentiel par la contraction soudaine des fléchisseurs du membre inférieur venant subitement interrompre le mouvement d'extension et de déploiement rapide des articles de ce membre préalablement fléchis.

D'autre part, les naturalistes avaient depuis longtemps assimilé au mouvement du saut le fait principal qui détermine le nager des poissons et le vol des oiseaux. Mais le saut lui-même n'étant pas encore réellement compris, l'assimilation précédente ne pouvait que reposer sur une idée vague. Il n'est donc pas inutile de lui donner une base précise et de démontrer l'exactitude de cette comparaison.

Pour y parvenir, l'auteur analyse d'abord le mouvement par lequel un poisson veut se porter avec rapidité à droite ou à gauche. Il reconnaît que cet effet est produit par la flexion rapide de son extrémité caudale vers la tête, subitement interrompue dans son cours et donnant la sensation d'un choc, d'un coup de fouet imprimé au liquide.

Or où trouver, ailleurs que dans la contraction soudaine des muscles antagonistes de ceux qui ont amené la flexion commencée, la cause déterminante de cet arrêt subit.

Le corps de l'animal, par la subite et mutuelle équilibration de toutes les forces intrinsèques qui le sollicitent, devient soudainement rigide; mais alors les forces extrinsèques, c'est-à-dire les réactions du liquide ambiant jusque là dominées, se manifestent et d'une manière subite. Leur effet est, dès lors, en tout semblable à un choc.

Quant à leur direction, c'est-à-dire celle de leur résultante, comme ces réactions sont proportionnelles, en chaque point, au carré de la vitesse de ce point, et qu'il n'est visible que par le fait de la flexibilité de la région postérieure de l'animal, cette vitesse est aussi grande en arrière que faible en avant, l'effet final est nécessairement dirigé d'avant en arrière et du côté contraire au mouvement interrompu. La résultante, d'ailleurs, est forcément appliquée en un point de la moitié postérieure du corps. Toutes ces conditions réunies déterminent un résultat conforme à l'objet proposé.

Une analyse absolument pareille rend compte du mouvement progressif direct. L'effet dynamique est produit identiquement comme dans le cas précédent; seulement l'animal étant recourbé deux fois sur lui-même, dans sa région postérieure et dans le même plan horizontal, la résultante ne diffère que par sa direction qui est portée d'arrière en avant, quoique toujours un peu obliquement.

Ajoutons cependant que, dans ce cas, la flagellation du liquide s'exerce deux fois de suite à un très-court intervalle, à droite et à gauche. La dernière se trouve alors presque aussitôt corrigée que produite.

Le vol des oiseaux n'est également qu'une course composée de petits sauts successifs.

Mais chez eux la force qui crée la condition élastique est à l'état visible. C'est l'élasticité même du tissu de la membrane alaire qui remplit le rôle de nos fléchisseurs dans le saut et des extenseurs chez le poisson.

Par son inextensibilité subite, au delà d'une limite donnée, elle vient interrompre le mouvement d'extension de l'aile, et crée ainsi un état statique analogue à ceux déjà décrits. La machine animale devient soudainement rigide; les forces intrinsèques entrent subitement en équilibre; les forces extrinsèques se manifestent alors et subitement.

Ces forces, ce sont les résistances de l'air contre chaque élément des surfaces motrices : réactions normales à ces surfaces et donnant une résultante moyenne dont le plus simple calcul indique la direction conforme au mouvement proposé.

Cette double étude montre ainsi que le même principe préside au saut, au nager du poisson, au vol de l'oiseau; à savoir : l'instantanéité de rigidité du système moteur permettant aux résistances du fluide ambiant de se manifester soudainement. D'où choc apparent ou relatif du fluide sur les surfaces motrices devenues rigides, et transmettant ainsi au corps entier, solidaire avec elles, l'effet final et résultant de ces réactions partielles.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 2 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans l'arrondissement de Figeac en 1855. (Commission des épidémies.)

2° Un rapport de M. le docteur Lecoeur sur les épidémies de l'arrondissement de Caen en 1855. (Même commission.)

— La correspondance non officielle comprend :

Un mémoire de M. le docteur Albert père sur une maladie endémique qui a régné pendant les mois de juillet et août dans la commune de Saint-Chinian (Hérault). (Commission des épidémies.)

Une note de M. le docteur Papillaud sur le traitement des panaris par la teinture d'iode. (M. Jobert, rapporteur.)

— M. le Président annonce que M. le professeur Bérard, doyen de la Faculté de Montpellier et membre correspondant de l'Académie, assiste à la séance.

RAPPORT SUR LE SPIROMÈTRE DE M. GUILLET.

M. Poiseuille, au nom d'une commission dont il fait partie avec M. Bouilland, lit un rapport sur le spiromètre présenté par M. Guillet. Voici l'extrait de ce rapport :

D'après les principes posés par le docteur Hutchinson, le sujet étant debout fait une inspiration aussi profonde qu'il est possible, et l'air fourni par l'expiration complète qui lui succède immédiatement est recueilli. Le volume d'air, s'il était obtenu exactement, représenterait, en effet, la majeure partie de l'air que peuvent recevoir les poumons, toutes choses égales d'ailleurs; et serait une donnée importante pour le physiologiste et pour le médecin. La spirométrie a attendu jusqu'à présent ce résultat.

Il s'agit, en effet, de recueillir toute la quantité d'air expiré; or dans une expiration, grande ou petite, l'air sort librement du thorax, sans rencontrer aucun obstacle; la moindre résistance à surmonter donne lieu aussitôt à une perturbation dans l'expiration, et l'air n'est plus rejeté, et cela par suite de la faible pression avec laquelle l'air sort de la poitrine.

M. Poiseuille analyse les expériences faites par la commission sur ce point; elles démontrent que la pression de l'air qui sort de la poitrine pendant l'expiration est loin d'être constante; d'abord de quelques centimètres d'eau, elle descend aussitôt à quelques millimètres pour s'abaisser de plus en plus lentement jusqu'à zéro.

De là, ajoute M. le rapporteur, votre commission est portée à conclure que si, dans les premiers instants de l'expiration, la sortie de l'air de la poitrine peut vaincre un certain obstacle, elle devient bientôt impuissante devant la faible résistance d'une colonne d'eau de quelques millimètres, par exemple. Ces faits bien établis, il lui a été facile de constater, à son point de vue, les inconvénients et les avantages que peuvent offrir les spiromètres, et par conséquent de formuler son jugement sur l'instrument de M. Guillet.

Après une description minutieuse du nouveau spiromètre, M. Poiseuille présente le résultat des expériences entreprises dans le but de déterminer le degré de sensibilité de l'appareil. « La force d'inertie du spiromètre que nous étudions, dit le rapporteur, exige pour être vaincue une pression inférieure à un demi-millimètre d'eau; par conséquent il n'y aura qu'une faible partie d'air de l'expiration qui échappera à ses indications. Quant à la limite de l'erreur que peut offrir l'instrument, elle est tout à fait négligeable.

» En résumé, la grande sensibilité du spiromètre de M. Guillet, l'approximation qu'il présente dans l'évaluation des quantités d'air qui le traversent, son extrême petit volume en font un instrument précieux pour la physiologie et pour la clinique.

La commission vous demande le dépôt aux archives du travail de M. Guillet, qui accompagne l'envoi de son spiromètre. (Adopté.)

ÉLECTION DANS LA SECTION DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale.

M. le Secrétaire annuel donne lecture de la liste de présentation telle qu'elle a été arrêtée dans le précédent comité :

En première ligne, M. Nélaton;
En deuxième ligne, M. Denonvilliers;
En troisième ligne, M. Hutin;
En quatrième ligne, M. Morel-Lavallée;
En cinquième ligne, M. Bonnafont.

M. le Président consulte l'Académie pour savoir si le vote de M. Velpeau déposé dans l'urne avant l'ouverture du scrutin doit être considéré comme valable. Ce vote est annulé sur l'observation de plusieurs membres de l'Académie.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 78 et la majorité absolue de 40 :

M. Nélaton obtient 66 suffrages;
M. Hutin...... 11 —
M. Denonvilliers.. 1 —
M. Bonnafont.... 1 —
Billet blanc..... 1 —

M. Nélaton, ayant obtenu la grande majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire de l'Académie.

— M. Barth soumet à l'examen de l'Académie une pièce d'anatomie pathologique; c'est un de ces kystes de l'ovaire remplis de masses colloïdes ou encéphaloïdes qui contre-indiquent toute opération. L'artère nourricière de ce kyste est de la grosseur de la pédieuse.

— M. Robert met sous les yeux de l'Académie la pièce artificielle exécutée par MM. Fowler et Préterre et destinée à remplacer le maxillaire inférieur, dont l'ablation totale a été faite, le 15 avril 1856, à l'hôpital de la Pitié, par M. Maisonneuve, au nommé Isamat. Le malade avait été présenté le 12 mai à l'Académie.

— A quatre heures et quelques minutes, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Boudet relatif à une présentation de candidats dans la section de pharmacie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE JUIN 1856; par M. le docteur E. Faivre, secrétaire.

(Suite.)

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

II. — Pathologie.

3° Ramollissements multiples de la substance grise du cerveau; par M. Ernest Lecorché, interne de M. Rayer.

René Libert, âgé de 39 ans, teinturier (Ille-et-Vilaine), entra à l'hôpital de

la Charité le 27 mai à onze heures du soir. Les personnes qui l'apportaient ne purent donner aucun renseignement; mais quelques jours après on nous apprit que Libert était teinturier, qu'il travaillait avec excès et qu'il n'était arrêté que depuis deux jours lorsqu'il vint à l'hôpital.

Le 28 au matin l'état du malade n'était point changé; on ne pouvait tirer de lui aucune réponse, bien qu'il comprît nos questions. A notre invitation, il nous montrait sa langue qui était sèche et rugueuse. La motilité était conservée; le malade cherchait même à descendre de son lit pour satisfaire ses besoins; mais la sensibilité était entièrement perdue sur toute la surface du corps; les muqueuses de la bouche et du nez étaient également insensibles. On pouvait piquer et pincer toutes ces parties sans déterminer sur la figure du malade le moindre signe de douleur. La cornée seule était sensible, et en la piquant avec une aiguille, les paupières se contractaient aussitôt.

La pupille se rétrécissait sous l'influence de la lumière; l'iris n'était en rien paralysé.

La fièvre était peu marquée; 100 pulsations; la soif assez vive; la respiration facile, bien qu'on pût constater à l'auscultation quelques râles de bronchite.

Il y avait de la constipation, et l'urine, examinée au microscope, ne contenait ni sucre ni albumine.

Durant la nuit, l'agitation avait été peu marquée; mais dans le courant de la journée, le malade eut sept attaques épileptiformes; ces attaques duraient quelques secondes seulement. Elles consistaient en convulsions cloniques étendues à tout le corps, aux muscles de la figure, de l'œil, etc.

Pendant ces attaques, le malade ne poussait aucun cri. Il n'y avait pas d'écume à la fin de ces attaques et le malade recouvrait sa motilité sans contracture.

Le 29, même insensibilité; pas d'attaques; état général un peu meilleur; 60 pulsations.

Le 30, 100 pulsations; trois attaques. La constipation a cédé à deux ou trois lavements; le malade laisse aller sous lui ses urines et ses matières fécales. Mais en le sondant, on trouve l'urine normale.

Les 31 mai et 1er juin, le pouls marque 100 pulsations; l'état général est le même. Les attaques apparaissent aussi bien le jour que la nuit avec la même forme et au nombre de sept ou huit dans les vingt-quatre heures.

Le 2 juin, les attaques furent plus fréquentes. Il y en eut cinq on six dans la journée; mais le soir on en put compter cinquante-quatre de cinq heures à onze heures.

Le 3, fréquence plus grande du pouls qui marquait 120. Rien au cœur, rien dans la poitrine; même insensibilité du corps, excepté de la cornée; toutefois pas de contracture des membres, pas de roideur du rachis. Le malade laissait toujours aller sous lui.

Le soir, le pouls était à 100; il y avait un peu de moiteur et pas d'attaques.

Le 4, le malade fut assez bien; il n'y eut pas d'attaques; la moiteur continua; le pouls était à 80.

Le 5, les attaques reparurent plus fréquentes; se continuèrent le 6. L'état général devint plus grave, et le malade mourut le 6 juin au soir.

Le traitement dirigé contre cette affection consista en ventouses aux apophyses mastoïdes, le long du rachis, ventouses qu'on répéta trois ou quatre fois, et en lavements purgatifs. Le malade ne prit que du bouillon.

A l'autopsie, on ne trouve pas d'ecchymoses aux téguments du crâne; pas de fractures aux os.

A l'intérieur du crâne, sous la dure-mère, dans l'arachnoïde, se trouve sur l'hémisphère gauche un caillot sanguin recouvrant toute la surface convexe de cet hémisphère. Ce caillot, d'une épaisseur de 4 à 5 millim., adhère au feuillet pariétal de l'arachnoïde et s'enlève avec lui; du reste, il est peu altéré, n'a point subi trace de résorption, et paraît récent. Outre ce caillot, on trouve dans la cavité arachnoïdienne, du côté gauche, du sang liquide mélangé et qui s'écoule avec lui. A droite, on ne trouve rien de spécial à signaler dans l'arachnoïde.

Sous l'arachnoïde, la pie-mère est généralement injectée à gauche et à droite; mais surtout à gauche où siègent les lésions les plus prononcées de la substance grise du cerveau.

Ces lésions qui siègent à la partie antérieure de l'hémisphère gauche du cerveau consistent en ulcérations grisâtres au nombre de 5. Ces ulcérations, de 15 millim. de diamètre, sont arrondies, grisâtres, comme pulpeuses. Lorsqu'on dirige sur elles un filet d'eau, on voit s'écouler un détritus grisâtre et l'ulcération augmenter de profondeur. Outre ce détritus, il s'écoule en même temps des petits caillots de sang qui sont logés dans les mailles de l'ulcération.

Les bords de l'ulcération n'offrent aucune saillie au-dessus de la surface du cerveau. Ils ont une teinte violacée dans une épaisseur de 2 à 3 millim. Ces ulcérations ne dépassent point en profondeur la substance grise. La substance blanche du voisinage offre à peine une teinte jaunâtre.

En examinant au microscope le détritus de ces ulcérations, on n'y rencontre que des globules sanguins, des cellules nerveuses; pas de pus.

Outre ces ulcérations, on trouve encore à gauche, plus en arrière, vers la partie moyenne de la convexité de l'hémisphère, une tache vineuse de 2 centim. de diamètre; le cerveau plus saillant en ce point n'est pas ulcéré et doit cette coloration à du sang infiltré dans la substance grise. A droite, il n'existe, comme je l'ai dit, qu'une seule ulcération; sans être plus étendue que celle du côté gauche, elle est plus profonde. Située à la partie la plus antérieure de l'hémisphère droit, elle présente le même aspect que celles déjà décrites à gauche et intéresse un peu la substance blanche.

Dans les coupes qu'on pratiqua dans les hémisphères cérébraux, on ne trouva rien de pathologique : la substance blanche avait conservé sa coloration et sa consistance normales; les ventricules ne présentaient rien à signaler. Pas d'injection dans les corps striés et les couches optiques.

Le cervelet ne présentait rien d'anormal; la moelle était à l'état sain dans sa substance aussi bien que dans ses enveloppes.

Je ne dirai rien des autres organes qui étaient seulement congestionnés, et par conséquent n'offraient rien d'important à signaler.

4° RAMOLLISSEMENT D'UN POLYPE DE L'UTÉRUS; par M. LECORCHÉ, interne de M. Rayer.

Aimée Bresson, née dans la Côte-d'Or, entrée à la Charité le 10 mai, morte le 29.

D'une petite taille et d'une maigreur excessive, cette femme, âgée de 66 ans, n'eut, dit-elle, de maladie que celle qui l'amène à la Charité. Elle fut toujours bien portante. Réglée à 15 ans. Jamais elle n'eut de flueurs blanches, ni de retard dans son époque menstruelle. Elle se maria à 20 ans et eut trois enfants. Dans l'intervalle de ses couches qui furent toutes heureuses, la menstruation fut régulière. C'est vers l'âge de 30 ans seulement qu'elle commença à ressentir des douleurs dans le bas-ventre, à la partie supérieure des cuisses. Pendant trois ou quatre mois, elle eut à cette époque des pertes en rouge, consulta un chirurgien qui lui enleva, dit-elle, un polype et la cautérisa au fer rouge.

A partir de ce moment, les règles, les pertes cessèrent, et peu à peu elle vit augmenter son ventre, qui cependant ne prit de dimensions considérables que vers la fin de l'année 1855.

Cette femme lors de son entrée présentait un abdomen très-développé; les parois en étaient tendues; la saillie était prononcée, surtout à droite de l'ombilic.

La matité existait dans presque toute l'étendue de l'abdomen; ce n'était qu'au-dessus de l'ombilic que l'on trouvait un peu de sonorité. Il y avait de la fluctuation; mais elle était difficile à obtenir; les parois de la poche paraissaient très-épaisses.

Le col de l'utérus, à peu près dans sa position normale, regardait un peu vers le côté droit; il présentait, du reste, la consistance, la forme des utérus qui ont déjà porté. Les culs-de-sac vaginaux antérieur, postérieur et latéraux n'étaient point déformés; on ne pouvait y déterminer de fluctuation, et si l'on cherchait à y suivre les faces antérieures et postérieures de l'utérus, on sentait que ce corps avait augmenté de volume, qu'il était dur et résistant.

La malade n'accusait aucun trouble du côté de la vessie; il n'y avait pas de constipation.

Pendant dix on onze jours, la malade fut assez bien; la fièvre était presque nulle. Ce ne fut que huit à neuf jours avant sa mort qu'elle fut prise de fièvre, de diarrhée qui résista au traitement opiacé qu'on dirigea contre elle.

A l'autopsie, on ne trouva d'intéressant que les lésions utérines; le cerveau était sain. Les organes des cavités thoracique et abdominale soumis à une pression énergique étaient réduits à un volume peu considérable. Le foie, poussé vers la cavité thoracique, refoulait les poumons; l'intestin était en arrière de la tumeur et surtout au-dessus.

Les reins atrophiés de moitié présentaient tous deux des calices et des bassinets dilatés. Ces dilatations étaient dues sans doute à la difficulté que les urines avaient dû rencontrer dans leur cours.

La tumeur utérine s'élevait au-dessus de l'ombilic. Dirigée de bas en haut, de gauche à droite, elle mesurait en hauteur 35 centim., en largeur 23 cent. Elle offrait en avant une saillie qui soulevait les parois de l'abdomen à droite et au-dessus de l'ombilic.

Cette tumeur n'avait contracté aucune adhérence avec les parois abdominales ou les organes environnants. Les culs-de-sac du péritoine utéro-rectal et utéro-vésical étaient conservés.

Par une ponction faite à la partie saillante de cette tumeur, il sortit un liquide verdâtre filant ressemblant à du pus; mais on ne put y trouver de globules purulents; il ne contenait que des granules et des globules graisseux.

Ce liquide, qui avait donné sur le vivant la fluctuation dont j'ai parlé, était contenu dans une poche d'un litre à peu près de capacité.

Cette poche qu'on aurait pu croire au premier abord formée aux dépens de l'ovaire droit, était en réalité contenue dans l'intérieur de l'utérus, et nous verrons dans un instant la constitution de ses parois.

Les ovaires, les trompes, les ligaments ronds, bien qu'un peu hypertrophiés, avaient conservé leurs rapports normaux sur les côtés de la tumeur utérine.

Fendue verticalement, cette tumeur utérine parut bien évidemment composée de deux parties distinctes : 1° de l'utérus; 2° à son extérieur d'une masse de nature fibreuse. L'utérus s'était développé comme dans une grossesse de six à sept mois. On en reconnaissait très-bien les fibres qu'on pouvait suivre dans toute l'étendue de la tumeur. Les parois utérines, d'une

épaisseur d'un centimètre, purent être facilement séparées de la masse contenue dans leur intérieur.

Cette masse contenue dans l'intérieur de l'utérus, qui paraît être un polype développé à l'intérieur de l'utérus, ne tenait à la face interne des parois utérines que par un tissu cellulaire très-lâche; vers le col de l'utérus cependant à droite ce tissu était plus résistant et constituait sans doute en ce point le pédicule du polype.

Ce polype et l'utérus qui le contenait pesaient 7 kilogr.; il offrait çà et là de larges vacuoles dont la plus volumineuse constituait la poche dont j'ai parlé. Ces vacuoles communiquaient ensemble et avaient en moyenne 3 cent. de diamètre. Elles contenaient un liquide analogue à celui de la plus grande. Dans quelques-unes cependant, outre la graisse et les granules, on trouvait de la cholestérine.

Les parois des vacuoles étaient formées par le polype lui-même. Ce polype, dont la structure était fibreuse, plus mou à son centre où se trouvaient le plus de vacuoles, était plus résistant et comme cartilagineux vers les parois utérines. . . . .

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ D'ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE, considérée spécialement dans ses applications à la pathologie, à la médecine légale, à l'art obstétrical et à la chirurgie opératoire; par J.-E. PÉTREQUIN, ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, professeur de chirurgie et d'opérations à l'École de médecine de la même ville, chevalier de la Légion d'honneur, lauréat de l'Académie impériale de médecine, etc. — 1 vol. grand in-8° de xx-764 pages. — Paris, 1856, chez Victor Masson, éditeur.

L'anatomie, comme la plupart des sciences à l'époque actuelle, se fait remarquer par une double tendance, spéculative et pratique. Envisagée sous la forme d'anatomie descriptive, générale ou philosophique, elle présente un caractère de science pure, bien qu'elle constitue déjà la base indispensable à l'étude sérieuse de la médecine; sous la forme d'anatomie topographique, plus appropriée aux besoins de notre époque utilitaire et positive, elle devient essentiellement pratique et féconde en applications médicales.

Née d'hier, l'anatomie topographique compte déjà de nombreux et importants traités.

Celui que nous avons sous les yeux est la deuxième édition d'un ouvrage qui parut il y a quelques années. Bien qu'à sa naissance, enfant de la province, il eût à lutter contre des œuvres du même genre écloses sous le nom de célébrités chirurgicales de Paris, il a été accueilli par le public médical avec une faveur qui a dépassé les espérances de l'auteur. Les éloges et les critiques bienveillantes dont il a été l'objet dans les journaux français et étrangers, les honneurs de la traduction en langues étrangères, l'épuisement assez rapide de l'édition, sont des témoignages irrécusables de cette faveur qui est allée toujours croissant.

Dès lors l'auteur se trouvait engagé vis-à-vis du public; il lui devait une édition nouvelle, œuvre à la fois de science et de reconnaissance. Avant de nous livrer à l'examen de cette œuvre nouvelle et d'en apprécier le mérite et l'importance, il nous paraît opportun et intéressant de jeter un regard rétrospectif sur la première et de rechercher les causes auxquelles elle a dû son succès. Cette revue nous permettra de mieux juger les additions et les améliorations considérables qui en font actuellement un livre nouveau.

D'abord, pénétrons-nous bien du but de l'anatomie topographique. Ce but est de sa nature essentiellement pratique. Il est tout entier dans les rapports qui existent entre les diverses régions de l'économie animale et les maladies qui peuvent les atteindre, et dans la déduction des signes qui en résultent pour le diagnostic et des indications pour le traitement. Hors de là l'anatomie topographique n'existe pas, c'est une œuvre inutile, un non sens.

Or les auteurs qui se sont imposé la tâche d'écrire une anatomie topographique ont suivi deux voies différentes dans la conception et la réalisation de leur œuvre. Les uns ont partagé le corps humain en un certain nombre de régions dont la circonscription a été déterminée tout à la fois et par leur disposition anatomique et par leur affinité pour certaines maladies. Les autres, avant d'aborder l'anatomie des régions proprement dite, ont cru devoir se livrer à l'exposition d'une sorte d'anatomie descriptive ou générale envisagée au point de vue de la pathologie. La seconde méthode paraît d'abord plus complète que la première, mais on s'aperçoit bientôt qu'elle manque le but et qu'elle fait double emploi. Il n'y a rien, en effet, dans les considérations générales auxquelles donne lieu cette anatomie des appareils ou des systèmes appliquée qui ne puisse s'étaler avec beaucoup plus d'avantage soit dans un traité spécial d'anatomie générale ou descriptive, soit dans un traité de pathologie. Quant aux faits pratiques ou d'application, ils sont mal placés dans la première partie et doivent être exposés à nouveau dans la seconde, qui traite de l'anatomie des régions. Cette dernière seule est la véritable anatomie topographique; nous n'hésitons pas à regarder l'autre comme un hors-d'œuvre : *Non erat hic locus.*

M. Pétrequin n'est point tombé dans cette erreur. Il a parfaitement compris que le but et l'utilité de l'anatomie topographique se rencontrent exclusivement dans l'étude des régions. En cela il a montré un grand sens pratique, et nous voyons dans la manière dont il a su envisager l'anatomie topographique une des causes qui ont contribué au succès de son livre.

Ce n'est pas tout : la pratique chirurgicale qui a compris tout d'abord la nécessité de l'anatomie des régions devait lui imprimer son influence. C'est ce qui eut lieu en effet pour les premiers traités où l'anatomie et la chirurgie s'allient à l'exclusion des autres branches de la médecine. M. Pétrequin a senti le premier, et d'autres, après lui, qui se sont abstenus de le citer, que la chirurgie n'avait pas seule à gagner à cette étude, que la médecine pouvait aussi en retirer un grand profit. De là la *couleur médicale* qu'il a donnée à son ouvrage et qui s'est reflétée dans ceux qui l'ont suivi. Il est vrai que certains critiques ont reproché au livre de M. Pétrequin de porter un titre menteur et de ne point justifier dans la rédaction l'annonce médicale de la couverture. Ce reproche tombe complétement à la simple lecture des chapitres consacrés à l'étude du tube intestinal, du cerveau, de la moelle, des poumons, etc., etc. Sans doute, on ne saurait prétendre que la médecine doive retirer le même fruit que la chirurgie de l'anatomie des régions; mais sa part, pour être plus bornée, n'en est pas moins réelle, comme cela ressort avec la dernière évidence de la lecture du livre que nous avons sous les yeux.

Il nous a paru encore que l'auteur avait su éviter des défauts dans lesquels étaient tombés la plupart de ceux qui l'ont précédé. Comprenant avec raison que l'étude de l'anatomie topographique suppose la connaissance de l'anatomie descriptive, il a élagué une foule de détails anatomiques qui n'appartiennent qu'à un traité spécial de la matière. D'un autre côté, il s'est abstenu de discuter trop longuement les procédés de la chirurgie opératoire qu'il s'est appliqué à ne considérer que dans ses rapports avec la disposition des régions et la structure des parties.

Enfin mettant à profit tout ce que la physiologie, la chimie et la physique présentent de rapports utiles avec l'anatomie, il a su en déduire des corollaires pratiques, non-seulement pour le chirurgien et le médecin, mais encore pour le médecin légiste et l'accoucheur.

Le but tout pratique de l'anatomie des régions bien compris dans les limites larges que nous venons de signaler, l'auteur s'est mis à l'œuvre. Il partage le corps humain en tronc et membres. Le tronc se subdivise en six sections : rachis, tête, cou, poitrine, abdomen, bassin. Les membres se subdivisent en membres supérieurs et en membres inférieurs. Chaque section se partage à son tour en plusieurs régions.

La région, sans être le dernier terme de l'analyse topographique, en est un des points les plus importants. Une région bien déterminée permet d'apercevoir beaucoup mieux les rapports des organes entre eux avec les maladies et avec les procédés opératoires. M. Pétrequin s'est appliqué à les bien définir. Les unes sont parfaitement *naturelles*, c'est-à-dire que leurs limites sont tracées par la disposition même des parties; telles sont les régions sus-claviculaire, axillaire, poplitée, etc. D'autres sont *artificielles* et se déterminent moins par la délimitation précise des parties que par l'affinité que certains groupes de maladies affectent pour elles, comme la région du pli de l'aine ou par les prédominances d'un organe important, comme la région carotidienne, ou enfin par les avantages que l'opérateur peut en retirer, comme la région du périnée. . . . .

Les limites de la région une fois tracées, il en étudie successivement les parties communes et les parties spéciales, procédant couche par couche, de la superficie à la profondeur, et rattachant à chaque organe, à mesure qu'il se présente, les considérations physiologiques, pathologiques et thérapeutiques qui s'y rapportent et qui sont le but essentiel de l'ouvrage.

Telle est l'œuvre dont M. Pétrequin nous donne aujourd'hui la *deuxième édition*. La comparaison de celle-ci avec la première offre un véritable intérêt scientifique. Ce n'est point, en effet, une simple réimpression d'une œuvre qui a réussi, et dont un éditeur cherche à

exploiter le succès. Quatre hivers entiers employés à revoir, à l'amphithéâtre, la partie anatomique d'un bout à l'autre, d'immenses lectures, une vaste pratique, une longue expérience, et avec cela le zèle infatigable de l'auteur pour la science, tels sont les éléments qui lui ont servi à corriger, augmenter et refondre, en partie, ce livre, qu'il peut, à bon droit, présenter comme une édition nouvelle, dans toute la rigueur de l'expression.

Ce n'est pas que rien de fondamental ait été changé dans l'ouvrage. La première édition avait été formée sur un plan trop bien conçu pour qu'il fût possible d'y rien changer. Désormais la forme de l'anatomie topographique est trouvée, il ne peut y avoir de variation que dans les détails. Aussi nous retrouvons ici la division topographique du corps humain en tronc et membres, avec leurs subdivisions en régions. Mais si nous comparons les chapitres et la description des régions de l'une et de l'autre édition, nous y trouvons de profondes différences. Les uns, qui avaient été trop écourtés dans la première, ou qui ne sont plus au niveau de la science, ont été augmentés d'importantes additions : nous citerons particulièrement le rachis, dont les diverses régions ont été mieux définies et ont dû s'accroître d'additions physiologiques et médicales, dont l'importance pratique n'échappera à personne.

Nous citerons encore la tête, dont presque tous les chapitres ont dû subir une refonte totale, en raison des nombreux faits dont la science s'est enrichie depuis la publication de la première édition, et dont on lira le détail dans la description des régions mastoïdienne, de l'oreille moyenne, de la conjonctive, de la cornée, de l'iris, de l'appareil olfactif, de la langue, etc.

Il faudrait enfin citer toutes les régions, car presque toutes ont reçu d'importantes augmentations.

D'un autre côté, nous ne pouvons qu'applaudir au retranchement de quelques discussions qui aujourd'hui n'auraient plus la valeur de l'à-propos. Ainsi, l'exposition de divers procédés de ténotomie, qui étaient à l'ordre du jour lors de la première édition, a été nécessairement de beaucoup abrégée. Celle des expériences de MM. Pétrequin et Reyhard sur les sutures intestinales a dû subir le même sort, etc.

Enfin, pour beaucoup de chapitres, la rédaction a été refaite *in extenso*.

Il serait trop long d'énumérer toutes les additions importantes qui ont été faites à cette deuxième édition; qu'il nous suffise de dire qu'on a mis à contribution les travaux des anatomistes et physiologistes modernes; ceux de M. Sapey sur les vaisseaux lymphatiques et les organes des sens; ceux de MM. Duchenne (de Boulogne) sur l'électrisation localisée; les découvertes de M. Bernard, etc., etc.

On jugera encore de l'importance des additions par les citations suivantes : Mesures comparatives du tronc et des membres. — Rôle du liquide céphalo-rachidien. — Nature de l'écoulement séreux de l'oreille dans les fractures du crâne. — Fonctions du muscle peaucier. — Mesures de la poitrine. — Nouvelles expériences sur les bruits du cœur. — Nouveau signe diagnostique du lipôme. — Physiologie pathologique des mouvements de la main et des doigts, etc., etc.

Cette courte analyse nous suffit pour comprendre que cette deuxième édition, comme la première, a été conçue dans un même esprit pratique. L'étude de l'anatomie des régions, complétée pour quelques organes qui s'y prêtent mal, comme le tube digestif, par un peu d'anatomie descriptive, l'alliance parfaitement réglée de l'anatomie, appuyée de la physiologie avec la chirurgie et la médecine, donnent sans effort dans ce livre les déductions pratiques de la plus haute importance.

M. Pétrequin est sobre de discussion; il va au fait, l'expose brièvement et n'en prend que les corollaires qui en découlent spontanément. Son style, généralement clair et toujours concis et correct, n'est peut-être pas toujours exempt d'un peu de sécheresse, ce qu'il est d'ailleurs presque impossible d'éviter dans les ouvrages de science; mais il rachète ce léger défaut par une grande variété et une érudition immense et bien choisie. L'amour de la précision a été poussé jusqu'à conserver dans cette édition les anciennes mesures à côté des nouvelles qui, à notre avis, pourraient parfaitement suffire aujourd'hui.

Nous reconnaissons que cette comparaison peut être utile aux étrangers, mais cela impatiente parfois un peu l'œil du lecteur français, sans rien ôter toutefois au charme qu'on trouve à le lire, non plus qu'au profit que chacun en retirera. Nous ne connaissons aucun traité d'anatomie topographique qui présente autant d'intérêt à la lecture, et nous pouvons à coup sûr prédire un nouveau succès à ce livre. Tout étudiant, tout praticien, tout médecin militaire aura constamment près de lui un livre si riche de faits, si logiquement conçu, si consciencieusement exécuté, et qui, dans une foule de circonstances, est appelé à lui rendre les plus grands services.

FOLTZ.

VARIÉTÉS.

— Par décret du 24 novembre, l'école préparatoire de Marseille a été réorganisée. L'enseignement comprendra : 1° anatomie et physiologie; 2° pathologie externe et médecine opératoire; 3° clinique externe; 4° pathologie interne; 5° clinique interne; 6° accouchements, maladies des femmes et des enfants; 7° matière médicale et thérapeutique; 8° pharmacie et notions de toxicologie.

Ces chaires sont confiées à huit professeurs titulaires.

Le nombre des professeurs adjoints est fixé à trois; ils seront attachés aux chaires de clinique interne, de clinique externe, d'anatomie et physiologie.

Le nombre des professeurs suppléants est de quatre; ils seront attachés aux chaires de médecine proprement dite, de chirurgie et d'accouchements, d'anatomie et de physiologie, de matière médicale, thérapeutique, pharmacie et toxicologie.

Il est également attaché à cette école : un chef des travaux anatomiques, un prosecteur, un préparateur de chimie et de toxicologie.

— Par arrêté du 20 novembre, M. Aubé, docteur en médecine, adjoint des hospices de Rouen, est nommé professeur suppléant à l'école préparatoire de cette ville. Il sera attaché en cette qualité aux chaires de médecine proprement dite.

— Le concours pour le majorat de la Charité de Lyon a commencé lundi 1er décembre.

Le jury est composé de MM. Barrier, Bonnet, Bouchacourt, Bonchet, Desgranges, Pétrequin, Rater, Richard, Rodet, Bollet, Roy et Socquet.

Les candidats sont MM. Berne, Chavanne, Delore, Faivre, Gailleton, Ollier e Philippeaux.

— M. le docteur Goffres, médecin principal de première classe, vient d'être nommé chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Toulon.

La spécialité chirurgicale de M. Goffres ne lui permettait plus de rester à Montpellier, où il aurait dû faire un service médical. C'est à cette circonstance qu'il faut attribuer son changement de résidence.

— M. Cailliot, professeur de chimie médicale à la Faculté de médecine de Strasbourg, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— M. le professeur Forget vient d'être nommé membre honoraire de la Société impériale de médecine de Constantinople.

— M. Morel est nommé directeur des autopsies à la Faculté de médecine de Strasbourg.

— La Société médicale d'Amiens, dans sa séance du 10 octobre dernier, a fondé une Association de secours mutuels et de prévoyance entre les médecins et pharmaciens du département de la Somme.

Le but de cette association est de distribuer des secours aux sociétaires tombés dans le malheur par suite de maladies, infirmités, progrès de l'âge ou revers de fortune immérités.

Les veuves et les enfants des sociétaires peuvent être admis à participer aux secours de l'Association.

L'Association a de plus à signaler, par tous les moyens en son pouvoir, et à poursuivre au besoin, les délits et abus relatifs à l'exercice de la médecine et de la pharmacie.

Les membres de la Société médicale formant la commission administrative provisoire de cette Association sont :

Président : M. Andrieu, médecin de l'Hôtel-Dieu d'Amiens.

Trésorier : M. Fevez, professeur à l'École de médecine et de pharmacie d'Amiens.

Secrétaire : M. Lenoël, professeur du cours communal de zoologie d'Amiens.

Membres : MM. Bor, pharmacien, membre du jury médical;
Brandicourt, chef des travaux anatomiques à l'École de médecine d'Amiens;
Dupont, pharmacien, président du conseil de salubrité d'Amiens;
Fauvel, membre du comité d'hygiène départemental;
Herbet, professeur à l'École de médecine et de pharmacie d'Amiens.

— Le nombre des inscriptions prises à la Faculté de médecine de Paris, du 3 au 17 novembre 1856, s'élève, savoir :

Pour le doctorat à.	902
Pour le grade d'officier de santé à	98
Total des élèves inscrits.	1,000

Sur ce nombre, il y a :

Inscriptions nouvelles.	126
Élèves venant des Facultés de Strasbourg et de Montpellier	11
Élèves venant des écoles préparatoires.	84

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

LA SPIROMÉTRIE ET LES SPIROMÈTRES.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

Si les iatro-mécaniciens, dès le commencement du dix-huitième siècle, se sont livrés à l'étude du mécanisme de la respiration, si le chimisme de la fin du même siècle a cherché surtout à apprécier les modifications qu'éprouve l'air en traversant l'appareil respiratoire, ce n'est que la physiologie moderne, celle qui ne veut interpréter la science de la vie que par des faits d'expérience et d'observation, qui a pu entreprendre de déterminer les fonctions du poumon en se basant sur la quantité d'air que cet organe est capable de recevoir. C'est elle seule qui a pu reconnaître une capacité pulmonaire absolue, bien distincte de la capacité fonctionnelle ou vitale; c'est elle aussi qui, nous en avons la certitude, parviendra par cet ordre d'études à un nouveau et précieux critérium pour l'étiologie et le diagnostic des maladies de poitrine.

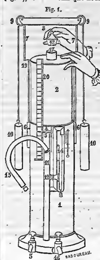
Mais pour atteindre le résultat définitif que nous venons de signaler, il reste encore bien des lacunes à combler. Toutefois la question préliminaire, celle qui s'occupe du moyen d'investigation, la question des spiromètres nous paraît être arrivée à une solution très-satisfaisante, si ce n'est définitive. Les appareils grossiers de Kentisch, de Davy, de Herbst et d'Abernethy ont été remplacés par ceux plus exacts mais plus compliqués aussi de Hutchinson, de Vogel, de Wintrich et de Jaehoe; à ceux-ci ont été opposés et comparés le spiromètre de M. Boudin et les divers compteurs à gaz d'origine anglaise, allemande et française. L'appréciation de cette dernière classe d'appareils faite par M. Poiseuille, dans un rapport lu à l'Académie de médecine, le 2 décembre 1856, ne saurait être défavorable à l'opinion des physiologistes qui n'admettent pas qu'une capacité, comme celle du poumon surtout, puisse être appréciée autrement que par le volume de l'air inspiré et expiré.

C'est après nous être convaincu de cette vérité, par des expériences nombreuses, que nous avons adopté, pour les recherches spirométriques que nous poursuivons depuis deux ans, l'appareil simple et précis que M. le professeur Cl. Bernard a fait connaître à l'Académie des sciences, dans la séance du 1er décembre 1856. Nos lecteurs trouveront au compte rendu de cette séance la description de notre spiromètre, comme nous la reproduirons en son lieu et place, dans la suite de ce travail. Reprenons maintenant l'appréciation historique où nous l'avons laissée dans l'article précédent.

§ IV. — PRÉCISION DES INSTRUMENTS DE SPIROMÉTRIE DEPUIS HUTCHINSON.

Le peu d'engouement que les physiologistes montraient, jusqu'alors, pour des recherches dont l'utilité pratique ne leur était pas encore suffisamment démontrée avait tout d'abord vivement frappé Hutchinson; il en comprit le motif: c'est que les moyens d'investigation étaient trop incertains; aussi, comme tout esprit sévère et juste, il résolut d'étudier sérieusement tout ce qui se rapporte au sujet de la capacité vitale du poumon. Il s'occupe d'abord de la méthode à suivre dans ses expériences et avant tout de la construction d'un instrument précis, pouvant fonctionner entre les mains de chacun et fournir des résultats identiques dans les mêmes circonstances. Cet instrument (fig. 1), comme ceux que nous avons fait connaître jusqu'ici, repose sur le système des gazomètres; mais il diffère de ceux-là, en ce que la cloche 2, graduée et cylindrique, est équilibrée, au 0 de l'échelle, par deux contre-poids 10, qui nécessitent moins d'efforts musculaires pendant les mouvements respiratoires. Le fond de la cloche est percé d'un orifice assez large 17, par lequel on laisse échapper l'air; le tube d'inspiration 15 du récipient 1 est garni d'un robinet 12; il communique avec un manomètre 14, qui indique le moment où l'égalité de pression, dans l'atmosphère et dans l'instrument, a rétabli le niveau de l'eau dans le récipient et dans la cloche, niveau d'après lequel on lit sur l'échelle 20 le nombre de pouces cubes correspondant au volume d'air recueilli. Un thermomètre, des robinets, des vis complètent cet instrument. Quoiqu'il ait satisfait ainsi à toutes les données de la physique, Hutchinson n'a pas moins construit un appareil à la fois insuffisant et trop compliqué; de là les nombreuses modifications et simplifications que nous allons signaler avant d'examiner les résultats auxquels cet habile expérimentateur est parvenu. D'ailleurs, reconnaissons-le tout aussitôt, les recherches ultérieures ne sont pas encore venues renverser les principales lois que le médecin anglais a tirées de ses expériences.

Fig. 1.



Hutchinson a donné à son instrument le nom de spiromètre, voulant indiquer par là que celui-ci doit servir surtout à apprécier l'état de la respiration, la capacité vitale, l'activité fonctionnelle de l'appareil respiratoire, plus que le volume d'air contenu dans le poumon; de là aussi le nom de spirométrie donné à la science qui s'occupe de la détermination de cette capacité vitale dans l'état physiologique et dans l'état pathologique.

Dès que les expériences d'Hutchinson furent connues en Allemagne, le professeur Vogel voulut les répéter, afin de les juger sous le rapport de leur valeur au lit du malade et d'apprécier ainsi l'utilité réelle que la spirométrie pourrait avoir en médecine. Il croit devoir commencer par modifier l'appareil du médecin anglais; les changements qu'il opère se réduisent à terminer la cloche en forme de cône, qu'il munit d'un robinet destiné à laisser échapper l'air et à l'équilibrer par

---

FEUILLETON.

LA MATERNITÉ ET L'OBSTÉTRIQUE CHEZ LES HÉBREUX.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

Vie physiologique.

La vie physiologique et pathologique chez la femme du peuple hébreu devait être autrement intéressante que la vie sociale; mais comme les notions que nous donne la Bible sont ici assez vagues, il nous faut la démêler de la vie physiologique et pathologique du peuple hébreu en général.

Nous tirerons la vie physiologique de l'hérédité, de l'âge, des aliments, du développement du corps, des exercices habituels, et enfin de l'hygiène de ce peuple. La vie pathologique pourra être tracée avec plus de facilité.

L'hérédité, ce moyen puissant pour éterniser les bonnes qualités physiques et physiologiques de la maternité dans un peuple, devait être ici dans les meilleures conditions désirables. Il était formellement écrit que les Hébreux ne devaient jamais s'unir aux autres peuples par les liens du sang. Chez les peuples mêmes qu'ils pouvaient vaincre, ils devaient sacrifier les femmes plutôt que de les épouser.

Ce précepte suivi presque à la lettre jusqu'à l'arrivée du peuple dans la terre de Chanaan ne le fut pas beaucoup après; ainsi nous voyons Salomon lui-même, peut-être dans des vues politiques, épouser la fille de l'un des Pharaons, rois d'Égypte, et autres princesses étrangères.

L'âge auquel arrivaient les femmes du peuple hébreu n'est guère indiqué: Saara mourut à sa 127e année d'existence; mais si nous rapprochions de ce chiffre celui qui indique l'âge des patriarches: Abraham, 175 ans; Ismaël, 137; Jacob, 147; Joseph, 110; Moïse, 120, et Josué, 110, nous pourrions conclure que les femmes atteignaient ordinairement la centaine. Ce chiffre cependant n'est pas celui qui constitue la moyenne de l'âge après l'arrivée du peuple dans la terre de Chanaan. Les mœurs plus dépravées expliquent peut-être cet abaissement dans la durée de la vie, et ce n'est pas à ce seul point de vue que nous devons envisager ces deux phases tout à fait opposées du peuple hébreu. Dans l'une, Abraham, Jacob, Joseph et surtout Moïse, font exécuter les lois avec rigueur et veillent à l'intégrité des mœurs; dans l'autre époque, on voit la désobéissance aux lois, la corruption des mœurs et la dégradation du peuple. Déjà du temps de David, l'âge avait diminué: « Les jours de nos années, dit-il, sont de 70 à 80 ans pour le plus » (1).

Si nous calculons les forces physiques des Hébreux par leurs exploits,

(1) Psaume XC de David.

un contre-poids unique soutenu par un cordon qui se fixe au cône de la cloche et qui passe sur une seule poulie; il supprime le manomètre, et par là, son instrument étant confectionné en tôle, il introduit une légère cause d'erreurs dans les données de ses expériences. En effet, son échelle est basée sur les niveaux de l'eau dans la cloche et le récipient; or l'air qui pénètre dans la cloche pendant l'expiration y déprime un peu le niveau de l'eau, détruit l'équilibre de pression; de cette manière le 0 de l'échelle est au-dessus du niveau primitif, et le volume d'air indiqué par l'échelle est inférieur à celui de l'air expiré véritablement. C'est là ce qui explique la légère différence en moins, comparativement avec les résultats d'Hutchinson, qu'a obtenue le docteur Simon (1) dans ses expériences pratiquées avec l'instrument de son savant maître, le professeur Vogel et publiées en 1848.

Dans la même université de Giessen et à la même époque, Phœbus (2) a contrôlé les expériences de Hutchinson, non pas avec l'appareil si compliqué de ce dernier, mais en faisant usage de la disposition ancienne qui consiste à recueillir, sous une cloche graduée et remplie d'eau, l'air expiré après une forte inspiration. Les erreurs auxquelles un semblable appareil donne lieu sont faciles à comprendre, quand on pense que l'air introduit dans la cloche doit supporter une pression atmosphérique plus le poids de la colonne d'eau qui remplit plus ou moins la cloche. Ce n'est, d'ailleurs, là non un appareil nouveau, mais un simple arrangement des procédés employés, déjà autrefois, par Kentish et par Herhst.

En France aussi retentit cette nouvelle impulsion communiquée à la séméiologie des maladies de poitrine; c'est M. Boudin, médecin en chef de l'hôpital du Roule, qui entreprit d'abord, avec le spiromètre de Hutchinson, une série d'expériences que nous aurons à rappeler dans la suite, et qui confirment les résultats annoncés par l'observateur anglais. Sans critiquer l'instrument anglais dont il se servait jusqu'alors, le médecin de l'hôpital du Roule pensait qu'il fallait, avant tout, le rendre plus maniable et surtout d'une pratique plus expéditive, tout en lui conservant une précision aussi approximative que possible. C'est pourquoi il imagina un instrument en caoutchouc vulcanisé fig. II), fabriqué par M. Gariel (3) et composé d'une vessie de caoutchouc

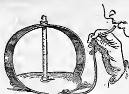
Fig. 2.



(1) Ueber d. menge d. ausgeathm. Luft bei verschied. Menschen. Giessen, 1848.

(2) Ueber pneumon. als diagnost. Hulfs. in m.-c.-Ztg. 1848.

(3) Se trouve chez H. Galante et comp., 28, place Dauphine.



entourée d'une portion de cercle métallique, d'où part une tige très-mobile et graduée qui suit les dilatations de la vessie et qui indique ainsi le volume d'air qu'on y lance dans chaque expiration. Cet instrument, qui a l'avantage d'être un des plus portatifs de tous les spiromètres imaginés jusqu'à ce jour, et qui pour cette raison pourrait être utile dans la médecine des campagnes et dans la médecine militaire, ne donne cependant que des appréciations approximatives qui auraient besoin d'être contrôlées par un appareil plus précis.

Malgré toutes ces imperfections des moyens d'observation, M. Boudin était convaincu que la spirométrie deviendrait, par la suite, très-utile dans la médecine militaire, soit pour rejeter des volontaires et des remplaçants portant le germe d'une tuberculisation pulmonaire non appréciable encore par les autres moyens physiques d'investigation, soit pour éloigner de l'armée des militaires véritablement inaptes au service. (*In* Dictionnaire des dictionnaires de médecine, tomes supplémentaires, art. *Recrutement*.)

Ce sont là les premières expériences de spirométrie faites en France; elles eurent peu de retentissement, et encore moins d'effet stimulant; mais il est à peine croyable qu'elles aient pu être oubliées, dans ces derniers temps, jusqu'au point de laisser croire que la France était restée complétement indifférente à une question aussi sérieuse de médecine pratique.

Pour donner à cette notice historique toute l'exactitude possible, nous ne devons pas oublier de mentionner le spiromètre de poche de Jaehne, qui paraît en avoir conçu l'idée à la même époque où M. Boudin a fait construire le sien. L'instrument du médecin allemand se composait d'une portion de l'intestin d'un ruminant: il le séchait et l'enroulait sur un cylindre, d'où il se déroulait quand on y soufflait; la graduation était faite sur l'intestin même au moyen de raies transversales. Mais Jaehne, qui s'est beaucoup occupé de spirométrie, a bientôt rejeté lui-même son instrument comme étant trop peu précis, reproche qui s'adresse également à celui de M. Boudin; il a cherché alors à perfectionner le gazomètre d'Hutchinson, et a construit un appareil simple, précis et peu coûteux, dont nous avons fait usage au commencement de nos recherches; nous le décrirons plus loin.

Celui qui, après Hutchinson, a le plus étudié toutes les questions relatives à la spirométrie, est le professeur Wintrich, de l'Université d'Erlangen; il a examiné la capacité pulmonaire de plus de 4,000 individus, parmi lesquels se trouvaient 500 malades. Les expériences ont été pratiquées à l'aide de l'instrument du professeur Vogel modifié,

---

nous voyons que du temps d'Abraham, comme du temps de Moïse et de Josué, les Hébreux sont presque toujours vainqueurs dans les combats. Franchissant le désert, ils abattent ceux qui s'opposent à leur passage, et c'est à la force des armes qu'ils font la conquête de la terre promise, quoiqu'elle soit défendue par des peuples nombreux et gouvernés par des rois.

Les Hébreux ne paraissaient pas avoir la taille la plus avantageuse; car il est question de la rencontre de géants pendant le trajet du désert. Cette race d'hommes, à la stature colossale, qui, d'après la Bible, était nombreuse après le déluge, se rencontre ici, et elle n'était même pas encore éteinte du temps de David. La mort de Goliath est le dernier passage de la Bible où il soit question des géants.

Qui sait si ces hommes n'étaient pas les restes de la race humaine non encore altérée par la civilisation? Il est dit dans la Bible que du mariage des géants avec les filles du peuple naquirent les héros, c'est-à-dire des hommes remarquables par les prodiges de leur intelligence encore plus que par ceux de leur force physique.

Si les Hébreux étaient victorieux même avec les géants, c'est que déjà dans les combats on ne se prenait plus corps à corps. L'adresse à lancer les pierres avec la fronde, à manier la lance et l'épée pouvait donner de la supériorité aux Hébreux, qui étaient fort habiles en ce genre d'exercices. Mais ce qui les rendait plus forts encore étaient la volonté impérieuse de leurs chefs et l'exécution rigoureuse de la loi, c'était la voix de la conscience et du devoir.

Dès que le peuple hébreu est en possession de la terre de Chanaan, les chefs lui manquent, il s'amollit, et après avoir suivi les mœurs dépravées de ceux qu'il avait vaincus, il adore parfois leurs dieux. A la fin, il est même tributaire des peuples voisins, et fait esclave par les rois des nations éloignées.

Les femmes, il est vrai, ne prenaient pas part aux exercices des hommes, et les soins domestiques devaient constituer leurs seules occupations; mais les forces physiques des hommes rejaillissaient sur les femmes par la voie de l'hérédité. Salomon nous fait le portrait de la femme modèle où il nous indique quels devaient être ses exercices journaliers. « Une femme forte, dit-il, vaut plus qu'une perle.... Elle prodigue à son époux le bien et non le mal tous les jours de sa vie.... Elle recherche la laine et le lin qu'elle travaille d'une main joyeuse.... Semblable au navire du commerçant, elle fait venir de loin sa nourriture. Elle se lève pendant qu'il fait encore nuit, donnant du pain à sa maison et la tâche à ses servantes. Elle médite l'acquisition d'un champ et l'acquiert; avec le travail de ses mains, elle gagne de quoi planter une vigne. *Ceignant les reins de force, elle affermit ses bras....* Elle saisit le fuseau et ses mains tiennent la quenouille. Elle ne craint pas pour sa maison, car toute la famille est vêtue d'habits doubles, etc. » (1).

Il y a dans ce tableau à la fois la femme modèle pour les forces physiques et les forces morales de cette époque. Si l'exercice en plein air est plus apte à développer les forces physiques, les occupations domestiques telles qu'elles

(1) Proverbes de Salomon, ch. XXXI, v. 10, etc.

toutefois, en ce que le professeur d'Erlangen se servait d'une cloche en verre graduée, et qu'il avait sondé dans le récipient métallique deux fenêtres de verre qui lui permettaient de rétablir les niveaux dans ce dernier et dans la cloche, après chaque expiration. Mais cet instrument est encore compliqué de robinets placés sur le trajet du tube d'inspiration; la personne soumise à l'examen les ouvre au moment d'expirer, et les ferme dès que l'expiration est terminée. Chacun comprend combien ces manœuvres exposent à des causes d'erreurs; d'un autre côté, le petit calcul qu'il faut faire, après chaque expiration, pour retrancher du volume total de l'air de la cloche celui de l'air qui y était contenu avant l'acte respiratoire, exige des soins et un temps que les médecins consentiront difficilement à accorder à ces sortes d'expériences. Toutefois, ces dernières considérations ne peuvent qu'ajouter au mérite du patient observateur, qui ne sait que trop que les sciences ne progressent que par le labeur et la persévérance. Les résultats de ses nombreuses expériences, commencées dès 1848, sont consignés dans le traité de pathologie et de thérapeutique de Virchow (1).

B. SCHNEPF.

(La fin au prochain numéro.)

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

MÉMOIRE SUR QUELQUES OBSERVATIONS DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE TENDANT A DÉMONTRER L'EXISTENCE D'UN PRINCIPE COORDINATEUR DE L'ÉCRITURE ET SES RAPPORTS AVEC LE PRINCIPE COORDINATEUR DE LA PAROLE; lu à la Société de biologie par M. le docteur MARCÉ, ancien interne lauréat des hôpitaux et de la Faculté de médecine.

(Suite. — Voir le nº 48.)

II.

Jusqu'ici nous avons étudié isolément les symptômes des quatre lésions différentes qu'il est nécessaire d'étudier et d'analyser dans un cas d'abolition de la parole ou de l'écriture; mais, nous le répétons, bien rarement les faits pathologiques sont conformes à une description aussi nette et aussi précise; le plus souvent les altérations fonctionnelles se combinent deux à deux, trois à trois, et offrent entre elles des connexions intimes qui gênent singulièrement dans leur étude isolée et même parfois la rendent tout à fait impossible. Ainsi, par exemple, que l'on vienne à reconnaître chez un malade une paralysie de la langue suffisante pour empêcher la libre prononciation des mots, il est bien clair que l'on ne peut savoir si, dans ce cas, l'organe législateur de la parole est conservé, puisque l'articulation des mots est le seul moyen de reconnaître les lésions de cet agent coordinateur. De même pour l'écriture, comment reconnaître les lésions de son agent coordinateur chez un sujet dont la main paralysée ne peut tracer un seul caractère?

(1) HANDB. D. PATHOLOGIE U. THERAPIE, t. V. KRAUKH. D. RESPIRAT.

C'est en tenant compte de ces éléments importants et des combinaisons variées qu'ils forment entre eux, que nous avons rangé en trois catégories les douze observations que nous avons pu recueillir. Parmi ces observations, il en est quatre qui nous appartiennent et huit qui ont été empruntées à divers auteurs.

Peut-être sera-t-on étonné qu'en présence des cas si nombreux d'abolition de la parole que possède la science (puisque M. Bouillaud en a recueilli plus de cent) nous ne faisions appel qu'à un si petit nombre de faits; mais on comprendra pourquoi nous avons rejeté la plupart des observations qui suffisent pour établir une question de localisation, en songeant qu'au point de vue spécial où nous nous sommes placé, il faut des conditions très-difficiles à remplir pour qu'une observation soit complète. Le malade doit avoir la plénitude de ses facultés intellectuelles; il est clair, en effet, que l'action des forces intérieures précède les signes, ainsi que le dit Gall, et que sans l'intelligence qui enfante, il ne peut exister de signes pour exprimer les pensées. Il faut de plus que le médecin ait des renseignements complets sur l'éducation des malades; savaient-ils lire et écrire et jusqu'à quel degré possédaient-ils ces deux connaissances élémentaires? Enfin, pendant la durée de la maladie, il est bien rare, même quand la parole est lésée, que l'on songe à examiner l'état de l'écriture, et c'est là cependant pour nous un des points les plus importants.

A. Dans une première série, nous rangeons deux observations dans lesquelles l'agent coordinateur de la parole a seul été lésé; les malades écrivaient correctement tous les mots et toutes les idées qu'ils ne pouvaient exprimer en parlant, mais il leur était impossible de lire. Ces deux observations offrent de grandes ressemblances; la première surtout est d'une netteté parfaite, et il est difficile d'imaginer un exemple plus complet des lésions que plus haut nous avons essayé de décrire. Les muscles phonateurs et les muscles du membre supérieur étaient intacts et contractiles, puisque le malade parlait et écrivait; le principe de coordination de l'écriture persistait avec la mesure exacte de la valeur des mots, seul manquait le souvenir de la forme et de la signification des mots articulés: ce cas nous avait tellement frappé, il y a plusieurs années déjà, par sa précision et sa singularité, qu'il nous a suggéré l'idée première de ce travail.

ABOLITION DE L'AGENT COORDINATEUR DE LA PAROLE; CONSERVATION DE L'ÉCRITURE; LECTURE IMPOSSIBLE.

OBS. I (publiée par le docteur Martinet dans la REVUE MÉDICALE, et extraite du TRAITÉ DE L'ENCEPHALITE de M. Bouillaud). — Lefèvre, âgé de 54 ans, à la suite de vives contrariétés, ne put bientôt ni lire, ni écrire, ni trouver des mots pour exprimer ses pensées. L'appareil locomoteur et celui des sensations étaient dans l'état naturel et sa santé générale assez bonne. Lorsque cet homme voulait répondre aux questions qu'on lui adressait, il se servait d'expressions tout à fait inintelligibles ou bien ayant un sens totalement différent de celui qu'il voulait leur donner. Quand on l'interrogeait sur sa santé, il répondait deux ou trois mots justes; puis pour dire qu'il ne souffrait nullement de la tête, il disait: Les douleurs ordonnent un avantage; tandis que par écrit il répondait à la même question par ces mots: Je ne souffre pas de la tête. Lorsqu'on lui prononçait un mot comme tambour et qu'on le priait de le répéter, il disait fromage; il l'écrivait, au contraire, très-exactement lorsqu'on l'invitait à le faire. On essaya de lui faire copier le mot feuille médicale; il l'écrivit parfaitement, mais jamais il ne put lire

---

sont indiquées ici étaient encore suffisantes pour le développement du corps. Chez les femmes du peuple hébreu comme chez les autres peuples orientaux, la poitrine n'était pas resserrée par des liens étroits qui en empêchassent le développement. L'étendue de la respiration est en effet un moyen très-puissant pour donner de la force et de la santé; mais ce qui prouve que les femmes juives étaient bien développées et par conséquent bien conformées au point de vue de l'accouchement, c'est qu'il n'y a pas d'exemple dans la Bible qu'une femme au terme de sa grossesse soit morte avant d'être accouchée. Les difformités du squelette que nous trouvons souvent aujourd'hui n'existaient donc pas alors. Les vices de conformation du bassin par étroitesse absolue qui sont le résultat de causes débilitantes sur tout l'organisme, les déformations par cause de rachitisme, d'ostéomalacie, d'ankyloses, de luxations spontanées, etc., ces causes n'existaient pas.

Après l'arrivée dans la terre de Chanaan, les femmes se ressentent de la corruption des mœurs, comme nous le verrons en parlant de la vie utérine; en attendant continuons ici le tableau de la vie physiologique.

Une preuve des bonnes conditions physiques et physiologiques de la maternité chez les femmes du peuple hébreu est la régularité et la beauté de leurs formes.

La femme du peuple hébreu ne nous offre pas les marques de la femme simplement jolie et où l'extrême finesse des traits du visage correspond avec un tempérament nerveux ou lymphatique poussés jusqu'aux tubercules et aux maladies convulsives. Ces qualités sont le partage des peuples ou des familles chez lesquels la civilisation a agi profondément sur plusieurs générations successives et qui finissent par s'éteindre. Elle nous montre, au contraire, la belle femme chez laquelle le développement du corps, les forces et la santé sont en harmonie avec les traits du visage. Les femmes du peuple hébreu paraissaient être même plus belles que celles des peuples voisins.

Lorsque Abraham est reçu à la cour de Pharaon, il craint qu'on ne le tue pour s'emparer de Saarba, et prie celle-ci de dire qu'elle est simplement sa sœur (1). Pareille chose lui arrive lorsqu'il se met en rapport avec le roi Abimélec (2).

Le serviteur d'Abraham, qui est chargé d'aller à la recherche d'une femme pour Isaac, ne s'arrête pas à l'éducation ni à la famille, il s'arrête à la beauté physique et à la courtoisie avec laquelle Rebecca le reçoit à la fontaine. Cette femme devait être belle, en effet, car Isaac dans la crainte d'être assassiné par les petits rois avec lesquels il se met en rapport, est obligé de dire à son tour que Rebecca est sa sœur (3).

La beauté était tellement dans les institutions du mariage, comme nous le verrons plus loin, que l'austère Moïse, qui avait défendu l'union des Hébreux avec d'autres peuples, en excepte cependant la belle femme. « Lorsque vous êtes vainqueurs d'un peuple, dit-il à plusieurs reprises, passez au fil de

(1) Genèse, ch. XVI.
(2) Genèse, ch. XXXI, v. 16.
(3) Genèse, ch. XXVI, v. 7.

exactement le mot qu'il venait d'écrire; il prononçait féquicale, fénicale, fédocale. Alors on lui fit lire le mot féquical, écrit par lui-même, et il prononçait jardait. Il jetait souvent sur le papier des phrases inintelligibles par la nature des mots dont il se servait et par l'incohérence de ces mêmes mots entre eux. Lorsqu'on lui présentait divers objets, il les désignait en général avec justesse; mais lorsqu'il lui arrivait de se tromper, il appelait, dans la même séance, une plume, un drap; un crachoir, une plume; une main, une tasse; une bague, un crachoir. Donc il pouvait prononcer les mots plume et crachoir.

LÉSION DE L'AGENT COORDINATEUR DE LA PAROLE; CONSERVATION DE L'ÉCRITURE ET DU CALCUL; LECTURE IMPOSSIBLE.

Obs. II (publiée par le docteur Osburne, dans Dublin journal of medical science, nov. 1833, et reproduite dans la Gazette Médicale de la même année). — Un littérateur, âgé de 26 ans, qui possédait cinq à six langues, fut frappé subitement d'apoplexie en déjeunant. Après avoir été saigné et traité comme l'exigeait son état, il recouvra l'intelligence au bout de quinze jours, mais non la parole. Il parlait avec la plus grande facilité, prononçait un grand nombre de syllabes, mais ne pouvait se faire comprendre. Lorsqu'il se rendit à Dublin son jargon extraordinaire le fit prendre pour un étranger.

M. Osborne constata par de nombreuses expériences les faits suivants :

1° L'intelligence était parfaite : le malade lisait les journaux et les ouvrages étrangers sans difficulté.

2° Il exprimait ses idées avec beaucoup de facilité en écrivant et mettait l'orthographe correctement, mais transposait quelquefois les mots.

3° Il n'avait pas oublié l'arithmétique ni les airs de musique qu'il connaissait auparavant.

4° Il pouvait répéter après une autre personne quelques monosyllabes, mais il en est qu'il lui était impossible de reproduire; lorsqu'on lui faisait lire une phrase, il mettait des syllabes qui paraissaient appartenir aux différentes langues qu'il connaissait. L'éducation finit cependant par beaucoup perfectionner ce mode d'élocution.

B. Dans une seconde catégorie, nous plaçons les cas où il y a intégrité de la contractilité des muscles de la voix ou de l'écriture, et abolition simultanée de la faculté d'expression par la parole et de la faculté d'expression par l'écriture. Ces cas sont assez nombreux; car nous en avons rencontré cinq sur un total de onze observations.

Les obs. 3 et 4 que nous rencontrons dans Gall sont peu détaillées; mais en les lisant avec attention on verra cependant qu'elles viennent confirmer tout ce que nous avons dit précédemment.

L'obs. 5, que nous avons recueillie nous-même, est aussi fort curieuse, et nous ne saurions en faire l'analyse sans répéter des descriptions déjà faites. Il en est de même de l'obs. 6, recueillie par M. Stévard, dans le service de M. Cruveilhier et publiée dans l'Union médicale.

L'obs. 7, outre les lésions qui lui sont communes avec les cas qui la précèdent, offre comme particularité digne de remarque la disparition successive des divers troubles fonctionnels de la parole et de l'écriture et un retour complet à la santé; elle forme contraste avec les autres observations qui ont trait à des malades depuis longtemps atteints et probablement incurables. Dans l'obs. 8, les troubles fonctionnels, dus à une simple congestion cérébrale, ont été passagers comme elle.

ABOLITION DE LA FACULTÉ D'EXPRESSION PAR LA PAROLE ET PAR L'ÉCRITURE; LECTURE IMPOSSIBLE.

Obs. III (extraite de Pinel, Aliénation mentale, 2e éd., § 105). — Un notaire avait oublié, à la suite d'une attaque d'apoplexie, son propre nom, celui de sa femme, de ses enfants, de ses amis, quoique d'ailleurs *sa langue jouit de toute sa mobilité*; il ne savait plus ni lire ni écrire, et cependant il paraissait se ressouvenir des objets qui avaient autrefois fait impression sur ses sens et qui étaient relatifs à sa profession de notaire. On l'a vu désigner avec les doigts des dossiers qui renfermaient des actes qu'on ne pouvait retrouver, et indiquer par d'autres signes qu'il conservait l'ancienne chaîne de ses idées.

ABOLITION DE LA FACULTÉ D'EXPRESSION PAR LA PAROLE ET L'ÉCRITURE; LECTURE IMPOSSIBLE.

Obs. IV (extraite de Gall, t. II). — Un soldat, que M. Larrey a eu la complaisance de m'envoyer, était dans un état à peu près semblable. C'est également à la suite d'une attaque d'apoplexie que cet homme se trouve dans l'impossibilité d'exprimer par le langage parlé ses sentiments et ses idées; sa figure ne porte aucune trace d'un dérangement de l'intellect; son esprit trouve la réponse aux questions qu'on lui adresse; il fait tout ce qu'on le prie de faire. Je lui montrai un fauteuil et je lui demandai s'il savait ce que c'était, il me répondit en s'établissant dans le fauteuil. Il est incapable d'articuler sur le-champ un mot qu'on prononce pour lui faire répéter; mais quelques instants après ce nom lui échappe involontairement. Dans son embarras, il montre du doigt la partie inférieure de son front, il témoigne de l'impatience, et indique par des gestes que c'est de là que vient son impuissance de parler. Ce n'est pas sa langue qui est embarrassée, car il la fait mouvoir avec une grande agilité, et il prononce très-bien un grand nombre de mots isolés; ce n'est pas non plus sa mémoire qui est en défaut; car il me témoigna très-vivement qu'il était fâché de ne pouvoir s'exprimer sur beaucoup de choses qu'il eût voulu me raconter. Il n'y a d'aboli chez lui que la faculté de parler.

Ce soldat, tout comme le malade de M. Pinel, n'est plus capable ni de lire, ni d'écrire.

ABOLITION DE L'AGENT COORDINATEUR DE LA PAROLE; ÉCRITURE ET LECTURE IMPOSSIBLES.

Obs. V. — M. Prosper B..., ancien notaire, âgé de 53 ans, est sujet, depuis plusieurs années, à des étourdissements et à des maux de tête pour lesquels il a été souvent saigné. Il y a cinq mois, il a eu une attaque d'apoplexie qui l'a laissé plusieurs jours privé de connaissance. Lorsqu'il revint à lui, après l'emploi réitéré des révulsifs et des émissions sanguines, il pouvait mouvoir les bras et les jambes, mais la parole était singulièrement altérée. Voici quel était l'état du malade au moment où j'ai pu l'examiner (mai 1856).

La vue est un peu affaiblie, surtout à gauche, mais il n'y a ni strabisme, ni déviation des commissures labiales. La langue a conservé tous ses mouvements et n'est nullement déviée lorsque le malade la tire hors de la bouche. M. B... veut-il répondre aux questions qu'on lui adresse, il fait entendre des phrases qui paraissent assez bien construites, mais dans lesquelles il y a des hésitations incessantes et des paroles qui paraissent avoir été jetées là comme par hasard, et en y faisant attention, on s'aperçoit bien vite qu'il a oublié la signification des mots; il les prononce comme ils lui viennent à l'esprit, sans avoir conscience de leur valeur représentative.

Lorsqu'on lui présente un mouchoir, il le déplie, fait voir son usage; mais malgré les plus vives instances, ne peut en prononcer le nom. Lui met-on la plume en main, il ne peut pas davantage écrire ce nom, et exprime très-net-

---

l'épée jusqu'aux femmes, à moins que vous n'en rencontriez une assez belle pour vouloir en faire votre épouse » (1).

Assnérus, dont le royaume s'étendait depuis l'Inde jusqu'à l'Éthiopie, ayant répudié sa femme, convoque pour la remplacer toutes les vierges les plus belles de son royaume, et c'est la jeune Esther qui, quoique captive, est préférée sur toutes les autres (2). Susanne, dans sa captivité a Babylone, enflamme par sa beauté jusqu'au cœur des vieux juges (3).

Le bien-être matériel du peuple hébreu, et surtout son hygiène, nous expliquent ce degré de supériorité que nous trouvons dans les formes physiques de ses femmes.

Ce peuple était riche en céréales, en bestiaux et en argent. Le commerce, auquel il s'est toujours livré, lui fournissait surtout ce bien-être. Lorsque Jacob n'a plus de blé pour nourrir sa famille, il a encore de l'argent pour envoyer ses fils en acheter en Égypte. Quoique l'échange de la propriété se fasse surtout en matières premières, le peuple hébreu est riche en numéraire et en objets précieux.

Il est curieux de voir avec combien de luxe et de richesse Moïse fait préparer dans le désert tous les ornements qui doivent servir au culte divin. Pendant qu'il était sur la montagne, le peuple fait un veau d'or. Moïse, en arrivant, brise l'idole, et loin de mettre le métal à profit pour les besoins qu'il va avoir, il le réduit en poussière et le jette dans la boisson que prend le peuple. Pour construire l'arche, les énormes candélabres et tous les ornements du service divin, il demande au peuple de l'or, de l'argent et des pierres précieuses, et il en reçoit à profusion.

L'habileté avec laquelle on maniait déjà les métaux au feu et au marteau, le goût avec lequel on montait les pierres précieuses et l'on brodait les tissus prouvent qu'en ce moment le peuple hébreu était déjà arrivé à un degré assez élevé de civilisation. Il avait acquis ces connaissances sans doute en Égypte (1), mais loin de les conserver, il les perdit par la suite.

Salomon, malgré toutes les richesses de son peuple, est obligé, pour construire le temple, de faire appeler les ouvriers sidoniens, qui étaient habiles pour travailler le bois (2), les maçons de Hiram et de Guebal pour travailler les pierres, et ceux de Tyr pour les métaux. Ce qui prouve la richesse de ce roi, c'est que, dans le court espace de onze années, il fait construire un temple dont la magnificence n'a pas encore été égalée. Il en couvre les murs d'or (3). Il fait avec ce métal massif, non-seulement tous les vases et les ornements du temple, mais 500 boucliers (4) et toute sa vaisselle. L'argent n'avait presque plus de valeur du temps de Salomon (5).

(1) Deutéron, ch. XXI, v. 11.
(2) V. Esther.
(3) V. Daniel, ch. XIII.

(1) Exode, ch. XXXI, v. 26; ch. XXXVI-XXXVIII.
(2) Rois, liv. I, ch. V, v. 6.
(3) Rois, liv. I, ch. VI.
(4) Rois, liv. I, ch. X, v. 16, 17.
(5) Rois, liv. I, ch. X, v. 21.

tement qu'il l'a oublié; mais si on l'écrit devant lui, il peut le copier très-nettement. Un instant après, on prononce le mot moochoir, aussitôt il fait voir le sien, répète le mot distinctement et peut même l'écrire; mais au bout de quelques minutes, il a déjà oublié le mot et la manière de l'écrire.

L'expérience a été répétée avec une foule d'objets divers et a toujours donné le même résultat.

Veut-on lui faire lire le mot mouchoir écrit par lui-même, il épèle chaque lettre, puis arrive à prononcer *boischair*.

Enfin, si on vient, sans aucun préliminaire, lui prononcer un mot, chapeau par exemple, il répète chapeau, peut l'écrire correctement, mais ne sait quel objet ce mot veut désigner. Toutes ces expériences, je le répète, ont été variées de mille manières.

Ainsi, la lecture est impossible. Le malade ne peut exprimer ses idées à l'aide de l'écriture, mais il écrit sans peine un mot qu'on prononce devant lui, même quand il en ignore la signification. Enfin, il y a lésion de l'agent coordinateur de la parole.

Je dois ajouter que M.B... accuse souvent de la céphalalgie frontale, et que, le matin, la mémoire des mots est infiniment moins affaiblie que dans l'après-midi.

ABOLITION DE LA FACULTÉ D'EXPRESSION PAR LA PAROLE ET PAR L'ÉCRITURE.

OBS. VI (recueillie dans le service de M. Cruveilhier et publiée par M. Hérard, dans l'UNION MÉDICALE du 12 février 1848). — ..... Il s'agit d'un homme de 64 ans, nommé Giraldon, entré à l'hôpital pour une bronchite et atteint là de symptômes cérébraux.

A son autopsie, on trouva un ramollissement partiel des lobes moyen et postérieur de l'hémisphère droit. Nous supprimons les détails de l'observation étrangers à notre sujet.

..... L'articulation des mots est distincte, facile, mais les mots dont il se sert ne traduisent plus ses idées; vient-on, par exemple, à lui demander comment il se nomme, il répond chapeau ou tout autre mot dénué de sens; et la preuve que ce n'est pas la mémoire qui chez lui est en défaut, c'est qu'après des efforts inutiles de sa part et accompagnés de marques d'impatience, s'il entend prononcer derrière lui son nom, sa profession, il se retourne aussitôt et fait un geste d'assentiment. Quelquefois M. Cruveilhier commence Giral, et il finit don. D'autres fois, cela lui est absolument impossible. Si sa réponse exige une phrase entière, elle est toujours très-courte, et les quelques mots qui la composent sont incohérents, inintelligibles pour nous et pour ses parents. Je l'invite à plusieurs reprises à écrire son nom, mais chaque fois il trace des caractères entièrement illisibles. La langue, du reste, est mobile dans tous les sens; elle n'offre aucune altération, elle est humide et non déviée.....

ABOLITION DE LA FACULTÉ D'EXPRESSION PAR LA PAROLE ET PAR L'ÉCRITURE; GUÉRISON LENTE ET SUCCESSIVE DE CES DEUX LÉSIONS FONCTIONNELLES.

OBS. VII (DUBLIN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCE, janvier 1845; et GAZETTE MÉDICALE, même année). — M. M..., âgé de 25 ans, éprouva, en 1842, une attaque d'apoplexie caractérisée par de la difficulté à prononcer, du trouble dans les idées et une paralysie du côté droit. Ces accidents disparurent promptement, et le malade avait recouvré l'intégrité de ses fonctions, quand, en juillet 1843, un certain embarras de la parole, et quelques autres symptômes annoncèrent une nouvelle attaque, qui fut détournée par un traitement convenable.

Le 14 novembre 1843 survint pour la troisième fois un trouble subit dans les idées, avec impossibilité de prononcer une syllabe, sans paralysie et sans aucune autre souffrance qu'un mal de tête. Ne pouvant obtenir de lui aucune réponse, on lui donna une plume et de l'encre pour qu'il écrivît, mais il fut obligé d'y renoncer après plusieurs tentatives infructueuses. Sous tous les autres rapports, l'amélioration marcha rapidement, et déjà le septième jour elle était presque complète, lorsque, dans la soirée, il tomba dans un assoupissement dont on eut beaucoup de peine à le tirer, les membres droits étant beaucoup plus faibles que ceux du côté gauche, la bouche déviée à gauche et la pointe de la langue tirée à droite. Tous ces accidents disparurent encore sous l'influence des mêmes moyens; l'intelligence revint en partie, mais non la prononciation, qui ne produisait que des sons inarticulés et très-rarement des mots entiers. De même encore le malade ne pouvait écrire même son nom, et il lui était impossible de calculer ni même de mettre en chiffres la moindre somme, et cependant il pouvait siffler, lorsqu'on le lui demandait, les airs qui lui étaient familiers.

Pendant les trois premiers mois qui suivirent cette dernière attaque, la santé du malade et son intelligence avaient été presque complétement rétablies, comme on le reconnut à sa conduite générale et à l'habileté avec laquelle il jouait aux échecs et au trictrac. En outre, l'appareil vocal n'offrait aucune trace de paralysie, car tous les mouvements s'y faisaient comme dans la meilleure santé, et le malade pouvait siffler ou bourdonner sans difficulté. Le malade se contentait d'abord de nier ou d'affirmer; au bout de trois mois, on le vit éprouver le besoin de faire connaître quelque désir, et après avoir essayé en vain de bégayer quelques paroles ou de les mettre par écrit, il se contentait de recourir aux signes pour se faire comprendre. Plus tard on essaya de lui faire reproduire par le dessin l'image des objets qu'on lui indiquait, et il y parvint, mais avec peine. Il put ensuite copier son nom lorsqu'on le mettait devant ses yeux, mais il lui était impossible d'écrire à la dictée. Plus tard encore, il arrivait à faire des opérations d'arithmétique assez compliquées, faisant et posant parfaitement tous les chiffres; puis le malade put écrire et répéter des vers de mémoire, puis il put parler.

ABOLITION DE LA FACULTÉ D'EXPRESSION PAR LA PAROLE ET PAR L'ÉCRITURE: GUÉRISON RAPIDE.

OBS. VIII (publiée dans la GAZETTE MÉDICALE, 1841). — Le révérend R..., 48 ans, d'un tempérament sanguin et disposé à l'embonpoint, jouissait depuis longtemps d'une bonne santé et n'était sujet ni aux maux de tête, ni à aucune affection nerveuse.

Le 5 septembre, il se leva avec une forte céphalalgie, après avoir passé la nuit sans sommeil. La veille au soir, il s'était exposé à l'air, dont la température s'était abaissée rapidement, et sa transpiration, ordinairement fort abondante, en avait été subitement arrêtée. Il prit un peu d'huile de ricin, qui agit en peu de temps et se coucha ensuite. Vers onze heures, le révérend B..., qui habitait la même maison, entra dans sa chambre et fut étonné de ne pouvoir obtenir de lui aucune réponse aux questions qu'il lui adressait. Le docteur Jackson, qui rapporte le fait, appelé alors auprès du malade, le trouva dans l'état suivant: il conservait l'usage de tous ses sens, mais ne pouvait prononcer un seul mot; la langue n'était pas paralysée et pouvait être dirigée dans tous les sens; il comprenait toutes les questions et y répondait par signes, et on voyait facilement, par l'expression de ses traits, après plusieurs essais infructueux pour exprimer ses idées, qu'il était lui-même surpris et presque amusé de sa position singulière.

La face était congestionnée, le pouls plein et un peu lent; le malade se plaignait par signes d'une céphalalgie frontale. Ne pouvant absolument se faire entendre, il fit signe qu'on lui donnât du papier et de l'encre; mais il n'écrivit qu'une phrase inintelligible; il était évident qu'il ne pouvait se rappeler les mots. 40 onces de sang furent tirées du bras, et avant la fin de l'opération, déjà le malade avait recouvré la parole, mais il se rappelait avec difficulté certains noms. La saignée et un pédiluve déterminèrent une syncope, et le malade fut mis au lit.

Au bout d'un quart d'heure, la perte de la parole revenait encore; on tira de nouveau 15 onces de sang du bras et l'on appliqua des sinapismes..... La

---

Le jour de l'inauguration du temple, on sacrifia 22,000 bœufs et 120,000 brebis (1). Des curieux de toutes les nations voisines vinrent assister à cette fête, qui dura quatorze jours.

La maison royale et la cour de Salomon avaient un personnel si nombreux qu'on consommait par jour 30 kor (2) de fine farine, et 60 kor d'autre farine, 10 bœufs gras, 20 bœufs de pâturage, 100 brebis, sans les cerfs, les gazelles, les ia'hmour, et les volailles engraissées.

Le luxe de Salomon, comme on voit, ne s'arrête pas à ce qui doit servir au culte divin, comme la chose avait lieu sous Moïse; il s'étend à la vie corporelle. Ce roi donne même le conseil suivant pour précepte hygiénique: « Le cœur joyeux, dit-il, favorise la santé, et un esprit abattu dessèche les membres (3) »

L'opulence des rois ne correspond pas toujours, il est vrai, au bien-être des peuples. Mais si nous suivons les diverses époques du peuple hébreu, nous voyons qu'il est dans le bien-être avant d'aller en Égypte et pendant son séjour dans cette contrée. Lorsqu'il arrive dans le désert et qu'il n'a presque plus que la manne pour aliment, il murmure contre Moïse et regrette les poissons frais et la viande de l'Égypte.

Le lait et le miel que les patriarches lui ont promis au nom de l'Éternel ne sont pas ses seules boissons. Le peuple hébreu boit du vin avant la sortie de l'Égypte et surtout après son arrivée dans la terre promise. Cette boisson est même une des choses dont il finit par abuser (1). Les festins du peuple sont très-somptueux; ainsi nous voyons, à l'occasion du mariage de Samson avec Dalila, la fête durer pendant sept jours consécutifs (2).

Le peuple hébreu, cependant, ne jouit pas toujours de ce bien-être matériel; il eut à souffrir la faim quelquefois et fut frappé d'épidémies, comme nous le verrons en parlant de la vie pathologique. Mais ces moments de disette ne furent jamais assez prolongés pour imprimer à la race juive un cachet tout autre que celui qu'elle avait toujours porté. Ces fléaux pouvaient atteindre les familles ou tout au plus une génération, mais non changer la race elle-même.

D'après ce qui précède, comme d'après ce qui va suivre, on comprend que les femmes devaient avoir une constitution robuste et une bonne santé, conditions qui ont une immense influence sur la maternité. Leur tempérament devait être un mélange des tempéraments sanguin, nerveux et bilieux. Le climat chaud y prédispose, et les occupations aussi actives que sérieuses et mystiques auxquelles se donnaient les hommes les plus remarquables de ce peuple en sont la preuve la plus irrécusable.

L'hygiène est une des parties les plus remarquables de l'histoire des Hébreux.

(1) Rois, liv. I, ch. VIII, v. 63.
(2) Chaque kor aurait pesé 648 livres romaines.
(3) Proverbes, ch. XVIII, v. 22.

(1) V. le Cantique des Cantiques.
(2) V. Juges, ch. XIV, v. 12.

nuit suivante fut encore un peu agitée, mais l'affection principale ne revint pas de nouveau.

(*La fin au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

NOTE SUR UN NOUVEAU MODE DE PANSEMENT DES PLAIES OU EXPOSITION SYNTHÉTIQUE DE LA MÉTHODE ATTRACTIVE; par le docteur FÉLIX ACHARD (de Saint-Marcellin) (Isère). (Lue à la clinique du professeur Velpeau le 5 décembre 1855.)

Les divers moyens qui peuvent s'appliquer au pansement des plaies par amputation, des plaies d'armes à feu, des plaies compliquant les fractures, dans la série d'états que ces plaies parcourent, se classent naturellement ainsi qu'il suit :

1° Les émollients,
2° Les baumes,
3° Les narcotiques,
4° Les caustiques,
5° Les réfrigérants.

A ces moyens, j'ajoute les attractifs, vieux mot employé par Ambroise Paré, et je donne le nom de méthode attractive à une série très-variée et très-étendue de remèdes, qui tous ont pour base les résines (1) combinées avec les corps gras :

1° Sous forme onguentaire,
2° Sous forme emplastique.

Les combinaisons des corps résineux avec les corps gras sous forme onguentaire jouissent des propriétés suivantes :

1° Elles attirent le pus et l'absorbent;
2° Elles tiennent les plaies chaudes, sèches et inodores;
3° Elles préviennent la résorption purulente;
4° Elles arrêtent la résorption purulente à son début;
5° Elles simplifient les pansements en supprimant la charpie et le linge fenêtré.

Les combinaisons des corps résineux avec les corps gras, sous forme emplastique, jouissent des propriétés suivantes :

1° Elles préviennent et elles arrêtent les fluxions séro-sanguinolentes,
2° Les fluxions sanguines,
3° Les fluxions purulentes,
5° Les fluxions septico-infectieuses.

Les faits servant à établir les propriétés nouvelles des corps résineux sont consignés dans deux articles publiés par la GAZETTE MÉDICALE de Lyon, du 15 et du 31 août 1856, et dans un troisième mémoire prêt à paraître.

Ces faits, suffisants pour asseoir ma conviction personnelle, ne le sont pas pour donner à la méthode attractive une valeur scientifique complète.

Placé sur un théâtre chirurgical restreint, il m'eût fallu de longues années pour réunir des faits suffisants; j'ai dû faire appel à l'expérimentation des chirurgiens mieux placés que moi; je me suis adressé aux chirurgiens de Lyon, qui ont de si beaux services.

M. le docteur Barrier, ex-chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu, a bien voulu répondre à mon appel.

Amené par le hasard à Paris, je fais appel aux chirurgiens civils et militaires de cette ville.

Cet appel sera-t-il entendu? Je l'espère, car aujourd'hui tous les chirurgiens sont préoccupés des accidents graves qui compliquent si fréquemment les plaies des amputés, les plaies d'armes à feu, les plaies des fractures.

J'ai dit que la méthode attractive était formée par une série très-variée et très-étendue de remèdes qui tous ont pour base les résines combinées avec les corps gras : 1° sous forme onguentaire, 2° sous forme emplastique.

Je vais donner les formules des onguents résineux que j'ai employés le plus souvent, en faisant observer que ces formules n'ont rien d'absolu, les chirurgiens pouvant les modifier suivant les indications des plaies. Ainsi :

Pour une plaie simple, mais de couleur grisâtre, fournissant une suppuration de mauvaise nature, et ne marchant que très-lentement vers la cicatrisation, j'emploie un onguent résineux camphré, de la formule suivante :

Pr. Poix de Bourgogne. . .	125 grammes.
Axonge.	64

Faites fondre à un feu doux, et lorsque la fusion est complète, ajoutez :

Camphre pulvérisé. . .	1 gramme.

Par cette formule on obtient un onguent un peu chaud qui attire le pus et l'absorbe.

Dès que la plaie a repris une teinte rose de belle couleur, on peut supprimer le camphre et faire un onguent résineux simple de la formule suivante :

Pr. Poix de Bourgogne. . .	150 grammes.
Axonge.	50

Faites fondre à un feu doux,

Il peut arriver, dans le traitement de la même plaie, qu'il soit nécessaire d'activer la suppuration; alors on peut mettre 1 partie d'axonge sur 4 de poix blanche, et même sur 5 de ce corps résineux, et arriver à obtenir des onguents très-attractifs, mais qu'il faut employer chauds, parce qu'ils durcissent dès qu'ils sont froids.

La puissance attractive résidant dans le corps résineux, il faudra augmenter ou diminuer la proportion de ce corps suivant qu'il sera nécessaire de faire suppurer plus ou moins la plaie.

Tels sont les principes sur lesquels est basée la nouvelle méthode, dont j'ai voulu aujourd'hui donner un exposé sommaire, me réservant d'en développer l'exposition dans un mémoire spécial, dans lequel je publierai les observations détaillées sur l'emploi de ce nouveau moyen de pansement des plaies.

---

(1) A l'exclusion des baumes ou essences.

Moïse fait de tout ce que l'homme doit à Dieu, à son prochain et à soi-même, un article de loi, et l'exécution de chaque article est un devoir de conscience. Nous avons besoin de nous arrêter un moment sur ce point pour mieux apprécier l'hygiène.

Celui qui enfreint le plus petit article de la loi est impur et doit avouer sa faute aux coënes pour qu'ils le purifient par des sacrifices. Ce n'est que dans des fautes de peu d'importance qu'il peut se purifier lui-même, et ce sont toujours des ablutions, des bains, des profumations, etc. L'impureté tombe non-seulement sur le coupable, mais aussi sur celui qui a remarqué la souillure de son semblable et ne l'a pas dénoncée (1); elle ne tombait pas seulement sur les personnes, mais sur les choses : ainsi un habit déchiré ou malpropre, une maison qui menace de tomber en ruine, un pot qui n'est pas couvert et dont le convercle n'est pas attaché, tous ces objets sont aussi déclarés impurs et dénoncés au coëne, de sorte que celui-ci reste le maître de presque tous les actes du peuple et de la volonté qui les détermine. Il descend même dans les plus petits détails de la vie domestique.

Moïse parle au nom de Jehova tout puissant, qui voit jusqu'à la pensée de l'homme et punit sévèrement les transgresseurs de ses lois. Il fait même exécuter des massacres dans le sein de son peuple au nom de l'Eternel.

Le gouvernement, les lois, les prêtres et tout ce que nous trouvons de plus saillant chez Moïse trouverait sans doute quelque origine dans les institutions égyptiennes; mais on aurait lieu d'être surpris de ce qu'un esprit aussi élevé que lui, ait traité quelquefois si durement son peuple, et qu'il ait fait de Jehova un dieu si vengeur. C'est que le peuple hébreu restant quarante ans dans le désert, sans discipline, sans travail, en proie aux passions et à la liberté individuelle, serait devenu un essaim de vices et serait bientôt tombé dans l'anarchie la plus complète. Privé de ressources et de soins intelligents, il aurait été bientôt la proie des maladies, tandis qu'une phalange de 600,000 personnes de tout âge, de tout sexe et condition traverse les déserts inhabités et arrive enfin à la terre promise sans avoir renoncé à ses habitudes, à ses croyances et à ses lois. Dans l'espace de quarante ans, il a eu, il est vrai, deux épidémies graves; il a perdu beaucoup de monde dans les combats qu'il a dû livrer, mais le dernier recensement qu'on fait en entrant dans la terre promise donne environ le même chiffre de 600,000 personnes que le jour de la sortie de l'Egypte. Il y a des généraux qui ont conduit des armées disciplinées à travers beaucoup de dangers et les ont amenées à bon port; mais il n'y a pas dans l'histoire un exemple qui approche de celui de Moïse.

Ce succès, il l'a dû aux vastes ressources de son intelligence, sans doute, mais il l'a dû en grande partie à l'hygiène.

Nous ne pouvons pas suivre Moïse dans tous les détails de son hygiène; nous nous arrêterons seulement sur l'alimentation, les soins de propreté et sur l'hygiène qui a le plus de rapports avec les diverses phases de la maternité.

Moïse, outre des connaissances physiques, chimiques et géologiques, paraissait bien connaître l'histoire naturelle de son époque. Il indique

---

(1) Exode, ch. XXX, v. 18-21.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION D'UNE LUXATION UNILATÉRALE DROITE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR; communiquée par M. le docteur DUNGLAS.

OBS. — Madame N..., âgée d'environ 60 ans, sentait un craquement dans l'articulation maxillo-temporale droite toutes les fois qu'elle éprouvait des bâillements. Le 13 septembre 1847, pendant un de ces actes physiologiques, elle sentit un phénomène étrange qui ne lui permit plus de fermer la bouche; son menton resta déjeté à gauche, et les deux arcades dentaires, quoiqu'un peu dégarnies de leurs dents, ne se correspondaient plus; on apercevait au devant du conduit auditif droit une dépression, et plus en avant, une légère saillie; les douleurs étaient presque nulles; elles se réduisaient à la gêne que produit un pareil accident. Immédiatement un de nos collègues et compatriotes fut appelé; il fit en vain plusieurs tentatives pour la réduire; il n'obtint d'autre résultat que celui de faire tomber toutes les molaires de ce côté du maxillaire inférieur, tant les efforts qu'il fit furent intenses.

Ce ne fut qu'après ces tentatives inutiles que nous fûmes appelé; nous fîmes asseoir la malade sur une chaise en face d'une croisée et nous reconnûmes l'existence de la luxation; nous nous mîmes en devoir de faire rentrer le condyle à sa place par le procédé ordinaire. Notre pouce gauche, préalablement garni d'un linge (le coin d'un foulard), fut porté sur les dernières alvéoles, encore saignantes, afin de pousser le maxillaire inférieur, près de sa base, fortement en bas, pendant qu'avec notre main droite nous le poussions en arrière. Deux ou trois tentatives furent faites successivement en pure perte, et nous renonçâmes pour le moment, vu l'état de la bouche, à la réduction. Des gargarismes émollients furent ordonnés et des cataplasmes de même nature furent appliqués sur l'articulation luxée.

Le jour suivant 14, nous revîmes la malade de très-bonne heure, afin de réduire la luxation. De nouvelles tentatives de réduction par des procédés connus furent de nouveau mis en pratique sans succès; ni le procédé de J.-L. Petit, ni celui d'A. Cooper, exécutés à la lettre, ne produisirent aucun résultat. Nous nous servîmes ensuite des plus longues tenettes de cystotomie que nous possédions, et les mors, préalablement garnis d'un linge: l'un d'eux fut placé sur le bord alvéolaire droit inférieur, tout près de la base de l'apophyse coronoïde et l'autre sur l'arcade dentaire du maxillaire correspondant. Nous confiâmes le soin d'écarter les mors de cet instrument à une personne intelligente, et après l'avoir placé, nous lui en remîmes les branches, afin qu'elle agît de concert avec nous; ce qu'elle fit assez bien; et, malgré le grand degré d'écartement où l'instrument fut porté graduellement et notre action, pendant ce moment, pour faire rentrer l'os à sa place, nous ne pûmes y parvenir. Quoique nous n'eussions point de reproches à faire à notre aide, on conçoit que ce moyen aura toujours l'inconvénient de ne pouvoir être dirigé par l'opérateur lui-même. Enfin ne sachant plus à quel moyen recourir, et désespérant de pouvoir réduire cette luxation, voici le procédé qui nous réussit dans un moment d'impatience.

PROCÉDÉ OPÉRATOIRE. — La malade fut assise sur une chaise très-basse; nous nous plaçâmes en face du côté de la luxation, c'est-à-dire à droite; notre main gauche, tous les doigts étant écartés, fut portée sur le sommet de la tête de la patiente pour la fixer solidement; ceci étant fait, notre pouce de la main droite, préalablement garni d'un linge, fut porté dans la bouche de la malade de gauche à droite et sur le lieu qu'occupaient les dernières molaires du maxillaire inférieur du côté luxé, pendant qu'avec les quatre autres doigts de la même main nous embrassions la branche gauche du maxillaire aussi près que possible du menton; alors notre corps étant penché sur notre bras droit, la face palmaire de notre pouce put appuyer fortement sur l'arcade dentaire inférieure droite, tout près de la base de l'apophyse coronoïde, pour pousser en bas, pendant qu'avec nos quatre derniers doigts nous agissions sur la branche maxillaire comme sur celle d'un levier du premier genre, dont le point d'appui serait représenté par l'extrémité de notre pouce droit, la résistance par les ligaments et surtout par les muscles qui entourent l'articulation et la puissance de nos quatre doigts placés sur le bord inférieur et le côté externe de la branche gauche du maxillaire; la puissance agit ici, conjointement avec le point d'appui, dans le but de produire un double effet: celui de vaincre la résistance et de ramener en arrière le condyle déplacé. Dans cet état de choses, on ne peut se faire une juste idée du degré de force dont on peut disposer pour réduire la luxation qui nous occupe; ce ne fut donc qu'à l'aide de cette manœuvre que le condyle rentra dans sa cavité glénoïde avec un bruit sensible. Plus tard, un de nos collègues du pays, qui nous doit une grande partie de l'instruction qu'il possède et auquel nous avions fait part de notre procédé, eut occasion de le mettre en usage chez un de ses malades avec un plein succès: il nous en fit compliment.

Nous avons réduit la luxation bi-latérale ou des deux condyles un assez bon nombre de fois pour savoir que sa réduction ne présente pas, en général, de grandes difficultés; mais nous savons aussi qu'il n'en est pas, à beaucoup près, de même, au moins dans quelques cas, quand un seul des condyles abandonne sa place; les difficultés de l'y ramener ont été notées par des auteurs dont les connaissances ne peuvent être mises en doute.

Cette observation, que nous rédigeâmes le lendemain de l'opération, fut envoyée par nous, si notre mémoire est bonne, à Paris, vers la fin de septembre 1847, dans le but de la faire insérer dans les ANNALES DE LA CHIRURGIE FRANÇAISE ET ETRANGERE; mais la personne à qui nous l'avions adressée nous la renvoya, à notre grande surprise, en nous disant que ce journal avait cessé de paraître, et que du reste on lui avait répondu que ce procédé était connu. Nous pouvons assurer qu'au moment où nous avons fait cette réduction, nous n'avions point présents à la mémoire ni le soldat dont parle Ravaton, ni le fait de Lecat (1), ni les ouvrages et les opinions de M. Nélaton, qui ne nous étaient point encore parvenus à cette époque; mais, aujourd'hui même, est-on bien d'accord sur les difficultés de la réduction (dans quelques cas) d'un seul condyle, et sur les causes de ces difficultés? Quand on voit des auteurs modernes d'un grand mérite n'être point tout à fait d'accord, le doute est encore permis.

Relativement à la difficulté de la réduction, voici ce que dit M. le professeur Malgaigne (2): « Le pronostic n'a rien de grave; quelques » auteurs ont allégué qu'elle était plus difficile à réduire que la luxa- » tion des deux condyles; ce qui est plus que douteux. » M. le professeur Nélaton en a réduit une que plusieurs collègues n'avaient pu remettre à sa place. M. Vidal (de Cassis) (3) nous paraît tout à fait dans le vrai en disant: « La luxation d'un seul condyle n'est ni aussi fré- » quente, ni aussi simple, ni aussi facile à réduire. »

Quant à la cause de cette difficulté, M. Nélaton l'a trouvée, a-t-on

(1) Il est possible que nous nous soyons rencontré avec Lecat par le même sentiment: l'impatience.
(2) TRAITÉ DES FRACTURES ET DES LUXATIONS, t. II, p. 315.
(3) TRAITÉ DE PATHOLOGIE EXTERNE ET DE MÉDECINE OPÉRATOIRE. — 4e édit., t. II, p. 471.

---

quelles sont les espèces animales (quadrupèdes, oiseaux, poissons) et même les variétés de ces espèces que doit manger le peuple hébreu, et déclare impures toutes les autres. Les différences qu'il a établies ne sont pas toujours faciles à justifier aujourd'hui, mais le fait est que la plupart de ces distinctions sont fondées.

Le peuple doit manger seulement la viande des animaux qui auront été égorgés par le coêne. Celui-ci verse le sang des victimes sur l'autel, brûle la graisse en offrande à l'Eternel, fait jeter loin des habitations la peau et les intestins (1), et ne donne à manger que la chair musculaire, c'est-à-dire la plus nutritive.

Pour que les viandes soient toujours fraîches, il les déclare impures le troisième jour après la mort de l'animal (2); elles doivent être même rejetées si, pendant les deux premiers jours, elles ont touché à quelque chose d'impur (3), et toute viande qui n'est pas mangée doit être brûlée loin de l'habitation (4).

On ne doit jamais toucher aux animaux morts spontanément (5). Les personnes mêmes qui ont dû toucher aux cadavres humains sont impures pendant vingt-quatre heures, et tout ce qui a servi à ces cadavres doit être purifié (1).

Le corps d'un pendu doit être inhumé le jour même (2). Moïse a tellement en vue de corriger les émanations putrides, et il avait raison surtout dans un climat chaud, qu'il commande, en campagne, de recouvrir de terre jusqu'à ses propres excréments (3).

Les soins de propreté sont aussi rigoureusement prescrits: « Lavez-vous les mains et les pieds, dit-il, si vous voulez vivre longuement, et que cette ordonnance soit perpétuelle pour vous et votre postérité (4). »

La femme est impure pendant l'écoulement menstruel, et la loi condamne celle qui s'expose au rapprochement sexuel avant d'être purifiée. En dehors même de cette époque, ce rapprochement exige des soins hygiéniques; ainsi: « Toutes les fois que l'homme et la femme auront couché maritalement, ils se laveront et seront impurs jusqu'au soir (5). »

La circoncision elle-même, quoique antérieure à Moïse, peut être envisagée comme moyen de prévenir les phimosis, les balanites, les adhérences du prépuce au gland, la contagion de la gonorrhée, et comme moyen de faciliter le coït.

(1) Levit., ch. VIII, v. 17.
(2) Levit., ch. XIX, v. 6.
(3) Levit., ch. VII, v. 9; ch. XIX, v. 6.
(4) Levit., ch. VIII, v. 17.
(5) Levit., ch. XIX, v. 28.

(1) Levit., ch. XI.
(2) Deuter., ch. XXI, v. 23.
(3) Deuter., ch. XXIII, v. 24.
(4) Exode, ch. XXX, v. 18-21.
(5) Levit., ch. XV.

crié de toutes parts. Eh bien! on nous avons été mal informé, on ce professeur distingué ne considère plus aujourd'hui l'accrochement de l'apophyse coronoïde au tubercule malaire, qui du reste n'existe pas toujours, comme la cause de la réduction ; il admet en outre la résistance des muscles : « Lorsque, dit-il, la luxation n'existe que d'un » côté, il est bien entendu que ce n'est que du côté malade qu'il faut » introduire les pouces et exercer la compression, et le condyle une » fois abaissé sera porté un peu en arrière et en dehors. Si les muscles » opposaient de la résistance, il serait bon de les fatiguer un peu par » des tentatives et détourner l'attention du malade, etc. (1) »

Ainsi donc, dans notre humble manière de voir, il est impossible de douter, dans quelques cas, de la difficulté qu'on éprouve à réduire la luxation d'un seul condyle du maxillaire inférieur; et de plus, il nous est permis de douter que l'accrochement de l'apophyse coronoïde en soit la cause : telle est notre opinion, et jusqu'à preuve du contraire, nous croirons, avec J.-L. Petit, Pinel et Ribes, malgré la réfutation du baron Boyer, que la difficulté de la réduction tient surtout à la résistance des muscles et des ligaments, et non à l'accrochement du sommet de ladite apophyse, qui, se continuant avec le tendon du temporal, qu'il coiffe en quelque sorte, et quoique relâché par l'écartement du maxillaire inférieur, doit le rendre néanmoins peu propre à son accrochement; au surplus, dans la luxation d'un seul côté, le sommet de l'apophyse coronoïde est porté en dedans du tubercule molaire et dans la partie la plus étendue de la fosse sus-malaire ou zygomatique, par l'effet de la déviation du maxillaire inférieur du côté opposé à la luxation ; or, qu'on considère la luxation qui nous occupe comme le résultat du bâillement, du vomissement, des convulsions, de corps étrangers placés dans la bouche, ou des efforts pour écarter les deux mâchoires, il est évident pour nous que les causes qui produisent ces luxations sont ou dépendent en général de l'action musculaire, et quoi qu'en dise Boyer, si on jette un coup d'œil sur la disposition du masseter, du ptérygoïdien interne et surtout de l'externe, on comprendra, en raison de leur grande puissance, qu'ils puissent opposer un fort degré de résistance, pour peu que la tubérosité que forme la base de l'apophyse zygomatique au devant de la cavité glénoïde soit prononcée, ainsi que la dépression qui se trouve au devant d'elle-même.

Quoique les fibres superficielles du masseter soient obliques de haut en bas et de devant en arrière, il faut faire attention que son attache inférieure se fait en partie sur le bord de la base du maxillaire et en partie sur le bord ascendant, et que le faisceau profond de ce même muscle lui est parallèle; nous en dirons autant du ptérygoïdien interne, tandis que l'externe entraîne le condyle maxillaire en avant et en dedans; or, pour bien comprendre cette résistance, déplaçons le point d'appui de ce levier du troisième genre pour le ramener en quelque sorte dans la direction de sa puissance, et nous aurons, ce nous semble, une idée assez exacte de ce qui se passe dans la luxation qui nous occupe. Voulez-vous encore une preuve de ce que nous avançons? C'est que vous pouvez encore produire un écartement des mâchoires plus prononcé que celui qui existe, tandis qu'il est à peu près impossible de produire un rapprochement égal.

(1) Éléments de pathologie chirurgicale, t. II, p. 316.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENTS.

(Suite et fin.)

III. REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI

(GAZETTE MÉDICALE DE MONTPELLIER).

Les numéros du mois d'avril au mois de juin 1856 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Sur l'emploi de la teinture alcoolique d'arnica comme moyen préventif, et de l'alcoolature d'aconit comme moyen abortif de l'inflammation consécutive à l'opération de la cataracte*; par M. Amable Cade. (Suite.) 2° *Du traitement de la pourriture d'hôpital au moyen des applications topiques de teinture d'iode*; par M. L. Saurel. 3° *Nouvelles observations sur l'extrait de belladone dans le traitement des hernies étranglées*; par le même. 4° *Obstruction intestinale vermineuse, symptôme d'étranglement, mort*; par M. C. Saurel. 5° *De l'urtication considérée comme moyen thérapeutique*; par M. Chrestien. 6° *Des cautères et de leur valeur thérapeutique*; par M. A. Chrestien. 7° *Des émétiques contre le croup*; par M. Delarue. 8° *Deux observations de myélite*; par M. Cade, 9° *Bons effets des antipériodiques et particulièrement du sulfate de quinine dans certains cas de zona, rôle critique, complications et transformation de cette maladie*; par M. Liegey. (Fin.)

NOUVELLES OBSERVATIONS SUR L'EMPLOI DE L'EXTRAIT DE BELLADONE DANS LE TRAITEMENT DES HERNIES ÉTRANGLÉES; par M. L. SAUREL.

Nous avons déjà analysé dans la GAZETTE MÉDICALE un travail de M. Larue sur l'efficacité du traitement des hernies étranglées par la belladone intus et extra. M. Rizzo a publié aussi en décembre 1855, dans la GAZETTE MÉDICALE DES ÉTATS SARDES, un mémoire où ce même moyen de traitement a été employé avec succès. M. L. Saurel publie à son tour une nouvelle observation de hernie inguinale étranglée, avec présence du testicule au-devant de l'anneau, et dans laquelle, après l'administration de l'extrait de belladone à haute dose, la réduction s'est *opérée spontanément*. Voici les faits essentiels de cette guérison :

OBS. — Un infirmier, âgé de 24 ans, atteint depuis longtemps d'une hernie inguinale gauche, la vit augmenter brusquement après des efforts pour aller à la selle, dans la journée du 5 octobre 1855. Aussitôt se manifestèrent les phénomènes bien connus de l'étranglement. Lorsque M. Saurel le vit à huit heures du soir : la face était pâle, la peau froide, le pouls faible et fréquent. Le taxis fut impraticable à cause d'une douleur excessivement vive qu'il faisait naître au niveau de la hernie; en recherchant attentivement la cause de cette douleur exagérée du col, l'opérateur reconnut qu'elle était due principalement au testicule *situé au-devant du col de la hernie*.

On cessa alors la tentative de taxis, et l'on prescrivit une application de glace mêlée à du sel commun sur la tumeur ; à l'intérieur une potion avec *deux grammes* d'extrait de belladone et 40 gouttes d'éther sulfurique dans 120 grammes d'eau distillée, à prendre par cuillerée à bouche de demi-heure en demi-heure.

Nous avons déjà vu que la femme qui venait d'accoucher d'un garçon ou d'une fille était au moins impure pendant huit jours.

Nous verrons dans un instant que si l'hygiène était rigoureusement observée en état de santé, elle l'était encore plus à l'état de maladie, et nous pouvons presque dire que toute la thérapeutique de Moïse consistait en pratiques hygiéniques.

Ces préceptes furent loin d'être toujours par la suite exécutés avec exactitude. La transgression qui porta jusque sur les devoirs les plus sacrés porta aussi sur l'hygiène; cependant nous voyons aujourd'hui même les juifs ne pas manger la chair des animaux déclarés immondes par Moïse, et suivre quelques autres pratiques qui ont beaucoup perdu de leur à-propos.

MATTEI.

(*La suite au prochain numéro.*)

— Par décision du conseil de surveillance de l'assistance publique, plusieurs médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris vont être admis a la retraite à partir du 1er janvier prochain. Ce sont MM. Paul Dubois, Cruveilhier, Bouneau et Hervez de Chégoin.

M. Paul Dubois sera remplacé à l'hôpital de la Maternité comme chirurgien de cet établissement, mais il restera à la Clinique en sa qualité de professeur de clinique d'accouchements.

— Par arrêté du 28 novembre, sont nommés membres du jury du concours qui s'ouvrira à Paris, le 2 janvier prochain, pour neuf places d'agrégés stagiaires près la Faculté de médecine :

MM. Bérard, inspecteur général de l'enseignement supérieur pour l'ordre de la médecine, professeur de physiologie, président;

Trousseau, professeur de clinique médicale;

Andral, membre de l'Institut, professeur de pathologie générale et thérapeutique;

Velpeau, membre de l'Institut, professeur de clinique chirurgicale;

Denonvilliers, professeur de pathologie chirurgicale;

Le baron P. Dubois, professeur de clinique d'accouchements;

Guénean de Mussy, agrégé en exercice près la Faculté de médecine de Paris;

Bégin, président du conseil de santé des armées;

Michel Lévy, médecin inspecteur, directeur de l'École de médecine et de pharmacie militaires.

Sont nommés juges supplémentaires dudit concours :

MM. Rostan, professeur de clinique médicale;

Nélaton, professeur de clinique chirurgicale;

Moreau, professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants;

Le baron Larrey, sous-directeur et professeur de clinique à l'École de médecine et de pharmacie militaires.

Cette potion fut administrée exactement et terminée pendant la nuit sans qu'il se déclarât aucun symptôme de narcotisme.

Le lendemain 6 octobre, à la visite du matin, tout symptôme d'étranglement avait disparu; le malade était calme; la hernie molle, souple, était cependant irréductible; cette irréductibilité paraissait devoir être attribuée à des adhérences que les intestins avaient contractées avec le testicule placé au niveau de l'anneau en dehors.

Depuis cette époque, le malade a été parfaitement bien.

La dose de l'extrait de belladone (2 grammes) semblera à tous les praticiens réellement trop élevée, et M. Saurel avoue que c'est par erreur qu'il l'a prescrite en si grande quantité. Nous pensons, en effet, qu'une pareille dose doit infailliblement amener le narcotisme, et qu'il faut supposer ici, ou bien une tolérance extraordinaire, ou bien que l'extrait était peu énergique. Quoi qu'il en soit, cette observation prouve, une fois de plus, la possibilité de la guérison d'une hernie étranglée par l'usage de la belladone.

IV. JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

Les numéros du mois d'avril au mois de juillet 1856 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Histoire de trois lithotrities et de deux tailles bi-latérales exceptionnelles*; par M. Cazenave. 2° *Observations de paralysie du nerf facial traitée par l'électrisation localisée*; par M. Oré. 3° *Opération d'une hernie étranglée, complications graves, érysipèle, péritonite sur-aiguë, emploi de la glace à haute dose, guérison*; par M. Ferrand, de Mer (Loir-et-Cher). 4° *Relation d'une épidémie de rougeole à l'hospice des Enfants trouvés*; par M. Barillier. 5° *Varicocèle du côté gauche, opération par l'enroulement, guérison*; par M. Busquet. (Cette opération a été pratiquée en 1851; la guérison s'est maintenue jusqu'à ce jour.) 6° *Du traitement des teignes à l'hospice des Enfants*; par M. Barillier. 7° *Inflammation par suite de couches de la symphyse sacro-iliaque droite, guérison*; par M. Rousset. 8° *Observation de tétanos traumatique, guéri par le chloroforme*; par M. Félix Busquet. 9° *Remarques sur la valeur thérapeutique du fer réduit par l'hydrogène*; par M. Jeannel. 10° *La solution du persulfate de fer comparée à la solution du perchlorure*; par MM. Devillard et Darrach, étudiants en pharmacie. (Ces messieurs, après avoir fait macérer des poids égaux de tronçons d'artères et de veines dans des poids égaux de solution de persulfate et de perchlorure de fer à 30°; et voyant que ces tissus présentaient ensuite la même résistance aux tractions, en concluent à l'égalité d'action des deux sels ferrugineux. Le lecteur jugera si de pareilles expériences sont bien probantes.)

HISTOIRE DE TROIS LITHOTRITIES ET DE DEUX TAILLES BILATÉRALES EXCEPTIONNELLES; par M. J.-J. CAZENAVE.

Le premier fait n'offre rien d'insolite.

Dans la seconde observation, dont le sujet est un homme âgé de 45 ans, on reconnut deux calculs, l'un parfaitement libre dans le bas-fond de la vessie, le second très-gros (5 centimètres de diamètre) *enchatonné* dans le côté droit de la vessie. Ce dernier put être attiré hors de son kyste par l'instrument, et broyé avec succès, comme l'avait déjà été le premier calcul libre.

Dans la troisième observation, M. Cazenave ne fut pas aussi heureux. Il avait affaire à un enfant âgé de 8 ans, chez lequel existaient aussi deux calculs : le premier, libre, fut broyé, et les débris complétement expulsés; le second, enchatonné dans le bas-fond de la vessie, ne put en aucune façon être ébranlé par les mors de l'instrument lithotriteur. Il fallut donc avoir recours à la taille. Après beaucoup de difficultés pour ébranler le calcul, qui était très-volumineux et très-adhérent, l'opérateur put enfin le dégager et le charger sur les tenettes, après l'avoir morcelé.

L'enfant guérit parfaitement.

La quatrième observation se rapporte à un homme âgé de 60 ans, et dont la vessie contenait plusieurs calculs, dont deux logés près du col vésical ne laissaient entre eux qu'une petite rigole, que pénétrait difficilement la sonde. La lithotritie fut d'abord essayée, mais sans aucun résultat : « L'espace me manquait, dit M. Cazenave, le jeu des branches du percuteur était impossible. » Force fut donc de recourir à la taille.

Après avoir incisé d'abord la portion membraneuse de l'urètre sur un cathéter, puis sur les pierres mêmes, le col vésical, et la prostate du côté gauche, M. Cazenave introduisit dans la vessie le lithotome double, mais avec de grandes difficultés et en séparant de vive force les calculs; resserré ainsi entre les pierres, l'instrument ne permit pas l'écartement de ses lames, et l'opération dut rester inachevée.

Alors l'opérateur, armé d'un bistouri boutonné, coupa les deux rayons obliques inférieurs de la prostate; et comme cette ouverture se trouvait encore insuffisante pour extraire les calculs, il incisa les deux rayons obliques supérieurs.

Il pratiqua donc ici la taille quadrilatérale de Vidal (de Cassis), et put achever convenablement l'extraction des pierres, après avoir, au moyen du bistouri, détruit de fortes adhérences qui les unissaient aux parois vésicales.

Le succès de l'opération ne fut entravé par aucun accident de quelque valeur.

Les difficultés que M. Cazenave a rencontrées ici ont été nombreuses; mais elles font, à nos yeux, ressortir tous les avantages que peuvent présenter, dans certaines circonstances, soit la taille quadrilatérale prostatique, imaginée par Vidal (de Cassis), soit la méthode mixte proposée et appliquée par M. Pétrequin, sous le nom de *combinaison de la taille et de la lithotritie*, méthode connue des lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE (voy. GAZ. MÉD., 1852, p. 684, et 1855, p. 377), et qui se recommande aux chirurgiens sous plusieurs rapports.

V. JOURNAL DE LA SECTION DE MÉDECINE DE LA LOIRE-INFÉRIEURE.

On trouve, dans la seizième livraison de 1856 les mémoires originaux suivants : 1° *Observation de lypémanie*; par M. Petit. 2° *De certains phénomènes hystériformes, avec suppression passagère de la menstruation pouvant laisser soupçonner à tort un commencement de grossesse*; par M. Aubinais. 3° *Note sur une tumeur hydatique abdominale; ruptures spontanées et périodiques du kyste, suivies de l'excrétion de son contenu par la voie intestinale*; par M. Le Houx.

NOTE SUR UNE TUMEUR HYDATIQUE ABDOMINALE; RUPTURES SPONTANÉES ET PÉRIODIQUES DU KYSTE, SUIVIES DE L'EXCRÉTION DE SON CONTENU PAR LA VOIE INTESTINALE; par le docteur LE HOUX.

OBS. — Une fille âgée de 37 ans, et qui, depuis l'âge de 18 ans, avait été constamment tourmentée de névralgies intenses, se répétant à différents intervalles et ayant successivement attaqué toutes les parties du corps, vit se développer, en 1852 (janvier), une tumeur douloureuse siégeant dans la fosse iliaque gauche. Elle était d'une dureté pierreuse, bosselée, non mobile et mate à la percussion.

Au mois de décembre 1852, le ventre étant alors devenu énormément développé et plus sensible que jamais, la malade, au sortir d'un bain tiède, fut prise de défaillance, et elle rendit par les selles des matières sanieuses, liquides et purulentes.

Le ventre, après cette évacuation, s'affaissa notablement, et il était à peine douloureux.

Un mois après, le kyste, qui s'était de nouveau rempli, se rompit de nouveau et se vida par la même voie.

Les matières excrétées étaient formées d'un liquide sanieux, au milieu duquel nageaient des pellicules rougies par le sang et des débris de vésicules hydatifères.

A partir de cette époque, le même fait de rupture se renouvela d'une manière presque périodique.

Sous l'influence de bains froids, avec des douches froides sur la tumeur, administrées en 1854, celle-ci s'affaissa de plus en plus, devint presque indolore; les évacuations périodiques cessèrent complétement, et la malade put marcher sans béquilles, en se tenant de moins en moins courbée.

Cette amélioration se soutint dix-huit mois; mais depuis quelques mois la tumeur a fait de nouveau saillie, et les évacuations périodiques de son contenu ont reparu comme autrefois.

On se propose d'avoir de nouveau recours aux douches froides sur la tumeur, qui ont déjà été si efficaces une première fois.

On peut se demander si ce ne serait pas ici le cas d'appliquer la méthode de Récamier, pour les tumeurs kystiques et les abcès du foie.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 1er DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE.

CONSTATATION D'UNE POCHE AMNIO-CHORIALE NORMALE DANS L'ŒUF HUMAIN PENDANT TOUTE LA DURÉE DE LA GROSSESSE; ANATOMIE DE CETTE POCHE, PHYSIOLOGIE ET PATHOLOGIE; par M. MATTEI.

(Commissaires : MM. Serres, Velpeau, Coste.)

Le mémoire que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie présente l'histoire complète de la poche amnio-choriale que j'avais annoncée par ma lettre du 25 août dernier. Après avoir cité, dans ce mémoire, l'opi-

nion des ovologistes et des accoucheurs les plus accrédités, je montre qu'on avait constaté dans la première moitié de la grossesse la présence d'un espace entre le chorion et l'amnios ; mais on croyait que cet espace, d'abord rempli par un tissu aréolaire et du liquide visqueux, s'oblitérait par l'adhérence des deux membranes dont il est formé. Personne jusqu'ici n'avait constaté comme fait normal la présence de la poche amnio-choriale pendant toute la durée de la grossesse.

Après avoir constaté et fait constater la présence de cette poche par des confrères, des internes et des élèves en médecine, tant dans ma pratique que dans quelques hôpitaux de Paris, je suis arrivé à reconnaître, sur 60 accouchements, qu'elle existe pendant toute la durée de la grossesse sur 39 cas ; ce qui fait à peu près les deux tiers. Lorsqu'elle manque, le fœtus et ses annexes sont souvent faibles ou malades.

On peut constater la présence de cette poche pendant la grossesse lorsqu'il y a hydrorrhée. Dans ces cas, le feuillet externe (chorion avec la caduque) étant déchiré, sa cavité est le siége d'un suintement séreux sans qu'il y ait besoin d'une rupture de l'amnios ni d'un décollement de la caduque utérine : chose qu'on a pu observer quelquefois.

Au moment du travail, on peut constater la présence de la cavité amnio-choriale lorsqu'il faut percer successivement deux poches remplies d'eau, et surtout lorsque ces poches renferment un liquide différent comme j'en rapporte un exemple. On peut constater aussi la présence de cette poche lorsqu'au moment du travail on veut déchirer les membranes avec le doigt, et quand le chorion, n'étant pas adhérent à l'amnios, suit l'ongle au lieu de se laisser entamer, ce qui n'arrive pas lorsque les deux membranes sont adhérentes. C'est même à cette cause et non à la résistance des membranes, comme on l'a fait jusqu'ici, qu'il faut attribuer la difficulté qu'on éprouve pour les déchirer avec l'ongle.

Lorsque la délivrance a eu lieu et qu'on ne trouve pas une séparation ostensible entre le chorion et l'amnios, on sépare alors avec ménagement ces deux membranes dans toute leur étendue, et on finit par trouver la poche qui est alors moins étendue. Elle manque une fois sur trois d'une manière complète.

Après avoir traité le côté positif de la question, j'examine comment peut se former cette poche et quels en sont les usages. On pourrait croire de prime abord que cette cavité est le résultat du travail de l'enfantement, mais pour prouver le contraire il suffit de savoir qu'elle préexiste à l'accouchement. Cette poche est donc naturelle ; et comme, par sa fréquence, elle constitue la règle, elle doit avoir un but d'utilité.

D'abord destinée à contenir la vésicule ombilicale, elle contribue dans les premiers mois à protéger et à nourrir l'embryon avec lequel elle se développe. Lorsque celui-ci peut vivre suffisamment par le moyen des vaisseaux placentaires, l'espace amnio-chorial se change insensiblement en une espèce de séreuse destinée par ses glissements à amortir les mouvements que le fœtus, la mère et les contractions utérines occasionnent pendant la grossesse.

Si l'amnios, le chorion, la caduque et la surface utérine faisaient corps entre eux, comme on l'a dit jusqu'ici, ces mouvements produiraient des décollements et des ruptures. Lorsque la poche amnio-choriale existe, comme ses enveloppes sont inégalement tendues, elles peuvent se déchirer séparément. Si c'est l'amnios qui se brise, les eaux seront conservées par le chorion ; si c'est ce dernier qui se déchire, la poche amniotique restera intacte, et dans l'un comme dans l'autre cas, la grossesse pourra aller à terme. Ce fait n'aurait jamais eu lieu si toutes les membranes s'étaient déchirées à la fois par leur adhérence commune.

La présence de la poche amnio-choriale est donc une condition anatomique favorable à la conservation du produit, et son absence une cause possible d'avortement. On doit considérer comme un cas anormal celui où cette poche est le siége d'une sécrétion abondante, comme nous le voyons dans la poche supplémentaire.

En résumé : 1° On avait constaté jusqu'ici un espace situé entre le chorion et l'amnios dans les premiers mois de la grossesse, et destiné à contenir la vésicule ombilicale, un tissu aréolaire et du liquide visqueux ; mais on croyait que cet espace s'oblitérait au plus tard vers le quatrième ou cinquième mois.

2° Aucun auteur n'a parlé jusqu'ici de la poche amnio-choriale que j'ai décrite et que j'ai démontrée comme un fait normal existant environ deux fois sur trois dans la dernière moitié de la grossesse.

3° Cette poche, presque toujours vide, offre, par le glissement de ses surfaces, un amortissement à tous les mouvements de la mère et de l'enfant, et est par conséquent une condition de conservation pour le fœtus. Son absence, au contraire, expose aux déchirures de l'œuf, à ses décollements, à l'hémorrhagie, et par conséquent à l'avortement.

4° Cette poche peut être constatée, pendant la grossesse, au moment de l'accouchement et après la délivrance.

5° Elle explique de la manière la plus simple l'hydrorrhée pendant la grossesse, la double poche des eaux au moment de l'accouchement, la diversité de nature entre les liquides des deux poches, et enfin la difficulté ou la facilité de déchirer les membranes avec l'ongle : toutes choses qui n'avaient pas eu jusqu'ici d'explication ou qui en avaient eu d'erronées.

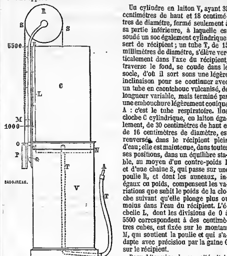
— M. Giraud-Teulon lit un travail sur le principe qui préside au mécanisme de la natation chez les poissons et du vol chez les oiseaux, dont nous avons publié un extrait dans notre dernier numéro.

Note sur un nouveau spiromètre d'une sensibilité et d'une simplicité extrêmes ; par M. B. Schnepf.

(Commissaires : MM. Despretz, Andral, Cl. Bernard.)

L'instrument que nous avons l'honneur de présenter à l'Académie des sciences rentre dans le genre des gazomètres imaginés par les physiologistes anglais et allemands ; mais il s'en éloigne considérablement par sa simplicité et par la précision avec laquelle il nous permet d'apprécier la quantité d'air inspiré, aussi bien que le volume d'air expiré ; ce qu'aucun spiromètre connu jusqu'à ce jour ne saurait déterminer avec un degré d'approximation suffisante.

Après un grand nombre de tâtonnements, après avoir fait plusieurs séries d'expériences comparatives entre notre spiromètre et tous les autres gazomètres et compteurs à gaz, nous nous sommes arrêté à la disposition suivante de notre appareil :



Un cylindre en laiton V, ayant 35 centimètres de haut et 18 centimètres de diamètre, fermé seulement à sa partie inférieure, à laquelle est soudé un soc également cylindrique, sert de récipient ; un tube T, de 15 millimètres de diamètre, s'élève verticalement dans l'axe du récipient, traverse le fond, se coude dans le socle, d'où il sort sous une légère inclinaison pour se continuer avec un tube en caoutchouc vulcanisé, de longueur variable, mais terminé par une embouchure légèrement conique A : c'est le tube respiratoire. Une cloche C cylindrique, en laiton également, de 30 centimètres de haut et de 16 centimètres de diamètre, est renversée dans le récipient plein d'eau ; elle est maintenue, dans toutes ses positions, dans un équilibre stable, au moyen d'un contre-poids P et d'une chaîne S, qui passe sur une poulie R, et dont les anneaux, inégaux en poids, compensent les variations que subit le poids de la cloche suivant qu'elle plonge plus ou moins dans l'eau du récipient. L'échelle L, dont les divisions de 0 à 5500 correspondent à des centimètres cubes, est fixée sur le montant M, qui soutient la poulie et qui s'adapte avec précision par la gaîne G sur le récipient.

Pour déterminer la capacité vitale du poumon, nous cherchons le volume de l'air inspiré et celui de l'air expiré. A cet effet, nous versons de l'eau dans le récipient jusqu'à la hauteur N fixée pour notre spiromètre, de manière à ce que la cloche plonge toujours dans le même volume d'eau, dans toutes les expériences que nous faisons ; nous abaissons la cloche au niveau du 0 de l'échelle, quand il s'agit de recueillir la quantité d'air expiré ; puis, après avoir fait inspirer et expirer successivement la personne que nous voulons examiner, nous lui recommandons de faire une profonde inspiration et de lancer dans la cloche l'air expiré par le tube respiratoire, en plaçant dans la bouche l'extrémité terminée par l'embouchure ; le point où s'arrête le bord supérieur de la cloche indique le nombre de centimètres cubes d'air expiré. Cette opération, que tous n'exécutent pas également bien du premier coup, est renouvelée trois fois, et nous ne conservons que le résultat maximum.

Pour avoir le volume d'air inspiré, nous élevons la cloche au niveau de la division de l'échelle qui marque 5000 centimètres cubes ; puis, après une expiration et une inspiration successives, nous faisons faire une expiration prolongée, et pendant le court intervalle de repos qui suit, la personne soumise à l'examen place l'embouchure dans sa bouche et inspire aussi longtemps que possible de l'air qu'elle puise dans la cloche ; celle-ci descend, et le point où elle s'arrête sert à déterminer le volume d'air inspiré.

Les avantages que présente notre spiromètre sur tous les gazomètres, depuis celui d'Hutchinson jusqu'à ceux des professeurs Vogel et Wintrich, peuvent se résumer en deux mots : *simplicité* et *précision*. Il est simple, parce que le tube respiratoire n'est plus garni de robinets et de courbures qui entravent la circulation de l'air et troublent les expériences, en faisant accumuler de l'eau dans les courbures du tube ; l'inclinaison que nous avons donnée à ce dernier, dans notre appareil, obvie à ces inconvénients. De cette première modification, il résulte que l'air de la cloche, avant l'inspiration et après l'expiration, se trouve avoir la même tension, sous la même pression atmosphérique ; de là l'inutilité du manomètre dont nos prédécesseurs compliquent leurs spiromètres ; de là le rétablissement spontané du niveau de l'eau dans le récipient et la cloche ; de là la fixité du 0 de notre échelle ; de là l'inutilité d'une cloche en verre et de fenêtres cimentées dans le récipient pour rétablir les niveaux du liquide après chaque expérience ; de là encore la

possibilité d'avoir une échelle immobile, basée seulement sur le volume d'air que contient la cloche. Une difficulté plus grande à résoudre, c'était de soutenir la cloche dans un équilibre stable, quel que fût le degré de son immersion dans l'eau. Le calcul pouvait aider dans cette circonstance; mais nous y sommes arrivé aisément, par le tâtonnement, en graduant le poids de la chaîne de manière à ajouter au poids de la cloche ou à retrancher des quantités correspondant au poids de l'eau déplacée: de cette façon, la roue dentée et armée d'évents, telle qu'elle existe dans les meilleurs spiromètres de Jaehne, a pu être remplacée par une simple poulie; de cette façon également, le jeu de l'instrument est aussi aisé et la sensibilité aussi grande dans l'inspiration que dans l'expiration.

Par toutes ces dispositions et par d'autres plus minutieuses, qui effacent jusqu'aux légères causes d'erreur que pourrait engendrer le frottement des surfaces, notre spiromètre peut être considéré, dès qu'il est en communication avec les voies respiratoires, comme un simple *diverticulum* du poumon. Il suit également de ces modifications du gazomètre que l'air inspiré, de même que l'air expiré, en contact avec l'eau du récipient et avec l'air ambiant, conserve le même degré de saturation aqueuse, et se met toujours à peu près à la même température.

C'est à l'aide de cet instrument que nous avons pratiqué depuis deux ans plus de 2,500 expériences spirométriques sur des individus de tout âge et des deux sexes; c'est par lui que nous avons étudié plus d'un problème de physiologie et de pathologie; ce sont les données qu'il nous a fournies dans ces conditions différentes qui nous permettront de faire ressortir, dans nos communications ultérieures à l'Académie, l'importance pratique de la spirométrie dans le diagnostic, impossible jusqu'à présent, des maladies de poitrine à leur début.

SUR UN CAS D'ABSENCE CONGÉNIALE DES CAPSULES SURRÉNALES.

(Lettre de M. ANTOINE DE MARTINI à M. FLOURENS.)

Dans ce moment où la question de l'importance vitale des capsules surrénales excite un si grand intérêt en clinique médicale et en physiologie, et où l'on tâche de la résoudre par les résultats qui ont eu lieu dans la vie des animaux après l'ablation de ces organes, j'ai cru devoir communiquer à l'Académie l'observation suivante, qui montre un cas d'absence congéniale des capsules surrénales.

Dans une des salles de l'hôpital des Incurables (Naples), mourait de tuberculose pulmonaire un homme, G. M., âgé de près de 40 ans. Un de nos jeunes chirurgiens, M. Martone, en faisant sur le cadavre une injection de vaisseaux pour son cours d'anatomie, fut surpris d'abord de ne pas trouver à leur propre région les deux reins; mais il s'aperçut bientôt de l'existence, sur le promontoire du sacrum, d'une masse ovoïdale lobulée: c'était une fusion des deux reins en un corps unique.

Ce corps rénal recevait de l'aorte une seule artère émulgente qui ne tardait pas à se diviser en quatre branches auxquelles correspondaient les branches veineuses, qui se réunissaient également en une veine émulgente unique. Deux uretères de calibre ordinaire, mais bien courts, allaient à la vessie. La masse de ce corps était divisée en cinq lobes, et sa structure anatomique était celle d'un rein normal.

Cette anomalie était accompagnée de l'*absence totale des capsules surrénales*; il n'y en avait pas de trace.

M'occupant, vers cette époque, de la *maladie d'Addison*, dont j'ai communiqué deux observations à l'Académie de médecine, je me suis demandé si, dans ce cas, les capsules surrénales elles-mêmes n'auraient pas pu se fondre dans la masse rénale unique, et c'est pour savoir à quoi m'en tenir sur ce doute, que j'ai disséqué l'un après l'autre tous les cinq lobes: je n'ai pas trouvé de vestiges de capsules.

La pièce est conservée dans le cabinet anatomique de l'hôpital.

L'homme qui fait le sujet de cette observation avait la peau blanche; il avait vécu jusqu'à 40 ans et mourait d'une maladie de poitrine; il avait eu assez de force pour exercer son métier de menuisier; il était marié et père de trois fils.

SUR LES PHÉNOMÈNES PHYSIQUES DE LA CONTRACTION MUSCULAIRE.

(Extrait d'une lettre de M. MATTEUCCI à M. DESPRETZ.)

Avant de faire paraître la dernière leçon de mon nouveau cours d'électro-physiologie, j'ai tâché de rendre encore plus faciles à répéter les expériences par lesquelles j'ai prouvé le développement de la chaleur et de l'électricité dans un muscle en contraction. Quant à la chaleur, je suspendais dans un flacon cinq grenouilles préparées, au milieu desquelles était plongée la boule d'un thermomètre. J'ajoute maintenant qu'on réussit très-bien à faire cette expérience dans un cours, à l'aide de la pince thermo-électrique de M. Becquerel et avec un bon galvanomètre à fil court. J'ai pour cela, comme on le sait, deux couples thermo-électriques opposés, formés avec un fil de fer dont les extrémités sont soudées à deux fils de cuivre. Afin d'obtenir une déviation encore plus distincte, j'ai pris deux couples, bismuth et antimoine, terminés en pointe très-fine et qui font partie d'une ancienne pile thermo-électrique à rayons de Nobili. Je prépare une grenouille à la manière de Galvani, et après l'avoir promptement essuyée du sang, je la partage à moitié. J'introduis dans chacune des cuisses, au milieu de la masse musculaire, une des pinces thermo-électriques. Si l'expérience est convenablement préparée, l'aiguille du galvanomètre ne tarde pas à se fixer à 0 degré. Il est facile de s'assurer qu'en secouant mécaniquement une des cuisses, l'aiguille du galvanomètre ne bouge pas, ou que la déviation ainsi obtenue n'est que de 1 ou 2 degrés, en indiquant indifféremment tantôt un échauffement, tantôt un refroidissement de la cuisse secouée. Qu'on vienne maintenant à exciter les nerfs lombaires d'une des cuisses avec le courant d'une pile élémentaire interrompue avec la main ou d'une manière quelconque; aussitôt l'aiguille du galvanomètre commence à dévier, et en prolongeant la contraction quatre ou cinq secondes, l'échauffement de la cuisse contractée fait dévier l'aiguille de 25 à 30 degrés. J'ai ainsi rendu plus évidente la conclusion que j'avais tirée de mes premières expériences, c'est-à-dire que la contraction musculaire dégage de la chaleur, indépendamment de la présence et de la circulation du sang dans le muscle.

Pour étudier le développement de l'électricité, j'emploie aussi un appareil très-simple et qu'on peut comprendre sans l'aide d'un dessin. Dans un morceau carré de bois, je pratique une cavité longitudinale qui est séparée en deux compartiments par une lame de verre ou de tout autre corps isolant. Je remplis chacune de ces cavités d'une solution saturée de sulfate de zinc et j'y plonge une lame de zinc parfaitement amalgamée et réunie à une des extrémités du galvanomètre. Enfin, en contact de cette lame, se trouve une mèche de coton comme celle de la lampe Locatelli. Les deux mèches se replient en dehors horizontalement et se terminent en pointe, éloignées entre elles de 3 ou 4 millim. On sait que l'usage des lames amalgamées de zinc empêche le développement des polarités secondaires. Pour faire l'expérience, je prends une seule cuisse de grenouille, ou le muscle d'un autre animal auquel est réuni son filet nerveux. Ce muscle, soutenu sur une lame de gutta-percha, est porté en contact des pointes des deux mèches. Il n'est pas difficile, avec la cuisse de grenouille, de parvenir, tout en employant un galvanomètre très-délicat et à fil très-long, à voir l'aiguille rester à 0 degré ou dévier de quelques degrés seulement. Alors j'applique sur le filet nerveux les extrémités d'un petit couple, zinc et platine, et avec la main je fais passer et interrompre le passage du courant pendant quelques secondes. Dans le même temps, la cuisse fait un certain nombre de contractions rapprochées, et l'aiguille du galvanomètre est déviée de 25 à 30° par un courant qui entre dans le galvanomètre par l'extrémité placée en contact de la partie inférieure de la cuisse. Cette expérience ainsi réduite à sa forme la plus simple, et dont le résultat est indépendant de l'existence d'un pouvoir électromoteur quelconque préexistant à la contraction, prouve bien que la contraction seule du muscle est la cause du développement de l'électricité. Il est naturel d'attribuer ce développement de chaleur et d'électricité ainsi obtenu aux phénomènes chimiques de la respiration musculaire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 9 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie:

1° Un rapport final de M. Bonnet, médecin des épidémies de l'arrondissement de Valence, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans plusieurs communes de cet arrondissement.

2° Un rapport de M. Chambay, médecin des épidémies pour l'arrondissement d'Alençon, sur deux épidémies de fièvre typhoïde qui ont régné dans la ville de Seez (Orne), en 1856. (Commission des épidémies.)

3° Un rapport de M. le docteur Campmas, médecin en chef de l'hôpital militaire de Baréges, sur le service médical de cet établissement en 1855.

4° Un rapport de M. le docteur E. Barthez, médecin en chef de l'hôpital militaire de Vichy, sur le service médical de cet établissement en 1856. (Commission des eaux minérales.)

5° Le tableau des vaccinations pratiquées en 1855 dans le département de l'Aube. (Commission de vaccine.)

— La correspondance non officielle comprend:

Un mémoire intitulé: NOUVELLES EXPÉRIENCES SUR LES EFFETS DE LA LIGATURE DE L'OESOPHAGE, par M. G. Colin, chef de service d'anatomie et de physiologie à l'École d'Alfort. (Commission nommée.)

— M. B. GEORGES, dentiste, présente une note sur un appareil destiné à produire l'anesthésie, au moyen d'un mélange réfrigérant, avant l'avulsion des dents malades.

Cet appareil se compose:

1° D'un double manchon en caoutchouc, lequel enveloppe la dent; il est fixé sur la gencive à l'aide d'un ressort indépendant;

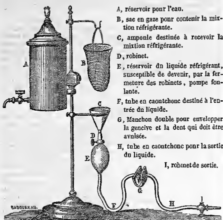
2° De deux tubes également en caoutchouc, dont l'un, servant à faire arriver le liquide réfrigérant dans le manchon, est muni à son extrémité d'une poche faisant office de réservoir et susceptible, lors de la fermeture des deux robinets placés aux extrémités de l'instrument, de devenir pompe foulante, et de forcer le liquide à remplir toute la cavité du manchon; l'autre sert à donner issue au liquide aussitôt qu'il commence à s'échauffer par son séjour dans la cavité buccale.

Le temps nécessaire pour obtenir l'engourdissement de la dent varie entre trois et cinq minutes. Le mélange dont M. Georges se sert est composé de glace et de sel par parties égales. Toutefois il est utile de faire remarquer que, pour éviter au malade toute sensation désagréable de froid, il faut faire

passer dans l'instrument, au commencement de l'opération, un courant d'eau tiède, qu'on refroidit graduellement.

L'appareil de M. Georges lui a été inspiré par les recherches de M. le docteur Velpeau sur l'action anesthésique du froid, et a été employé par l'auteur pendant deux mois avec un succès satisfaisant.

Explication de la figure.



A, réservoir pour l'eau.

B, sac en gaze pour contenir la mixtion réfrigérante.

C, ampoule destinée à recevoir la mixtion réfrigérante.

D, robinet.

E, réservoir du liquide réfrigérant, susceptible de devenir, par la fermeture des robinets, pompe foulante.

F, tube en caoutchouc destiné à l'entrée du liquide.

G, Manchon double pour envelopper la gencive et la dent qui doit être avulsée.

H, tube en caoutchouc pour la sortie du liquide.

I, robinet de sortie.

(Commissaires : MM. Oudet et Malgaigne.)

— M. Dubois (d'Amiens), au nom de M. Gérardin, commence la lecture d'un rapport relatif à un mémoire sur la fièvre jaune de M. Dutrouleau, médecin en chef de la marine à la Guadeloupe.

La lecture de ce rapport sera terminée dans une des prochaines séances.

Élection dans la section de pharmacie.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre titulaire dans la section de pharmacie.

Les candidats sont présentés par la section dans l'ordre suivant :

En première ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Gobley, Mialhe, Poggiale ;

En seconde ligne : MM. Buignet, Lefort.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 77 et la majorité absolue de 39 :

M. Poggiale obtient.	26 suffrages.
M. Gobley	25 —
M. Mialhe.	21 —
M. Buignet.	2 —
Billets blancs.	2 —
Billet nul.	1 —

Il n'y a pas de majorité absolue ; on passe à un second tour de scrutin. Sur 76 suffrages émis :

M. Poggiale obtient alors.	26 voix.
M. Mialhe	26 —
M. Gobley.	25 —

On procède à un scrutin de ballottage entre MM. Poggiale et Mialhe.

M. Poggiale réunit.	43 suffrages.
M. Mialhe.	31 —
Un billet blanc.	

M. Poggiale, ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est proclamé membre de l'Académie.

— Il est cinq heures moins vingt minutes, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE JUIN 1856 ; par M. le docteur E. Faivre, secrétaire.

(Suite.)

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

ANATOMIE.

NOTE SUR LA CONVEXITÉ DE L'IRIS ET LA NON-EXISTENCE D'UNE CHAMBRE POSTÉRIEURE DE L'ŒIL ; par le docteur Charles Rouget, prosecteur de la Faculté de médecine.

L'iris est convexe, et cette convexité est la conséquence de l'application immédiate du cristallin à sa face postérieure. Contre les objections sans cesse renaissantes et les théorèmes de physique appliqués avec plus ou moins d'exactitude qu'on oppose à cette opinion, j'invoquerai non pas l'autorité de tel ou tel ; mais l'examen direct des faits.

Chez un grand nombre d'animaux, cette convexité est tellement prononcée que le doute n'est pas possible, et constamment on remarque un rapport direct entre la courbure de la face antérieure du cristallin et celle de l'iris.

Je citerai pour exemple, parmi les oiseaux, le hibou, chez lequel le cristallin est presque sphérique et l'iris très-convexe ; parmi les mammifères, le lapin, chez lequel les mêmes faits sont très-faciles à vérifier. Quant à l'homme, chez lequel on persiste à nier la courbure de l'iris, lors même qu'on l'accepte chez les animaux, quant à l'homme la disposition qu'il présente n'est que la confirmation du rapport de ce qui existe constamment entre la courbure de l'iris et celle de la face antérieure du cristallin. Cette dernière, en effet, est très-peu marquée, et il en résulte que dans l'état de repos de l'appareil de l'adaptation, l'iris de l'homme paraît presque plan.

Par ces procédés d'une exactitude mathématique, Helmholtz a constaté le fait annoncé par Hueck que, dans l'adaptation à la vue de près, l'iris devient manifestement convexe, et a mesuré les variations de cette convexité ; de plus, l'examen ophthalmoscopique lui a montré, sur l'homme vivant, le bord pupillaire de l'iris en contact immédiat avec la face antérieure du cristallin.

Mais il est possible de donner la démonstration directe de ces faits chez les animaux et chez l'homme même, surtout chez l'enfant dont le cristallin est, comme on sait, plus convexe que celui de l'adulte.

Si après avoir enlevé le segment postérieur du globe oculaire, on place le segment antérieur dans l'eau, la transparence du corps vitré et de la lentille permet d'observer nettement les rapports de la face postérieure de l'iris avec le cristallin et de constater qu'il n'y a aucun intervalle entre elle, que l'iris n'est pas flottant, mais immédiatement appliqué à la face antérieure de la lentille, comme les procès ciliaires à sa périphérie. Ce mode d'observation, auquel j'avais eu recours, ignorant que M. Giraldès l'eût également mis en usage, nous a donné à tous deux un résultat parfaitement identique.

Ce n'est que par suite de manœuvres ayant opéré un déplacement artificiel de l'iris que l'on a cru constater l'existence d'une chambre postérieure, à l'aide d'une épingle traversant le globe oculaire d'arrière en avant (M. Sappey).

Mais le contact immédiat du cristallin et de l'iris d'une part, et d'autre part la convexité de cette membrane, sont deux faits tellement connexes, qu'il suffit que l'un des deux soit constaté pour que l'autre en découle comme conséquence immédiate. Or j'ai mis, je crois, hors de doute la convexité de l'iris par le procédé suivant, qui élimine toute cause d'illusion, et que j'ai employé sur des yeux de lapin, de chien, etc., extraits de l'orbite immédiatement après la mort et sur des yeux d'enfant ou d'adulte observés vingt-quatre heures après la mort et d'apparence parfaitement normale.

Le bord antérieur du biseau kérato-sclérotical se trouve constamment sur un plan antérieur, au bord adhérent ou périphérique de l'iris. Si la surface de l'iris est plane, une ligne droite joignant deux points opposés du bord antérieur de la sclérotique ne doit pas rencontrer le plan de l'iris. Il en sera de même d'un axe rigide substitué à cette ligne fictive. Une épingle à insecte, plongée au niveau de l'union de la cornée avec la sclérotique et traversant directement la chambre antérieure pour sortir au point diamétralement opposé, traverse nécessairement de part en part l'iris et le cristallin dont un segment plus ou moins considérable, suivant les espèces animales, est manifestement placé en avant du plan de l'épingle ; une autre épingle traversant la chambre antérieure, de manière à viser le bord pupillaire, l'espace qui la sépare de la première, mesure la convexité de l'iris.

Une expérience inverse confirme la précédente et renverse toutes les objections qu'on pourrait faire au *modus faciendi*. L'épingle enfoncée au même niveau que précédemment n'est plus directement conduite vers le point de sortie ; on dirige, au contraire, la pointe de telle façon qu'on évite absolument qu'elle ne touche l'iris, et que néanmoins elle vienne sortir au point diamétralement opposé au point d'entrée. Dans cette expérience, la pointe de l'épingle a évité dans son parcours l'iris et le cristallin ; mais dès qu'elle a pour sortir traversé de nouveau la sclérotique, la tige rigide imprime dans l'iris et le cristallin un sillon au fond duquel elle loge, et dont la profondeur mesure la convexité de l'iris.

II. — Tératologie.

1° OBSERVATION D'UN MONSTRE DE LA FAMILLE DES PSEUDENCÉPHALIENS, GENRE NOSENCÉPHALE DE M. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE ; par M. Dumontpallier, interne lauréat des hôpitaux.

Le sujet qui offrait cette monstruosité, paraissait parfaitement développé

quant aux autres parties du corps. Il était né à terme et a vécu vingt-quatre heures. Nous allons donner la description des parties qui s'étaient substituées au cerveau, et la disposition de la base du crâne chez ce pseudencéphalien.

1° DESCRIPTION DES PARTIES QUI CONSTITUAIENT LA PSEUDENCÉPHALIE. — Immédiatement au-dessus des arcades sourcilières on voyait une tumeur rouge, mollasse, divisée en trois lobes, deux latéraux et un antérieur. Les deux parties latérales étaient séparées l'une de l'autre par une scissure médiane qui paraissait être le vestige de la scissure longitudinale antéro-postérieure d'un cerveau normal. Cette scissure avait pour limite, en arrière, la circonférence occipitale de la base du crâne; en avant, cette scissure se terminait brusquement à la rencontre du troisième lobe de la tumeur. Cette dernière portion de la tumeur était mollasse et rouge, elle retombait sur la racine du nez.

Les trois lobes avaient le même aspect, la même coloration, la même mollesse.

Leur membrane d'enveloppe pouvait être divisée en trois feuillets correspondant aux trois enveloppes d'un cerveau normal.

La membrane la plus superficielle, de résistance fibreuse, semblait se continuer en se dédoublant : 1° avec la peau extra-crânienne, et 2° avec la dure-mère de la base du crâne.

Au-dessous de cette membrane fibreuse, qui s'enfonçait dans la scissure médiane, on trouvait une seconde membrane lisse, d'aspect séreux. La troisième enveloppe était lâchement unie au feuillet médian, mais intimement adhérente au tissu propre de la tumeur, et l'on ne pouvait l'en séparer qu'en déchirant le tissu vasculaire.

A la coupe, cette tumeur ne laissait écouler que de la sérosité roussâtre.

Le lobe antérieur de la tumeur était entièrement vasculaire et analogue par son aspect au tissu d'un cotylédon placentaire.

Les deux lobes latéraux, au contraire, présentaient chacun une cavité considérable, remplie de petits kystes semblables aux kystes que l'on rencontre quelquefois dans les ventricules latéraux, et qui sont adhérents aux plexus choroïdes.

Ces kystes multiples ne communiquaient point ensemble, ils étaient parfaitement cloisonnés, on pouvait en vider un sans que le plus voisin laissât, par voie de communication, écouler son contenu.

Le liquide contenu dans ces kystes était incolore.

La tumeur vasculaire qui remplaçait le cerveau reposait sur la base du crâne, et se continuait en arrière, par un pédicule avec la moelle épinière.

Le pédicule était formé de deux tissus, un périphérique vasculaire analogue au tissu de la tumeur, l'autre central, nerveux, et se continuant directement avec la moelle. Le tissu nerveux de ce pédicule était ramolli et rougeâtre, comme s'il avait été le siége d'une apoplexie capillaire. De la portion antéro-latérale du pédicule, on voyait très-manifestement émerger des filets nerveux qui pénétraient dans de petits trous correspondants de la base du crâne.

Après avoir ouvert le canal rachidien dans toute son étendue, la moelle nous offrit son aspect ordinaire quant à sa continuité et ses rapports. L'enveloppe pie-mère était cependant le siége d'une injection vasculaire très-marquée. Toutes les racines postérieures des nerfs rachidiens avaient leur disposition normale.

2° DESCRIPTION DU RACHIS ET DE LA BASE DU CRANE. — Le squelette osseux du rachis ne présentait aucune solution de continuité et nous a paru normalement développé; nous devons faire remarquer toutefois qu'il n'y avait que six vertèbres cervicales.

La base du crâne présentait une ressemblance frappante avec une vertèbre à grandes dimensions, si bien qu'on y retrouvait sans effort une apophyse épineuse, des lames, deux masses latérales représentant les apophyses transverses. Elle offrait, de plus, un arc antérieur formant les arcades sourcilières et circonscrivant les parties médianes de la base du crâne.

Quant au corps de ces vertèbres, il n'existait point, à moins qu'on ne considérât comme tel la selle turcique et la gouttière basilaire.

Il n'y avait point les moindres vestiges de voûte crânienne.

La face de ce monstre était peu développée, les arcades des os maxillaires supérieurs étaient très-rapprochées, il n'y avait point de division de la voûte palatine ni du voile du palais. Les yeux étaient saillants et semblaient faire hernie hors des cavités orbitaires.

Ce monstre a vécu vingt-quatre heures. Pendant le travail de l'accouchement, après la rupture des membranes, lorsqu'on cherchait à reconnaître la présentation du fœtus, on sentait une tumeur mollasse, et chaque fois qu'on exerçait la moindre pression sur la tumeur qui se présentait, on déterminait des mouvements très-violents du fœtus.

L'enfant s'est présenté par la tête, et c'était sur la tumeur vasculaire que l'on pressait en exerçant le toucher vaginal.

Ce monstre a respiré aussitôt sa sortie, il pouvait téter et le mouvement de déglutition s'opérait facilement.

Lorsqu'on pressait la tumeur exencéphalienne gauche, on déterminait des mouvements des membres inférieurs et une inclinaison forcée de la tête en avant.

Si l'on admet la classification de M. Geoffroy-Saint-Hilaire et que l'on se rappelle les bases de sa classification, on reconnaîtra que le monstre qui fait le sujet de cette observation appartient à la famille des pseudencéphaliens et qu'il est du genre nosencéphale.

Il appartient à la famille des pseudencéphaliens parce que chez lui le cerveau est remplacé par une tumeur vasculaire. Il est du genre nosencéphale, parce que le tron occipital est persistant et le rachis normalement développé, sans aucune solution de continuité, ni dans la région cervicale ni dans la région dorsale et lombaire, et de plus parce que la moelle épinière était intacte dans toute son étendue. Ces caractères le distinguent des deux autres genres de la même famille (les thlipsencéphales et les pseudencéphales), et de la famille tout entière des anencéphaliens, où non-seulement manque le cerveau tout entier, mais aussi la moelle et le rachis dans une étendue plus ou moins considérable.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE JUILLET 1856; par M. le docteur FAIVRE, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — PHYSIOLOGIE.

DU SEL MARIN ET DE LA SAUMURE; par M. ARM. COUBAUX, professeur d'anatomie et de physiologie à l'École impériale vétérinaire d'Alfort, membre titulaire de la Société de biologie, etc.

Dans les recherches dont j'ai l'honneur de communiquer les résultats sommaires à la Société de biologie, je me suis proposé de résoudre expérimentalement les questions suivantes :

1° Le sel marin peut-il exercer sur les animaux une action toxique?

2° Dans l'affirmative, à quelles doses précises acquiert-il cette propriété?

3° Quelle est sa manière d'agir sur l'économie animale et principalement sur les organes digestifs?

4° La saumure a-t elle une action différente de celle du sel marin qu'elle tient en dissolution?

Ces recherches expérimentales, mises en regard des faits observés par divers praticiens sur la plupart de nos espèces domestiques, peuvent se résumer dans les propositions qui suivent :

I. Le sel marin administré par les voies digestives, au delà d'une certaine dose, devient manifestement toxique.

II. Cette dose varie un peu suivant les animaux et à l'état de vacuité ou de plénitude de l'appareil gastro-intestinal. Néanmoins elle se détermine exactement, soit d'une manière absolue, soit relativement au poids du corps.

III. En ce qui concerne les carnivores, le chien en particulier, il suffit d'une quantité de sel égale au 400e du poids du corps pour tuer en douze heures, et au 113e ou au 140e pour déterminer la mort en moins de deux heures. En d'autres termes, ce résultat est produit par 60 à 80 grammes chez des chiens de taille moyenne.

IV. Pour le cheval, un 200e du poids du corps est toxique en un espace de douze heures.

V. La première action du sel marin ingéré dans les voies digestives est semblable à celle des émétiques. Elle se traduit par des nausées, des efforts violents de vomissement. Aussi, pour constater la série des effets de cette substance, il est indispensable de lier l'œsophage sur les animaux qui sont susceptibles de vomir.

VI. Les effets qui se manifestent en second lieu montrent que le sel agit comme purgatif drastique avec une énergie proportionnelle à sa dose. Ceux-ci consistent en déjections fréquentes, opérées avec violence au début, sans effort et presque involontairement sur la fin. Ces déjections, d'abord normales, deviennent bientôt molles, puis très-fluides; elles prennent successivement la teinte blanchâtre du mucus, celle de la bile; enfin, elles acquièrent une teinte rosée et rougeâtre, de plus en plus foncée à mesure qu'elles contiennent une plus grande proportion de sang.

VII. Des phénomènes généraux très-remarquables se développent parallèlement et consécutivement aux troubles des fonctions digestives. L'animal éprouve habituellement une vive excitation, des convulsions ou des tremblements épileptiformes, et au bout d'un certain temps il tombe dans un état de stupeur, de prostration où il reste plongé jusqu'au moment de la mort.

VIII. A l'autopsie des sujets qui succombent à la suite de l'ingestion du sel marin, on trouve l'estomac débarrassé d'une quantité plus ou moins grande de la solution saline et l'intestin plein de mucosités souvent sanguinolentes. La muqueuse gastro-intestinale est vivement, mais inégalement enflammée dans toute son étendue; elle est épaissie; son tissu cellulaire sous-jacent montre quelquefois une légère infiltration.

IX. La plupart des autres organes sont restés sains. Néanmoins il y a fréquemment un peu d'irritation à la muqueuse de la vessie et à celle du bassinet, et du côté du système nerveux de l'injection à la pie-mère, des ecchymoses diffuses à la surface du cervelet et des hémisphères cérébraux.

X. En comparant le sel marin à la saumure sous le triple rapport de l'action que ces substances exercent sur l'appareil digestif, de leurs effets généraux et des lésions matérielles qui se développent à la suite de leur administration, on s'assure que la saumure agit à la manière du sel, et par le sel qu'elle tient en dissolution.

XI. Ainsi les animaux auxquels on donne une quantité déterminée de saumure en éprouvent sensiblement les mêmes effets que les animaux auxquels on a fait prendre une quantité de sel égale à celle tenue en dissolution dans la saumure administrée aux autres.

XII. A la suite de l'ingestion de la saumure, comme après celle du sel marin, il survient, toutes choses étant égales d'ailleurs, des nausées, des vomissements, des phénomènes généraux de vive excitation, des convulsions et

des déjections abondantes, d'abord normales, puis muqueuses, bilieuses, rosées; et enfin sanguinolentes. Tous ces effets se manifestent, à quelques différences individuelles près, dans le même temps, suivant le même ordre et avec une égale intensité. Enfin, le sel et la saumure donnés à dose toxique laissent après la mort des lésions matérielles identiques.

XIII. S'il peut y avoir quelque différence entre le mode d'action de l'une et celui de l'autre de ces deux substances, cela tient à ce que la saumure contient souvent, outre le sel marin, de l'azotate de potasse, du poivre et d'autres matières excitantes.

XIV. Les propriétés toxiques spéciales attribuées à la saumure sont purement fictives. Ces propriétés sont celles du sel marin lui-même.

XV. Il n'y a donc pas de raison de proscrire l'usage de la saumure, soit à titre de condiment, soit à celui de médicament stimulant. Une telle exclusion serait aussi absurde que celle du chlorure de sodium. Toutes les précautions à prendre pour prévenir les mauvais effets de ces deux composés consistent à en régler les doses d'après les données de l'expérimentation et en se guidant sur l'instinct de chaque espèce.

XVI. Aussi peut-on dire sans témérité que, au point de vue de l'hygiène et de l'économie domestique, le grand résultat des recherches résumées dans les propositions précédentes est de montrer la nécessité de régler l'emploi du sel ou des solutions salines.

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons cliniques sur les maladies des femmes et des enfants (*Clinical lectures on the diseases of women and children*); par Gunning S. Bedford, professeur d'obstétrique et des maladies des femmes et des enfants à l'Université de New-York. — New-York, chez Samuel Wood. — 1855.

Le livre du professeur Bedford est un fort volume de 560 pages, qui intéresse surtout par le caractère pratique des faits qui y sont relatés. L'auteur, qui est un des premiers praticiens de New-York, a vu passer sous ses yeux, depuis 1850, dans le service de clinique qu'il dirige, plus de huit mille malades. Le nombre des cas pathologiques de cette clinique, leur variété, le soin avec lequel ils sont étudiés, le talent d'observation du maître, son activité, la justesse de ses vues pratiques, font de l'enseignement du professeur Bedfort, nous disait notre ami M. Brown-Séquard, qui est si capable d'apprécier les défauts et les mérites de l'instruction médicale, l'un des plus remarquables des États-Unis. Les Leçons cliniques que nous avons sous les yeux justifient ce jugement. Elles sont au nombre de trente, et elles ont été en partie publiées en 1852, 1853 et 1854, dans le journal l'American Lancet. Le docteur Bedford les a réunies, revues et complétées, pour les dédier aux élèves de l'Université de New-York, devant lesquels elles ont été faites. Chaque leçon forme un chapitre étendu qui porte sur une grande variété de cas, qui se présentaient à l'observation les jours de clinique. Les cas curieux sont relatés textuellement, souvent avec beaucoup de détails; ils sont précédés ou suivis par des considérations cliniques qui les expliquent, et en font ressortir l'importance et les symptômes spéciaux. Les discussions théoriques sans être bannies de ce livre y cèdent toujours le pas aux indications thérapeutiques. Le but de l'auteur ayant été d'initier rapidement les élèves à la connaissance des maladies des femmes et des enfants généralement peu étudiées, il passe rapidement en revue les différents sujets de cette partie si variée de la pathologie, s'arrêtant surtout sur les données symptomatiques les plus importantes et sur les moyens de traitement les plus efficaces.

Il est impossible de donner à nos lecteurs, après cette appréciation d'ensemble, une analyse détaillée des idées du docteur Bedford. Il faut parcourir l'ouvrage lui-même pour y chercher non pas la trace d'une doctrine, ni le caractère dominant de la médication, mais la marche d'un esprit actif, pratique, très-versé dans la connaissance des divers systèmes, sans être systématique, connaissant à la fois les travaux des anciens les observations des modernes, et les innombrables éventualités d'un grand service de clinique. Les titres de quelques-unes des leçons qui composent ce livre compléteront cette notice et feront voir la manière de procéder de l'auteur.

Première leçon : Maladies de l'utérus, organiques et fonctionnelles, à peine connues des auteurs anciens. — Hippocrate et son école. — Le spéculum et le toucher. — La connaissance positive des maladies de l'utérus est toute moderne. — Circonstances qui modifient ces affections. — Pourquoi les maladies de l'utérus sont-elles plus fréquentes aujourd'hui que dans les temps anciens? — Conséquences graves de l'indifférence des femmes aux soins de leur propre santé. — Menstruation excessive par suite d'affaiblissement chez une femme mariée de 37 ans. — Otite externe aiguë chez un enfant de 4 ans. — Ophthalmie blennorrhagique sur un enfant de 3 ans. — Suppression des menstrues par suite de refroidissement chez une jeune femme de 21 ans; complication de phthisie pulmonaire. — Coqueluche sur un enfant de 10 ans.

Troisième leçon : Hydatides de l'utérus avec augmentation considérable de volume de cet organe; écoulement muqueux par le vagin chez une femme de 37 ans, mère de deux enfants dont le dernier est âgé de 4 ans.—Hydatides accompagnées de vomissements. Procidence de l'utérus chez une femme âgée de 34 ans, mère de quatre enfants dont le dernier est âgé de 6 semaines. — Attention à apporter à l'extraction du placenta dans l'accouchement naturel. — Grossesse dissimulée chez une femme de 22 ans. — Tumeur fibreuse de l'utérus prise pour une grossesse chez une jeune femme de 19 ans.—Diarrhée ablactatorum sur un enfant de 8 mois. — Abcès de la vulve chez une femme de 27 ans, mère de trois enfants, le dernier âgé de 4 semaines.

Sixième leçon : Hémorrhagies excessives par suite de polype utérin. — Extraction du polype. — Causes des hémorrhagies vaginales. — Pityriasis de la tête chez une jeune fille de 6 ans. — Phlegmasia alba dolens chez une femme de 22 ans. — Mouvements spasmodiques involontaires et constants des membres chez un enfant de 5 semaines. — Vomissements chez un enfant de 5 mois. — Délivrance par le forceps, après un travail de quatre-vingt-dix heures. — Indications pour l'administration de l'ergot de seigle pendant l'accouchement. — Rupture de l'utérus par suite de la prescription intempestive de cet agent expulseur; mort de la mère et de l'enfant.

Onzième leçon : Hydropisie double de l'ovaire avec prolapsus de la muqueuse vaginale chez une femme veuve de 51 ans. — Suppression des menstrues par suite de refroidissement chez une fille de 17 ans.— Menstruation régulière pendant la grossesse. — Convulsions dues à la dentition chez un enfant de 11 mois. — Écoulement puulent de l'urètre d'une femme produit par l'ulcération du col de la vessie. — Hydropisie chez une jeune fille de 11 ans, avec urine albumineuse. — Douleur à l'hypocondre droit accompagnée de toux pendant une grossesse avancée. — Prurit de la vulve chez une femme mariée de 20 ans.

Il y a peu de temps, à propos de l'enseignement de la médecine aux États-Unis, nous formions le vœu que les cliniques et l'instruction théorique de ce pays si riche en éléments d'études suivissent une méthode originale fondée sur l'observation. Le livre du professeur Bedfort nous a paru entrer complétement dans cette voie. La clinique, qui est pour l'étudiant le complément indispensable des études théoriques, est pour le professeur lui-même la source féconde où il puise des données nouvelles, et le creuset auquel il doit incessamment soumettre les observations du passé.

Tholozan.

VARIÉTÉS.

— Le concours pour l'agrégation (anatomie et physiologie, sciences naturelles, pharmacie, physique et chimie) touche à son terme. Les candidats n'ont plus qu'à soutenir l'épreuve de la thèse.

Les questions ont été ainsi réparties :

M. Rouget, *Développement et structure du système osseux.*

M. Dupré, *Développement et structure du système nerveux.*

M. Legendre. *Développement et structure du système glandulaire.*

M. Morel, *Développement et structure du système musculaire.*

M. Baillon, *Des mouvements dans les organes sexuels des végétaux et dans les produits de ces organes.*

M. Ducom, *Du sang.*

M. Moitessie, *De l'urine.*

M. Reveil, *Du lait.*

M. Guillemin, *De la composition de la radiation solaire, son influence sur les êtres vivants.*

Les thèses devront être remises le samedi 13.

Les argumentations auront lieu dans l'ordre suivant :

Le mardi 16, M. Baillon argumenté par MM. Dupré et Morel; M. Ducom par MM. Moitessier et Reveil.

Le jeudi 18, M. Rouget par MM. Legendre et Baillon; M. Guillemin par MM. Ducom et Moitessier.

Le samedi 20, M. Dupré par MM. Morel et Rouget; M. Moitessier par MM. Reveil et Guillemin.

Le mardi 23, M. Legendre par MM. Baillon et Dupré; M. Reveil par MM. Guillemin et Ducom.

Le vendredi 26, M. Morel par MM. Rouget et Legendre.

— M. le docteur Brisset, médecin de Paris, né à Hirson (Aisne) vient de laisser en mourant, à cette commune, une somme considérable pour la construction d'un hospice. On assure que cette libéralité atteint le chiffre de 250 à 300,000 fr.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SÉANCE ANNUELLE. — DISTRIBUTION DES PRIX. — ÉLOGE DE M. ROUX.

Nos lecteurs trouveront au compte rendu des séances académiques ce qui les intéressera au point de vue du côté positif de la solennité annuelle de l'Académie de médecine : l'excellent rapport de M. Depaul sur les prix, les questions mises et remises au coucours et les noms des lauréats. Ils s'apercevront avec plaisir que les nombreuses donations dont l'Académie de médecine s'enrichit chaque jour, la placeront bientôt à côté de l'Académie des sciences. Grâce à la générosité bien entendue de ses bienfaiteurs. cotte seconde fille d'Esculape n'aura bientôt plus rien à envier à son aînée, seule longtemps favorisée des hommes et des dieux. Ces témoignages de bienveillanco posthume ne sauraient être, de notre part, interprétés autrement que comme ses inspirations de l'amour de la science et de l'humanité ; nous nous empressons donc d'en constater la progression toujours croissante, en faisant à peine remarquer que les donateurs recueilleront un jour, en échange de leur pieuse pensée, quelques feuilles des lauriers dont ils auront favorisé la moisson. Par intérêt autant que par reconnaissance, l'Académie de médecine ne pourrait-elle pas, à l'imitation de l'Académie française, trouver l'occasion de rappeler de temps à autre les vertus et mérites de ses légataires : en honorant la mémoire des morts, on stimule le zèle et la prévoyance des vivants.

Le morceau capital de la séance ou plutôt le seul morceau était l'éloge de M. Roux par M. le secrétaire perpétuel. Assez souvent, le programme des séances annuelles compreod plusieurs lectures, deux au moins : la grande et la petite pièce. Cette fois le conseil d'administration a jugé inutile de multiplier les lectures : il a pensé sans doute, et en cela on ne peut qu'être de son avis, que la composition de M. Dubois suffirait à elle seule pour défrayer la séance. Et, en effet, pendant plus de deux heures, l'éloquent secrétaire perpétuel a su captiver l'attention. Son éloge, conçu et écrit dans le genre de ses aînés, a été constamment écouté et applaudi comme il le méritait. On se plaît à constater ce nouveau triomphe du successeur de Pariset, sauf à lui demander compte de ses préférences, de ses moyens et du caractère de son succès.

On aurait mauvaise grâce à exiger d'un écrivain qu'il adoptât tel ou tel genre. Il y a longtemps qu'on l'a dit : Tous les genres sont bons, hors le genre que M. Dubois a su éviter. Cependant on peut distinguer dans l'œuvre d'un secrétaire perpétuel chargé de prononcer l'éloge d'un de ses collègues, deux choses : le fond, c'est-à-dire l'histoire des idées et des découvertes du défunt, et la forme, c'est-à-dire le cadre du panégyriste, sa manière, sa personnalité artistique, ses moyens d'intéresser à la fois au savant qu'on loue et au savant qui loue. Il est peut-être permis de douter que M. Dubois ait satisfait, d'une maniere égale, à ces deux conditions. Son succès, — on se plaît à le répéter, — a été tout ce qu'il pouvait être, et on s'y associe pleinement. Mais M. Roux, le chirurgien, l'inventeur, le savant, aurait-il lieu d'être pleinement satisfait : on hésite à le croire, et c'est sous l'empire d'une impression qui date de quelques heures à peine qu'on se hasarde à exprimer cette restriction.

M. Roux a obtenu, durant sa longue carrière, tous les genres de succès et d'honneurs que peut ambitionner un chirurgien. On sait les positions qu'il a occupées, et M. Dubois les a très convenablement célébrées. Les faveurs académiques ne lui ont pas plus fait défaut que les honneurs du professorat. Il n'a pas moins brillé dans la pratique civile que dans la pratique des hôpitaux. Honoré à l'étranger comme dans son pays, il a su, pendant quarante années d'un exercice soutenu de sa profession, fixer l'attention et conserver l'estime de ses contemporains. Or ne sont-ce pas là de grands résultats; de grands effets, dont les causes sont peut-être ailleurs que dans les incidents vulgaires d'une vie assez terne ; et ailleurs surtout que dans les mérites d'un opérateur élégant ou d'un médiocre inventeur; car personne ne le contesterait, surtout après avoir entendu M. Dubois, la carrière scientifique de M. Roux n'a rien offert d'exceptionnel. Depuis le moment où l'on a coutume de faire commencer les hommes jusqu'à sa mort, le fils du chirurgien d'Auxerre, l'ami de Bichat, le gendre de Boyer, l'inventeur en second de la staphyloraphie, n'est pas sorti du cadre le plus ordioaire de ses contemporains. M. le secrétaire perpétuel a eu beau rehausser l'éclat de ses luttes avec Dupuytren : ses parallèles, ses récits, ses anecdotes, ses bons mots, n'ont abouti à faire de M. Roux qu'un émule malheureux d'un plus heureux et surtout plus vaillant adversaire. Le souvenir des luttes de Roux avec Dupuytren n'a été qu'une ombre très-épaisse au tableau qu'il voulait peindre des succès de M. Roux. On pourrait presque en dire autant des louanges qu'il a cru donner à l'habile chirurgien dont il a fait parfois un coupeur imprudent et irréfléchi ; à l'orateur académique dont il a rappelé les discours sans fin et les phrases sans idées ; à l'écrivain élégant dont il a finement raillé la vaniteuse prolixité. Il n'est pas jusqu'à la sincérité proverbiale de M. Roux, racontant l'odyssée de ses mécomptes opératoires, doot M. Dubois n'a que trop laissé apercevoir l'inépuisable occasion qu'elle a eue de s'exercer. Et cependant M. Roux a pu, durant quarante années, occuper la scienco et les académies de sa personne, de son nom, de sa parole. C'est que M. Roux était en réalité quelque chose de plus que l'opérateur, le professeur, l'académicien et l'écrivain dont a si artistiquement parlé M. Dubois. En cela, l'honorable secrétaire perpétuel s'est boroé à faire de la médecine symptomatique : au lieu de se préoccuper des causes, et de la synthèse de la personnalité de M. Roux, il s'est jeté à corps perdu dans l'analyse microscopique de ses moindres actes, de ses plus minces mérites et de ses plus vulgaires aventures. Tout cela n'était qu'incidents, que symptômes du caractère de M. Roux ; c'est ce caractère que M. Dubois aurait bien fait d'interroger. Quand on ne peut s'expliquer les effets d'une substance par une de ses propriétés connues ou extérieures, on est bien obligé d'attribuer ses effets à ses propriétés cachées et à l'ensemble de ces propriétés. Il en est de même des hommes : La gloire n'a jamais tort, a-t-on dit, il suffit d'en rechercher les titres. Mais ces titres, il faut les chercher dans le fond, dans la nature, dans toute la personnalité des individus. C'est là qu'on voit la raison de leur puissance, de leur vraie valeur et surtout de leur autorité. Une célébrité d'un certain ordre, d'une certaine durée, doit faire supposer une certaine originalité. M. Roux était de cette catégorie. Tout ce que M. Dubois en a dit permet de le supposer, mais ne le prouve pas. Nous avons

FEUILLETON.

ÉTUDES MÉDICALES SUR QUELQUES POETES ANCIENS ET MODERNES.

PLAUTE.

(Suite. — Voir le n° 48.)

Cependant une société déjà perfectionnée, un monde en voie de progrès (si toutefois on peut appeler ainsi l'amour du luxe substitué aux austérités républicaines, le goût des plaisirs sensuels effaçant peu à peu les mœurs des antiques Sabins), ne pouvaient se passer de médecins, et je trouve dans une pièce de Plaute, AULULARIA, la *marmite* (ainsi nommée parce que l'avare *Euclion* y cache son trésor), un passage qui prouve clairement que déjà, vers l'an 560 de Rome, il y avait dans cette capitale des gens de l'art fonctionnant avec régularité, c'est-à-dire donnant une consultation et recevant des honoraires.

Megadore, amoureux de la fille d'*Euclion*, veut faire le repas des fiançailles chez son futur beau-père, avare fieffé, et lui envoie son cuisinier. *Euclion*, qui ne voit partout que voleurs, reçoit fort mal l'artiste en bonne chère; celui-ci se plaint d'être maltraité et il s'écrie :

Numo sum conductus, plus jam medico mercede est opus.

On me donne un didrachme, il m'en faudra davantage pour payer le médecin! C'est, je crois, la première fois qu'il m'arrive de rencontrer, dans ces recherches, la stipulation exacte du prix d'une visite médicale. Voyons-donc ce que signifie cette expression singulière : *Numo sum conductus*. Que doit-on entendre par là? D'abord, *numo* est pour *nummo*, argent, pièce de monnaie; *numo conductus sum*, je suis loué, engagé pour une somme de..... Ici se rencontre la difficulté ; mais les interprètes habiles. et M. J. Naudet est des plus habiles, trouvent que cette expression générique veut dire un didrachme, car Plaute, dans une autre pièce, TRUCULENTUS, fait dire à un personnage : J'ai prélevé sur un mime cinq *numi;* c'est la part d'Hercule! Donc, poursuit le savant traducteur, cinq *numi* équivalent au dixième d'un mime ou de cent drachmes, ou un seul, à un didrachme. On sait que cette valeur représente 1 franc 50 centimes de notre monnaie, et *Congrion*, le cuisinier, affirme que cela ne suffira pas pour payer le médecin. Supposons donc que notre confrère demande un peu plus, quelque chose comme trois drachmes, deux francs de notre monnaie; mais en tenant compte de la valeur relative de l'argent, on voit que les honoraires des praticiens de ce temps reculé étaient assez considérables. Je veux croire qu'ils arrivaient à la fortune, du moins ai-je trouvé dans une comédie intitulée LES CAPTIFS, un médecin du nom de *Menarque*, qui a des esclaves, qui est riche, et je suis bien aise de le constater en pas-

tous connu M. Roux ; mais presque tous nous ne l'avons vu qu'à la surface. Or sa persévérance au travail, ses succès dans le monde et dans la science, sa considération soutenue, tout, jusqu'aux nombreuses étrangetés de sa physionomie et de son caractère trahissent un fond d'originalité réelle, que M. Dubois eût peut-être bien fait d'explorer davantage, et qu'il eût sans doute exploré avec le succès qui appartient à son talent d'observateur.

Voilà pour l'homme.

La science doit-elle être satisfaite de ce que M. Dubois a dit de M. Roux comme savant. Est-ce que l'histoire intéressante de ces sept opérations pratiquées pour remédier à une difformité de la joue chez une jeune fille est bien de nature à éclairer ses contemporains sur la portée et, s'il y a lieu, sur la valeur des idées chirurgicales de M. Roux ? Le récit de sa première opération de staphyloraphie, le rappel de ses mécomptes et de ses revers disent-ils de quel point de vue chirurgical, de quel ordre d'idées, et surtout de quelle situation de la chirurgie M. Roux est parti pour inventer la staphyloraphie? Cette opération a-t-elle été pour lui un expédient ou une idée? Y a-t-il vu l'occasion d'un progrès dans le manuel opératoire ou l'origine de conséquences fécondes pour l'art? Voilà, si nous ne nous trompons, ce qu'il y avait peut-être à rechercher dans l'analyse intelligente et réfléchie des *hauts faits* chirurgicaux de M. Roux ; nous nous servons de l'expression de l'honorable secrétaire perpétuel.

Mais si l'on quitte ces points de vues plus spéculatifs que biographiques pour rentrer dans l'histoire des faits et gestes de M. Roux, il n'y a guère qu'à louer dans la notice de M. Dubois : à part quelques longueurs et quelques vérités qui ne sont pas toujours bonnes à dire, il a su intéresser par un récit toujours exact, toujours animé, souvent piquant de la vie de M. Roux. Le coup de pinceau par lequel il a, en terminant, rappelé M. Roux « commençant une opération comme il commençait un discours, » sans trop s'être rendu compte de ce qu'il dirait ou ferait, a été donné de main de maître. Ce trait si piquant et peignant si bien à lui seul la nature et l'esprit de l'homme sous l'enveloppe de l'orateur ou du chirurgien, n'est-il pas propre à faire regretter que l'honorable secrétaire perpétuel prenne plus de plaisir à raconter la vie et les aventures de ses personnages qu'à fouiller et à mettre à découvert les profondeurs de leur caractère.

JULES GUÉRIN.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

MÉMOIRE SUR QUELQUES OBSERVATIONS DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE TENDANT A DÉMONTRER L'EXISTENCE D'UN PRINCIPE COORDINATEUR DE L'ÉCRITURE ET SES RAPPORTS AVEC LE PRINCIPE COORDINATEUR DE LA PAROLE; lu à la Société de biologie par M. le docteur MARCÉ, ancien interne lauréat des hôpitaux et de la Faculté de médecine.

(Suite et fin. — Voir les nos 48 et 50.)

C. Dans les quatre faits qui forment la troisième et dernière série, l'abolition de la faculté d'expression par l'écriture a coïncidé avec une paralysie plus ou moins complète de la langue et de l'appareil phonateur, paralysie qui s'est révélée par la cessation des mouvements de la langue, la déviation des commissures labiales et les autres symptômes d'hémiplégie faciale, enfin par l'impossibilité d'articuler une seule parole, toutes ces lésions coïncidant avec la parfaite intégrité de l'intelligence. (Ajoutons toutefois que dans l'obs. 11, qui manque de détails suffisants, si nous admettons la paralysie de la langue, c'est uniquement par analogie avec les autres symptômes de paralysie mentionnés par l'auteur.) Quel est dans les cas de ce genre l'état de l'agent coordinateur de la parole? Sans doute, tant que le malade est dans l'impossibilité de parler, la question doit rester sans réponse, puisque les lésions de cet agent coordinateur ne se révèlent qu'à l'aide de l'articulation des mots ; ainsi, par exemple, nous n'essayerons même pas de discuter à ce point de vue l'obs. 10; mais dans les obs. 8 et 9, où la paralysie était passagère et liée probablement ou à une simple congestion cérébrale ou à un très-petit épanchement sanguin, n'oublions pas que les malades, dès qu'ils ont pu articuler, se servaient toujours de termes parfaitement appropriés à l'objet qu'ils voulaient désigner, sans qu'il y ait jamais eu de ces confusions bizarres dont nous avons donné des exemples dans les faits de la première et de la seconde série : le seul trouble fonctionnel était alors l'incertitude et le peu de netteté de l'articulation des mots, mais aucun affaiblissement, aucune erreur de la puissance législatrice de la parole.

PARALYSIE DE LA LANGUE; ABOLITION DE LA FACULTÉ D'EXPRESSION PAR L'ÉCRITURE; GUÉRISON RAPIDE.

OBS. IX (recueillie à l'hôpital de la Charité). — M. B..., étudiant, âgé de 20 ans, habite Paris depuis dix ans à peu près; parmi ses antécédents morbides, il faut noter à l'âge de 15 ans, des accidents fébriles qui se compliquèrent pendant trois jours d'un délire violent. Le rétablissement fut complet et même assez rapide.

Après quelques jours de malaise, M. B... fut pris le 26 avril 1854 au soir de céphalalgie, de douleurs lombaires et d'un violent accès de fièvre. Il se mit au lit et passa une nuit agitée avec délire.

Le lendemain au soir et pendant la journée du 28, des boutons varioliques apparurent en petit nombre, et cette éruption fut suivie d'un notable amendement.

Le 30 avril au matin, la fièvre avait complétement cessé.

Pendant la nuit du samedi au dimanche, sans cause occasionnelle appréciable, l'agitation du malade devient excessive; le dimanche matin, à six heures, il a l'air hagard et est méconnaissable; la pupille est dilatée de chaque côté. Malgré tous ses efforts, il ne peut articuler une seule parole, et à chaque instant il porte les doigts à sa bouche, comme pour indiquer qu'il ne peut remuer sa langue; et, en effet, il peut à peine la tirer hors de la bouche, et les mouvements qu'elle exécute sont très-incomplets. Un peu de déviation d'une commissure labiale.

On engage le malade à écrire, mais il ne peut tracer que des barres et des signes inintelligibles, et cependant il entend parfaitement et paraît comprendre ce qu'on lui demande, car il répond par un signe de tête, et toujours avec justesse aux questions qu'on lui adresse. Le pouls est calme, la chaleur de la peau normale ; pas de fièvre.

Vers dix heures du matin, il y a un peu d'amélioration, et il peut écrire le mot oxygène; il écrit encore son nom, le lieu de sa naissance, mais après de nombreuses hésitations et en lettres mal tracées. La parole est impossible.

---

sant. M'objecterait-on que Plaute a traduit la plupart de ses pièces du théâtre grec, qu'il prête à ses personnages des paroles et des pensées grecques, et que j'ai tort d'en tirer des conclusions en faveur de la civilisation romaine? Ceux qui liront l'œuvre de Plaute ne s'y méprendront pas, ses comédies sont le miroir fidèle des coutumes, des mœurs et du langage du monde au milieu duquel il vivait. Molière a suivi le même procédé; Racine a donné à la Phèdre d'Euripide des passions modernes; chaque auteur qui s'inspire de l'œuvre de ses devanciers, ne renonce pas à sa propre individualité, et si André Chénier a pu dire :

Sur des sujets nouveaux faisons des vers antiques,

les poëtes comiques font justement le contraire, ce qui n'en vaut que mieux.

Je ne dois pas abandonner ce chapitre sans dire un mot de M. Naudet, qui est tout à la fois membre de l'Institut, de l'Académie des inscriptions et belles-lettres, directeur de la Bibliothèque impériale, traducteur passionné de Plaute, et enfin ennemi personnel de la Faculté de médecine. Nos confrères ne se doutent guère qu'un aussi docte personnage les crible d'épigrammes dans les notes érudites dont il a enrichi son travail sur l'auteur latin dont nous nous occupons en ce moment. Par exemple, à propos du passage de Plaute que nous avons cité plus haut, il insinue malicieusement les réflexions suivantes : « Voilà ce que coûtera (1 fr. 50 cent.) le médecin à Congrion. Les visites des » médecins sont plus chères à présent. C'est qu'alors on ne connaissait pas » l'art de guérir ; peut-être guérissait-on sans art. Aujourd'hui.....» Comprenez-vous toute la portée de ce trait empoisonné? Peut-être : aujourd'hui : et des points!..... *Argumentum cornutum*, double attaque qui s'adresse au corps médical tout entier, et dont celui-ci ne se relèverait pas s'il n'avait été complétement tué par Molière, comme chacun le sait trop.

Qu'avons-nous fait à cet excellent M. Naudet? Pourquoi ce sarcasme amer, ce coup de Jarnac introduit à bon escient dans un volume où personne, si ce n'est moi, n'ira le chercher? Qui pourrait croire que les médecins du dix-neuvième siècle, si maltraités dans le dix-septième, ont encore aujourd'hui des ennemis acharnés dans la magnifique bibliothèque latine-française publiée par C.-L.-F. PANCKOUCKE? Et comprend-on que ce même C.-L.-F. PANCKOUCKE, l'éditeur si habile du grand DICTIONNAIRE DES SCIENCES MÉDICALES, ce patron bienveillant de tous les médecins de ce siècle qui savaient tenir une plume ait laissé attaquer ainsi à la sourdine des hommes dont il tirait un si grand parti? C'est à ne pas le croire, à moins que l'on ne pense de ce célèbre libraire qu'il imprimait des livres, mais qu'il ne les lisait pas, comme cet expéditionnaire qui disait d'un pamphlet écrit de sa main : Je l'ai copié, je ne n'ai pas lu. Quoi qu'il en soit, M. Naudet traite mal les médecins; il n'en a pas l'étrenne, et si déjà Térence disait, dans le prologue de l'EUNUQUE, à propos du reproche de plagiat qu'on lui adressait :

Nullum est jam dictum, quod non dictum sit prius,

on peut renvoyer M. Naudet à la lecture d'une foule de pièces du théâtre moderne, qu'il connaît à merveille. La comédie française ne lui laisse que l'embarras du choix ; il est de la maison, il y a ses entrées, sinon par droit de

Dans la journée, il y a de nouveau de l'agitation, du délire et même des hallucinations; mais tout cela est passager et semble cesser lorsqu'on est auprès du malade.

Le soir, la parole est beaucoup mieux articulée; il demande distinctement et sans se tromper de mots, qu'on lui apporte les PROVINCIALES de Pascal; mais on remarque que sa voix faiblit à la fin de chaque mot, et qu'il lui faut entre chaque syllabe un repos marqué.

Le lundi matin, la voix est complétement rétablie et le malade écrit sans peine. Quelques nouveaux boutons varioliques ont apparu et forment en quelque sorte une seconde éruption.

Quatre jours après, M. B... reprenait ses occupations habituelles.

PARALYSIE DE LA LANGUE; CONSERVATION DE L'AGENT COORDINATEUR DE LA PAROLE; ABOLITION DE L'AGENT COORDINATEUR DE L'ÉCRITURE.

OBS. X (recueillie à l'hôpital Beaujon et publiée dans la GAZ. DES HÔPIT., 1853). — Le nommé Jeuraux (Alexandre), âgé de 37 ans, sommelier dans un grand restaurant de Paris, est amené le 5 novembre 1853 à la consultation de M. Sandras pour être admis à l'hôpital Beaujon (salle Saint-François, nº 10).

Cet homme est fort intelligent; il a reçu une certaine éducation, sait très-bien lire, et avant de tomber malade il écrivait couramment. Sa constitution est robuste, ses habitudes sont sobres et régulières; il n'a jamais eu antérieurement de maladie grave, bien qu'il passe une grande partie de la journée dans un endroit humide. Il s'est couché assez tard et en très-bonne santé hier soir, après avoir travaillé tout le jour. Ce matin 5 novembre, au réveil, il s'est trouvé dans l'impossibilité absolue de prononcer une seule parole.

Ce qui frappe tout d'abord lorsqu'on examine le malade, c'est une légère déviation de la commissure labiale qui est entraînée à gauche, surtout dans certains mouvements de la figure; il y a donc un peu de faiblesse des muscles de la moitié droite de la face; mais vraiment cette faiblesse est peu considérable, car le malade fait la moue, enfle ses joues, ferme les deux yeux et fronce les sourcils de chaque côté; la vue est intacte, toutefois la pupille droite est plus dilatée que l'autre. Rien d'anormal du côté de l'ouïe. La langue peut être tirée légèrement hors de la bouche, elle peut être portée mais faiblement en haut, en bas et latéralement, enfin elle offre une déviation à droite constante et des plus caractérisées. Intégrité de la sensibilité tactile et gustative de la muqueuse.

Lorsqu'on adresse au malade une question, il indique par les gestes et par les mouvements des yeux qu'il comprend parfaitement, mais qu'il ne peut articuler une réponse; si on lui dit de faire un grand effort pour parler, il se produit seulement un son rauque et inarticulé. Après avoir constaté cette paralysie des muscles phonateurs, je lui mets une plume en main pour écrire son nom et sa profession; il affirme par signes se les rappeler parfaitement; mais lorsqu'il s'agit de tracer des caractères, il hésite et écrit, non sans s'interrompre à diverses reprises, un mot sans signification, *bauru* par exemple. On lui prononce à haute voix le mot qu'il a écrit; alors il s'impatiente contre lui-même, hausse les épaules de dépit, et proteste que ce n'est pas là ce qu'il a voulu écrire. Lorsqu'on lui dicte un mot, la première syllabe est régulière, la seconde se compose de lettres assemblées au hasard; lui fait on copier une phrase qu'on met sous ses yeux, il copie exactement; mais pour peu qu'on lui cache un mot qu'il vient de lire, il s'arrête ou écrit des lettres sans suite. Il écrit sans peine un nombre composé d'un seul chiffre; il s'égare de suite pour peu que le nombre soit compliqué; tous ces faits ont été constatés à diverses reprises.

Au milieu de tout cela, l'état général n'offre absolument rien de grave; pas de trouble de la motilité ou de la sensibilité des membres; un peu de douleur de tête à gauche, irradiant dans la moitié gauche de la face; le pouls est médiocrement développé et tout à fait apyrétique; langue saburrale, anorexie. (Diète, limonade, une bouteille d'eau de Sedlitz.)

Le 6 novembre, le purgatif a amené plusieurs selles, et déjà l'état du malade s'est amélioré; il prononce des mots de deux syllabes: habit, bouton, papier, selon les objets qu'on lui présente, et sans jamais commettre d'erreurs; mais il se trompe toujours en écrivant.

Le 8, moins de céphalalgie, mais la pupille droite est toujours plus dilatée, et la langue fortement déviée à droite. La prononciation s'améliore graduellement; mais les labiales et les dentales sont surtout difficilement énoncées. Toujours le malade se trompe en écrivant: ce matin, sans s'en apercevoir, il écrivait entonnoir au lieu de Bourgogne qu'on lui dictait. La langue est toujours saburrale et l'anorexie persiste. (Potages, lavements, purgatifs.)

L'amélioration persiste les jours suivants; le traitement est purement expectant.

Le 15, plus de céphalalgie; la déviation de la commissure et la dilatation de la pupille droite ont totalement disparu; la langue est encore très-légèrement entraînée à droite, mais ses mouvements sont plus étendus; la parole revient chaque jour, et pour peu que le malade parle lentement, il prononce des phrases entières d'une manière fort distincte, et toujours les expressions sont parfaitement appropriées; dès qu'il veut parler vite, il est inintelligible. La plume à la main, il peut signer son nom et écrire les phrases qu'on lui dicte, mais toujours avec une certaine hésitation.

Le 28, la langue est parfaitement droite, le malade écrit sans hésitation, il converse toute la journée avec ses camarades, et de tous les symptômes observés, il ne reste plus qu'un peu d'empâtement de la parole qui probablement subsistera longtemps encore.

PARALYSIE INCOMPLÈTE DE LA LANGUE ET DE LA MOITIÉ DROITE DU CORPS; ABOLITION DE LA FACULTÉ D'EXPRESSION PAR L'ÉCRITURE; LECTURE IMPOSSIBLE.

OBS. XI (recueillie aux Incurables par mon excellent collègue M. Chairou). — Olivier, âgé de 45 ans, homme instruit et intelligent, ancien commis dans une maison de commerce, a été frappé il y a douze ans d'une attaque d'apoplexie qui l'a laissé presque totalement paralysé du côté droit. Aujourd'hui voici ce que l'on constate: le bras droit, à peu près immobile, est rapproché du corps et le plus souvent soutenu par la main gauche; la main droite a cependant conservé quelques mouvements; mais de ce côté la sensibilité est notablement émoussée et les muscles atrophiés. Le membre inférieur est encore assez fort pour permettre au malade de marcher un peu. Déviation à droite de la commissure labiale; la langue tirée hors de la bouche est inclinée à gauche, et ses mouvements sont incomplets.

L'odorat, la vue, l'ouïe et le goût sont parfaitement intacts des deux côtés.

Lorsqu'on interroge le malade, il comprend parfaitement les phrases qui lui sont adressées; mais les réponses lui sont tout à fait impossibles. Excepté les deux monosyllabes oui et non (et encore il prend souvent l'un pour l'autre et les prononce assez mal), il ne peut énoncer aucun mot. S'il a besoin de quelque chose, il fait des efforts pour parler, a parfaitement conscience de son impuissance, s'impatiente, s'irrite contre lui-même, mais ne parvient jamais à prononcer. Si l'on fait soi-même la réponse à la question qu'on lui avait adressée, il manifeste nettement si la réponse est juste ou non; la lecture lui est impossible; il comprendra sans peine une lecture faite à haute voix, mais il ne peut lui-même comprendre l'écriture; à force d'attention, il distingue chaque lettre isolément; mais les coordonner de manière à former une syllabe ou un mot est pour lui chose impossible.

Il en est de même pour l'écriture: il ne saurait écrire un mot qu'on lui dicte; mais il reproduit avec sa main à moitié paralysée les lettres qu'on lui fait copier. Par une contradiction singulière, il écrit les chiffres avec beaucoup plus de précision, c'est ainsi qu'il peut tracer, après quelques hésita-

---

conquête, au moins par droit de naissance; et c'est peut-être là le secret de son acrimonie contre nous. Il s'agit d'une haine héréditaire!

Laissons-là ces violences surannées; en bons médecins, secourons ceux qui nous injurient, laissons-les dire, ils en viendront toujours à implorer nos services, que nous ne leur refuserons pas. On ne dit guère de mal que des gens dont on a besoin, étrange contradiction de nos esprits jaloux; les hommes qui médisent du beau sexe sont ceux qui résistent le moins à son empire. Plaute maltraite un peu les femmes, et cependant il leur fait jouer souvent un beau rôle dans ses pièces. A côté des courtisanes qui se moquent du sexe fort, qui le pillent et le bernent, on trouve des matrones pleines de vertus, donnant les plus sages conseils à des hommes faibles. Une certaine *Eunomia*, la sœur de Megadore, dit d'elle-même ceci:

Nam multum loquaceis merito omneis habemus,
Nec mutam profecto repertam ullam esse
Hodie dicunt mulierem ullo in seculo.

On nous tient pour de franches bavardes, et avec raison; on assure même qu'en aucun siècle on n'a rencontré une femme muette. Est-ce bien là le cas de dire, comme les légistes: *Habemus reum confitentem?* Ce qu'il y a de certain, c'est que Plaute met dans la bouche de son avare une menace terrible adressée à la vieille *Staphyla*, son esclave, dont il se défie. Il lui dit, tout en colère:

Si, hercle, ego te non elinguandam dedero usque ad radicibus,
Impero auctorque sum, ut te me quiris castrandum loces.

Si je ne te fais arracher la langue jusqu'au fond du gosier, je t'autorise bien à me faire châtrer sans délai. Voilà un exemple des aménités antiques entre le maître et ses esclaves, et si ce n'est pas seulement une vaine forme de langage, on doit y voir la trace des violences exercées à l'égard de ces pauvres créatures qui n'étaient qu'une *chose* et non pas un individu.

On trouve dans l'ASINAIRE une énumération des tortures à l'usage des esclaves; c'est à faire frémir. Les bourreaux avaient bien de l'imagination! Lisez plutôt le fameux traité de PIGNORIUS, *De suppliciis*, et notez que je vous donne cette indication d'après M. Naudet. Or j'ai voulu savoir à quoi m'en tenir sur ce *Pignorius*, et j'ai consulté la BIOGRAPHIE UNIVERSELLE de Michaud, tome XXXII. *Laurent Pignoria*, né à Padoue, en 1571, est un savant qui a composé bon nombre d'ouvrages de haute érudition; la liste en est longue, mais il n'est pas question du traité *De suppliciis*. Le MANUEL de M. Brunet, dernière édition, consacre un petit article à *Pignorius*, le même, celui qui a fait un singulier travail sur la fameuse *table Isiaque*; mais motus sur les supplices. Cependant si vous voulez me permettre de vous donner un renseignement dont je garantis l'authenticité, cherchez le livre suivant, grand in-4º, portant ce titre: *Codex αὐτόγραφος, clarissimi viri Johannis Lami, cum æneis figuris tormentorum quibus tam ethnici quam Christi-Fideles fuere antiquitus cruciati.* L'ouvrage est dédié à Ferdinand Ier, roi d'Espagne, par *Ponticellus*, et porte la date de 1790. Les dessins sont de Guerra, peintre de Sixte V; ils ont été gravés par *Ant. Tempesta*. Et comme il s'agit d'un *Codex rarissimum et unicum*, si vous tenez à savoir où il se trouve, je vous indiquerai la bibliothèque particulière qui renferme ce trésor.

tions, les dates suivantes: 23, 1842, 1854, mais il lui est impossible d'écrire spontanément et son âge et l'année de sa naissance.........

PARALYSIE DE LA LANGUE? ABOLITION DE LA FACULTÉ D'EXPRESSION PAR LA PAROLE ET PAR L'ÉCRITURE; LECTURE IMPOSSIBLE.

OBS. XII (Extraite du TRAITÉ DES MALADIES DE L'ENCÉPHALE, d'Abercrombie; traduction de Gendrin, p. 418). — Un homme dont Wepfer a parlé fut pris d'une hémiplégie droite et d'un profond sommeil; le deuxième jour le côté droit fut atteint de convulsions, puis la paralysie disparut. Il resta ensuite un état de sommeil pendant neuf jours, puis la paralysie disparut, mais ses facultés intellectuelles avaient cessé, il ne connaissait plus personne et il ne se souvenait et n'avait connaissance de rien.

Au bout de quelques semaines, il commença à reconnaitre ses amis les plus particuliers, à se rappeler les mots, à réciter l'oraison dominicale, et à lire quelques mots de latin plutôt que d'allemand qui était pourtant sa propre langue. Mais il n'en pouvait lire que quelques mots à la fois; si on le pressait d'en lire davantage, il disait qu'il comprenait autrefois tout cela, mais que maintenant il ne le comprenait plus. Il pouvait cependant écrire, et il écrivait fréquemment des lignes composées à la fois de mots allemands et latins; les caractères étaient bien tracés, mais les mots n'avaient pas de sens. Quelque temps après, il commença à prêter plus d'attention à ce qui se passait autour de lui et à parler de ses affaires domestiques; il se plaignait souvent de la perte de son intelligence, et il exprimait l'espoir qu'il la recouvrerait; bien que son rétablissement fit des progrès lents et graduels, il fut, au bout de trois ou quatre mois, enlevé par une attaque d'apoplexie.

Si l'existence d'un organe législateur de la parole, ainsi que l'a nommé le premier M. Bouillaud, est une vérité incontestable que nul maintenant ne saurait discuter, nous croyons que l'analyse des observations précédentes doit faire admettre comme également démontrée l'existence d'un agent législateur de l'écriture. A l'état physiologique, l'action de cet agent précède l'écriture, de même que l'action de l'agent coordinateur de la parole précède l'articulation des mots : c'est lui qui préside au dessin des lettres, à leur assemblage en syllabes et en mots de manière à représenter graphiquement les paroles et à les fixer d'une manière permanente; mais tandis que dessiner des lettres est une partie simple et élémentaire pour ainsi dire de ses fonctions, les assembler en syllabes et en mots est plus complexe et nécessite un degré d'action plus élevé. Aussi voyons-nous des malades tracer à grand'peine des bâtons et des signes illisibles (obs. 6 et 8); d'autres, au contraire, peindre parfaitement les lettres, mais ne pouvoir écrire un mot ou une phrase correctement (obs. 9, 10, 11)..

La même distinction est applicable aux troubles de la lecture : dans les observations 5 et 10, les sujets qui épelaient régulièrement ne pouvaient assembler les syllabes ou le faisaient d'une manière tout à fait bizarre. Nous ne saurions en dire autant pour les chiffres et le calcul en général, qui semblent jusqu'à un certain point, ainsi que le pensait Gall, avoir une existence indépendante; dans les observations 7 et 10, des malades pouvant à peine copier des mots qu'on place sous leurs yeux, écrivent avec précision des chiffres qu'on leur dicte et même se livrent à des opérations d'arithmétique assez compliquées.

Sans doute, dans aucun des faits qui précèdent, nous n'avons trouvé l'agent coordinateur de l'écriture lésé isolément ou resté seul intact au milieu de l'abolition de toutes les autres fonctions avec lesquelles on pourrait le confondre. Mais il n'en est pas moins vrai que, du milieu des variétés de lésions si nombreuses qu'on peut rencontrer dans l'abolition de la parole ou dans l'abolition de l'écriture, la faculté d'expression par l'écriture finit par se dégager libre et indépendante. Et, en effet, elle est indépendante de la faculté d'expression par la parole, puisque deux fois les malades écrivaient couramment alors qu'il leur était impossible de parler (obs. 1 et 2). Elle est indépendante de la motilité de la main, puisque le membre supérieur ayant conservé toute sa contractilité, l'écriture peut être impossible (neuf observations). Enfin, l'existence de cette faculté ne saurait être liée à la contractilité de la langue et des muscles phonateurs, bien que nous ayons observé deux exemples de cette coïncidence, car notre regretté maître M. Sandras nous a dit avoir observé bien des fois des individus hémiplégiques du côté gauche chez lesquels la langue était paralysée, et qui se servaient de l'écriture pour exprimer leurs pensées.

L'existence d'un principe coordinateur établit entre la parole et l'écriture une analogie qui frappe tout d'abord, et si l'on réfléchit aux connexions de tout genre qui existent entre ces deux fonctions, on s'expliquera sans peine comment elles ont été lésées ensemble. Mais on se tromperait gravement en croyant à une égalité complète; l'écriture est une fonction beaucoup plus simple que la parole et lui est subordonnée; dans la parole, l'action musculaire est très-complexe, les muscles expirateurs chassent la colonne d'air, les muscles du larynx entrent en vibration ou font vibrer le courant aérien, les muscles de la langue, de la bouche, transforment et modifient le son, et c'est du concours harmonique de ces actions multiples que résulte la voix articulée, avec ses intonations, ses accents si variés et si nuancés. Telle est la précision, la délicatesse et la rapidité de ces mouvements que la moindre altération dans l'action cérébrale se traduit par du bégayement, de l'hésitation de la parole, alors qu'il n'existe dans la locomotion des membres aucun trouble appréciable. Ainsi, au début de la paralysie générale, les malades marchent parfaitement et se livrent sans peine à leurs exercices accoutumés; de ce côté, rien ne trahit un état morbide; mais, pour l'observateur exercé, un peu d'hésitation de la parole, un léger bégayement viennent révéler la maladie dont les divers symptômes vont successivement se dérouler sans que rien puisse entraver leur marche fatale. Dans l'écriture, l'action musculaire exige moins de souplesse, elle se borne à des mouvements de préhension et de locomotion, mouvements élémentaires, pour ainsi dire, et qui peuvent se produire à l'aide d'un seul système de muscles.

Et d'ailleurs, dans l'ordre d'origine, l'écriture dérive de la parole : cette opinion qui, *à priori*, n'a pas même besoin d'être démontrée, a été développée par plus d'un philosophe, et trop de témoignages viennent à son appui pour que nous invoquions ici des arguments qui nous entraineraient hors de notre sujet : contentons-nous de faire observer que, dans les cas assez rares où un malade atteint de lésion de la faculté d'expression par la parole et par l'écriture vient à revenir lentement vers la guérison (obs. 7), c'est la faculté d'écriture qui revient la première, comme étant la plus simple et la plus élémentaire. Faut-il dire, comme le docteur Osborn, à qui nous devons cette observation, « que l'écriture revient plus vite que la parole, parce que les nerfs qui » se distribuent à l'appareil de la phonation et qui viennent du cer- » veau et des parties les plus élevées de la moelle allongée doivent être » plus fréquemment lésés dans les attaques d'apoplexie ou dans les

---

Mais revenons à nos moutons.

Léonidas (singulier nom pour un esclave) est un maître fripon, le type de tous nos Frontins modernes; il vole une assez grosse somme à un vieillard imbécile, et dans le triomphe de sa fourberie, il se moque des punitions qui l'attendent;

Scapularum confidentia, virtute ulmorum freti,
Qui advorsum stimulos, laminas, crucesque, compedesque,
Nervos, catenas, carceres, numellas, pedicas, boias,
Indoctoresque acerrumos gnarosque nostri tergi,
Qui sæpe ante in nostras scapulas cicatrices indiderunt.

Par la confiance en nos robustes épaules, et par notre force à braver les houssines, les bâtons, les lames ardentes, les croix, les entraves, les liens, les chaînes, les prisons, les tortures, les gênes, les carcans, et ces docteurs énergiques si familiarisés avec notre dos et si habiles à sillonner nos omoplates de cicatrices, etc. Ces paroles reviennent souvent dans les pièces de Plaute, les personnages y font de fréquentes allusions; c'est cette éternelle volée de bois vert, mais bien autrement touchante, qui menace les Crispin, les Lafleur, les Mascarille, et qui, passée en habitude, perd une partie de ce qu'elle a d'odieux. Les grands seigneurs d'autrefois faisaient bâtonner par leurs gens les écrivains qui leur déplaisaient. Voltaire reçut un pareil affront du vicomte de Chabot qui refusa de lui en rendre raison. Le batu n'était pas déshonoré pour cela, et les contusions se guérissaient facilement.

Plaute nous montre la société romaine au naturel, avec son cynisme, ses violences, ses préjugés, et aucun autre auteur n'a pénétré plus avant dans ces mystères intimes. Le Léonidas dont nous avons parlé tout à l'heure cherche un complice, il court, il s'agite, et un autre drôle de son espèce, *Liban*, le voyant si effaré, craint de se compromettre dans une méchante affaire; il se dit :

Illic homo socium ad malam rem quærit, quem adjugat sibi.
Non placet : pro monstro exemplum 'st, quando, qui sudat, tremit.

Ce fripon cherche un compagnon de potence; je le crains. C'est un prodige de voir un homme suer et trembler à la fois. Il y a là, si nous ne nous trompons, une allusion à une sentence hippocratique : l'aphorisme 37 de la quatrième section était devenu proverbial en Grèce, et si le peuple de cette époque lointaine avait toujours puisé ses opinions médicales à cette source pure, il n'eût pas conservé la trace de certains préjugés bizarres qui, du reste, ne sont pas tout à fait perdus, même de nos jours. Ainsi, Sosie, en présence de Mercure qui lui fait peur, s'écrie :

Perii! denteis pruriunt!
Certe advenientem me hic hospitio pugneo adcepturus est.

C'est fait de moi! La mâchoire me démange! Certes, il va me régaler d'une grêle de coups de poing pour mon arrivée! Une démangeaison survenant tout à coup sur une partie quelconque du corps était l'indice d'un accident, d'une maladie devant occuper cet endroit. Liban, à qui l'on propose un projet scabreux, dit en faisant gros dos :

» autres affections cérébrales, que ceux qui président aux mouvements » nécessaires pour l'écriture; ces derniers, provenant du plexus cer» vical, doivent être atteints par des causes dont le siége anatomique » est bien différent. »

Évidemment cette explication n'est pas admissible, et nous ne la citons que pour faire voir à quel point de vue étaient placés ceux qui se sont occupés de cette question. M. Osborn confond ici le principe coordinateur lui-même avec les mouvements que ce principe est destiné à régler; il recherche dans la lésion de la contraction musculaire, la cause d'un état morbide qui siége plus haut, dans le cerveau considéré comme agent *intellectuel*. Ici se présente naturellement une question délicate à résoudre: devons-nous essayer de localiser la faculté d'expression par l'écriture comme on a voulu le faire avec tant de talent pour la faculté d'expression par la parole? Sans nier l'importance et la multiplicité des observations qui ont fait placer dans les lobes antérieurs le siége de l'organe de la parole, nous croyons cependant que, posée comme elle l'a été jusqu'ici, jamais la question ne pourra être résolue d'une manière définitive aussi bien pour la parole que pour l'écriture: le cerveau peut être considéré sous un double aspect, comme agent intellectuel, comme agent d'innervation musculaire. Qu'un épanchement cérébral très-limité en détruisant un certain nombre de ces fibres nerveuses qui, de la moelle, irradient dans les hémisphères, anéantisse d'une manière isolée la contractilité des muscles de la langue, du bras, de la face, ainsi que la science en possède plus d'un exemple, cela se comprend sans peine, s'il est vrai que chaque filet nerveux ait dans le cerveau sa fibre nerveuse correspondante; à ce point de vue, nous ne regardons pas comme impossible qu'avec des observations exactement recueillies et suffisamment nombreuses, on parvienne à fixer d'une manière précise le point du cerveau dont la destruction abolit la contractilité musculaire de tel ou tel système de muscles.

Mais dans le cerveau considéré comme agent intellectuel, toute localisation précise nous parait inadmissible, car le temps et l'expérience ont démontré le peu de sévérité des idées ingénieuses de Gall; au point de vue des facultés intellectuelles, le cerveau forme un ensemble doué de propriétés multiples et impossibles à isoler; qu'il soit altéré par un épanchement sanguin, un ramollissement, une tumeur, ou simplement par une congestion cérébrale, peu importe le point plus spécialement lésé, les facultés intellectuelles pourront en souffrir sans qu'il y ait de relation intime entre le point malade et la faculté plus spécialement abolie.

En résumé, nous croyons que, pour la parole comme pour l'écriture, il n'est pas impossible de fixer le point du cerveau dont la destruction anéantit la contractilité des muscles de la main ou des muscles phonateurs. Mais nous pensons qu'il faut renoncer *à priori* à localiser l'agent coordinateur de la parole et l'agent coordinateur de l'écriture. Laissons-donc ici de côté les recherches d'anatomie pathologique; peut-être pourrons-nous plus tard reprendre cette étude au point de vue que nous avons indiqué plus haut, mais jusqu'à présent les documents que possède la science sont trop contradictoires pour que nous puissions essayer de résoudre cette question.

Nous passons également sous silence tout ce qui pourrait se rapporter au pronostic et au traitement: les lésions du principe coordinateur de l'écriture se présentent dans des conditions trop diverses pour qu'il soit possible de leur appliquer une loi uniforme; tantôt, en effet, au milieu des symptômes si graves qui peuvent accompagner la lésion organique du cerveau, congestion, ramollissement ou apoplexie, l'abolition de l'écriture n'est qu'un épiphénomène sans importance et qu'on doit reléguer sur un plan secondaire; tantôt, au contraire, c'est la lésion unique et l'unique objet de la préoccupation du médecin; dans deux de nos observations où elle était liée probablement à une simple congestion ou à une apoplexie peu considérable, au bout de trois semaines dans un cas, au bout de quatre jours dans l'autre, tout était revenu à l'état normal, tandis que la présence d'une lésion organique profonde a rendu infiniment plus durables les troubles fonctionnels offerts par les autres malades.

Le traitement devra suivre naturellement les indications fournies par le diagnostic; une fois qu'à l'aide des émissions sanguines, des révulsifs convenablement appliqués, on aura combattu les accidents généraux, on se mettra à apprendre au malade à lire et à écrire, en le faisant passer par toutes les phases qu'il a déjà traversées lors de son éducation première; mais toutes ces tentatives devront être faites avec précaution, de peur de réveiller du côté de l'encéphale des accidents inflammatoires plutôt assoupis qu'éteints, alors même que tout semble faire croire à la guérison.

CONCLUSIONS.

1° Il existe, pour l'écriture comme pour la parole, un principe ou agent législateur qui préside au dessin des lettres et à leur assemblage en syllabes et en mots réguliers. Ce principe n'est pas la source et l'excitant de l'action musculaire; seulement il la dirige et la coordonne.

2° Les deux agents coordinateurs de la parole et de l'écriture offrent des connexions intimes; ils peuvent être lésés isolément.

3° Il est toujours possible, à l'aide d'une analyse attentive, de séparer des troubles fonctionnels les symptômes qui se rattachent à la lésion de ces agents coordinateurs, dus à une paralysie plus ou moins complète des muscles de la voix ou de la main, quelque variées que soient d'ailleurs les combinaisons que ces états morbides peuvent offrir entre eux.

4° La possibilité de lire à haute voix est plus intimement liée à l'intégrité de l'agent coordinateur de la parole qu'à l'intégrité de l'agent coordinateur de l'écriture.

5° L'écriture doit être regardée comme un moyen moins complexe et moins élevé que la parole dans l'ordre des moyens d'expression.

6° On peut rechercher le point du cerveau qui préside à la contractilité des muscles de la voix ou de l'écriture; mais, *à priori*, on ne peut songer à localiser les principes coordinateurs de la parole ou de l'écriture.

7° Au point de vue clinique, les lésions de la parole et de l'écriture correspondent à des lésions organiques très différentes, et par conséquent leur durée, leur marche, leur pronostic et leur traitement sont extrêmement variables.

Ego mirabar, quod dudum scapulæ gestibant mihi,
Hariolari quæ obceperunt esse sibi in mundo malum.

Je m'étonnais tout à l'heure de la démangeaison de mes épaules! C'était un présage des supplices qui s'apprêtent. Voilà de ces choses qui sont éternelles, comme la folie humaine, comme le mauvais œil qui fascine les agneaux du berger de Virgile, comme les tintements d'oreille, comme la démangeaison du nez, et autres impressions que nos contemporains si incrédules, si philosophes, transforment en avertissements infaillibles. Faut-il s'étonner d'entendre dire à ce même Liban, quand il s'adresse à son maître, le vieux Demenète qui a dit un mot fâcheux:

. . . . . *Obsecro, hercle, ut, quæ locutus, despuas.*

Je t'en conjure, après ce que tu viens de dire, crache! — Volontiers, dit le vieillard: *fiat, geratur mos tibi.* — Liban insiste: *age, age, usque excrea;* et comme Demenète ne se prête pas volontiers à cette fantaisie,

Age, quæso, hercle, usque ex penitis faucibus.

Par Hercule! encore, encore, et que ce soit du fond du gosier! Il va plus loin encore; mais remarquons seulement le fait qui se rencontre encore dans une autre pièce, *les Captifs*, où un mauvais plaisant, voulant se débarrasser d'un importun, cherche à faire croire qu'il est fou furieux, qu'il faut cracher sur lui pour le guérir:

Hegio, hic homo rabiosus habitus est in Alide,
Et illic isti, qui spectatur, morbus interdum venit.

La personne accusée se récrie de toutes ses forces; mais Hegion lui fait observer qu'il n'y a pas de quoi se formaliser à ce point, que c'est chose fort ordinaire:

Ne verere; multis iste morbus homines macerat,
Quibus insputari salute fuit atque illis profuit.

Ne te fâche pas; beaucoup de gens sont affligés de ce mal, et en crachant sur eux on leur a procuré un remède salutaire. Voyez encore Tibulle, élég. II, livre 1er:

Ter cane, ter dictis despue carminibus;

chante trois fois ces vers et crache trois fois. Et un peu plus loin, dans l'élégie III:

Nunc puer, nunc juvenis circumterit arta,
Despuit in molles et sibi quisque sinus.

Enfants et jeunes gens se pressaient autour de lui et chacun de cracher dans son sein.

Si ces idées bizarres vous paraissaient trop étonnantes, songez que Pline a écrit un chapitre entier *de sortilegiis et saliva hominum.* Il y a bien des extravagances dans ces antiques préjugés, bien des choses absurdes; ce qui

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR L'EMPLOI DU SÉTON FILIFORME DANS LE TRAITEMENT DES TUMEURS ABCÉDÉES EN GÉNÉRAL, ET EN PARTICULIER DES BUBONS SUPPURÉS; lu à l'Académie des sciences, séance du 8 décembre 1856, par M. BONNAFONT, chirurgien principal, etc.

Le sujet dont j'ai l'honneur d'entretenir l'Académie n'est pas nouveau, car l'emploi du séton en chirurgie remonte à la plus haute antiquité. S'il y avait quelques doutes à cet égard, le mémoire présenté à l'Académie de médecine par M. Bouvier, et la discussion qui s'ensuivit les feraient complétement disparaître, mais c'est parce que la forme et les circonstances dans lesquelles je fais usage de ce mode de traitement présente des aperçus nouveaux que je viens le signaler à l'attention des praticiens.

Autrefois les chirurgiens, redoutant le contact de l'air dans les grandes collections purulentes, surtout dans les abcès froids et par congestion, avaient imaginé plusieurs procédés pour en faire l'ouverture, et c'est le séton qui, pendant longtemps, avait eu la priorité sur tous les autres.

Les praticiens modernes, moins craintifs que leurs devanciers, ont remplacé le séton par les ponctions répétées du foyer ou par l'incision.

Quoique l'adhésion générale ait, pour ainsi dire, sanctionné cette dernière méthode, il ne faut pas en conclure son entière supériorité sur la première, si bien défendue par des hommes éminents, tels que Bell, Coop, J.-L. Petit, Boyer, Dupuytren, etc., car il y a entre l'optimisme des praticiens modernes et le pessimisme des anciens à l'endroit du contact de l'air sur les foyers et collections purulentes, un espace dans lequel la méthode que je propose a déjà trouvé et peut trouver encore de très-heureuses applications.

Le séton que j'emploie n'est pas, du reste, le même que celui mis en usage jusqu'à ce jour, et la compression méthodique de la tumeur renouvelée à chaque pansement, donne à ce mode d'ouverture une valeur incontestable.

J'ai remplacé la mèche des anciens, qui faisait l'office de siphon, par quatre petits fils traversant la tumeur à sa base et le plus près possible de la paroi inférieure du foyer; puis, pour faciliter, contraindre même la sortie du pus, à mesure de sa formation, j'exerce sur le milieu de la tumeur une pression qui, en laissant les ouvertures libres pour permettre au pus de s'écouler pendant l'action compressive, facilite, si elle ne détermine l'adhésion des surfaces de l'abcès qu'elle maintient en contact.

Il y a dans le mode proposé quatre indications simultanées qui concourent parfaitement au même but :

1° Issue du pus par les petites piqûres du séton;

2° Rapprochement des parois de l'abcès par la compression;

3° Irritation de ses surfaces par la présence et le contact permanent de la petite mèche;

4° Enfin, obstacle presque complet à l'introduction de l'air dans le foyer, en raison de la petitesse des ouvertures, et surtout de la compression, qui n'y laisse que peu ou point d'espace vide.

C'est, comme on le voit, la méthode sous-cutanée que M. Jules Guérin a introduite avec tant de succès dans quelques spécialités de la chirurgie, qui est employée par moi pour l'ouverture des collections purulentes.

J'aurais désiré parler à l'Académie des heureux résultats que j'ai obtenus de ce mode de traitement dans les différents abcès des régions dorsales lombaires et des fosses iliaques, mais ce sujet m'entraînerait trop loin et empiéterait, du reste, sur le travail ultérieur que je me propose de faire sur cette importante matière; mon seul but aujourd'hui est d'entretenir l'Académie de l'emploi du séton filiforme dans le traitement des adénites syphilitiques connues sous le nom de bubons.

Bien que le bubon ne constitue pas une maladie essentiellement grave, et que, par son origine et le siége qu'il affecte, il n'éveille pas de grandes sympathies, il n'en est pas moins digne d'un grand intérêt pour le chirurgien; et quoique la région où il se développe reste constamment sous le séquestre, il est pourtant des circonstances où l'on serait bien aise qu'elle n'offrît pas un témoignage trop parlant d'un passé qu'on voudrait parfois oublier. Tous les praticiens qui ont donné leurs soins à un grand nombre de ces tumeurs savent combien les cicatrices qui résultent de leurs ouvertures sont fréquemment difformes, et combien la suppuration qui sort de ces cloaques est longue et souvent interminable. Aussi peut-on dire que de tout temps les chirurgiens ont cherché à imaginer des procédés dans le but d'abréger le plus possible cette suppuration, et surtout de diminuer les traces que laissent après eux ces abcès accidentels.

Frappé, comme nos devanciers et comme nos maîtres, de l'insuffisance fréquente des moyens qu'ils nous ont enseignés, et peu satisfait des résultats que nous obtenions, nous aussi nous avons fait des tentatives, et les succès que nous avons retirés d'un nouveau mode de traitement, sont maintenant et assez nombreux et assez concluants pour les soumettre au jugement de l'Académie.

C'est en 1850, époque à laquelle je pris le service des vénériens à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, que l'idée me vint d'ouvrir les bubons suppurés par un procédé autre que ceux mis en usage jusqu'alors. Je fus d'abord conduit à cette idée par quelques circonstances qu'il est important de noter. Je trouvai, en prenant ce service, plusieurs bubons en suppuration depuis longtemps, avec des décollements et des surfaces ulcérées de mauvaise nature. Dans l'espace de quinze ou vingt jours, j'en ouvris moi-même quelques-uns, soit avec la potasse caustique, soit avec le caustique de Vienne, ou par les ponctions simples, et presque toutes les ouvertures affectèrent une tendance à retarder longtemps la cicatrisation. Un des vices inhérents à tous ces procédés consistent, selon moi, en ce que le bubon, une fois ouvert, les surfaces intérieures suppurantes sont abandonnées à elles-mêmes, et le pus qui stagne dans les nombreux cloaques du foyer ne sort de la plaie que par le trop plein de ce foyer; et, ce qui ajoute encore à cet inconvénient, c'est que le malade est obligé de garder sa position horizontale, condition qui, en favorisant le séjour du pus au fond de la plaie, doit retarder nécessairement la guérison.

Il me semble donc que si l'on pouvait trouver un procédé opéra-

---

n'empêche pas que M. Naudet ne propose aux médecins de nos jours de recourir à ces procédés fantastiques, il ajoute avec une finesse de bon goût: « Au reste, nos docteurs font beaucoup d'ordonnances qui valent le traitemeot indiqué par Pline. » Grand merci, docte membre de l'Académie des inscriptions et belles-lettres, les médecins sont trop polis pour vous dire que les latinistes font souvent des contre-sens, que les bibliothécaires méritent parfois le reproche qu'adressait un ambassadeur à celui de Charles-Quint. N'y a-t-il donc d'infaillibilité qu'à l'Institut ou dans le manuel de M. Brunet?

Je note toujours, chemin faisant, les passages qui ont trait aux oreilles et, ce, pour cause, aussi je demande la permission de consigoer ici le vers suivant qu'on trouve dans *Pœnulus*, le Carthaginois; *Milphion*, esclave beau parleur, dit à une jeune fille qu'il feint d'adorer :

Sine te exorem, sine te prendam auriculis, sine dem savium,

Cède à ma prière, laisse-toi prendre par les deux oreilles, pour que je te donne un baiser. En voici un autre exemple tiré de l'*Asinaire* :

Prehende auriculis, compara labella cum labellis.

Prends-moi par les deux oreilles, baise-moi, dit ce vaurien de *Leonidas* à *Philenie*. Cette sorte de caresse singulière se reocontre déjà dans Théocrite, et un commentateur prétend que c'est là le *Basium Florentinum*. Je ne dis pas le contraire, quitte à rechercher si Jean Second en parle, ou si l'on trouve quelque chose d'analogue dans le *Pervigilium veneris*. Au surplus, Plaute est riche en expressions de ce genre. Il y a dans le TRINUMUS. *l'homme aux trois deniers*, un jeune amoureux, *Lysitelès*, qui dépeint à merveille les ravages causés par *Saviis sagittatis*, ces caresses meurtrières, ces traits brûlants qui vont jusqu'au cœur. Essayez dooc de traduire ces *Saviis sagittatis!*

Il est encore une particularité que je ne puis ometre, elle se rapporte à des pratiques de coquetterie qu'un jaloux veut interdire à une femme légère. *Diabolus*, jeuoe homme amoureux de Philénie, veut faire un traité avec cette beauté un peu vénale, et voici quelques articles qui nous intéressent :

Forte si tussire obcœpit, ne sic tussiat,
Ut quoiquam linguam in tussiendo proferat.

Item, si elle a besoin de tousser, elle fera en sorte de ne pas tousser ainsi, c'est-à-dire de ne pas tirer la langue; si elle fait semblant d'avoir un flux de poitrine, la pituite,

Quod illa autem simulet, quasi gravedo profluat,
Hoc ne sic faciat; tu labellum abstergeas
Potius, quam quoiquam savium faciat palam.

Elle ne fera pas cela (il passe sa langue sur ses lèvres), et tu lui essuieras la bouche toi-même de peur qu'elle n'envoie un baiser à quelqu'un. Notre Arnolphe de l'ÉCOLE DES FEMMES ne dirait pas mieux. Diabole voudrait faire de sa maîtresse une statue :

Neque illa ulli homini nutet, nictet, adnuat.

Ni clin d'yeux, ni mouvement de tête, ni aucuo signe d'iotelligence, ce qui

toire, lequel, en favorisant l'évacuation du foyer, permit d'exercer sur la tumeur une compression qui forcerait le pus de s'échapper au fur et à mesure de la sécrétion, et qui maintint ainsi les parois en contact les unes avec les autres; ce procédé, dis-je, aurait, selon moi, un incontestable avantage.

Ces réflexions me conduisirent à l'application du petit séton traversant toute la base du foyer et d'une compression sur son milieu, en ayant soin de laisser libres les deux petites ouvertures. Je me servis à cet effet d'une grosse aiguille à suture, garnie d'un double fil. Après m'être bien assuré de l'étendue du décollement, je traversai la peau à la limite de ce dernier, et je la fis sortir après avoir traversé le foyer à la limite extrême du côté opposé en suivant un axe parallèle au pli inguinal. Le séton appliqué, j'eus soin de lier les deux bouts du fil pour empêcher sa sortie pendant les pansements ultérieurs; puis, en exerçant une pression légère sur le milieu du bubon, je provoquai la sortie du pus, et, la tumeur vidée ou à peu près, je procédai de suite au pansement compressif fait de la manière suivante: j'appliquai au milieu deux compresses graduées d'un centimètre et demi d'épaisseur et d'une largeur égale, moins quelques millimètres de l'intervalle des ouvertures. Celles-ci furent recouvertes d'un peu de charpie très-molle, destinée à absorber le pus à mesure qu'il sortirait de la plaie; une large compresse carrée fut appliquée par-dessus, et le tout maintenu par un spica. Ce pansement fut renouvelé le soir, et deux fois par jour les jours suivants jusqu'au cinquième, époque à laquelle je crus pouvoir enlever le séton. Les petites ouvertures me parurent alors assez dilatées pour donner passage au pus dont le contact permanent pouvait être une cause suffisante de leur entretien.

Mes prévisions se réalisèrent de point en point et même au delà de ce que j'avais espéré; car, quinze jours après, ce bubon, gros comme un œuf, était complétement guéri, les surfaces parfaitement adhérentes entre elles, et ne présentait d'autre trace de son existence que les deux piqûres rouges et un léger aspect rosé de toute la surface de la peau. Un mois après, lorsque le malade fut guéri des chancres et pût sortir de l'hôpital, cette région inguinale ne présentait d'autres stigmates de la maladie que l'absence des poils qu'on avait rasés préalablement.

Encouragé par un résultat aussi satisfaisant, je soumis depuis tous les bubons suppurés à la même médication, et je dois dire que pendant les trois années que j'ai gardé le service des vénériens à l'hôpital du Gros-Caillou, service composé de 130, 150 jusqu'à 200 malades, et où, comme vous voyez, j'ai pu avoir un bon nombre de bubons de toute espèce et de tout genre, j'ai, sauf de très-rares exceptions, obtenu constamment le même résultat. Seulement, ayant remarqué dans les bubons d'une grande étendue, que l'aiguille à suture ordinaire était trop courte pour atteindre les côtés opposés, je fis faire une aiguille spéciale, longue de 15 à 20 centim. et légèrement recourbée à sa pointe. Cet instrument, en présentant un appui plus solide à la main, offre une bien plus grande facilité pour son application. Je remarquai aussi de temps en temps sur certains bubons, sans pouvoir préciser les proportions, que les petites piqûres qui étaient sans cesse baignées par le pus, devenaient chancreuses, et que l'ulcère qui en résultait, bien que petit, survivait plus ou moins longtemps à la guérison du bubon. Je pensai qu'on pourrait peut-être éviter cet inconvénient en faisant passer le séton par les tissus sains placés en dehors du décollement du foyer; en agissant ainsi, j'agrandirais l'espace réservée à la compression, laquelle ne se ferait plus seulement au centre du bubon, mais le comprendrait tout entier dans son action, circonstance très-favorable et qui devrait rendre la guérison plus prompte.

Au premier bubon que je dus opérer, j'introduisis l'aiguille à un centimètre environ du point décollé, et je la fis sortir à un centimètre au delà dans le pli de l'aine, l'aiguille et le fil traversant le foyer.

Je trouvai dans ce procédé un grand avantage pour établir la compression, ainsi que pour la facilité des pansements, et je dois dire que depuis que je l'emploie, je n'ai vu que très-rarement les ouvertures s'ulcérer, et les résultats ont été par conséquent plus satisfaisants que ceux obtenus par le premier procédé. Je mentionnerai en passant que M. Alquier, professeur de pathologie externe à la Faculté de Montpellier, qui emploie généralement cette méthode pour l'ouverture des bubons, a cru modifier ce dernier procédé, en remettant en vigueur celui qui consiste à passer le séton dans les parties décollées.

Je n'en suis pas moins heureux qu'un praticien aussi distingué ait adopté exclusivement une méthode que, le premier, j'ai mis en usage, et qu'il décrit comme étant bien préférable à toutes les autres.

M. Grudner, médecin des armées prussiennes et répétiteur à l'Académie des sciences de Berlin, m'a appris que, depuis un an environ, les bubons étaient ouverts par le séton filiforme dans le service du professeur Dieffenbach, moins la compression; une fois que le fil est introduit et noué, les malades compriment eux-mêmes la tumeur.

Une chose importante pour les résultats à obtenir consiste dans le mode de faire la compression qui, dans son application, exige les plus grands soins. C'est là, en effet, le point le plus essentiel de ce procédé. Faite d'une manière exagérée, elle pourra exercer une pression trop forte sur les téguments, lesquels se trouvant quelquefois très-amincis, sont susceptibles de se percer très-facilement. Dans un cas, le chirurgien de service, ayant exercé au pansement du soir une compression trop forte, je trouvai le lendemain, à la visite du matin, les téguments sphacélés dans une assez grande étendue; c'est le seul accident de ce genre que j'ai observé. Trop légère, la compression ne provoquera pas suffisamment l'expulsion du pus. Il y a là un juste milieu à tenir que la sagacité du praticien saisira parfaitement.

Depuis quelque temps, j'ai simplifié et amélioré le pansement. Ainsi, au lieu des compresses graduées et superposées qui sont dures, j'emploie une compresse fine dans laquelle je roule de la charpie bien effilée, bien molle, de manière à former un coussin de 2 centimètres d'épaisseur et d'une largeur égale au moins à l'étendue du foyer. En outre, comme les bubons présentent quelquefois des foyers très-profonds qui fournissent trois fois plus de pus que ne semblait l'indiquer la proéminence de la tumeur, et qui forment, comme l'a si judicieusement dit M. Ricord, *de véritables puits artésiens*, j'enfonce par-dessus les téguments, aussi profondément que possible, une boulette de charpie dont le volume est en rapport avec la profondeur de l'abcès, et qui a l'avantage de porter la compression aussi loin que possible. Cette boulette est maintenue par tout l'appareil compressif.

J'ai aussi supprimé la charpie sur les piqûres, parce que je me suis aperçu que très-souvent, au lieu d'absorber le pus, la charpie imprégnée de ce dernier, se colle contre l'ouverture et produit un effet con-

---

pronve que la mimique amoureuse ne date pas d'hier. Il y a dans le chapitre 6 des PROVERBES DE SALOMON, v. 13, un homme qui fait des signes avec les yeux, qui parle avec ses doigts, *annuit oculis, digito loquitur*, et c'est là peut-être que l'abbé de l'Épée a trouvé le germe de sa méthode d'instruire les sourds-muets. Les prétendus guérisseurs de la surdi-mutité n'ont encore rien inventé de mieux, et force leur est bien de revenir à ce point de départ. La mimique a sa base dans la nature même. J'aime mieux les signes expressifs d'un sourd-muet que les sons rauques d'un gosier inhabile, comme je préfère entendre la pauvre *Phedra* s'écrier :

Perii, mea nutrix! obsecro te, uterum dolet?
Juno Lucina, tuam fidem!

Ah! je meurs, ma nourrice! A moi! quelle douleur! Junon Lucine, secours-moi! que de voir une femme en couches, plongée dans l'insensibilité par le chloroforme, au risque de ne s'éveiller plus jamais. La douleur est-elle donc un si grand mal? Je ne soutiendrai pas cette thèse hasardée: nos jeunes chirurgiens prendraient en pitié mes arguments, et peut-être iraient-ils jusqu'à me fournir une bonne occasion d'avoir sur ce point une opinion moins désintéressée. A mesure que l'abus des anesthésiques fait des progrès, les témérités du bistouri deviennent plus grandes, on se prend à n'avoir plus de pitié pour le patient qui ne sent rien, et Dieu sait où l'on s'arrêtera. Les hommes sont toujours à l'école, il y a concours, émulation; ce qui précède motive ce qui suit. Pardonnez-moi cette digression qui a cependant une cause. Les anciens étaient cruels envers leurs esclaves; on ne ménageait pas la sensibilité de la créature humaine; c'était le résultat de l'éducation. Ecoutez ce pauvre Lydus, des Bacchides; il raconte l'histoire d'un pauvre précepteur battu par son élève. Le maître se plaint aux parents qui lui donnent tort, et il s'en va la tête enveloppée d'un linge huilé, comme une lanterne. Singulier pansement! On ne connaissait pas encore le *cérat*.

It magister, quasi lucerna, uncto expletus linteo.

L'écolier qui débutait ainsi devait aller loin en violences, en cruautés. Pardon si je rapproche de ce fait odieux les jeunes vivisecteurs qui semblent trop enclins à faire bon marché du système nerveux de leurs clients présents et futurs, à quelque degré de l'animalité qu'ils appartiennent. Ils devraient bien se dire quelquefois: Que voudrais-je qu'on me fît si j'étais à la place de ce malade?

P. MENIÈRE.

(La suite au prochain numéro.)

— On annonce la très-prochaine suppression de l'hôpital militaire du Roule, qui sera remplacé par un nouvel hôpital créé à Vincennes.

traire à celui que l'on veut obtenir, tandis que, livrées à elles-mêmes, les deux piqûres se trouvant dans un espace que la bande laisse libre, permettent au pus de s'échapper facilement, à mesure qu'il est chassé du foyer par la compression.

Je laisse ordinairement le fil du séton en moyenne deux jours, rarement plus de trois. Ce temps m'a paru suffisant pour que les ouvertures restassent ouvertes. Pourtant il arrive quelquefois que, lorsqu'on n'a pas bien examiné les parois du foyer et que l'absence de toute suppuration fait supposer la guérison complète, on cesse la compression, tandis qu'il reste quelques parties encore décollées. Dans ce cas, si on cesse de comprimer, la guérison peut bien s'opérer, mais le plus souvent du pus se formera dans ce petit espace qui exigera la réouverture d'une des deux piqûres, ce qui d'ailleurs se fait très-facilement au moyen d'un simple stylet.

C'est afin d'éviter cet inconvénient que je continue la compression plusieurs jours après que le recollement des surfaces me paraît complet, et comme la plupart du temps les malades sont obligés de rester à l'hôpital pour l'affection dont le bubon n'est qu'un accident, il y a tout avantage à en agir ainsi. Il est encore un détail que je ne dois pas oublier de mentionner. Le séton se compose de quatre fils; or il arrive quelquefois que le fil est un peu plus gros, ou bien qu'une fois dans la plaie, il se gonfle de manière à fermer si exactement les ouvertures que la sortie du pus en est rendue impossible. On obvie à cet inconvénient en coupant un fil ou même deux, et aussitôt on voit sortir le pus de lui-même et reprendre son cours normal.

Quant à la durée du traitement des bubons, il ne dépasse pas en moyenne vingt jours; j'en ai vu de complétement guéris au bout de cinq jours, et ce que je puis assurer, c'est que, par l'emploi de ce procédé opératoire, je n'ai jamais vu de ces bubons présenter de ces ulcères à bords renversés, indurés et saignants, au fond grisâtre et ichoreux, etc.... en un mot, offrir tous ces accidents qui accompagnent fréquemment l'ouverture directe de l'abcès par les autres procédés. Ce mode opératoire, qui n'est d'ailleurs qu'un modeste rameau de la méthode sous-cutanée, donne dans cette circonstance les mêmes avantages que ceux que les praticiens, et notamment M. Jules Guérin, son inventeur, en retirent dans ses autres applications nombreuses de chirurgie.

(La fin au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR UN NOUVEAU CAS DE MÉNINGO-CÉPHALITE A LA SUITE DE L'AVULSION D'UNE MOLAIRE DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE; par M. Prosper MEYNIER, D. M. P. à Ornans.

Le n° 35 de la GAZETTE MÉDICALE du 30 août dernier contient un compte rendu d'une feuille médicale belge, où se trouve une curieuse observation de méningo-céphalite à la suite de l'avulsion d'une molaire à la mâchoire inférieure. Ce cas a été recueilli, dans le service de M. le professeur Burggrave, par M. le docteur Van Leynsele, et il a donné lieu à l'un des médecins que je viens de nommer, ou à votre collaborateur, de dire que « c'est là une cause assez rare de méningite, *peut-être unique dans la science.* »

Permettez-moi d'en rapporter un second exemple. Je serai bref; car les deux faits sont semblables. Seulement j'insisterai plus sur la symptomatologie que ne paraît l'avoir fait le praticien gantois.

OBS. — Le 25 janvier 1842 je fus appelé à Tarcenay, village à 2 myriamètres d'Ornans, pour un sieur Etienne Grosbenry, âgé de 35 à 40 ans. Il souffrait beaucoup d'un abcès gingival, probablement dû à une molaire inférieure gauche que j'ôtai sans difficulté, et sans aucune circonstance qui pût alors attirer mon attention.

Dans l'immense majorité des cas analogues, l'avulsion de la dent gâtée suffit pour guérir l'odontalgie et l'abcès qu'elle a produit. C'est du moins ce que j'avais vu jusqu'alors, et ce que j'ai toujours observé depuis. Cette fois il n'en fut pas ainsi. Jusqu'au 1er février, il resta une douleur sourde, et bientôt il survint une tuméfaction de tout le côté correspondant de la face.

Je trouve, dans mes notes, que j'employai successivement des cataplasmes, des applications d'eau de Goulard, des purgatifs, un vésicatoire, le calomel et la quinine, dans l'ordre où je viens d'énumérer tous ces remèdes. Malgré une médication fort active, le malade succomba le 12 février.

Les symptômes les plus saillants furent *un œdème très-marqué* de toute la tête, ayant commencé par le côté gauche, un état typhoïde; des frissons irréguliers, du délire, etc.; enfin tous les signes d'une infection purulente. L'œdème fut très-développé; aussi pensai-je et crois-je encore qu'il y eut là une phlébite des plus étendues et partagée par les sinus même de la dure-mère.

Il serait injuste d'attribuer l'événement à une fracture du maxillaire ou à la contusion de la gencive. Tout cela arrive chaque jour à un degré quelconque, très-prononcé quelquefois. Ce sont des accidents à peu près inévitables avec la clef dite de Garengeot, malgré toutes les modifications, et elles sont nombreuses, qu'on lui a fait subir. L'instrument dont je me servis est une belle clef de Delabarre, fabriquée par M. Charrière, premier du nom. J'avais convenablement garni le panneton avec une bandelette de linge fort propre.

J'ai eu beau réfléchir au sujet de la genèse des symptômes formidables qui se sont succédé chez Grosbenry, pour tâcher d'éviter pareille catastrophe à l'avenir, je n'ai rien trouvé. Force a donc été d'en revenir à une sorte de fatalité, à une disposition particulière; ou, en d'autres termes, à confesser une complète ignorance des causes d'un tel malheur. Au surplus, il doit être bien rare; car c'est le seul dont j'ai eu connaissance pendant une pratique de vingt-six ans. Chez d'autres médecins, je n'ai pas appris qu'il se fût passé rien de semblable. En un mot, l'exemple recueilli dans la GAZETTE MÉDICALE forme avec le mien les deux seuls que j'aie connus. Il n'en faut pas conclure pourtant, d'après ce que je viens de dire, qu'il n'y en ait pas d'autres.

Comme je ne m'occupe d'odontotechnie qu'incidemment et par nécessité, comme ma bibliothèque, quoique assez considérable et bien choisie, ne contient presque rien sur l'art du dentiste, il se pourrait que des terminaisons pareilles à celle-ci fussent un peu moins rares qu'on ne le croit. C'est aux spécialistes à nous éclairer là-dessus; ils le feront sans doute tôt ou tard. Nous aurons toujours été utiles en appelant l'attention du monde médical sur ce point oublié.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Les livraisons d'avril, mai et juin 1856 renferment les travaux originaux suivants : 1° *Sur l'étiologie et le traitement de la scrofule*; par M. Speranza. (Suite.) 2° *Compte rendu de la clinique chirurgicale du professeur Schuh, pendant les années scolaires* 1853-54, 1854-55; par M. Gritti. (Suite.) 3° *Documents pour servir à l'histoire des altérations pathologiques en rapport avec les aliénations mentales*; recueillis dans le manicome public de Milan, la Sénavra, par M. Castiglioni. (Suite.) 4° *Compte rendu statistique et nosologique pour l'année* 1854-55, *de la circonscription de Vérone de la Société de la caisse de secours des employés des chemins de fer lombardo-vénitiens*; par M. Agostini. 5° *Sur le choléra de Frosinone*; par M. Ciatti. 6° *Cas de luxation du métatarse sur le tarse*; par M. Minonzio.

LUXATION DU MÉTATARSE SUR LE TARSE; par M. MINONZIO.

Cette espèce de luxation, assez rare, a été niée par Boyer, A. Cooper et leurs devanciers. On en a depuis, et notamment Dupuytren, rapporté quelques cas bien caractérisés. Celui que nous allons reproduire est une nouvelle preuve apportée à l'existence bien réelle de cette luxation.

OBS. — Un homme de 60 ans, sain de corps, agile et encore vigoureux, étant occupé dans la matinée du 15 décembre 1854 à remuer du bois dans sa fromagerie, glissa et tomba d'une hauteur de huit bras environ, frappant la terre seulement par l'extrémité antérieure du pied gauche. Il sentit à l'instant dans cette partie une vive douleur et un craquement; il s'étendit et perdit connaissance.

M. Minonzio le visitant deux heures après, trouva ce pied singulièrement déformé. Il était déjà partout tuméfié et livide, par suite d'une abondante extravasation; il avait diminué de longueur de plus d'un demi-pouce; sa concavité avait disparu et la surface plantaire était devenue quasi plane; d'autre part, le dos du pied présentait une saillie dirigée transversalement, haute de 8 à 9 lignes vers le bord interne et s'abaissant d'une manière sensible en dehors. En arrière de cette saillie, il y a un enfoncement très-marqué. En touchant avec attention les parties, le chirurgien a pu sentir bien distinctement sous la peau, à différentes hauteurs, toutes les têtes articulaires postérieures des os du métatarse, et constater que le relief indiqué était constitué par ces os luxés et chevauchant sur le tarse.

Il était évident qu'il s'agissait d'une luxation complète en haut du métatarse sur le tarse. On s'occupa aussitôt de la réduire, en chargeant un aide de saisir avec les deux mains et de tirer en bas et en avant l'extrémité antérieure du pied luxé, pendant qu'un autre tenait ferme la partie inférieure de la jambe un peu fléchie sur la cuisse.

La réduction obtenue, non sans quelque difficulté, on tenta de maintenir les

parties en place, à l'aide de compresses et d'un bandage circulaire. On s'aperçut quelque temps après que la luxation s'était en partie reproduite; on dut la réduire de nouveau.

Pour prévenir un nouveau déplacement, on mit deux attelles de bois l'une sur l'autre sous le pied, et on les maintint solidement par des tours de bande. (Fomentations continues d'eau et de vinaigre.)

Deux jours après, du gonflement et de la douleur étant survenus, avec une réaction générale, on enleva l'appareil et on s'en tint à un bandage circulaire. (Potion antiphlogistique nitrée; fomentations froides comme à l'ordinaire.

Ces moyens furent continués pendant six autres jours, et la luxation ne s'est pas reproduite.

Repos au lit pendant quelques semaines.

Deux mois après sa chute, le malade pouvait déjà se tenir sur ses pieds et même marcher avec assez de facilité sans soutien.

II. BULLETTINO DELLE SCIENZE MEDICHE.

Les fascicules de mars, avril, mai et juin 1856 renferment les travaux originaux suivants : 1° *Observations théoriques et pratiques sur la pellagre qui régna pendant les années* 1853 *et* 1854 *dans les campagnes de Solarolo, province de Ravenne*; par M. Frontali. 2° *Maladies épidémiques qui ont régné à Catignola pendant les années* 1850 *à* 1853, par M. Canuti. 3° *Topographie médicale de S. Vito en Comarque*; par M. Battistoni. 4° *D'un énorme polype nasal guéri par un traitement mixte (ligature et caustique)*; par M. Busi. 5° *De quelques rapports entre la fièvre miliaire et le choléra asiatique*; par M. Venturini. 6° *Histoire d'une variole confluente observée sur une enfant non vaccinée, suivie de la névrose des bords alvéolaires et de la chute des dents*; par M. Galligo. 7° *Quelques affections morbides observées après une épidémie de choléra*; par M. Castellani. 8° *Procédé mixte de ligature et d'incision de la langue du professeur Rizzoli*; par M. Romei.

ÉNORME POLYPE NASAL GUÉRI PAR LE TRAITEMENT MIXTE DE LA LIGATURE ET DES CAUSTIQUES; par M. BUSI.

C'est seulement dans les livres et les procédés d'amphithéâtre qu'on trouve la description et l'application des méthodes pures de toute alliance. Dans la pratique, il en est autrement, et cela au grand avantage du malade. On connaît les heureux résultats obtenus de la combinaison de la taille et de la lithotritie dans certains cas de calculs volumineux.

Voici une nouvelle méthode mixte, consistant dans la combinaison de la ligature et des caustiques, pour la destruction d'un énorme polype du nez, et de laquelle M. Busi a obtenu un plein succès.

Obs. — Un homme de 30 ans, de haute et robuste corpulence, portait depuis dix ans environ un polype du nez qui avait amené chez cet individu les déformations suivantes :

Le visage était de beaucoup allongé, les yeux saillants et portés vers les tempes, de sorte que l'espace qui les sépare avait une dimension double; le nez était devenu volumineux, et l'apophyse montante du maxillaire supérieur gauche était saillante au point de simuler un autre nez; ce qui lui donnait un aspect horrible.

A l'angle interne de l'œil gauche existait une ouverture communiquant avec l'intérieur du nez, capable de permettre l'entrée d'un doigt volumineux et par laquelle proéminait une bonne partie du polype. Celui-ci, examiné par cette ouverture, paraissait adhérent en divers points, et soit adhérence, soit pédoncule qui s'y opposât, il ne pouvait être abaissé ni repoussé. Presque rond, il présentait des anfractuosités et des sillons, et si légèrement qu'il fût touché, il donnait du sang. Depuis longtemps cependant les hémorrhagies avaient moins d'intensité et de fréquence; il était devenu stationnaire dans son évolution. Ses caractères le classaient dans les polypes fibro-charnus.

M. Busi s'occupa d'abord d'établir des ligatures partielles, à l'aide desquelles le polype put être isolé. Trois lacs, progressivement serrés, servirent à étrangler en trois points la partie antérieure du polype qui fut ainsi en grande partie détaché et flétri au point de tranquilliser l'opérateur sur l'issue du traitement. Toutefois son volume empêchait de rechercher et d'établir ses rapports avec la partie postérieure des narines. Comme il existait dans sa partie antérieure des anfractuosités, le chirurgien s'en servit pour introduire trois gros trochisques de minium; à la chute de l'escarre que ceux-ci produisirent, il s'était formé une grande cavité; profitant de l'ouverture normale qui lui facilitait l'emploi des caustiques, il la remplit de coton, préalablement imprégné d'une solution concentrée de chlorure de zinc; les parties voisines furent préservées de son action par d'autre coton sec interposé. La chose alla parfaitement, de sorte que toute la partie antérieure du polype se mortifia et tomba. Postérieurement il existait aussi d'autres points d'adhésion; on les lia, et au bout de trois jours on en fit l'excision pour ménager le temps, sans que pour cela on éprouvât aucune perte de sang. Restait encore vers la base du crâne une grande portion de polype flasque et flottante qu'on détruisit par les applications répétées d'un pinceau trempé dans la solution de chlorure de zinc. En fait, il parut en peu de temps que l'atrophie envahissait progressivement le reste, en sorte que cette énorme tumeur, qui avait approximativement le volume d'un œuf d'oie, fut entièrement détruite et ne laissa plus aucun vestige de son existence.

Le traitement dura environ deux mois. L'ouverture anormale fut fermée par des lambeaux de peau rapprochés et maintenus à l'aide de points de suture.

Cinq ans après, le sujet, revu par le chirurgien, avait constamment joui d'une bonne santé.

PROCÉDÉ MIXTE DE LIGATURE ET D'INCISION DE LA LANGUE DU PROFESSEUR RIZZOLI; par M. ROMEI.

M. Rizzoli est l'auteur d'un procédé mixte de ligature et d'incision de la langue, qu'il a appliqué avec un plein succès dans le cas suivant :

Obs. — Jeune homme de 19 ans, tempérament sanguin, santé habituellement bonne. Depuis dix mois, il s'est manifesté à la partie antérieure de la langue une petite tumeur inflammatoire.

Entré le 11 mars 1856 à la clinique, il présente l'état suivant : tumeur siégeant presque entièrement au côté gauche de la langue : elle est de couleur rouge plus ou moins obscure en divers points; la tuméfaction et la coloration augmentent après que le malade s'est livré à la conversation; elles diminuent avec le repos et de légères et douces pressions.

La tumeur est presque indolente par elle-même; la mastication, la déglutition et la parole sont considérablement gênées. Forme irrégulière, aplatie; les deux tiers antérieurs de la portion gauche de la langue, et quelques lignes du tiers moyen du côté droit sont compris par toute leur épaisseur dans cette affection morbide qui a le caractère d'une tumeur érectile mixte. Un point beaucoup plus mou et plus sombre au toucher, ayant son siége à la partie supérieure et environ dans le milieu de la tumeur, indiquait probablement le lieu d'origine des hémorrhagies qui se renouvelaient fréquemment.

L'opération fut exécutée de la manière suivante :

Le malade étant assis, le chirurgien saisit la langue et la porta en haut et au dehors de la bouche; une aiguille courbe fut implantée en arrière du frein et vint sortir par le milieu du dos de la langue, en arrière de la tumeur; les ligatures dégagées, l'aiguille fut retirée par la même voie. Ensuite, avec un bistouri convexe, l'opérateur incisa toute l'épaisseur de la muqueuse du côté gauche de la langue jusqu'au plancher inférieur de la bouche. Cela fait, avec le même bistouri, il sépara antérieurement la partie morbide des tissus sains qui correspondaient à la pointe de la langue, en donnant à l'incision une forme presque demi-circulaire, de gauche à droite; la pointe de la langue fut ainsi ménagée.

Alors les deux ligatures furent nouées; l'une, droite, était antéro-postérieur; l'autre, gauche, était transversale.

Pour hâter la chute de la partie étranglée, on appliqua le serre-nœud de Dupuytren.

Au dixième jour eut lieu la chute des lacs et de la partie morbide complétement sphacelée.

Dix jours plus tard, la plaie avait un bel aspect. La cicatrisation était complète le quarante-septième jour de l'opération.

Quelques mois après, le sujet fut revu; il avait recouvré une santé complète; la langue exécute tous ses mouvements et toutes ses fonctions d'une manière complète.

Remarquons que le procédé de M. Rizzoli est une modification heureuse du procédé de Mayor, déjà modifié par MM. J. Cloquet, Mirault (d'Angers), etc.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 8 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE.

— M. BONNAFONT lit un Mémoire sur l'emploi du séton filiforme aidé de la compression dans le traitement des tumeurs abcédées et en particulier des bubons (Voir plus haut.) (Commissaires, MM. Cloquet, Jobert de Lamballe).

NOTE SUR L'EXISTENCE DE CILS ANORMAUX DANS LA PLUPART DES OPHTHALMIES ET SUR LA GUÉRISON RAPIDE DE CES MALADIES PAR L'EXTIRPATION DES CILS ANORMAUX, par M. CH. MEININGER.

(Commissaires, MM. Velpeau, Jobert de Lamballe).

Un cil normal présente toujours un étranglement vers le collet. (J'appelle ici *collet* ce qu'on est convenu d'appeler ainsi en botanique, et qui n'a pas besoin d'autre explication pour être bien compris. A partir du collet jusqu'à l'extrémité inférieure du bulbe, la décoloration du poil est sensible, chez les

bruns comme chez les blonds, et, dans ces limites, le poil redevient sensiblement blanchâtre.

Un mauvais cil, celui que j'appelle *trichorhize* à cause de la ressemblance de son bulbe avec un rhizome horizontal, ne présente plus d'étranglement au collet, et, au lieu de se décolorer dans sa partie inférieure, il y montre une teinte plus foncée, chez les bruns comme chez les blonds. Ce bulbe prend un accroissement considérable et se recourbe, le plus souvent à angle droit, comme la souche horizontale du *polygonatum vulgare*, avec laquelle il a d'ailleurs beaucoup de ressemblance. D'autres fois, mais plus rarement, ce bulbe se recourbe une seconde fois pour remonter parallèlement au poil. Dans tous les cas, ce mauvais poil est implanté plus profondément qu'un bon. Il faut remarquer ici que la direction de la partie aérienne des trichorhizes est parallèle à celle de la partie correspondante des bons cils et que, par conséquent, les mauvais n'ont rien de commun avec les cils appelés *trichiasis* ou *distichiasis*.

Les bons cils ne présentent qu'une petite surface décolorée à leur point d'insertion dans la paupière, tandis que les trichorhizes montrent, à ce même point, un épanouissement sensible, plus fortement coloré que le reste. Pour les arracher, il faut se servir d'une pince et tirer normalement pour ne pas les casser, car si on les rompait très-près de la paupière, il faudrait attendre quelques jours pour leur donner le temps de repousser, afin de pouvoir les saisir de nouveau, et la guérison se trouverait retardée d'autant.

Généralement toute douleur a cessé une heure après l'opération, et, au bout de vingt-quatre heures, l'œil le plus rouge est redevenu blanc.

J'ai vu des personnes auxquelles, après une première extirpation, il n'était plus jamais revenu de trichorhizes; d'autres (et à moi en particulier) auxquelles il en est revenu après dix ans; d'autres après deux ans, et d'autres encore auxquelles il en est revenu avec une étonnante persistance, au point qu'il a fallu les opérer de mois en mois, cinq, six et jusqu'à dix fois de suite : mais, à chaque nouvelle opération, il devenait sensible que les poils arrachés avaient fait un pas pour revenir à l'organisation normale. »

NOTE SUR LA NATURE DE L'AFFECTION DÉSIGNÉE DANS UNE COMMUNICATION RÉCENTE DE M. BOSREDON SOUS LE NOM DE DÉLIRE DES ABOYEURS, par M. L. PIZE.

L'auteur, en terminant cette note, la résume dans les propositions suivantes :

« I. L'affection décrite sous le nom de *délire des aboyeurs* n'existe pas.

II. Ce prétendu délire des aboyeurs n'est qu'un symptôme appartenant à diverses maladies.

III. Les cas qui ont été décrits sous ce nom singulier doivent être rapportés à diverses affections des voies respiratoires et à certaines névroses. » (Renvoi à l'examen de M. Andral, déjà chargé de prendre connaissance de la note de M. Bosredon).

— M. GEORGE adresse la description d'un appareil destiné à produire l'engourdissement d'une dent malade dont on doit faire l'extraction. (Voir le n° précédent.) (Renvoi à l'examen de M. J. Cloquet).

— M. MAGNE adresse pour le concours aux prix Montyon (médecine et chirurgie) deux mémoires, l'un imprimé, l'autre manuscrit, ayant pour titre : De la cure radicale de la tumeur et de la fistule du sac lacrymal. (Réservé pour le concours de 1857).

— M. GEOFFROY SAINT-HILAIRE communique l'extrait d'une lettre de M. de Montigny, envoyé plénipotentiaire de France à Siam, datée du 15 août 1856, de Bangkok (royaume de Siam).

« Ayant terminé ici mes négociations et signé, le 15 de ce mois, jour de la fête de S. M. l'Empereur, un traité en vingt-quatre articles, aussi utile qu'honorable pour le pays, je compte partir sous peu de jours pour le Cambôge et la Cochinchine : suivez-moi de tous vos vœux dans ces missions, dont la dernière n'est ni sans difficultés, ni même sans dangers.

» J'ai cherché à ne rien oublier dans mon traité avec les souverains siamois ; le corps des savants y a ses immunités. Tout savant, tel que naturaliste ou autre voyageant pour le progrès des sciences, pourra aller partout dans le royaume de Siam, au Laos et au Cambôge, et les autorités siamoises lui devront tous les soins et bons offices de nature à l'aider dans l'accomplissement de sa mission. Si je ne me trompe, c'est la première fois, à moins de déclaration de blocus dans une guerre maritime, que l'on stipule pour les savants ; les nôtres peuvent dès à présent parcourir les vastes régions qui composent aujourd'hui les royaumes de Siam, du Laos et du Cambôge, les plus riches en produits naturels et peut-être les moins connues du globe. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 16 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSI.

L'affluence était nombreuse et, comme de coutume en ce jour de fête, de gracieux visages de femmes se montraient dans l'hémicycle, laissant apercevoir quelque étonnement de se trouver dans cette enceinte réservée d'habitude à de graves discussions. A l'ouverture de la séance, la parole a été donnée à M. Depaul qui, dans un rapport consciencieusement étudié, a fait connaître les lauréats de cette année et les motifs qui ont dicté les résolutions de l'Académie. M. Bussy, président, a indiqué ensuite les sujets de prix proposés pour les années 1857 et 1858. Enfin, M. Fréd. Dubois, secrétaire perpétuel, a pris la parole, au milieu de l'attention générale, pour lire l'éloge de Roux.

RAPPORT GÉNÉRAL SUR LES PRIX DÉCERNÉS EN 1856 ; par M. DEPAUL, secrétaire annuel.

Messieurs,

Chaque année, à pareille époque, vous suspendez le cours ordinaire de vos travaux pour consacrer une séance à honorer la mémoire de ceux de nos collègues dont la mort nous a séparés.

La solennité que vous donnez à cette réunion extraordinaire, l'empressement que vous mettez à y assister, montrent suffisamment tout le prix que vous attachez à cette pieuse coutume à laquelle la voix éloquente de notre secrétaire perpétuel sait chaque fois donner un nouvel attrait.

Mais fidèles au but principal de votre institution, qui est d'encourager tout ce qui peut concourir aux progrès de la science vous avez voulu que la même solennité rehaussât encore la valeur des récompenses que vous êtes appelés à distribuer.

Toutefois, avant de proclamer les noms de ceux qui se sont particulièrement distingués par leurs travaux et par leur dévouement, vous avez pensé qu'il était juste de faire connaître publiquement les mérites des divers mémoires qui ont été soumis à votre appréciation et les motifs qui ont dicté vos jugements. C'est la tâche que vous avez imposée à votre secrétaire annuel, et que je viens remplir.

Je crains bien de ne pouvoir le faire sans fatiguer peut-être un peu l'attention de l'auditoire exceptionnel qui m'écoute.

Je comprends aussi qu'il me sera difficile de ne pas éveiller quelques susceptibilités en détruisant des illusions qui naissent si facilement dans le cœur des compétiteurs ; mais je me sens soutenu par le témoignage que je puis me rendre de n'avoir été dirigé dans l'accomplissement de cette mission que par des sentiments de justice et d'impartialité.

Je ne puis oublier, d'ailleurs, que je parle au nom et par la volonté de l'Académie, et, s'il en est besoin, j'espère que mes paroles trouveront leur justification dans l'autorité qui s'attache à tout ce qui émane de cette société savante.

Prix de l'Académie.

DE LA VALEUR DE MILLE FRANCS.

La question mise au concours pour l'année 1856 était ainsi conçue :

« Faire l'histoire des applications du microscope à l'étude de l'anatomie pathologique, au diagnostic et au traitement des maladies ; signaler les services que cet instrument peut avoir rendus à la médecine ; faire pressentir ceux qu'il peut rendre ; prémunir contre les erreurs auxquelles il pourrait entraîner. »

Une commission, composée de MM. Velpeau, Robert, Barth, Poiseuille et Delafond, avait pour mission de vous rendre compte des travaux qui vous seraient adressés. Deux mémoires seulement lui sont parvenus, et c'est par le savant rapport de M. Delafond que vous avez pu en apprécier la valeur.

C'est à ce rapport que je vais emprunter les détails suivants, qui suffiront pour légitimer les conclusions de la commission, sanctionnées par le vote de l'Académie.

Le mémoire qui a plus particulièrement fixé votre attention est inscrit sous le n° 1, avec l'épigraphe suivante : *« Arcana naturæ ope microscopium detecta. »* (Leuwenhoeck.)

L'auteur débute par un aperçu général sur l'histoire de l'emploi du microscope en pathologie.

Cette revue, d'un véritable intérêt, est suivie d'un résumé succinct des divers modes de préparation usités pour ce genre de recherches. Puis il aborde la grande et difficile question des altérations anatomo-pathologiques du sang, et il prouve qu'il a longuement médité sur tous les travaux publiés sur ce sujet.

Aux faits de leucocithémie déjà connus, il en ajoute deux qui lui appartiennent ; mais il faut bien en convenir, quoiqu'il ait montré, en les discutant, combien le microscope est propre à faire reconnaître cette remarquable altération du sang, il est loin d'avoir dissipé tout ce que cette maladie présente encore d'obscur : on peut en dire autant de l'urémie, dont il s'est occupé avec beaucoup de soin.

Les modifications qu'éprouvent les globules rouges dans les maladies, soit dans les vaisseaux, soit en dehors des voies circulatoires ont été savamment étudiées. Le microscope seul, ainsi que vous l'a fait remarquer M. Delafond, pouvait permettre de suivre toutes les évolutions anormales que peut subir la matière organique.

L'auteur a été conduit, par ses propres recherches, à nier la spécificité du globule purulent, qui ne serait, quand la suppuration se produit dans le tissu cellulaire, que la cellule du tissu connectif arrêtée dans son développement. Sur les surfaces libres, il aurait pour point de départ les cellules épithéliales.

D'accord avec l'auteur du second mémoire, dont nous aurons à parler, il n'admet pas davantage la spécificité de la cellule cancéreuse. Relativement à la matière tuberculeuse, il pense, avec plusieurs micrographes, que le tu-

bercule dépend d'un arrêt de développement qui frappe tout à la fois des éléments histologiques anciens et de nouvelle formation.

Après ces études générales, il passe à l'histologie pathologique spéciale des divers tissus de l'organisme. Il examine l'origine, la régénération, la gangrène, l'hypertrophie des épithéliums, et entre dans de longs développements à propos du cancer épithélial. Puis il aborde l'histologie du tissu fibreux, dont il montre le mode de développement par les cellules dites fibro-plastiques, et s'efforce de prouver, par des faits nombreux, qui lui appartiennent ou qu'il emprunte aux auteurs, que le tissu fibro-plastique ne constitue qu'une variété de cancer, susceptible non-seulement de récidiver sur place, mais encore de se généraliser.

Les cellules dites cancéreuses, l'épithéliale et la fibro-plastique ne sont pour lui qu'une seule et même cellule, modifiée seulement par le blastème au milieu duquel elle nait et se développe.

Les lésions des glandes et des glandules ont été très-bien étudiées.

Un chapitre spécial est consacré à l'étude de la parasitogénie.

Les végétaux parasites qui vivent sur la peau, et parfois sur les muqueuses, y sont l'objet de recherches intéressantes. Leur mode de reproduction par sporules y est très-exactement décrit.

Les animaux parasites ont peut-être été étudiés avec un peu moins de soin.

Dans un article traité avec un mérite supérieur, l'auteur s'est occupé des humeurs sécrétées pendant les maladies, et il a su faire ressortir toutes les applications pratiques qui découlent des résultats fournis par le microscope. Il est loin de penser cependant qu'il faille demander à cet instrument de faire cesser toutes les incertitudes du diagnostic. Il veut, avec raison, qu'on lui associe tous les autres modes d'investigation.

Enfin, il termine son volumineux travail, qui a plus de 500 pages, et qui est accompagné d'un atlas bien fait, par l'énumération des services rendus par le microscope à la médecine légale, à la toxicologie, à la pharmacie, et en signalant les erreurs qu'il fait faire connaître et les moyens de les éviter.

Quelque rapide qu'ait été cette analyse, j'en ai dit assez, messieurs, pour vous convaincre que ce mémoire est le fruit de laborieuses recherches, et qu'on y trouve des documents d'un haut intérêt sur les travaux de micrographie publiés en France, en Italie, en Allemagne et en Angleterre. J'ajoute, de plus, qu'il est riche des propres recherches de l'auteur.

Cependant, bien que les différentes questions indiquées par le programme aient été abordées, votre commission a regretté que le point principal, à savoir l'histoire des applications du microscope à l'étude de l'anatomie pathologique et au traitement des maladies laissât à désirer.

Aussi, après une discussion longue et sérieuse, elle vous a proposé, et vous avez décrété qu'il n'y avait pas lieu à décerner le prix, mais prenant en considération les qualités nombreuses qui distinguent ce mémoire, vous avez décidé qu'une somme de 600 fr. serait accordée à titre de récompense à M. le docteur Michel, de Strasbourg, qui en est l'auteur.

Le mémoire n° 2 porte pour épigraphe : « *Quæ vidi dico.* »

L'auteur a divisé son sujet en deux parties. Dans la première, il s'occupe de l'état normal des éléments histologiques entrant dans la composition de chaque appareil organique. Dans la seconde, il étudie leurs divers états morbides.

Toutefois, avant d'entrer dans les détails, il formule quelques propositions générales auxquelles il dit avoir été conduit par des recherches qui lui sont propres. C'est ainsi que pour lui les tissus dits hétéromorphes ne sont que des arrêts de développement, des états transitoires ou de simples modifications imprimées aux tissus normaux.

Les éléments fibroplastiques et les tissus qu'ils forment ne seraient qu'un état transitoire aussi du tissu cellulaire en voie de formation.

Le corpuscule tuberculeux représenterait une *nécrose* ou une ébauche incomplète d'une cellule épithéliale.

La cellule dite *spécifique* que tant de maîtres en micrographie ont donnée comme *caractéristique* du cancer ne serait autre chose qu'une simple cellule épithéliale abondamment nourrie par endosmose, surtout par les matières grasses, et parvenues ainsi à un développement considérable.

Le globule purulent avec les caractères qui jusqu'à ce jour l'ont fait considérer comme une *individualité morbide*, représenterait une cellule épithéliale arrêtée dans son développement. Il est facile de voir que l'auteur est partisan déclaré de l'homœomorphie.

Dans une série de chapitres fort intéressants, il étudie les diverses articulations pathologiques dont le microscope a dévoilé l'organisation intime : je regrette de ne pouvoir le suivre dans les nombreuses descriptions qu'il donne des lésions observées sur les différents appareils organiques, qui, pour la plupart, reposent sur des recherches qui lui appartiennent, et qui sont toujours précédées par l'exposé de l'état anatomique normal.

J'appellerai seulement votre attention, d'une manière toute particulière, sur les descriptions qu'il donne de certaines altérations de structure du foie, des ganglions lymphatiques, du tissu pulmonaire, des reins, de l'utérus, etc., et sur le bel Atlas composé de onze planches in-folio qui terminent son travail. Ainsi que vous le disait le rapporteur de la commission, ce mémoire est l'œuvre d'un micrographe habile qui a beaucoup cherché à voir par lui-même : les questions sur lesquelles les hommes spéciaux sont en désaccord, aujourd'hui plus que jamais, y sont abordées franchement et on doit savoir gré à l'auteur d'avoir cherché à les résoudre non par allégations, mais par des expériences nombreuses et délicates.

Cependant, Messieurs, après avoir payé un juste tribut d'éloges à ce travail, et après avoir reconnu que son auteur avait bien rempli le cadre qu'il s'était tracé lui-même, nous avons dû regretter qu'à notre point de vue il eût laissé son œuvre incomplète, en répondant d'une manière trop brève aux trois dernières questions du programme qui avait été imposé.

Toutefois, en tenant compte de la variété et de la valeur des recherches qui se trouvent consignées dans ce mémoire, et voulant encourager des efforts qui ne seront pas perdus pour les études microscopiques médicales, vous avez décidé qu'une somme de 400 fr. serait accordée à titre d'encouragement à M. Luys, élève interne à la maison de santé à Paris, qui en est l'auteur

Prix Portal.

CE PRIX ÉTAIT DE MILLE FRANCS.

La question du concours, pour le prix Portal, était ainsi conçue : « De l'anatomie pathologique des kystes. »

Votre commission, composée de MM. Blache, Jules Cloquet, Cruveilhier, Laugier et Henri Bouley, n'a eu qu'un seul mémoire à examiner.

Heureusement, Messieurs, ce travail a été trouvé si complet et il a si bien répondu à vos désirs que vous n'avez pas eu à regretter l'absence de compétiteurs plus nombreux. Permettez-moi de vous rappeler quelques-unes des parties de l'analyse si complète du rapport de M. Henri Bouley. Elles suffiront pour justifier votre décision.

Le premier mérite de l'auteur, mérite beaucoup plus rare qu'on ne le suppose, c'est de s'être bien renfermé dans les termes mêmes de votre question.

Après avoir fait sentir l'importance d'une bonne classification et avoir discuté toutes celles qui ont été proposées jusqu'à ce jour, il adopte, comme la plus naturelle, celle qui a pour base la qualité des substances renfermées dans les kystes. De là, dix espèces différentes qui ont été tour à tour l'objet d'une étude complète.

Avant d'entrer dans les détails, un chapitre court, mais substantiel, est consacré aux caractères généraux des kystes : leur mode de développement, les désordres nombreux qu'ils sont susceptibles d'entraîner, les caractères divers des liquides, les transformations variées des parois, la marche, le développement, les complications, tout y est examiné, brièvement sans doute, mais de manière à tracer un cadre suffisamment complet.

Dans les kystes synoviaux se trouvent compris tous ceux qui ont pour caractères communs d'être constitués par une enveloppe fibro-cellulaire, de contenir un liquide séreux filant, de se développer autour d'organes qui exécutent des frottements, enfin de tenir leur origine ou bien des bourses naturelles qui facilitent les glissements, ou bien de leurs dépendances. Partant de là, il établit quatre variétés avec des sous-divisions qui deviennent le point de départ de longs développements dans lesquels nous ne pouvons entrer malgré l'intérêt qu'ils présentent.

Les kystes séreux comprennent sept variétés. Ils se distinguent par la nature du liquide qui est séreux et bien limpide, par la faculté qu'ils ont de pouvoir se résorber sur place et se guérir par l'adhésion des diverses parties des parois. L'auteur a consacré de nombreux détails à cette partie du travail qu'il a su rendre aussi complète que possible. On y trouve des considérations importantes au point de vue de la pratique.

Les kystes de l'ovaire occupent une large place, et il insiste, avec raison, sur la disposition multiloculaire de quelques-uns d'entre eux, sur la nature gélatineuse du liquide et aussi sur la structure de leurs parois. Notons enfin que les kystes osseux et vasculaires, beaucoup moins connus que les précédents, y sont étudiés avec un soin tout particulier.

Les kystes muqueux diffèrent des précédents par les qualités du liquide qui est filant, visqueux, semblable à du blanc d'œuf, et par la grande facilité avec laquelle ils se reproduisent, même quand on excise une portion de leurs parois. Ils ont pour point de départ un follicule muqueux oblitéré et peuvent se manifester dans les régions les plus variées. La grenouillette elle-même aurait le plus souvent une semblable origine.

Les kystes sébacés contiennent une substance plus épaisse, de couleur variable, et sont dûs au développement d'un follicule sébacé. L'étude de la structure de ces kystes et des différentes couches qui en composent les parois, laisse peu à désirer.

M. Henri Bouley vous a fait observer cependant que l'auteur avait eu tort de mettre en doute l'existence de l'acarus spécial que Simon de Berlin a décrit sous le nom d'acare folliculaire. — Cet acarus serait, au contraire, très-commun chez le chien d'après les recherches de M. Delafond, et il déterminerait chez cet animal une maladie de la peau des plus redoutables, d'une transmission très-facile.

Viennent enfin les kystes laiteux, hématiques, purulents, parasitaires, etc. Mais je serais entraîné trop loin si je voulais suivre l'auteur dans tous les détails que comportent ces diverses parties du mémoire. Qu'il me suffise de dire qu'elles sont traitées avec le même talent et la même méthode. En résumé, Messieurs, vous n'avez eu que des éloges à donner à un travail aussi remarquable par le fond que par la forme. Il est écrit simplement, d'une manière concise et claire. On y trouve de nombreuses preuves d'une érudition étendue et de connaissances propres qui ont nécessité de laborieuses recherches dans les amphithéâtres et dans les salles de clinique.

Aussi vous êtes-vous empressés d'accueillir la proposition de votre commission qui, à l'unanimité, vous a proposé de lui accorder le prix, et c'est ce

que vous avez fait en proclamant le nom de M. le docteur Bauchet, médecin à Paris.

Prix Civrieux.

CE PRIX ÉTAIT DE LA VALEUR DE DEUX MILLE FRANCS.

La question mise au concours était la suivante :

« Etablir par des faits les différences qui existent entre la névralgie et la névrite. »

Votre commission, composée de MM. Bouillaud, Gibert, Hervez de Chegoin, Huguier et Mélier, n'a eu à se prononcer que sur un seul mémoire qui vous a été adressé.

Vous avez été surpris, peut-être, du peu d'empressement qu'ont mis les savants à répondre à votre appel. Toutefois, en y réfléchissant, vous comprendrez avec votre rapporteur, M. Mélier, que beaucoup ont dû être arrêtés par les difficultés sérieuses du sujet. Si aujourd'hui, en effet, l'histoire des névralgies est assez exactement connue grâce à des travaux récents et surtout au remarquable ouvrage de M. Valleix, il est loin d'en être de même quant au second terme de la question. Ici, en effet, tout est à faire en quelque sorte. Les matériaux épars que possède la science, attendent encore une main habile pour les réunir avec discernement, et demandent de nouvelles expériences qui seules permettront d'arriver à quelque chose de positif.

Le mémoire dont l'analyse vous a été faite par le rapporteur de votre commission a pour épigraphe : « *Deus nobis hæc otia fecit* ». L'auteur l'a divisé en trois parties : 1° l'histoire de la névralgie ; 2° la description de la névrite ; 3° l'étude comparative de ces deux affections.

On peut dire que tout ce qui est relatif à la névralgie a été traité de main de maître, et malgré quelques propositions contestables, on y remarque de nombreux aperçus d'un intérêt réel et propres à bien caractériser l'affection.

Malheureusement, l'éloge ne saurait être aussi complet pour le chapitre qui est consacré à la névrite. On y remarque des lacunes regrettables et peut-être une exposition peu méthodique des faits qui sont indiqués. Le parallèle entre les deux affections devait nécessairement se ressentir de ce qu'avait d'incomplet cette seconde partie du travail ; et il serait certainement insuffisant pour dissiper les doutes que font naître parfois dans la pratique certains cas obscurs.

L'Académie, en posant la question, ne s'était pas dissimulé les difficultés que rencontreraient ceux qui chercheraient à la résoudre, et c'est de ce côté, surtout, qu'elle aurait voulu que les efforts fussent dirigés.

Tout en reconnaissant un mérite réel à ce mémoire qui, évidemment, ainsi que le dit l'auteur, n'a pas été improvisé pour la circonstance, elle a regretté que le but principal qu'elle s'était proposé n'ait pas été atteint.

Aussi a-t-elle décidé, sur l'avis de la commission, qu'il n'y avait pas à décerner le prix.

Toutefois, tenant compte des difficultés du sujet et des qualités sérieuses que possède le travail qui vous a été adressé, vous avez voté qu'une somme de 500 francs serait accordée *à titre d'encouragement* à M. le docteur Martinet, de Paris, qui en est l'auteur.

Prix Capuron.

CE PRIX EST DE MILLE FRANCS.

La question proposée était la suivante : « De la saignée dans la grossesse. »

La commission composée de MM. Moreau, Paul Dubois, Danyau, Depaul et Cazeaux (rapporteur), n'a pas eu à se plaindre, comme les commissions précédentes, du peu d'empressement qui a été mis à répondre à votre appel. De nombreux compétiteurs ont adressé leurs travaux, mais si le nombre n'a pas fait défaut en a-t-il été de même de la qualité ? Vous allez en juger par l'analyse suivante, que je puise en partie dans le consciencieux rapport de M. Cazeaux.

Six mémoires ont été soumis à l'examen de votre commission, qui a cru devoir, dès le début, en mettre deux hors de concours, celui inscrit sous le n° 2, avec l'épigraphe « *Veni et vidi* » et celui inscrit sous le n° 6, et commençant par ces mots : « Plus fait douceur que violence. »

Le premier, en effet, dans une simple lettre de quelques lignes, sur la foi de souvenirs vagues, tirés de sa pratique, se contente de se prononcer d'une manière générale pour l'utilité de la saignée.

Le second, quoique d'une étendue considérable, n'a pas une valeur plus grande :

L'auteur qui paraît complétement vivre en dehors du mouvement scientifique, ne semble pas se douter des travaux nombreux se rattachant à la question qui ont été publiés dans ces dernières années. Les quarante observations qu'il fait connaître sont, toutes, incomplètes et sans valeur. Ajoutons que ce travail est écrit dans un style fort peu académique.

En adoptant la décision de votre commission, vous avez voulu faire un exemple justement sévère, et montrer que si vous étiez heureux d'encourager des travaux véritablement scientifiques, vous étiez peu disposés à vous occuper de ceux qui, par le fond ou par la forme, indiquaient chez leurs auteurs trop peu de préoccupation pour la dignité de l'Académie. Restaient donc quatre mémoires que vous avez jugés dignes de fixer votre attention.

Celui qui est inscrit sous le n° 1 et qui malgré son peu d'étendue (28 pag.), n'est pas dépourvu d'intérêt. Malheureusement, l'auteur s'est contenté de reproduire et de développer un grand nombre de propositions relatives à l'état puerpéral qui ne sont que la répétition et l'exagération dangereuse de celles que le rapporteur de votre commission défend depuis quelques années.

Il n'a oublié qu'une chose, c'est d'en faire connaître l'origine qui lui était inconnue, nous voulons bien le croire, mais cette ignorance ne vous a pas paru une excuse suffisante.

Le mémoire n° 3, avec cette épigraphe « La vérité réside dans l'esprit qui juge les faits, » débute par un aperçu historique sur l'emploi de la saignée pendant la grossesse ; puis vient la question fondamentale, l'influence de la grossesse sur l'économie de la femme.

Les travaux modernes sur la composition du sang pendant l'état puerpéral paraissent sans valeur aux yeux de l'auteur, qui est très-disposé d'ailleurs à en contester l'exactitude.

En résumé, il admet que la pléthore est commune et la chlorose fort rare, d'où la conséquence que la saignée doit trouver de nombreuses applications.

Sans refuser à ce travail toute espèce de mérite, on reste convaincu, après l'avoir attentivement médité, que son auteur fait trop bon marché des études qui ont été faites depuis quelques années sur la composition des liquides de l'économie et du sang en particulier. Et tout en n'acceptant pas sans quelques réserves, les déductions que les tendances actuelles portent à en tirer au point de vue de la pathologie, elles nous paraissent de beaucoup préférables aux pures hypothèses qui sont émises dans le travail dont je viens de vous parler.

Le mémoire inscrit sous le n° 5 peut être considéré comme la contre-partie de celui qui précède, et on devait s'y attendre en voyant l'épigraphe dont son auteur a fait choix « *Mulier in utero gerens, sectâ venâ, abortit et magis si major fuerit fœtus.* »

L'exagération y est portée si loin en sens inverse, que toutes les femmes y sont considérées comme chloro-anémiques ou comme très-disposées à le devenir, d'où la conséquence que la saignée doit être à peu près complétement proscrite pendant l'état puerpéral, sous peine de s'exposer aux accidents les plus formidables. On comprendra, Messieurs, qu'un travail conçu dans un pareil esprit ne pouvait obtenir vos suffrages ; vous ne sauriez admettre avec l'auteur que la saignée pratiquée pendant la grossesse est la cause de la métro-péritonite, et qu'elle est inutile dans le traitement de l'éclampsie !

Enfin, j'arrive au mémoire n° 4, dont l'épigraphe faisait déjà pressentir un esprit judicieux qui, moins porté à l'exagération, saurait, dans une juste mesure, faire la part de ce qu'il y avait de bon dans la pratique de nos devanciers, et dans celle qu'on cherche à lui substituer de nos jours.

Il y a toujours eu, dit l'auteur avec Bordeu, *des médecins qui ont su rejeter les idées des amateurs de la saignée ou de ses ennemis.* Et pour le prouver, il s'est livré à de longues recherches historiques qui lui ont permis d'établir deux périodes. La première, qui s'étend jusqu'au seizième siècle, et pendant laquelle on voit que la saignée a été repoussée d'une manière presque absolue. La seconde, qui commence avec le seizième siècle pour finir avec le dix-huitième, et qui a été remarquable par l'abus qu'on a fait des émissions sanguines.

Enfin, il a fait voir que c'est surtout depuis le commencement du siècle où nous vivons, qu'on s'est efforcé de poser les indications rationnelles qui devaient faire exclure ou accepter la saignée. Cette partie historique est très-complète : c'est une étude bien faite de tous les matériaux que possède la science, et elle sera très-utilement consultée par ceux qui voudront s'occuper du même sujet.

Dans un chapitre consacré à des considérations générales sur la saignée dans la grossesse, il s'efforce de bien fixer le degré d'utilité de ce moyen. Après avoir étudié ses effets en général, il s'occupe de l'influence que la grossesse exerce sur l'économie. Il fait remarquer, avec raison, selon nous, que cette influence est extrêmement variable ; que tantôt elle passe complétement inaperçue ; que, dans d'autres cas, elle est la cause de certains troubles qui, en s'exagérant, peuvent devenir de véritables maladies ; que tantôt, enfin, elle ravive une nutrition jusqu'alors languissante et qu'elle donne à toutes les fonctions une activité salutaire. De telle sorte qu'il est impossible de dire à l'avance que la grossesse constitue une prédisposition quelconque.

Après avoir rappelé les recherches qui, de nos jours, ont été faites sur la composition du sang des femmes enceintes, et avoir reconnu tout ce que ces travaux ont de véritablement utile, il a pensé que s'il convenait d'en tenir un compte raisonnable pour l'interprétation de certains phénomènes observés pendant la gestation et pour obtenir l'opportunité de la saignée, il fallait aussi se mettre en garde contre les interprétations exagérées et contre les théories *à priori* qui, une fois conçues, ne servent qu'à fausser la véritable signification des faits.

L'auteur entre ensuite dans d'intéressants détails sur la veine qu'il faut ouvrir, sur la quantité de sang qu'il faut tirer, sur les précautions à prendre avant et pendant la saignée, sur les avantages et les inconvénients de la saignée locale. On ne peut qu'applaudir aux sages observations qu'il présente sur chacun de ces points.

Disons enfin qu'un long chapitre est consacré à l'examen des états morbides qui peuvent être observés chez la femme enceinte. Les avantages et les inconvénients de la saignée y sont traités pour chacun d'eux.

Dans l'impossibilité où je suis d'entrer dans les développements qui ont été donnés à cette partie du sujet, je me résumerai en vous disant avec le rapporteur de la commission, que c'est un abrégé bien fait de la pathologie puerpérale, dans lequel l'auteur a fait une application judicieuse des principes

précédemment établis par lui, et dans lequel aussi il a montré un grand sens pratique. Toutefois, j'en ai dit assez, j'espère, pour justifier la décision que vous avez prise, sur l'avis unanime de votre commission et qui consiste à décerner le prix Capuron à M. le docteur (Paulin) Silbert (d'Aix en Provence), qui est l'auteur du mémoire inscrit sous le n° 4.

Épidémies.

Il me reste encore, Messieurs, à vous dire en quelques mots, à propos des récompenses que vous avez proposé à son Excellence M. le ministre de l'agriculture et du commerce de décerner aux médecins qui se sont plus particulièrement distingués dans les trois grands services publics sur lesquels vous êtes consultés chaque année. Le rapport sur les épidémies de 1855 avait été confié, comme l'année précédente, au zèle éprouvé de notre collègue M. Barth.

Félicitons-nous avec lui de ce que les vœux exprimés par la dernière commission ont été entendus par la presque totalité des départements. Les nombreux renseignements qui vous ont été transmis des divers points de la France vous ont permis d'embrasser d'une manière plus complète la marche et les ravages des diverses épidémies. Vous avez pu voir en particulier avec une vive satisfaction, que le choléra qui avait fait tant de victimes l'année précédente, ne s'est montré qu'à de courts intervalles en 1855 et dans un très-petit nombre de départements.

Parmi les autres maladies épidémiques qui ont été signalées, vous avez retrouvé, comme toujours, les oreillons, la coqueluche, les angines, la fièvre puerpérale, la suette miliaire, la dyssenterie, les fièvres éruptives et la fièvre typhoïde.

Comme toujours aussi, les médecins des épidémies se sont fait remarquer par leur zèle et leur dévouement. Voici, pour cette année, ceux que la commission a jugés les plus dignes de récompenses, et les propositions que, sur son avis, vous avez eu l'honneur d'adresser à M. le ministre de l'agriculture et du commerce qui a bien voulu les ratifier en accordant des médailles d'argent :

A M. Hecquet, médecin à Abbeville, pour son mémoire sur la rougeole.

A M. Raimbot, médecin des épidémies et des hospices de Châteaudun, pour son rapport sur les constitutions médicales et les maladies épidémiques qui ont régné à Châteaudun en 1855.

A. M. Etoc-Demazy, médecin des épidémies de l'arrondissement du Mans, pour son rapport sur l'épidémie de dyssenterie qui a régné au Mans en 1854, et dans plusieurs autres communes en 1855.

A. M. Degaille, médecin des épidémies pour l'arrondissement de la Flèche, pour son rapport sur l'épidémie de dyssenterie qui a régné à la Flèche en 1854, et sur l'épidémie de scarlatine qui a sévi en 1855 dans plusieurs communes environnantes.

A M. Pichenot, médecin des épidémies du canton de Liernois, pour son rapport sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans la commune de Censercy.

2° Des médailles de bronze :

A M Victor Guillemin, médecin adjoint des épidémies pour le canton de Thionville, pour son rapport sur une épidémie de varioloïde.

A M. L. Chapel, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Saint-Malo, pour son mémoire sur une épidémie de rougeole.

A M. Aguilon, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Riom, pour son rapport sur une épidémie de fièvre intermittente à forme typhoïde.

A M. Dauvin, médecin des épidémies de l'arrondissement de Saint-Pol, pour son rapport sur diverses épidémies d'oreillons, de diphthérite, de scarlatine et de fièvre typhoïde.

A M. Martin-Duclaux, pour son mémoire sur les épidémies de fièvre muqueuse, de variole, de rougeole et de coqueluche qui ont régné en 1855 dans l'arrondissement de Villefranche (Haute-Garonne).

3° Des mentions honorables avec rappel de médailles :

A MM. Lecadre, médecin des épidémies de l'arrondissement du Havre;
Jacquez, médecin des épidémies de l'arrondissement de Lure;
Poulet, docteur en médecine à Plancher-les-Mines;
Vingtrinier et Duclos, médecins des épidémies de l'arrondissement de Rouen.

4° Enfin des mentions honorables :

A MM. Alexandre, d'Amiens;
Billot, de Poligny;
Castel, de l'île d'Oléron;
Danson, de Béthune;
Dehée, d'Arras;
Laroche, d'Angers;
Félix Lemonnier, de Vigy (Moselle).

Eaux minérales.

Vous avez entendu, avec tout l'intérêt qu'il mérite, le rapport si bien fait qui vous a été communiqué par M. Guérard, au nom de la commission des eaux minérales. La prospérité toujours croissante des établissements thermaux, exigeait qu'on ne s'en tînt pas à de simples améliorations matérielles, et qu'on s'occupât de reviser les analyses anciennes, en tenant compte des progrès de la science.

Vous avez pu voir, avec satisfaction, que l'Académie appartenait l'honneur d'avoir exécuté une grande partie de ces recherches, dont beaucoup ont été faites officiellement dans son laboratoire, dont quelques autres, au contraire, ont été entreprises spontanément par quelques-uns de nos collègues.

Tous ces efforts réunis ont déjà réalisé de grands progrès dans l'étude physico-chimique des sources thermales.

Malheureusement, messieurs, vous avez eu le regret de ne pouvoir constater le même développement dans la partie thérapeutique, qui est cependant la plus importante.

Absorbés, sans doute, par les soins d'une clientèle souvent considérable, la plupart des médecins inspecteurs négligent le plus essentiel de leurs devoirs (l'envoi de rapports annuels). Votre commission a dû signaler cette lacune importante, et elle espère qu'à l'avenir chacun de nos confrères comprendra que ces rapports annuels, émanés des divers établissements, ont pour principal objet de fournir tous les éléments d'une bonne statistique sur l'action thérapeutique des eaux minérales.

Ces abstentions regrettables, et qui s'appliquent à un trop grand nombre, n'ont fait que mettre en lumière le zèle et l'empressement de ceux des médecins inspecteurs qui ont bien compris leur mission, et qui vous ont transmis des rapports ou des mémoires rédigés avec soin.

Vous avez pensé aussi qu'il était juste de récompenser des confrères qui, sans position officielle, se sont distingués en vous adressant des travaux du même genre.

En conséquence, vous avez décidé, sur l'avis de la commission, que vous proposeriez d'accorder les récompenses suivantes, et c'est ce que Son Excellence M. le ministre de l'agriculture, du commerce, etc., a bien voulu faire.

1° Rappel de médaille d'argent, avec mention honorable :

A M. Dufresse de Chassaigne, pour son rapport avec l'analyse de 433 observations recueillies par lui;

A M. Petit (Charles), auteur d'un mémoire sur la matière organique des eaux de Vichy.

2° Médaille d'argent :

A M. Haime, collaborateur de M. Petit pour le mémoire cité plus haut;

A M. Herpin (de Metz), qui le premier a fait connaître en France les bains et douches d'acide carbonique, et qui a publié un ouvrage sur les principales sources d'eaux minérales de France, d'Angleterre et d'Allemagne;

A M. Gerdy, médecin inspecteur d'Uriage, pour son mémoire sur les affections scrofuleuses;

A M. Bernard, médecin inspecteur adjoint d'Uriage, pour son mémoire relatif aux maladies consignées dans le rapport de 1854;

A M. Buisson, inspecteur de Lamotte-les-Bains, dont les rapports annuels sont rédigés avec le plus grand soin et envoyés très-exactement.

3° Médailles de bronze :

A M. Barrié père, inspecteur à Bagnères-de-Luchon, pour ses rapports;
A M. Privat, inspecteur à la Malou, *idem*;
A M. Gaudet, inspecteur à Dieppe, *id.*;
A M. Chapelain, inspecteur à Luxeuil, *id.*;
A M. Ponget, inspecteur à Royan, pour son mémoire sur les bains de mer chauffés;
A M. Artigala, architecte à Tarbes, pour son mémoire sur les constructions des établissements thermaux.

4° Enfin des mentions honorables :

A M. Tellier, inspecteur à Bourbon-Lancy;
A M. Calvet, inspecteur à Silvanès et Camarès;
A M. Revolle, inspecteur adjoint à Bourbon-Lancy;
A M. Chevallier, inspecteur à Provins.

Vaccinations.

Le rapport sur les vaccinations pratiquées en France pendant l'année 1854, vous a été communiqué par notre savant collègue M. Bousquet. Il résulte comme d'habitude des nombreux travaux qui ont été adressés par les vaccinateurs des départements, que partout où la vaccine est généralement pratiquée la variole devient de plus en plus rare, que partout au contraire où la vaccine est négligée la variole sévit souvent et fait de nombreuses victimes.

Cette double vérité qui est universellement acceptée, non-seulement par les médecins, mais encore par les gens du monde, pouvait se passer de nouvelle démonstration.

Mais il est un autre point de l'histoire de la vaccine sur lequel on est moins généralement d'accord; je veux parler de l'utilité des revaccinations. Cette question occupe une large part dans les communications qui vous ont été transmises, et tous nos confrères sont à peu près unanimes pour en proclamer l'utilité.

Quoique la science ait fait justice depuis longtemps des imputations singulières dirigées contre la vaccine à l'endroit de la fièvre typhoïde, vous ne pouvez oublier combien les erreurs les plus dangereuses ont un accès facile auprès du public incompétent, et il est de votre devoir de ne rien négliger pour le prémunir contre leurs funestes effets.

Le mémoire si important de M. Bertillon qui a été en grande partie repro-

duit dans le rapport de votre commission ne laisse rien subsister de toutes ces affirmations ridicules.

Il résulte en effet de ses longues et laborieuses recherches, que, de quelque manière qu'on interprète les documents anciens et nouveaux de la statistique, à la condition de n'abdiquer ni les lois de la logique, ni celles de la science, on arrive à des conclusions écrasantes pour les rares adversaires de la vaccine.

Nous regrettons, messieurs, de ne pouvoir suivre notre savant confrère dans les développements dans lesquels il est entré. Vous auriez vu avec quelle autorité il a su discuter les erreurs émises sur la mortalité générale, sur les mouvements des populations, sur les conclusions tirées des recherches faites dans l'armée, etc., etc. Mais nous devons nous contenter de reproduire un vœu, déjà émis ailleurs, c'est que la publication *complète* de son remarquable travail ne se fasse pas longtemps attendre.

Messieurs, l'Académie est heureuse de répéter cette année qu'elle n'a qu'à louer le zèle du plus grand nombre des médecins vaccinateurs de France. Elle n'a eu que l'embarras du choix parmi les plus dignes dans l'avis qu'elle a eu à transmettre à Son Excellence M. le ministre pour la distribution des récompenses.

Toutefois, après avoir payé à tous le juste tribut d'éloges qui leur est dû, elle s'est arrêtée aux propositions suivantes qui ont été adoptées par l'autorité supérieure.

1° Prix de 1500 francs.

Trois médecins distingués ont été appelés à le partager.

En première ligne M. Bertillon (médecin de l'hospice de Montmorency) pour l'estime toute particulière que vous a inspirée le beau travail qui a figuré pour une si large part dans le rapport de votre commission.

En deuxième ligne M. le docteur Thore, pour un mémoire considérable, fait avec le plus grand soin et qui décèle un praticien distingué.

En troisième ligne, M. le docteur B. Voisin, qui vous a communiqué les faits d'une longue pratique, faits recueillis avec une rare sagacité et un excellent esprit d'observation.

2° Quatre médailles d'or.

Elles ont été accordées :

La première à M. le docteur Gintrac, de Bordeaux, pour sa relation d'une épidémie de variole pendant laquelle il a pu faire une étude curieuse et utile de la vaccination.

La seconde à M. Bourquet (de Rodez), pour les intéressants détails qu'il a donnés sur l'épidémie qui s'est manifestée dans le séminaire de philosophie et le petit séminaire de Saint-Pierre.

La troisième à M. le docteur Parmentier, dont les travaux sur la vaccine datent de longues années, et dont les services ont été justement appréciés dans son département (Drôme).

La quatrième, enfin, à M. Benault d'Alençon (Orne), pour le zèle qu'il n'a cessé de montrer dans l'accomplissement de ses fonctions et le grand nombre de vaccinations qu'il pratique chaque année.

Quant aux cent médailles d'argent, elles ont été décernées, comme les années précédentes, aux vaccinateurs qui se sont fait remarquer, les uns, par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des mémoires et des observations qu'ils ont transmis à l'Académie.

Messieurs, après cet exposé des questions proposées par l'Académie pour 1856, et cette appréciation des travaux qui lui ont été envoyés, il me reste un dernier mot à vous dire à l'occasion d'un prix d'une valeur considérable (car il est de 12,000 fr.) et des motifs qui vous ont empêché de le décerner cette année.

Ce prix, fondé par M. le marquis d'Argenteuil, a excité, de nouveau, une vive émulation, et vous n'avez pas reçu moins de 21 mémoires qui sont tous manuscrits, et dont quelques-uns ont une étendue considérable. De là une tâche immense pour la commission qui, du reste, en a déjà sérieusement commencé l'examen ; mais comme il était facile de le prévoir, le temps a manqué pour que cet examen pût être complet, et le résultat a dû être forcément renvoyé à l'année prochaine.

Un nouveau prix va s'ajouter à ceux que vous décernez annuellement, c'est celui qui a été fondé par M. le baron Barbier, ancien membre de l'Académie. Bien que le programme formulé par le *testateur lui-même* soit conçu dans un esprit qui rendra peut-être aussi difficile la tâche des compétiteurs que celle des futures commissions, il faut espérer qu'il donnera lieu à des recherches qui ne seront pas sans utilité.

Toutefois, nous ne pouvons nous empêcher de le dire ; il serait à désirer que ceux qui, à l'avenir, voudront doter l'Académie de pareilles institutions, imitassent l'exemple du vénérable Capuron et qu'ils s'en rapportassent à vous pour le choix des questions. C'est ce qui avait été parfaitement compris par le célèbre toxicologiste dont nous regrettons tous la perte, par Orfila, qui, dans sa libéralité pour notre compagnie, a reconnu par de sages dispositions, l'utilité de cette initiative.

— M. Bussy, président, donne lecture du programme des prix :

PRIX PROPOSÉS POUR 1857.

Prix de l'Académie. — « Déterminer par des faits cliniques le degré d'utilité des exutoires permanents dans le traitement des maladies chroniques. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le baron Portal. — « Exposer les altérations organiques produites par l'affection rhumatismale, et déterminer les caractères à l'aide desquels elles peuvent être distinguées des altérations dues à d'autres causes. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — « Du vertige nerveux. »

Tracer avec soin le diagnostic différentiel du vertige nerveux, signaler les caractères qui le distinguent des vertiges produits par la pléthore, par l'anémie et par une lésion organique cérébrale, et indiquer le traitement particulier qu'il réclame.

Ce prix sera de la valeur de 1,500 fr.

Prix fondés par M. le docteur Capuron. — 1° *Question relative à l'art des accouchements* : La question des *morts subites dans l'état puerpéral*, proposée pour 1855, est remise au concours pour l'année 1857. L'Académie fera remarquer aux concurrents que, depuis longtemps, on a observé des cas de mort subite chez les femmes enceintes, en travail ou accouchées, sans que ces cas de mort aient pu s'expliquer par les causes ordinaires et appréciables des morts subites.

Ce sont ces cas encore inexpliqués que l'Académie avait en vue quand elle a proposé la question des *morts subites dans l'état puerpéral*, et c'est dans ce sens exclusivement qu'elle désire que la question soit traitée.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

2° *Question relative aux eaux minérales* : Caractériser les eaux minérales *salines*, indiquer les sources qui peuvent être rangées dans cette classe ; déterminer, par l'observation médicale, leurs effets physiologiques et thérapeutiques, et préciser les cas de leur application dans les maladies chroniques.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le docteur Lefèvre. — « De la mélancolie. »

Ce prix, qui est triennal, sera de la valeur de 1,800 fr.

Prix fondé par M. le baron Barbier. — Ce prix, qui est annuel et de la valeur de 3,000 fr., sera décerné à celui qui découvrira des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables jusqu'à présent, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc., etc. (Extrait du testament.)

Prix fondé par M. le marquis d'Argenteuil. — (Voir plus haut les conditions requises.)

PRIX PROPOSÉS POUR 1858.

Prix de l'Académie. — La question déjà proposée pour 1856 est de nouveau mise au concours ; elle est conçue en ces termes :

« Faire l'histoire des applications du microscope à l'étude de l'anatomie pathologique, au diagnostic et au traitement des maladies, signaler les services que cet instrument peut avoir rendus à la médecine, faire pressentir ceux qu'il peut rendre encore, et prémunir contre les erreurs auxquelles il pourrait entraîner. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le baron Portal. — « De l'anatomie pathologique des kystes de l'ovaire et de ses conséquences pour le diagnostic et le traitement de ces affections. »

Ce prix sera de la valeur de 600 fr.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — L'Académie met de nouveau au concours la question suivante :

« Établir par des faits les différences qui existent entre la névralgie et la névrite; mais elle recommande aux concurrents non-seulement de s'enquérir de tous les faits déjà observés, mais encore de s'aider des expériences qui pourraient être faites en ce qui concerne l'inflammation des nerfs, afin de faire mieux connaître les caractères différentiels de la névrite. »

Ce prix sera de 1,500 fr.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — « De la mort de l'enfant pendant le travail de l'accouchement. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le docteur Itard. — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.

Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il sera de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Ce prix sera de 3,000 fr.

Prix fondé par M. le baron Barbier. — (Voir plus haut les conditions posées par le testateur.)

Les mémoires pour les prix à décerner en 1857 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars de la même année.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. (Décision de l'Académie du 1er septembre 1838.)

Les concurrents aux prix fondés par MM. Itard, d'Argenteuil et Barbier, sont seuls exceptés de ces dispositions.

ÉLOGE DE M. ROUX, prononcé par M. DUBOIS (d'Amiens).

Le 6 avril 1769, le secrétaire perpétuel de l'Académie royale de chirurgie allait prononcer, en séance annuelle publique, l'éloge de Claude-Nicolas Lecat, célèbre chirurgien de Rouen.

L'assistance était nombreuse, animée de sentiments divers. Dans un mémorable exorde, Louis crut devoir montrer quels étaient ses devoirs, ce qu'il pouvait craindre du présent, ce qu'il devait espérer de l'avenir.

« S'il est juste, dit-il, de rendre après la mort, aux membres des compagnies savantes, le tribut de louanges qu'exige la célébrité dont ils ont joui, il est quelquefois très-embarrassant, pour celui qui en est chargé par devoir, de satisfaire également aux égards que méritent sa compagnie, le public et la vérité.

» Mais, ajoutait Louis, il ne faut pas perdre de vue que les éloges de nos confrères sont destinés à faire partie de l'histoire de l'Académie, et qu'elle doit être lue en des temps éloignés, où l'amitié et toutes les considérations qui préviennent diversement les contemporains n'auront plus la moindre influence. »

Ces réflexions, messieurs, si justes et si vraies, auraient pu certainement me préoccuper moi-même aujourd'hui que j'ai à prononcer, devant ses anciens émules, ses amis et ses élèves, l'éloge d'un chirurgien bien autrement célèbre; aujourd'hui que j'ai à mesurer mon langage dans la critique et la louange d'un maître si vivement regretté et si digne de l'être; aujourd'hui enfin que j'ai à vous parler d'un des plus ingénieux et des plus hardis praticiens de notre époque, de Philibert-Joseph Roux, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut, titulaire de l'Académie de médecine, et chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu.

Peut-être aurais-je pu aussi me dire, sans trop de présomption, que cette impartiale notice, placée en tête d'un des volumes de vos Mémoires, et, grâce à cette savante escorte, disputée à l'oubli, devra être lue en ces temps éloignés dont parle l'historien de l'Académie royale de chirurgie; mais j'ai plus de confiance dans notre temps et dans cet amour de la science qui nous anime tous. Je n'irai donc point en appeler à une autre époque; je parlerai devant vous et pour vous, messieurs, avec la même liberté que si je m'adressais à la postérité la plus lointaine. Ne disant rien que de vrai, n'omettant rien de ce qui pourra faire honneur à la mémoire de M. Roux, et bien que, dans une autre enceinte, une voix justement applaudie m'ait rendu cette tâche bien difficile, je vais, à mon tour, essayer de vous le montrer tel que vous l'avez connu : doué des plus riches et des plus séduisantes facultés, opérateur habile et consommé, esprit vif, orné, loyal; avouant ses erreurs et ses revers avec autant d'empressement, j'allais dire avec autant de satisfaction que ses succès et ses triomphes; caractère généreux, noble et conciliant, homme de goût et de mœurs élégantes; amoureux de la gloire, la poursuivant et la cherchant encore quand elle était venue, vieillissant dans une longue jeunesse, et conservant de cet heureux âge toutes les qualités et tous les défauts, succombant enfin au moment où, rassemblant ses souvenirs, il avait commencé le véridique inventaire d'une vie longtemps facile et heureuse, quelquefois trop active, mais toujours digne et honnête.

M. Roux naquit à Auxerre, le 26 avril 1780. Son père, maître en chirurgie, jouissait dans cette ville d'une considération méritée; grâce à de longs services, il y avait obtenu la place de chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu et de l'École militaire.

Cette école, justement célèbre, était dirigée par des religieux de l'ordre savant et éclairé de Saint-Benoît; le jeune Philibert y fut admis et c'est là qu'il suivit les leçons du futur secrétaire perpétuel de l'Institut d'Égypte et de l'Académie des sciences, de Joseph Fourrier.

Philibert était un écolier fort dissipé, mais d'une humeur si franche et si ouverte qu'elle lui gagnait tous les cœurs, sauf cependant celui de son père qui n'augurait rien de bon d'un enfant aussi léger et aussi volage : une mère eût été plus indulgente, mais notre écolier avait perdu la sienne de fort bonne heure.

La révolution s'était fait sentir à Auxerre, comme partout; l'École militaire y était devenue un collége national, les élèves n'en continuaient pas moins d'y suivre les leçons de Fourrier, leur jeune et savant professeur n'ayant point prononcé de vœux n'avait eu qu'à déposer l'habit de Saint-Benoît pour rentrer dans l'ordre laïque; sa retraite eût été, dans ces temps de désorganisation, une véritable calamité; il suffisait à tout; on le vit enseigner successivement les mathématiques, la philosophie, la rhétorique et l'histoire générale.

Quant à notre futur collègue, s'il continuait à se distinguer, ce n'était guère que par la vivacité de son esprit et par une ardeur sans égale pour les jeux de son âge : grâce cependant à la plus heureuse facilité, il se maintenait presque toujours au premier rang parmi ses condisciples, mais son père n'en était pas plus satisfait; il ne pouvait croire que des succès obtenus ainsi sans efforts et presque sans travail, fussent de bon aloi et durables; aussi, se croyant en face d'une éducation complétement manquée, il crut devoir renoncer à l'idée qu'il avait toujours eue de faire de son fils un ingénieur des ponts et chaussées, et obligé, à son grand regret, de se rabattre sur sa propre profession, il résolut du moins d'en faire un bon et utile chirurgien, comme il l'était lui-même. Pour l'initier aux premières notions de son art, il lui fit suivre ses visites à l'Hôtel-Dieu, et il l'exerçait chaque jour à ce qu'on appelle les petites opérations de la chirurgie.

M. Roux ne montrait pas plus d'application pour les études chirurgicales qu'il n'en avait montré dans ses études littéraires, ce qui ne l'empêchait pas non plus de faire de remarquables progrès; seulement, cette vie paisible et monotone de petite ville lui était odieuse, le goût des voyages commençait à le tourmenter. Jeune, sans expérience, avide d'émotions, il saisit la première occasion qui s'offrit à lui de voir d'autres pays, non pas, comme il le fit plus tard, en montant dans une somptueuse chaise de poste et semant l'argent le long des routes, mais tout simplement en prenant une commission d'officier de santé de troisième classe et en se mettant le sac sur le dos.

C'est ce qu'il fit avec la résolution et la gaîté du jeune âge, vers la fin de 1796. Ce commencement de carrière militaire ne fut, du reste, ni bien sérieux, ni bien long. Dirigé sur Andernach, puis sur Aix-la-Chapelle, il fut congédié après dix-huit mois de service. Se trouvant ainsi libéré, comme un vieux serviteur, par suite du traité de Campo-Formio, il dut regagner ses foyers : il comptait y retrouver ses joyeux amis et ses doux loisirs, mais un Dieu inexorable veillait à ses foyers domestiques : c'était son père, rigide vieillard, qui, après quelques jours de repos, lui enjoignit de prendre la route de Paris, et d'aller enfin y faire des études plus sérieuses que par le passé.

Pratiquer des saignées et faire quelques pansements, c'était à peu près à cela que se réduisait toute l'instruction que M. Roux avait acquise à l'hôpital d'Auxerre; tout était donc à reprendre pour lui, et avant tout l'anatomie qui alors, comme aujourd'hui, était en grande faveur à l'école de Paris. C'est à cette étude qu'il dut consacrer les premières années de son séjour à Paris; il s'y livra tout entier, et cette fois avec d'autant plus de zèle et de succès que le jeune maître auquel il s'était attaché n'était pas seulement un habile anatomiste, mais un des plus grands physiologistes que la France ait produits : c'était Bichat, qui, dans les débris de l'organisation et jusque dans le mécanisme de la mort, si l'on peut ainsi s'exprimer, cherchait à pénétrer les mystères de la vie.

Bichat avait à peine 26 ans, il n'appartenait pas officiellement à l'école de Paris, et déjà il la remplit tout entière, elle semble ne vivre que de son souffle; il en est comme le chef et le fondateur. Qu'importe que son nom n'ait point figuré sur ses programmes? que sa parole n'ait jamais fait retentir les voûtes de son amphithéâtre? Il a été le maître des maîtres; tous ceux dont j'ai eu ici à prononcer les éloges se sont fait honneur d'avoir vu ce glorieux jeune homme et d'avoir suivi ses leçons; c'est qu'il y avait en lui de quoi plaire à tous : aux hommes d'imagination, il exposait ses théories générales; aux hommes rigoureux et sévères, ses expériences et ses descriptions d'organes.

M. Roux, plein des souvenirs de cette mémorable époque, a su plus tard en tracer un admirable et fidèle tableau. Je viens de dire que l'école de Paris cultivait avant tout l'anatomie, mais c'était plutôt en vue des opérations chirurgicales que pour éclairer la physiologie. L'art des Ruysh et des Malpighi était à peu près oublié : Bichat se montre et tout prend un aspect, une autre direction; Bichat est vitaliste. Son esprit, dit M. Roux, se serait révolté à la pensée de cet organicisme moderne qui considère la vie, non comme une puissance primordiale et distincte, mais comme un simple résultat de l'organisation, la régit et la gouverne. Bichat, dans son langage figuré, va plus loin, il personnifie la mort elle-même : c'est une puissance avec laquelle l'âme soutient une lutte, et cette lutte éphémère c'est la vie! N'est-ce point là, en d'autres termes, ce qu'a dit Pascal! N'est-ce point cette résistance du roseau pensant contre les forces extérieures de la nature? Quant à cette lumineuse distinction établie par Bichat entre les phénomènes, ou plutôt entre les fonctions de la vie, elle n'était que le péristyle d'un monument bien autrement considérable, et déjà cependant elle dominait toute la science.

M. Roux nous apprend quelle part il lui a été donné de prendre à la composition de l'anatomie générale. Ce devait être, dit-il, le plus beau monument que Bichat allait élever à la science, son plus beau titre à la renommée, comme aussi celui qui lui survivra éternellement; et cependant, par un de ces heureux privilèges qui n'appartiennent qu'au génie, ces pages immortelles il les avait presque toutes improvisées; ses deux élèves, Buisson et M. Roux, en avaient rédigé une partie sous forme de leçons et au jour le jour. Telle a été, ajoute modestement M. Roux, l'origine de ces quelques pages de l'anatomie générale, très-probablement les moins bonnes pour le style et pour la coordination des idées.

Mais cette brillante existence devait prématurément s'éteindre. Bichat, mort à 31 ans, avait à peine indiqué la route qu'il devait parcourir; M. Roux se demande comment il eût poursuivi une carrière si glorieusement commencée; l'eût-il rendue plus éclatante encore, si c'eût été sa destinée que sa vie se prolongeât? Répondons avec lui : C'est le secret de la Providence.

Quoi qu'il en soit, Bichat n'était plus. Quelle direction allaient prendre ses deux élèves? Pleins de son esprit, nourris de ses doctrines, allaient-ils continuer son enseignement, poursuivre ses travaux? Pour Buisson, la mort vint trancher la question. Enlevé plus prématurément encore que son jeune maître, il n'avait pas même terminé cette partie de l'anatomie descriptive qui lui avait été confiée. C'était donc à M. Roux que revenait de droit cet héritage scientifique. Mais si, vers la fin de 1803, il publia le dernier volume de l'ANATOMIE DESCRIPTIVE, déjà, en 1802, c'est-à-dire l'année même de la mort de Bichat, il s'était tourné vers la chirurgie. Le cours qu'il se mit à professer dans l'amphithéâtre même de Bichat, était un cours d'opérations. Bientôt il donna une nouvelle édition du TRAITÉ DES MALADIES DES VOIES URINAIRES, puis, coup sur coup, il parut dans plusieurs concours de chirurgie avec un remarquable éclat.

Ainsi M. Roux, élève de Bichat, et qu'on devait considérer comme son successeur, fit précisément le contraire de ce qu'avait fait son maître.

Bichat avait commencé par la chirurgie; ses premiers maîtres avaient été

Marc-Antoine Petit et Desault, son premier cours au cours d'opérations, ses premières publications des leçons et des mémoires de chirurgie. Mais bientôt ce beau génie se transforme, il se livre tout entier aux études physiologiques, et dans cette nouvelle carrière il acquiert rapidement une gloire impérissable. M. Roux, au contraire, venait à peine de fermer les yeux de son maître qu'il abandonne toute étude physiologique pour ne plus s'occuper que de chirurgie.

Si Desault eût vécu plus longtemps, a dit quelque part M. Roux, il est très-vraisemblable que Bichat se serait mû à toujours dans l'orbite de ce maître chéri, et qu'il aurait pu laisser après lui la renommée d'un grand chirurgien au lieu de celle d'un célèbre physiologiste; peut-être pourrait-on également dire de M. Roux que si Bichat eût vécu plus longtemps, il ne serait point sorti non plus de l'orbite tracée par son maître Mais enfin, puisqu'au lieu de s'être illustré comme physiologiste, il a laissé après lui la renommée d'un grand chirurgien, nous devons maintenant le suivre dans cette autre sphère et voir comment il est arrivé à cette célébrité.

La carrière des concours était alors, comme aujourd'hui, ouverte à tous les jeunes talents. M. Roux venait à peine d'y entrer et déjà il allait se trouver en face d'un jeune homme que dévorait une vaste ambition, de celui qui devait être le plus redoutable et le plus constant de ses adversaires, de celui qu'il devait désormais rencontrer à chaque pas, qui, partout et toujours, serait là pour lui barrer le passage, qui allait peser ainsi sur toute sa destinée jusqu'au moment où, enlevé par une mort prématurée, il lui laisserait, comme un dernier fardeau, sa propre et écrasante succession.

On pense bien que c'est de Dupuytren que nous voulons parler. Pour la première fois, ces deux émules allaient se rencontrer. Dupuytren était de trois ans plus âgé que M. Roux, mais déjà que de différences entre ces deux jeunes hommes, dont l'un avait vingt-deux ans et l'autre vingt-cinq!

Nous avons vu avec quelle facilité, avec quelle insouciance M. Roux avait passé les premières années de sa jeunesse; combien avait été léger pour lui le fardeau de la vie. Son père avait bien pu sans doute lui imposer quelque économie et borner ses dépenses; mais ce jeune homme n'avait jamais été aux prises avec l'infortune; il n'avait point reçu les sévères et fortifiantes leçons de l'adversité! Dupuytren, au contraire, né dans une petite ville de la Haute-Vienne, ne doit sa première éducation qu'à la générosité d'une famille étrangère. Plus tard, il est obligé de partager, avec un condisciple, une modeste chambre que meublaient un pauvre lit, une table et trois chaises. C'est là que ce sérieux jeune homme inaugure ses longues études. Le sort ne lui accorde point ce bienfait des dieux, l'amitié d'un grand homme. Et qui sait s'il l'aurait accepté? C'est aux premières places qu'il se sent lui-même destiné et que déjà il aspire; lui qui, dans le champ de la science, n'a encore fait aucune conquête, lui qui n'aura point de Rubicon à traverser, il ose dire à ses camarades qu'il ne voudrait pas être le second dans Rome. Et qu'était-ce pour lui que Rome? C'était ce sceptre de la chirurgie qu'il voyait en perspective et sur lequel déjà il aurait voulu porter la main.

Tel était l'adversaire avec lequel M. Roux allait se mesurer. Le prix du concours était la place de chirurgien en second de l'Hôtel-Dieu.

La victoire fut longtemps disputée. M. Roux, dans les épreuves orales et surtout dans les improvisations, se montrait supérieur à son adversaire; déjà il avait cette richesse, cette abondance d'expressions qui le faisait courir, s'écarter, revenir et puis dépasser le but sans jamais pouvoir s'y maintenir. Dupuytren, sobre de paroles, mais plus méthodique et plus rigoureux, avait l'avantage dans les épreuves où le raisonnement et l'appréciation des faits sont de préférence requis: Dupuytren fut déclaré vainqueur, et il monta sur cette grande scène de l'Hôtel-Dieu où il devait acquérir une si haute renommée.

M. Roux, cependant, avait fait preuve d'un si beau talent et de connaissances si étendues, qu'à peu de temps de là il fut désigné, par M. Frochot, préfet de la Seine, pour remplir les fonctions de chirurgien en chef adjoint de l'hôpital Beaujon.

Ce modeste établissement, situé loin du quartier Latin et du tumulte des écoles, semblait destiné à recevoir ceux qui, sortis tout froissés de leurs conflits avec Dupuytren, avaient besoin, pour se remettre, de paix et de silence; M. Roux alla donc passer quelques années dans cette paisible retraite. Plus tard, le bon Marjolin, nommé chirurgien en second de l'Hôtel-Dieu, dut également aller dans cet asile chercher des malades à traiter, des élèves à instruire, et surtout des témoignages d'affection et de bienveillance; toutes choses qui lui auraient été refusées près d'un chef qui, non-seulement ne pouvait pas souffrir d'égal, mais qui ne voulait pas même qu'un second le suivît de trop près.

Quelques années d'une vie peu active se passèrent donc ainsi pour M. Roux, qui dut en frémir d'impatience, lorsque, en 1810, il fut assez heureux pour entrer dans la famille d'un grand chirurgien; M. Boyer lui accorda sa fille, et obtint pour son gendre la place de chirurgien en second de la Charité.

Sous la direction d'un maître tel que Boyer, M. Roux aurait pu acquérir ce qui lui manquait; il aurait pu devenir à la fois un habile et un sage chirurgien, mais pour un génie aussi aventureux et aussi entreprenant que le sien, ce ne pouvait être qu'une contrainte perpétuelle. Boyer était son chef, les règlements le voulaient ainsi; M. Roux devait lui-même finir par reconnaître la nécessité et la sagesse de cette subordination; il a dit plus tard en fort bons termes, que c'était une autorité salutaire qui, au besoin, pouvait contenir la trop vive ardeur des jeunes chirurgiens et cette hardiesse trop grande qui naît trop facilement d'une trop grande indépendance. Mais dans les premières années de son adjonction à Boyer, loin de reconnaître et de bénir ce frein salutaire, il luttait chaque jour et déplorait ce qu'il appelait ses entraves.

C'était, du reste, une étrange opposition entre ces deux caractères et ces deux genres de talent: l'imagination, le génie inventif et inquiet semblait perpétuellement aux prises avec la circonspection, la sagesse et le bon sens; M. Roux avait quelque chose de vaillant, de généreux et de chevaleresque; M. Boyer avait quelque chose de prosaïque, de railleur, mais de profondément sensé; nous étions tous témoins de ces luttes intestines; les jeunes gens se déclaraient pour M. Roux, les hommes d'un âge mûr étaient plutôt pour M. Boyer; il semblait aux premiers que M. Roux était en chirurgie l'image de l'avenir, et que M. Boyer représentait le passé. M. Boyer trouvait, en effet, que la chirurgie était arrivée à son plus haut degré de perfection, que l'Académie royale de chirurgie y avait mis la dernière main, et qu'il n'y avait plus rien à ajouter; M. Roux s'écriait, au contraire, « non, l'édifice de la science n'est point encore achevé, non, l'art n'a point encore atteint ses dernières limites! »

Conviction généreuse et séduisante qui devait lui concilier tous les hommes d'avenir, aussi finit-il par l'emporter: triste et résigné, M. Boyer lui laissa le champ libre.

Quel usage M. Roux fit-il de cette indépendance? En quoi, et comment a-t-il agrandi le domaine de la science? Jusqu'où a-t-il reculé les limites de l'art? C'est là ce que nous allons examiner.

Le décès de Sabatier, survenu en 1811, venait de laisser vacante la chaire de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris; la lice s'ouvrit de nouveau; Dupuytren et M. Roux se retrouvèrent en présence; M. Roux se montra brillant, Dupuytren profond; l'ancien élève des Bénédictins eut un avantage marqué sur son compétiteur dans la composition latine; on retrouve toujours les fruits de l'éducation littéraire; quand les humanités ont été imparfaites ou manquées, on ne peut les réparer, on demeure à jamais incomplet. Cependant Dupuytren fut de nouveau déclaré vainqueur, et il lui fut donné d'occuper la chaire de Sabatier.

Ce n'était plus, du reste, qu'une question de temps pour M. Roux, sa place était marquée dans le haut enseignement; en 1816, la mort de Petit-Radel et d'Alphonse Leroy avait laissé libres deux autres chaires. Par suite de permutations, celle de pathologie externe fut déclarée vacante; mais le concours était supprimé, la Faculté dut faire une présentation, ce fut le classique et populaire Marjolin qui fut porté en première ligne, M. Roux n'arriva qu'en seconde; enfin, le 10 février 1820, justice fut rendue à M. Roux: Percy ayant donné volontairement et très à point sa démission, M. Roux fut présenté en première ligne, et le 4 mars suivant sa nomination fut approuvée.

Mais ce n'était pas seulement dans l'enseignement que devait briller M. Roux, il devait aussi tenir un rang distingué dans les corps savants; vers la fin de cette même année 1820, il avait été compris dans les premières nominations de l'Académie royale de médecine, il en devint un des membres les plus assidus et les plus actifs. L'Académie était alors divisée en trois grandes sections; M. Roux remplit, en 1825, les fonctions de secrétaire de la section de chirurgie; en 1827, il en fut le vice-président; en 1828, il fut porté au fauteuil de la présidence.

M. Roux, cependant, ne pouvait s'en tenir là; l'Institut a, dans la classe des sciences, une section de médecine et de chirurgie. M. Roux devait naturellement aspirer à occuper un de ces fauteuils: en 1820, une place était devenue vacante par suite du décès de Percy; M. Roux s'était mis au nombre des candidats; ses titres étaient nombreux, mais son éternel adversaire, Dupuytren, s'était également mis sur les rangs; l'issue ne pouvait être douteuse: Dupuytren fut nommé à une imposante majorité. En 1829, une nouvelle vacance est déclarée dans la section; cette fois, une grande gloire militaire, Larrey, vient disputer cet honneur à M. Roux; M. Roux balance un moment les suffrages; cinq voix seulement décident en faveur de Larrey; enfin, à la mort de M. Boyer, en 1834, M. Roux est nommé au premier tour de scrutin.

Le voilà donc en possession de ces quatre joyaux tant désirés: il est membre de l'Institut, il est titulaire de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté, et chirurgien en chef d'un grand hôpital; qu'a-t-il fait jusque-là, que va-t-il faire pour mériter toutes ces distinctions? En quoi a-t-il servi la science, et, nous devons aussi le demander puisqu'il s'agit d'un chirurgien, en quoi a-t-il été utile à l'humanité?

Celui qui, jour par jour, voudrait raconter la vie d'un grand chirurgien, qui voudrait exposer tout ce qu'il a fait dans le cours d'une longue et laborieuse carrière, pourrait se dire comme l'historien latin: *Opus aggredior opimum casibus.* Mais il faut le reconnaître, M. Roux, autant qu'il était en lui, a rendu cette tâche facile pour tous ceux qui s'occuperont de ses travaux; il s'était fait lui-même son propre historien, sa vie tout entière s'est passée dans l'éternel récit de ce qu'il avait fait; ses mécomptes eux-mêmes n'étaient point déguisés: c'était comme autant de drames qui servaient à orner ses narrations, ce qui ne l'empêchait pas d'insister, et avec raison, sur les faits qui pouvaient lui faire le plus d'honneur; ainsi la première place était réservée à ceux qui se trouvent compris dans ce qu'on nomme la chirurgie *réparatrice*.

Cette chirurgie réparatrice a été, il faut le dire, le triomphe de M. Roux, c'est dans cet ordre de faits qu'il a pu montrer toutes les ressources, toute l'étendue et toute la souplesse de son talent; il y mettait un art infini, et souvent les plus beaux résultats couronnaient ses efforts.

Les ruines d'une maison peuvent se réparer, a dit le fabuliste:

Que n'est cet avantage
Pour les ruines du visage!

Eh bien! messieurs, grâce à son génie inventif, à sa merveilleuse adresse,

M. Roux a su plus d'une fois procurer cet avantage, il a su réparer d'affreuses ruines du visage, non celles, sans doute,

Qui sont des ans l'irréparable outrage,

mais les ruines bien plus profondes et bien plus hideuses qui sont produites par des lésions accidentelles, par des mutilations, ou celles qu'apportent en naissant quelques êtres déshérités.

Cet édifice humain, si longuement et si merveilleusement organisé dans le sein de la mère, peut arriver au monde inachevé, imparfait, ou même déformé; il semble, en certains cas, que la nature s'est trouvée en retard, et qu'elle s'est ainsi laissée aller à ce qu'on nomme des *arrêts de développement*; d'autres fois il semble qu'elle a précipité son travail, poussé trop loin son œuvre, et commis des *excès de développement*. De là autant de difformités que l'art peut être appelé à réparer. Mais pour combler ces vides, pour refaire ces murailles vivantes, où prendre des matériaux? De quel ciment se servir pour les faire adhérer et comment y entretenir la vie? C'est ici que doit se montrer, et dans tout son éclat, le génie chirurgical; il intervient dans l'œuvre du créateur et travaille de compte à demi avec la nature; mais, d'un autre côté, quel courage, quelle patience, ne faut-il pas, chez les pauvres malades, pour supporter ces longues, ces sanglantes et douloureuses manœuvres? J'en veux citer un seul exemple pris, bien entendu, dans la pratique de M. Roux :

Une jeune fille, à peine âgée de 21 ans, était venue réclamer ses soins; elle avait, au côté gauche de la face une large et hideuse ouverture qui venait se confondre avec la bouche; on voyait à nu des portions osseuses, et comme, de ce côté, la mâchoire était privée de dents, la langue, mal contenue, faisait saillie hors de la bouche et ajoutait à cette difformité. Il ne fallut pas moins qu'une année pour réparer cet affreux désordre, et sept fois on dut recourir a de nouvelles opérations; c'était la malade qui, à chaque fois, suppliait M. Roux de se remettre a tailler d'autres lambeaux dans les parties voisines. Douée d'un courage surhumain, d'un courage de femme! cette pauvre malade, loin d'hésiter, se montrait, à chaque nouvelle tentative, plus résolue et plus résignée; après cinq opérations cependant, elle se trouvait à peu près comme au premier jour; et ici on ne sait ce qu'on doit le plus admirer ou de l'inébranlable fermeté de la patiente, ou de l'ingénieuse persévérance de l'opérateur; enfin, celui-ci fut assez bien inspiré pour imaginer un procédé qui lui permit tout a la fois de refaire une portion de la joue et du nez; les lambeaux, cette fois, demeurèrent en place, le plus difficile était fait; la septième opération n'eut d'autre but que de rattacher une partie de la lèvre supérieure au bord de la joue reconstituée.

La pauvre fille fut enfin payée de sa constance et de ses peines; quelques cicatrices sillonnaient encore la joue, mais elle pouvait, du moins, rentrer dans la société et ne plus y être un objet de dégoût et d'horreur, ceci lui suffisait; et je dirai que, arrivée à ce point, elle montra plus de sagesse et de raison que son opérateur; celui-ci, qui ne voyait dans tout cela qu'un véritable travail d'art, aurait voulu atteindre un plus haut degré de perfection; il soutenait qu'en pratiquant du côté gauche une nouvelle incision, il pourrait donner plus de régularité et de symétrie à la bouche; j'avais le désir, a-t-il écrit depuis, de compléter l'œuvre qui m'avait occupé si longtemps. La malade s'y refusa; elle avait voulu, disait-elle, ne plus être un objet de pitié et de dégoût, elle ne céderait pas à un mouvement de coquetterie.

Quelques détails, donnés par M. Roux lui-même, montrent, du reste, que le cœur de cette jeune fille était à la hauteur de son caractère. Durant le long séjour, dit-il, qu'elle fit à l'hôpital, elle avait conçu pour l'une de ses compagnes de malheur la plus tendre affection, et elle s'était imposée le pieux devoir de lui venir plus tard en aide, en partageant avec elle le produit de son travail : fidèle à l'engagement que son âme compatissante lui avait fait prendre, on la vit, en effet, pourvoir aux besoins de la jeune femme, à laquelle elle s'était attachée uniquement, parce qu'elle avait cru voir qu'elle était plus infortunée qu'elle-même.

Mais ceci devient une digression : ne quittons pas la pratique de M. Roux. J'ai dit tout à l'heure que, dans cette merveilleuse construction de l'édifice humain, la nature semblait parfois avoir manqué de temps pour achever certaines parties; il peut se faire, en effet, que les deux moitiés du corps ne se soient pas réunies complétement dans le sein de la mère, et que la division médiane persiste en quelques points, par exemple à l'égard de la lèvre supérieure, et alors il en résulte ce qu'on nomme un *bec-de-lièvre*. Il peut se faire aussi que cette même division se montre plus en arrière, et qu'elle partage en deux moitiés cette membrane délicate et mobile tendue au fond de la bouche, qu'on nomme le *voile du palais*. De là un timbre particulier de la voix et un vice remarquable de prononciation.

Cette difformité n'est point rare : de tout temps on l'avait observée, et bien souvent, sans doute, l'idée avait dû venir aux chirurgiens de chercher à y remédier par un procédé semblable à celui qu'on emploie pour le bec-de-lièvre, c'est-à-dire en pratiquant quelques points de suture. Mais comment aller placer des aiguilles et des fils sur les bords fraîchement avivés d'une membrane si mince et si mobile? Et comment les maintenir en place pendant plusieurs jours? A M. Roux était réservé l'honneur de surmonter toutes les difficultés, et son coup d'essai fut un coup de maître.

Dans le cours de l'année 1819, un jeune médecin, originaire du Canada, était venu trouver M. Roux. Le timbre de sa voix trahissait déjà la nature de son infirmité. Il raconta à M. Roux qu'il était né avec cette fâcheuse division du voile du palais. M. Roux, en examinant ce vice de conformation, s'aperçut que, dans certains mouvements de déglutition, les bords de la division se rapprochaient assez exactement l'un de l'autre. Ce fut pour lui un trait de lumière : il conçut tout aussitôt la possibilité de les maintenir ainsi rapprochés l'un de l'autre, et communiqua cette idée au jeune médecin, qui, séduit par l'espoir de recouvrer le libre usage de la parole, consentit avec joie à tout ce que voudrait faire M. Roux.

L'opération, pratiquée en présence d'un petit nombre de personnes, réussit complétement. Le timbre de la voix prit tout aussitôt un autre caractère, et, après quelque temps d'exercice, les mots furent parfaitement articulés.

C'était un beau succès que venait là d'obtenir M. Roux. Il appela cette opération la *staphylaraphie*, dénomination heureuse qui entra de plein droit dans la nomenclature chirurgicale; car elle exprimait une chose nouvelle et par un mot judicieusement formé.

Chacun rendit hommage au génie inventif et à l'habileté de l'opérateur. M. Roux, lui-même, crut devoir mettre de côté toute fausse modestie, disant qu'on ne comprenait peut-être pas assez combien c'était chose heureuse que la chirurgie possédât enfin les moyens de restaurer le voile du palais. C'était chose heureuse, assurément ; toutefois quelques catastrophes vinrent prouver que, même dans cet ordre de faits, on ne saurait avoir l'assurance de porter toujours impunément l'acier tranchant sur des parties vivantes.

Que de fois n'a-t-on pas entendu M. Roux raconter lui-même l'histoire de ces trois jeunes gens nés en Irlande, modèles de l'affection fraternelle qui, à l'insu de leur mère, ou du moins en lui cachant le véritable but de leur voyage, et en voulant lui ménager le plaisir d'une surprise, s'étaient rendus à Londres et de Londres à Paris, pour se confier à ses soins?

Ils étaient, il est vrai, dans de fâcheuses conditions morales : le chagrin d'avoir agi contrairement au désir de leur mère assombrissait toutes leurs idées; il leur semblait qu'une fatalité étrange pesait sur eux, et cette pensée les remplissait de funèbres pressentiments. Ainsi, celui qui devait subir l'opération, plus triste et plus inquiet que ses frères, va visiter les hauteurs de Montmartre, et entre par hasard dans le cimetière voisin; il parcourt ces tristes lieux, et, à l'aspect de ces tombes, il ne peut s'empêcher de dire : « Si je meurs, c'est peut être ici que je serai enterré! »

M. Roux, plein de confiance, comme toujours, avait fait tous ses efforts pour lui inspirer une pleine et entière sécurité. L'opération, du reste, fut des plus simples : elle dura aussi peu de temps que le comportait une division bornée au voile du palais; mais elle était à peine terminée, que se déclarèrent les accidents les plus graves et les plus alarmants; et, cinq jours après, cet infortuné jeune homme expirait dans les bras de ses deux frères.

Quelle avait pu être la cause d'accidents aussi formidables, aussi rapidement mortels? C'était là ce que M. Roux s'était naturellement demandé. L'autopsie n'avait pas été pratiquée : aurait-elle pu lui apprendre quelque chose? M. Roux en doutait et avec raison. Il était cependant quelques enseignements que M. Roux aurait pu tirer de cette mort si rapide et si imprévue; et d'abord, c'est que si ce repli membraneux qu'on appelle le *voile du palais* occupe peu d'espace, s'il est mince, traversé d'un petit nombre de vaisseaux et de nerfs, il n'en fait pas moins partie intégrante de ce tout animé, sensible et sans cesse agité par le souffle de la vie; il aurait pu aussi en conclure que des sympathies mystérieuses établissent une effrayante solidarité entre tous les organes de l'économie, et qu'en portant le fer sur ceux qui paraissent avoir le moins d'importance, on entame la vie elle-même.

C'est là, sans doute, ce que paraissent redouter les chirurgiens qui ont vieilli dans l'exercice de leur art; et de là cette prudence, cette circonspection qui, de plus en plus, les éloigne de la pratique des opérations et les leur fait sans cesse ajourner.

Il est cependant une chirurgie qui ne comporte pas ces ajournements, qui souvent même ne permet pas la moindre hésitation : c'est celle qu'on pourrait nommer la *chirurgie conservatrice*. Celle-ci n'a plus pour but de remédier à des vices de conformation ou de corriger des défectuosités organiques compatibles avec la vie, elle a pour unique objet la conservation même de l'existence, ou du moins sa prolongation; parfois même c'est un simple sursis qu'elle vient donner, et ce sursis est encore un bienfait. La chirurgie n'a plus ici les prétentions qu'elle avait tout à l'heure; elle ne restaure plus, elle ne perfectionne plus : elle empêche de mourir! Mission impérieuse et sacrée qu'il ne faut jamais perdre de vue.

C'est sur les champs de bataille que cette chirurgie se montre dans tout son éclat; mais, sans sortir de la pratique civile, assez de cas s'offrent à nous dans lesquels l'art doit intervenir, et dans lesquels il doit donner des secours aussi prompts, aussi intelligents que s'il s'agissait des accidents de guerre. Or c'était surtout dans ces graves circonstances que se montrait encore la supériorité de M. Roux.

Par ses connaissances profondes en anatomie, par la justesse de son coup d'œil et la promptitude de ses résolutions, M. Roux était en quelque sorte l'homme de la circonstance. Là où d'autres sont pris d'un trouble insurmontable et se trouvent comme paralysés, M. Roux se sentait parfaitement à l'aise : rien ne le troublait, rien ne le déconcertait; et cela au milieu des dangers les plus pressants, dans ces larges et profondes blessures, par exemple, où des vaisseaux importants ayant été ouverts, le sang s'échappe à flots et la vie semble se répandre avec lui. Quelle sagacité, cependant, et quelle adresse ne faut-il pas alors pour découvrir quelle est la source du sang et pour aller chercher l'artère qu'on doit lier? Or, je le répète, ces difficultés, ces dangers, loin d'effrayer M. Roux, avaient pour lui un invincible attrait. Aussi se plaisait-il, dans ses leçons, à les rappeler de préférence, à dire comment il les avait reconnues et comment il s'en était rendu maître. Quant aux cas ordinaires, à ceux qui ne lui avaient offert aucune difficulté, c'est à peine s'il daignait en parler, ou, s'il le faisait, c'était avec un souverain mépris. « Quoi de plus vulgaire, disait-il, quoi de plus commun et de moins

curieux que ces ligatures d'artères de moyen ordre, presque toutes placées superficiellement et presque toutes accessibles à la main du chirurgien ? »

Il aurait volontiers fait fi de ces pauvres blessés si peu intéressants pour la grande chirurgie.

« Mais il n'en est pas de même, reprenait-il avec satisfaction, des cas où j'ai eu à appliquer les ressources de l'art au foyer même des grandes hémorrhagies, sur la plaie de l'artère et au lieu d'émergence. Ceux-là seuls, ajoutait-il, pouvaient offrir un véritable intérêt, puisqu'il s'agissait d'artères d'un calibre considérable. » Voilà comment M. Roux entendait la pratique de la haute chirurgie, de celle du moins dans laquelle l'homme de l'art peut espérer de trouver quelque illustration.

Mais, outre ces blessures si graves, si difficiles à fermer, les artères peuvent éprouver d'autres lésions; elles peuvent se dilater dans une portion de leur étendue et former ainsi des tumeurs, quelques-unes de leurs tuniques peuvent se rompre; de là autant de maladies distinctes qu'on a appelées *anévrismes*. Ici encore il n'y a pas à attendre, il n'y a pas d'ajournement possible; abandonnées à elles-mêmes, ces lésions ont presque toujours une issue funeste : la chirurgie doit donc encore intervenir; mais comment peut-on obtenir la guérison de ces tumeurs, de ces dilatations artérielles? Un seul moyen peut offrir des chances de succès : il faut intercepter le cours du sang dans l'artère, il faut y amener une oblitération permanente. Or, pour arriver à ce résultat, il est plusieurs procédés auxquels on peut recourir. M. Roux n'en a inventé aucun; mais, à une époque où les travaux des chirurgiens étrangers étaient peu connus parmi nous, il a eu le mérite de faire triompher en France une méthode simple, rationnelle et souvent efficace : c'est celle qu'on désigne sous le nom de *méthode de Hunter*, et qui consiste à aller placer une ligature au-dessus de la tumeur et dans une partie saine de l'artère.

Toutes ces opérations, on le voit, rentrent essentiellement dans la chirurgie conservatrice : il s'agit toujours de remédier à des lésions qui intéressent directement l'existence. Mais il peut se faire que la chirurgie, sans perdre ce caractère, n'ait plus à écarter des dangers aussi imminents; il peut se faire qu'elle ait seulement pour but de conserver une partie du corps, un membre, par exemple. Ainsi l'homme de l'art est appelé; il constate que l'os seul est malade; les parties molles sont parfaitement intactes : faut-il amputer ce membre? faut-il pour cela et dans tous les cas mutiler le malade? C'était trop souvent le parti qu'on prenait en d'autres temps. M. Roux a prouvé par des faits que, dans la part des cas, on peut se borner à retrancher la portion d'os malade, que cette portion se trouve dans la continuité d'un os long ou à une extrémité articulaire, ou bien enfin dans toutes les parties contiguës d'une articulation. On diminue ainsi la longueur du membre, mais du moins on le conserve.

Ici M. Roux a eu le mérite d'une invention : on lui doit un nouveau procédé pour la *resection* des os du coude. Lui-même a exposé, en d'autres temps, à l'Académie, trois cas de succès; et j'ajoute que ce procédé est d'autant plus précieux, qu'il épargne plus de douleurs au malade, et qu'au lieu de trois incisions il n'en exige que deux; circonstances qui n'étaient pas toujours prises en grande considération par M. Roux, mais dont nous ne devons pas moins tenir grand compte.

Il faut dire maintenant que cet habile opérateur n'excellait pas seulement dans ces grandes et douloureuses manœuvres : chacun de nous a pu voir avec quelle aisance et avec quelle dextérité il procédait à ces minutieuses et délicates opérations qui semblent exiger de la part du chirurgien des études toutes spéciales et presque exclusives. Nous citerons, comme exemple, celles qui se pratiquent sur l'œil et sur ses dépendances. On sait que la nature a placé dans cet admirable instrument d'optique une lentille; que cette lentille peut perdre sa transparence et devenir un obstacle à la vision : c'est la *cataracte*. Pour rétablir la vision, il faut abaisser le cristallin devenu opaque, ou l'extraire : d'où deux procédés, celui de l'*abaissement* et celui de l'*extraction*. Pour M. Roux, le choix ne pouvait être douteux : c'était l'extraction qu'il devait pratiquer presque exclusivement, puisque Dupuytren pratiquait de préférence l'abaissement. Et ici, pour donner une idée de l'étendue de sa pratique, il nous suffira de dire qu'en moins de quatre années il rendit ses élèves témoins de plus de trois cents opérations de cataracte.

D'après tout ce que nous venons de dire, on comprendra facilement quelle était la prodigieuse activité de M. Roux dans cette pratique journalière des opérations, activité très-louable tant qu'elle s'est exercée dans les limites de la chirurgie *conservatrice;* je pourrais même ajouter qu'en le voyant à l'œuvre, dans ces moments critiques et décisifs, on ne pouvait s'empêcher de reconnaître combien ici la chirurgie semble l'emporter sur la médecine.

La médecine, en effet, dans les cas les plus heureux et qui paraissent lui faire le plus d'honneur, ne peut jamais revendiquer à elle seule le bénéfice de la guérison, la nature est toujours là pour en réclamer sa part, tandis que la chirurgie, dans l'ordre de faits dont nous venons de parler, peut soutenir à bon droit que si elle n'était intervenue le malade aurait péri.

Mais, d'un autre côté, il ne faut pas oublier que si la médecine ne peut aspirer à de semblables triomphes, si elle ne peut se dire aussi essentiellement conservatrice, on ne saurait non plus faire peser sur elle, en un autre sens, la même responsabilité que sur la chirurgie; on est, en effet, obligé de reconnaître que, dans ses revers les plus fâcheux, dans ses sinistres les plus rapides, et lorsque toutes ses prévisions ont été démenties, la nature est encore là pour assumer une part incontestable, tout au plus peut-on l'accuser d'avoir laissé mourir le malade.

La chirurgie, au contraire, soit erreur, soit fatalité, et je parle ici de celle qui est exercée par les plus habiles et les plus éminents, la chirurgie peut être parfois accusée et positivement convaincue d'avoir tranché le fil des jours du malade.

M. Roux, pour sa part, ne le savait que trop, et c'est avec une entière franchise qu'il avouait ses malheurs; il est le premier, peut-être, qui ait eu le courage de classer ses opérations suivant que l'issue en avait été heureuse ou malheureuse : c'est ce qu'il a fait pour ses opérations de l'anévrisme par la méthode de Hunter. Il groupe d'abord ce qu'il appelle ses *succès*, ajoutant (lui seul pouvait trouver de ces mots) que c'est la partie la plus *riante* de son tableau; puis il réunit en un second groupe ce qu'il nomme ses *revers*, mais tout cela sans être déconcerté le moins du monde, et sans rien perdre de sa confiance : c'est un homme de guerre qui parle de ses défaites, et qui sait que les armes sont journalières; il n'éprouve qu'un regret, c'est de se sentir trop âgé pour pouvoir prendre sa revanche : « Si j'étais moins avancé dans ma carrière, écrivait-il dans ses dernières années, si j'étais encore à l'âge des longs espoirs, je pourrais du moins former le vœu de compenser ces revers par de nombreux succès ! »

Mais M. Roux allait plus loin dans ses aveux : les échecs dont nous venons de parler peuvent survenir dans l'exercice de la chirurgie la plus sage, la plus prudente; il en est d'autres, au contraire, qui doivent marquer douloureusement dans la vie d'un chirurgien, ce sont ceux qui résultent de méprises ou d'erreurs. Or M. Roux n'a pas non plus reculé devant ces aveux : « Deux fois entre autres, disait-il, il m'est arrivé d'ouvrir l'artère crurale, et deux fois j'ai été ainsi l'artisan de blessures mortelles ! loin de jeter un voile sur ces faits, ajoutait-il, je me propose au contraire, de les faire connaître dans tous leurs détails, afin qu'ils servent d'enseignement aux jeunes chirurgiens. »

Ces aveux sont louables, messieurs, ils témoignent de la sincérité, de la bonne foi du chirurgien qui ne craint pas de les faire; mais si de pareilles catastrophes doivent laisser de douloureux souvenirs dans l'âme du praticien, alors même qu'elles sont survenues dans la pratique de cette chirurgie que nous avons nommée conservatrice, que dirons-nous de ces mêmes échecs quand nous les voyons se répéter coup sur coup dans l'exercice de cette autre chirurgie, trop usitée de nos jours, et que nous n'osons ici qualifier?

Il est, en effet, des opérations tellement en dehors de la saine pratique, tellement extraordinaires, que rien ne saurait les justifier, et qui cependant sont, pour quelques chirurgiens, un objet d'amour-propre et d'ambition : c'est à qui ne se laissera point dépasser dans cette route sanglante. Or M. Roux, je le dis à regret, bien qu'arrivé à la maturité de l'âge et à l'apogée de sa réputation, M. Roux n'a pas toujours su résister aux entraînements de cette intempestive chirurgie. Du reste, c'était avec un complet désintéressement qu'il se livrait à ces hasardeuses tentatives, personne moins que lui ne songeait à en faire une question de lucre ou de spéculation; il n'y voyait qu'une question d'art, de difficultés vaincues, et puis il ne voulait rester en arrière de personne.

Nous avons vu que, dès les premiers temps de son entrée à l'hôpital de la Charité, M. Roux avait cherché à se distinguer par l'importance et par la nouveauté des opérations qu'il voulait pratiquer; nous avons dit quelles avaient été les résistances de Boyer; mais il vint une époque où M. Roux, délivré de tout contrôle, débarrassé de toute entrave, put obéir pleinement à toutes ses inspirations, et ne plus écouter que son propre génie, ce fut lorsque la mort de Dupuytren lui eut ouvert les portes de l'Hôtel-Dieu.

Il était enfin à la tête de la chirurgie française. Jusque-là, toutes les fois qu'il avait voulu s'élever, il avait rencontré Dupuytren, et Dupuytren l'avait arrêté.

Que si parfois il était parvenu à se placer sur la même ligne que Dupuytren, c'est que, sur cette même ligne, il y avait plusieurs places, là où il n'y en avait qu'une c'était Dupuytren qui l'occupait. Il ne pouvait y avoir qu'un premier chirurgien du roi, c'était Dupuytren qui avait cet insigne honneur; il ne pouvait y avoir alors qu'un chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, c'était Dupuytren qui occupait ce poste, et si M. Roux va enfin y parvenir, c'est que la mort de son rival lui laissera le champ libre.

C'était comme un dernier concours qui allait s'ouvrir entre ces deux chirurgiens : ce vaste établissement qu'on nomme l'Hôtel-Dieu était encore tout plein de la mémoire de Dupuytren, l'ombre de ce grand chirurgien semblait encore errer dans ces longues salles, grave et silencieuse comme autrefois.

Ses internes, qui sont aujourd'hui, pour la plupart, des praticiens distingués, étaient demeurés en fonctions; lorsqu'ils se trouvaient réunis, l'esprit de leur maître était avec eux, et semblait leur communiquer quelque chose de sa sévérité, de sa hauteur et de son dédain. Pour eux, M. Roux, comparé à Dupuytren, ne pouvait être qu'un personnage très secondaire.

On dit qu'effrayé lui-même de cette lourde succession, M. Roux hésita longtemps, à l'accepter; s'y étant enfin décidé, on sait comment il fut accueilli, et les préventions qu'il eut à surmonter.

Et cependant voyez de ces deux chirurgiens, Dupuytren et Roux, lequel aurait dû plutôt se concilier la faveur de la jeunesse : l'un était un homme au port sombre et majestueux, on le voyait marcher en avant des élèves le visage hautain et soucieux, chacun se découvrait sur son passage et le suivait en silence; l'autre se montrait le visage ouvert, satisfait et souriant, faisant à tous bon accueil, obligeant, serviable, et cherchant ainsi à grossir l'escorte un peu bruyante dont il partageait lui-même la gaieté.

Chez Dupuytren, l'éducation littéraire laissait à désirer, il y avait même dans l'éducation morale des lacunes qu'il n'avait pu réparer; mais tout en lui imprimait le respect et tenait à distance; sa parole, de même que son attitude et son geste, était simple sévère et presque auguste.

M. Roux visait à l'élégance et brillait par d'autres côtés; sans doute il y avait des répétitions, des incidences interminables dans toutes ses allocu-

tions, mais quelle richesse de souvenirs, quelle finesse dans les aperçus! Et tout cela sans apprêt, sans affectation, avec un charme, un abandon, une bienveillance dont rien n'approche.

Mais comme les juges de ce dernier concours étaient tous indistinctement hostiles à M. Roux, ils trouvaient que cette parole du téméraire successeur de Dupuytren n'était que diffuse, prolixe, pleine d'ambages et de circonlocutions, embarrassée de réticences, de synonymies et d'atténuations perpétuelles, tandis que la parole élevée, exacte et sententieuse de Dupuytren était restée dans leur souvenir comme un modèle classique de correction, de justesse et de clarté.

Il faut avouer, du reste, que dans ses premiers actes et dans sa manière de procéder, M. Roux se conduisit de telle sorte qu'il parut justifier les préventions qui existaient contre lui. M. Roux, succédant à Dupuytren, s'était imaginé, dans sa bouillante ardeur, que pour effacer ce grand praticien il fallait agir et agir beaucoup.

Il oubliait que ce qui avait élevé si haut la renommée de son prédécesseur ce n'était ni le nombre ni la nouveauté des opérations qu'il avait pratiquées, mais bien ce jugement exquis, cette sûreté de diagnostic, et cette rare prudence qu'il apportait dans chacun de ses actes. Il est vrai qu'il y mettait un peu d'artifice et d'ostentation, et qu'au fond le salut des malades l'inquiétait peut-être moins que le soin de sa propre réputation; mais comme, après tout, ces deux choses étaient inévitablement liées, ces minutieuses précautions, ces profonds calculs tournaient, en définitive, au profit des malades.

Encore quelques mots, messieurs, et j'aurai terminé ce parallèle déjà si souvent repris entre ces deux illustres praticiens. Il semble qu'après ce dernier rapprochement dans les salles de l'Hôtel Dieu, et alors que tous les deux sont descendus dans la tombe, il n'y ait plus de comparaison à établir, de parallèle à suivre; il est cependant un tribunal devant lequel ils auront encore à comparaître, qui seul portera sur eux un suprême jugement: je veux parler du concours qui s'ouvre pour tous les hommes célèbres devant la postérité.

L'histoire de la chirurgie aura alors à faire connaître ce que Dupuytren a fait pour étendre les limites de l'art, quelles ont été ses inventions, ses découvertes, tous ses travaux enfin, et l'on verra s'il a laissé ou non de quoi justifier et maintenir cette hautaine suprématie si laborieusement acquise.

M. Roux, de son côté, sera jugé au même point de vue; le témoignage des contemporains sera sans doute invoqué; mais c'est, en définitive, sur pièces que leurs services seront appréciés; il semble que M. Roux en appelait pour lui-même à ces temps éloignés quand il disait qu'on peut espérer de vivre, et de vivre éternellement dans la mémoire des hommes, lorsque après soi on laisse de grands travaux, tandis que le talent du professeur n'étant que viager s'éteint et meurt avec celui qui le possédait.

Aussi M. Roux, plus soucieux que Dupuytren de la postérité, a laissé de nombreux et importants ouvrages: dès 1809, il avait publié un volume de MÉLANGES DE CHIRURGIE: il obéissait alors au goût de l'époque, il s'y livrait à d'ingénieux essais de classification; lui aussi, à l'exemple de Pinel, voulait appliquer l'analyse à la chirurgie, et déjà il avait classé les plaies, les fractures et les hernies, en attendant qu'il pût donner une classification méthodique de toutes les opérations chirurgicales.

En 1813, il fit paraître la première partie d'un TRAITÉ DE MÉDECINE OPÉRATOIRE: ses prétentions ici étaient toutes différentes. Il ne voulait rien moins (il le déclare dans sa préface) qu'élever à la chirurgie un monument digne de l'époque où il vivait. Il savait cependant que le savant et judicieux Sabatier venait de remettre sa MÉDECINE OPÉRATOIRE au courant de la science, en attendant qu'une troisième édition, faite par MM. Sanson et Bégin, sous les yeux de Dupuytren, l'élevât de nouveau au niveau des connaissances les plus récentes; mais M. Roux méconnaissait alors sa véritable vocation. Plus tard, cherchant à expliquer pourquoi il n'était pas allé au delà de cette première partie, il avouait qu'il n'était point né pour la composition d'un ouvrage didactique de longue haleine; il y a plus, il regrettait d'avoir publié ces deux volumes: « Je voudrais, disait-il, que cette publication fût considérée comme nulle et non avenue. » Cependant, pour être juste, il faut dire que M. Roux y avait traité l'histoire des anévrismes d'une manière plus approfondie et avec plus de développement que ne l'avait fait Sabatier.

Deux ans après, en 1815, M. Roux fit paraître la célèbre relation de son VOYAGE A LONDRES.

Après une guerre qui avait si longtemps séparé les deux pays, et qui, dans les sciences les avait rendus, non pas hostiles, mais presque complètement étrangers l'un à l'autre, c'était une heureuse idée d'aller sur les lieux examiner quel était alors l'état de la chirurgie anglaise, et d'en faire le parallèle avec la chirurgie française.

M. Roux avait pu se dire que le pays qui avait eu la gloire de donner naissance à Harvey et à Jenner, qui avait fait connaître au monde la circulation du sang, et qui l'avait doté des bienfaits de la vaccine, pouvait avoir fait en chirurgie des découvertes dont notre pays profiterait.

Grâce à lui, des noms jusque-là à peu près inconnus parmi nous devinrent bientôt aussi célèbres qu'ils l'étaient par delà le détroit; c'était Abernethy, A. Cooper, Brodie, Travers, Lawrence, Ch. Bell et tant d'autres.

Mais ce qui dut causer une véritable surprise au chirurgien français, ce fut de voir qu'en chirurgie, comme en toute chose, cette forte race anglo-saxonne ne reculait devant aucune difficulté.

Lui qui croyait avoir été aussi loin que personne dans la ligature des grosses artères, il apprit avec un mélange d'admiration et d'étonnement que A. Cooper avait lié la carotide primitive; que sept fois l'artère iliaque externe avait été interceptée; qu'on avait également porté des ligatures sur l'artère sous-clavière en dedans des scalènes, et que, enfin, un parlait de lier l'artère innominée! Mais, disait M. Roux, j'ose à peine faire mention d'un tel projet!

Y avait-il cependant dans ces sortes de faits et dans quelques autres relatés par M. Roux de quoi établir la suprématie de la chirurgie anglaise sur la chirurgie française? M. Roux certainement ne le pensait pas, mais, par une singularité que rien ne saurait expliquer, après s'être posé cette question, il se récuse à raison de sa qualité de Français, et alors, dans une longue suite de paragraphes, il expose comparativement les services rendus par les deux nations à la chirurgie, disant à chaque fois que ce serait à quelque chirurgien célèbre d'une autre nation qu'il appartiendrait de décider de quel côté est la supériorité.

Ce n'est pas, je le répète, qu'on ne sente où M. Roux vent en venir. Son jugement ressort de l'exposé même des faits, mais c'était une forme littéraire qui lui semblait de bon goût, et à laquelle il se laissait aller.

M. Roux, du reste, comme beaucoup d'hommes riches de leur propre fond, a plus d'une fois placé d'excellentes choses dans des cadres au moins très-étranges. J'en veux citer un curieux exemple: il s'était chargé de prononcer un discours lors de l'inauguration de la statue de Fourrier, à Auxerre. Or, après avoir exprimé, dans son préambule, le regret de ne voir à cette solennité ni M. Arago, qui aurait si bien représenté l'Académie des sciences, ni M. Cousin, qui aurait si bien parlé au nom de l'Académie française, ni M. Jomard, qui aurait si dignement rappelé l'Institut d'Égypte, M. Roux n'imagine rien de mieux que de mettre tout ce qu'il a à dire, sans en excepter une phrase, dans la bouche de ces trois académiciens, et de les faire successivement et très-longuement parler au pied de la statue de Fourrier; tout ce qu'il leur fait dire est excellent; on est même forcé d'admirer cette souplesse de talent, cette richesse d'imagination, qui lui fait ainsi prêter à ces hommes célèbres des paroles qu'ils n'auraient pas désavouées; mais on éprouve quelques regrets de voir un homme de talent faire un pareil abus de son esprit.

M. Roux a été plus heureux dans son double ÉLOGE DE BICHAT ET DE BOYER, discours prononcé dans la séance de rentrée de la Faculté du 5 novembre 1851. Il y avait là, il est vrai, pour M. Roux un grand attrait, il allait, et devant un immense concours d'élèves, revenir sur sa vie tout entière: Bichat, c'était les plus belles années de sa jeunesse, Boyer, c'étaient les années encore brillantes de son âge mûr.

Lui-même avoue, du reste, très-naïvement, qu'il lui eût été impossible de ne pas se mettre en scène. Comment donc, disait-il, aurais-je pu peindre Bichat et Boyer si je m'étais mis tout à fait dans l'ombre? ou ce qui eût été plus difficile encore, si je m'étais mis en dehors du cadre? M. Roux parla donc de lui, et il le fit avec un remarquable succès, surtout lorsqu'il fut question de Bichat.

Près d'un demi-siècle s'était écoulé depuis la mort de ce grand physiologiste, et on allait voir, on allait entendre celui qui l'avait vu, qui l'avait entendu, qui avait vécu dans son intimité! Ce n'était ni cette notice exacte, ni ce récit animé, qui devait faire le plus d'impression sur l'auditoire, c'était le narrateur lui-même, c'était ce véridique témoin, ce disciple bien-aimé, qui, après cinquante ans, allait nous dire: je l'ai vu, c'est ainsi qu'il était; je l'ai entendu, voilà ce qu'il disait.

Aussi cet amphithéâtre tout à l'heure si agité, si bruyant, se tenait dans un profond et religieux silence, quand M. Roux, cherchant à peindre Bichat, disait quel était son port, sa douce physionomie, comment sa chevelure d'un brun clair, légèrement ondulante, ne couvrait qu'à demi un de ces fronts larges et purs, qui décèlent une grande intelligence; quand il ajoutait que sa figure avait au plus haut degré l'expression de la douceur et de la bonté.

On avait mis Bichat sous les yeux: mais pour donner une âme à cette image, pour vivifier ces regards, et rendre la parole à ces lèvres, M. Roux se mit à dire quel était le charme de son élocution, cet accent si plein de conviction et de chaleur; comment, lorsque parfois les mots venaient à lui manquer pour rendre sa pensée, il ne reprenait le cours de sa période qu'après avoir porté ses regards en haut, et fait entendre un cri particulier. Sa voix frappe encore mon oreille, ajoutait M. Roux; et, pour compléter l'illusion, en racontant cette particularité, M. Roux portait lui-même ses regards en haut, et imitait cette voix chérie qui vibrait encore dans sa mémoire. J'en appelle à tous ceux qui étaient présents; ce demi-siècle qui nous séparait de Bichat avait disparu pour nous tous; Bichat était là plein de vie et de jeunesse, les yeux tournés vers le ciel, et les sons, partis naguère de sa bouche, semblaient n'avoir fait que traverser l'oreille de M. Roux pour venir frapper la nôtre!

L'éloge si franc, si complet et si vrai de Boyer, a été une bonne action de la part de M. Roux, il a savamment exposé tout ce que la science doit à Boyer; sans doute, il y parle encore un peu trop de lui-même, mais en cela il n'est que vrai; ainsi, quand il dit que Boyer ne chercha chez ceux à qui il voulait donner ses filles, ni des titres, ni une grande fortune, mais de l'honnêteté, un cœur droit et un avenir en perspective; c'est lui-même qu'il désigne, sûr de ne pas être démenti. Ce qu'il avait apporté en dot pour sa part, c'était bien, en effet, une grande honnêteté, un cœur droit, et le temps a prouvé qu'il devait tenir ce qu'il offrait en perspective. Il est beau, messieurs, il est glorieux, à la fin d'une longue carrière, de pouvoir prendre à témoin tout un demi-siècle, ayant ainsi la conscience d'être demeuré honnête et droit, même étant devenu célèbre!

Mais comme il fallait cependant que M. Roux se laissât toujours aller à quelques-unes de ses illusions, il ne put s'empêcher de prêter à Boyer ses propres prédilections. Boyer, dit-il, possédait presque toutes les qualités du

bon, du vrai, de l'excellent chirurgien; et il les a conservées jusque dans les dernières années de sa vie. Vous croyez peut-être que M. Roux entend par là cette rare sagacité, ce jugement si droit et cette prudence consommée qui caractérisaient par dessus tout M. Boyer? Point du tout, je le laisse parler lui-même :

« Avec quelle assurance, s'écrie-t-il, avec quelle grâce parfaite il opérait! » c'était plaisir de le voir l'instrument à la main! »

Etrange plaisir! diront peut-être les personnes étrangères à notre art, que celui qu'on peut trouver dans des scènes de douleurs et de larmes! Mais laissons aux chirurgiens le soin de justifier un langage qui est bien, en effet, celui qu'ils tiennent; n'ont-ils pas dit de M. Roux lui-même qu'il n'était jamais plus brillant que le couteau à la main? Le compliment aurait pu le flatter, mais ce bon Boyer, ce vieux Corneille de la chirurgie, il eût été sans doute bien surpris qu'on pût le trouver gracieux en pareille circonstance!

M. Roux, du reste, rentre bien vite dans la vérité quand il insiste sur la bonne foi scientifique de Boyer, et il le fait avec d'autant plus d'autorité et d'à-propos que lui-même en cela était irréprochable. C'est donc avec raison qu'il rend hommage à cette complète abnégation, à cette franchise, à cette sincérité, qui percent, dit-il, dans tous les ouvrages de Boyer, ajoutant qu'en chirurgie l'homme le plus habile, s'il n'a ces qualités, peut tromper tout à la fois ses contemporains et la postérité.

Je le répète, messieurs, ce discours a été une belle œuvre et une bonne action de la part de M. Roux: il a rendu pleine et entière justice à cet homme de bien qu'en d'autres temps il avait pu contrister. Tout a été réparé dans cette séance: l'ombre de Boyer a pu en tressaillir de joie!

J'arrive maintenant à l'ouvrage demi-posthume qui devait être le plus considérable et le plus imposant de tous ceux que M. Roux a composés; on pense bien que je veux parler de l'ouvrage qui a pour titre : QUARANTE ANS DE PRATIQUE CHIRURGICALE. Personne ici ne lui est comparable; c'est en vain qu'on chercherait parmi les chirurgiens de l'époque un écrivain aussi attachant, aussi varié, aussi nourri, aussi abondant; c'est comme un grand capitaine qui, après de mémorables campagnes, consigne tous ses hauts faits en de copieux mémoires. M. Roux ignorait quelle étendue il donnerait à cet ouvrage. Il semble qu'en le commençant il avait le pressentiment d'une fin prochaine: il ne sait, dit-il, si le ciel lui réservera assez de temps pour le terminer. Ce devait être le résumé de sa vie chirurgicale, et ce résumé c'était bien moins pour ses contemporains que pour la postérité qu'il voulait le publier. Dans une carrière, disait-il, où l'observation est une source inépuisable de lumières, et ajoute sans cesse à la somme de connaissances acquises, chacun est comptable des fruits de son expérience envers ceux qui lui succèdent: c'est une sorte d'héritage dont il doit compte à la postérité. Fidèle à ces principes, M. Roux avait donc commencé pour sa part la reddition de ce compte, mais c'est à peine s'il put coordonner une partie de ses nombreux matériaux, et encore fallut-il qu'une jeune Société, dont il était l'ornement, chargeât l'un de ses membres du pieux devoir de réunir et de publier ces premières rédactions.

Quant à la forme choisie par M. Roux, c'était celle qui convenait le mieux à sa nature verbeuse et vagabonde: c'est la forme épistolaire. Elle lui permet d'obéir pleinement à ce désir de parler avant tout et toujours de lui-même; et comme c'est à des amis qu'il s'adresse, à son cher Lawrence, à son cher Chælius, rien ne l'arrête, rien ne le modère, car il sait qu'en disant du bien de lui-même il leur est agréable. Il y écrit de tout point comme naguère il parlait; ceux qui l'ont pratiqué croiront encore l'entendre, c'est la même intempérance: sa plume court et s'égare comme en d'autres temps sa parole à cette tribune. Vous vous le rappelez, messieurs, vous ne pouviez vous empêcher de sourire, lorsque dans nos discussions il demandait à ajouter un mot, un seul mot; c'est de même dans son livre: il va ajouter un mot et il couvre dix pages. C'est la même fécondité, la même exubérance; mais tout cela n'empêche pas qu'il ne soit plein d'intérêt et de charmes sans cesser d'être correct et élégant.

M. Roux avait commencé la rédaction de cet ouvrage avant 1848, mais le bruit des révolutions l'avait forcé de l'interrompre; il l'avait reprise en des temps plus calmes, et il y travaillait avec une activité et une ardeur sans égales, lorsque, le 27 janvier 1854, il fut atteint d'une congestion cérébrale des plus graves. Ce devait être pour lui un sinistre avertissement; il reprit cependant ses travaux ordinaires, et surtout la rédaction de son grand ouvrage. Quatre feuilles nouvelles étaient sur son bureau; d'une main défaillante il cherchait à renouer ses entretiens avec la postérité. On peut dire qu'il a travaillé pour elle jusque dans les bras de la mort.

Une nouvelle attaque vint arrêter cette main courageuse et terminer sa vie le 23 mars 1854.

Maintenant, messieurs, et avant de terminer, permettez-nous de dire toute notre pensée sur le collègue dont nous venons de retracer la vie.

Trois grands chirurgiens ont en quelque sorte rempli pour nous la première moitié du dix-neuvième siècle : Boyer, Dupuytren et M. Roux. De ces trois chirurgiens, M. Roux a en incontestablement pour lui d'être, comme opérateur, le plus ingénieux, le plus entreprenant et le plus hardi; mais pour être complètement vrai nous devons ajouter que, tout en faisant preuve d'une adresse incomparable, il ne s'est pas toujours mis à l'abri d'un grave reproche, celui d'avoir poussé cette hardiesse jusqu'à la témérité. Pour lui, nous l'avons vu, les qualités du bon, du vrai, de l'excellent chirurgien se résumaient presque toutes dans l'art d'opérer avec assurance et avec grâce, avec grâce surtout. Plus que personne, M. Roux aurait pu, dans le cours de sa longue carrière, être utile à l'humanité; il a fait avancer la science, et en plusieurs points il a reculé les limites de l'art, que n'avait-il un peu plus de cette prudence et de cette réserve si nécessaires dans la pratique de la chirurgie! Il excellait en tout, mais n'ayant jamais su se contenir, il abusait un peu de tout; non-seulement de sa parole et de sa plume, mais encore de ce qu'il y a de plus redoutable au monde, de l'art chirurgical! Impatient d'agir, désireux de se montrer avec tous ses avantages, c'est-à-dire, l'instrument à la main, il ne prenait pas toujours le temps de s'assurer si telle opération était absolument nécessaire, si elle était rigoureusement indispensable, il examinait si elle était *possible*; or quelle opération, pour un chirurgien aussi habile, pouvait ne pas être possible?

Etrange et brillante nature qui ne péchait que par l'excès même de ses qualités; on eût dit qu'une fée jalouse s'était plu à gâter en lui les plus beaux dons du monde, en les lui prodiguant sans mesure et sans discernement; de là cette verve, cette fougue que l'âge n'avait pu calmer; de là aussi ce défaut d'ordre et de suite qui se reproduisait tour à tour dans ses leçons, dans ses écrits et dans sa pratique. Que de fois ne l'a-t-on pas vu, se livrant aux hasards de ses inspirations, commencer une opération, comme un discours, sans savoir préalablement où il s'arrêterait ni comment il finirait; étonné ensuite, lui-même, des détours qu'il avait pris et des résultats auxquels il était parvenu.

M. Roux était donc un grand opérateur, mais il l'était trop exclusivement; il n'était point assez pénétré de cette grande et incontestable vérité, que pour être un heureux chirurgien, il faut être en même temps un sage médecin; que ce qui fait aujourd'hui la force et l'honneur de la chirurgie, c'est que, dans ses études et dans son exercice, elle est étroitement unie avec la médecine.

Mais si la chirurgie longtemps opprimée marche aujourd'hui l'égale de la médecine, il ne faut pas qu'elle oublie que c'est en s'appuyant sur sa compagne et en lui demeurant fidèle, qu'elle restera grande, forte et bienfaisante.

C'est à notre âge, Messieurs, qu'est due cette heureuse association. La même toge couvre aujourd'hui dans nos écoles le professeur de chirurgie et le professeur de médecine; ils montent tour à tour dans la même chaire, et ne rivalisent plus dans l'enseignement que par leur zèle et par leurs talents; et de même, dans nos académies, leur union fait encore ici leur force. La tribune que j'occupe en ce moment est successivement abordée, dans nos joûtes scientifiques, par des médecins et par des chirurgiens; et s'il était permis à celui qui a l'honneur de porter aujourd'hui la parole devant vous de parler un moment de lui-même, il dirait que, par devoir et par goût, il cherche tour à tour, et sans préférence, à louer dignement les grandes réputations chirurgicales aussi bien que les plus hautes renommées médicales. Heureux lorsqu'arrivé au terme de ces nobles existences, et n'ayant vu partout que mêmes labeurs, mêmes talents, mêmes succès et même gloire, il ne sait plus s'il vient de parler d'un médecin, ou s'il vient de parler d'un chirurgien!

Fasse le ciel, Messieurs, que cette entente persiste! La science et l'art, unissant ainsi leurs efforts et se prêtant un mutuel secours, pourront peut-être, grâce à cette heureuse alliance, s'ouvrir de nouvelles et glorieuses destinées; l'humanité elle-même, à l'heure de ses souffrances, ne pourra que s'applaudir de nous voir fortifier et maintenir cette unité primitive de la médecine et de la chirurgie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE JUILLET 1856;
par M. le docteur E. FAIVRE, secrétaire.

(Suite.)

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

II. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

1° ATROPHIE OU PLUTÔT ÉTAT RUDIMENTAIRE D'UN DES OVAIRES, AVEC ABSENCE DE LA TROMPE DU MÊME CÔTÉ CHEZ UNE FEMME D'UNE QUARANTAINE D'ANNÉES. —NOUVELLE DESCRIPTION DES LIGAMENTS RONDS: par M. BLOT, chef de clinique d'accouchements de la Faculté.

Dans la séance du 31 mai 1856, M. Lucien Leudet a présenté à la Société de biologie l'utérus d'une femme qui, à un examen superficiel, paraissait manquer de l'ovaire gauche; M. le présentateur ajoutait que de ce côté il y avait oblitération de la trompe.

Au moment de la présentation, j'exprimai quelques doutes sur la réalité des anomalies signalées dans cette pièce, et je dis que je trouvais vers l'angle supérieur de l'utérus une petite tumeur dont l'aspect, la forme et la situation me faisait supposer qu'on avait là un ovaire rudimentaire; M. le président nous chargea, M. Gosselin et moi, d'examiner avec soin cette pièce et de rendre compte à la Société de cet examen; c'est ce que je viens faire aujourd'hui.

La petite tumeur en question est située sur le côté gauche de la partie supérieure de l'utérus, auquel elle adhère par un petit cordon d'apparence fibreuse et de 7 à 8 millim. de longueur. Elle est à 11 millim. de longueur sur 4 millim. d'épaisseur d'avant en arrière; sa hauteur est égale à 5 millim. Sa forme générale est celle d'une amande en miniature. Son bord supérieur est plus arrondi et plus convexe que son bord inférieur ou adhérent qui est presque rectiligne. Son aspect extérieur est celui de l'ovaire; elle est enveloppée par une membrane fibreuse d'un blanc grisâtre qui recouvre le péri-

toine. Elle est placée presque immédiatement derrière l'extrémité utérine du ligament rond.

Fendue par son milieu, suivant son axe longitudinal, elle se montre formée, à l'intérieur, d'un tissu rosé dont la couleur tranche sur la teinte blanche des éléments du cordon qui l'attache à la matrice; ce tissu est d'ailleurs granuleux et, même à l'œil nu, on peut y reconnaître vaguement des espèces de granulations qui me paraissent des éléments folliculeux de l'ovaire plus ou moins amoindris; les fibres dont se compose le ligament sont, au contraire, nettement linéaires et ne laissent apercevoir dans leur intérieur aucun corps granuleux.

Quoique le simple aspect à l'œil nu me confirmât dans ma première pensée, à savoir que j'avais affaire là à un ovaire rudimentaire, je voulus acquérir une nouvelle preuve par l'examen microscopique. Y avait-il là les éléments essentiels de l'ovaire, des follicules de Graaf?

Une tranche très-mince de la substance de la petite tumeur placée sous le microscope, à un grossissement d'abord de 70, puis de 175 diamètres, me démontra bientôt l'existence de ces follicules qui dans cet ovaire rudimentaire, étaient rudimentaires eux-mêmes, quoique très-nombreux, surtout vers la portion périphérique de l'organe. Ces follicules apparaissaient sous la forme de petites vessies closes de toutes parts, très-nettement limitées par une paroi moins transparente que le reste de la vésicule au centre de laquelle existait un liquide jaunâtre transparent. Ces vésicules étaient contenues dans un tissu partie granuleux, partie fibrillaire, le stroma. Leur volume variait dans chacune d'elles; avec le grossissement de 175 diamètres elles apparaissaient les unes comme de très-grosses têtes d'épingles, les autres comme des grains de chenevis et même quelques-unes plus grosses encore.

Pour confirmer davantage encore mon diagnostic anatomique, je fis sur l'ovaire opposé une préparation semblable, et je trouvai là les mêmes éléments que je viens de dire, disposés les uns par rapport aux autres de la même manière, avec cette seule différence qu'ils étaient plus volumineux; le tissu fibroïde était surtout plus apparent. Ainsi donc, en résumé, c'est bien à un ovaire rudimentaire que nous avions affaire.

Ce premier point éclairci, il restait à constater aussi d'une manière précise l'état de la trompe du même côté.

Pour cela, je disséquai avec soin le ligament large tout entier, en séparant l'un de l'autre les deux feuillets péritonéaux qui les forme par adossement. Or, l'examen le plus attentif n'a pu me faire trouver quoi que ce soit qui pût être rapporté à la trompe, même rudimentaire, ou à l'état de vestige. Il n'existait dans le ligament large gauche rien autre chose que l'ovaire rudimentaire que nous venons de décrire, du tissu cellulaire, des vaisseaux, des nerfs, et le ligament rond sur la disposition duquel je vais tout à l'heure revenir.

Ainsi donc, la pièce qui nous a été présentée est un exemple remarquable et *excessivement rare d'absence complète de la trompe gauche avec état rudimentaire de l'ovaire du même côté.*

J'ai dit que cette anomalie était excessivement rare, et, en effet, c'est en vain que j'en ai cherché des exemples analogues dans l'ANATOMIE NORMALE de M. Cruveilhier, de Boyer, de Huschke, dans le DICTIONNAIRE DES SCIENCES MÉDICALES en 60 volumes, dans le DICTIONNAIRE DE MÉDECINE en 30 volumes, dans les ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, et même dans les BULLETINS DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE. M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire (TÉRATOLOGIE, t. I, p. 707) s'exprime ainsi : « Je ne connais aucun cas d'augmentation du nombre » des ovaires; mais leur absence, ou celle de l'un d'eux seulement a été ob» servée. *L'absence des trompes, ou de l'une d'elles, coïncide, en général, avec » cette anomalie, mais n'a pas été observée sans elle.* »

J'étais donc en deçà de la vérité en disant que le fait en question est très-rare, j'aurais dû dire *unique.*

DESCRIPTION DES LIGAMENTS RONDS. — En séparant avec soin les deux feuillets séreux qui constituent par leur adossement les principaux éléments des ligaments larges, je fus frappé du développement musculaire considérable que présentaient les ligaments ronds, surtout pour un utérus pris sur une femme en état de vacuité; non-seulement ils sont remarquables par leur structure musculaire évidente à l'œil nu, mais aussi par la manière dont les éléments, qui entrent dans leur composition, se comportent relativement à l'utérus.

On dit partout dans les traités d'anatomie, même les plus récents, que les ligaments ronds s'insèrent sur la face antérieure de l'utérus au niveau d'un point correspondant à celui de la face postérieure qui donne insertion au ligament de l'ovaire, c'est-à-dire immédiatement au-dessous de l'orifice utérin de la trompe. Or, il est facile de voir sur la pièce que je mets sous les yeux de la Société, que telle n'est pas la disposition des ligaments ronds au niveau de leur extrémité interne ou utérine.

En effet, on trouve là, de la manière la plus manifeste, que les ligaments ronds, après avoir constitué une espèce de muscle cylindrique dans ses trois quarts externes s'épanouissent dans l'épaisseur du ligament large de manière à former sur les côtés de l'utérus, et cela dans *toute la hauteur* du corps de l'organe, une espèce de demi-éventail, analogue dans sa disposition, au muscle grand pectoral. En effet, les fibres supérieures se continuent presque en ligne droite, tandis que les inférieures deviennent d'autant plus obliques en bas et en dedans qu'elles se rapprochent davantage du bord inférieur du muscle constitué par chacun des ligaments ronds. Arrivées sur les côtés de l'utérus, ces fibres se continuent, de la manière la plus évidente, avec les fibres qui constituent la couche superficielle de la matrice.

Quant à l'aspect du tissu musculaire dans ces ligaments, il était tellement évident, et par sa disposition fibrillaire et par sa couleur rouge, que l'examen microscopique m'en a paru inutile.

Le doute ne pouvait pas plus naître dans l'esprit à ce sujet que sur l'état musculaire du grand oblique.

Je ne veux pas, pour le moment, insister davantage sur cette description, je compte y revenir plus tard, quand de nouvelles dissections m'auront permis de préciser, d'une manière plus détaillée, la disposition de toutes ces fibres au niveau du corps de l'utérus. Sur la pièce que j'ai entre les mains, une section faite sur le corps de l'organe par le présentateur ne m'a pas permis d'y suivre les fibres qui s'y répandent.

Je dirai seulement aujourd'hui, en terminant, que cette disposition des ligaments ronds semble faire rentrer le muscle utérin dans la règle générale à laquelle il aurait pu paraître faire exception, et qui veut que tous les muscles aient des insertions osseuses.

J'ajouterai, en terminant, que je ne considère pas cette disposition des ligaments ronds comme une anomalie, un fait exceptionnel, mais seulement comme l'état normal peut-être un peu exagéré.

Je m'occuperai plus tard aussi de l'influence de cette disposition sur les mouvements normaux ou anormaux dont l'utérus est capable, et sur les différents états statiques de cet organe.

VARIÉTÉS.

— Par suite de la mise à la retraite de MM. Bouneau, Cruveilhier, Paul Dubois et Hervez de Chégoin, les mutations suivantes auront lieu dans les hôpitaux de Paris le 1er janvier prochain :

M. Nonat, médecin de l'Hôtel-Dieu, passe à la Charité en remplacement de M. Cruveilhier.

M. Pelletan, médecin de Lariboisière, passe à l'Hôtel-Dieu en remplacement de M. Nonat.

M. Moissenet, médecin de la Salpêtrière, passe à Lariboisière en remplacement de M. Hervez de Chégoin.

M. Oulmont, médecin de Saint-Antoine, passe à Lariboisière en remplacement de M. Pelletan.

M. Bergeron, médecin de la direction des nourrices, passe à Saint-Antoine en remplacement de M. Oulmont.

M. Chappotin de Saint-Laurent, médecin de Lourcine, passe à la Salpêtrière en remplacement de M. Moissenet.

M. Sée, médecin de Larochefoucauld, passe aux Enfants-Malades en remplacement de M. Bouneau.

M. Lasègue, médecin au Bureau central, est nommé à Lourcine en remplacement de M. Chappotin de Saint-Laurent.

M. Racle, médecin au Bureau central, est nommé à Larochefoucauld en remplacement de M. Sée.

M. Boucher de la Ville-Jossy, médecin au Bureau central, est nommé à la direction des nourrices en remplacement de M. Bergeron.

M. Danyau, chirurgien adjoint de la Maternité, prend la place de M. P. Dubois comme chirurgien en chef de cet établissement.

M. Desormeaux, chirurgien au Bureau central, est nommé chirurgien adjoint de la Maternité.

M. Gusco, chirurgien du Bureau central, est nommé chirurgien de la Salpêtrière en remplacement de M. Manec, nommé précédemment chirurgien de la Charité.

— Par arrêtés du ministre de l'instruction publique, en date du 12 décembre 1856,

Sont maintenus pour trois ans dans leurs fonctions près la Faculté de médecine de Montpellier les agrégés en activité dont les noms suivent et dont le temps d'exercice est expiré savoir :

MM. Bourely. . . . . 3e section
Parlier . . . . id.
Quissac. . . . . 4e section.

Sont rappelés à l'activité près la Faculté de médecine de Montpellier, les agrégés libres dont les noms suivent :

1° Pour trois ans, M. Brousse, 2e section; M. Broussonnet, 3e section (médecine légale);

2° Pour six ans, M. Viguier, 1re section (botanique et histoire naturelle); M. Lescellier-Lafosse, 4e section (accouchements).

Les quinze agrégés actuellement en exercice près la faculté de médecine de Montpellier sont répartis ainsi qu'il suit dans les quatre sections :

1re SECTION. — *Sciences anatomiques et naturelles.*

Anatomie et physiologie. . . . . { Bourdel. / Jacquemet.
Histoire naturelle. . . . . Viguier.

2e SECTION. — *Sciences physiques, chimiques et toxicologie.*

Chimie générale et toxicologie. . . Faget.
Chimie pharmaceutique. . . . . Brousse.

3e SECTION. — *Sciences médicales.*

Pathologie interne. . . . . Parlier.
Clinique interne. . . . . Bourely.
Pathologie générale. . . . . Lassalvy.
Thérapeutique et matière médicale. Combal.
Hygiène. . . . . Girbal.
Médecine légale. . . . . Broussonnet.

4e SECTION. — *Sciences chirurgicales, accouchements.*

Chirurgie	Quissac. Montet. Garimond.
Accouchements	Lescellier-Lafosse.

— Sont rappelés à l'activité pour trois ans, près la Faculté de médecine de Strasbourg, les agrégés libres dont les noms suivent, savoir :

MM. Arronssohn. . . . . . 3e section.
Bach. . . . . 4e section.

Les douze agrégés actuellement en exercice près la Faculté de médecine de Strasbourg sont répartis ainsi qu'il suit dans les quatre sections :

1re SECTION. — *Sciences anatomiques et physiologiques.*

Anatomie et physiologie	Koeberlé.
Botanique et histoire naturelle	Kirschleger.

2e SECTION. — *Sciences physiques.*

Chimie	Strohl.

3e SECTION. — *Médecine proprement dite et médecine légale.*

Pathologie interne	Dagonet.
Clinique interne	Hirtz.
Pathologie générale	Arronssohn.
Matière médicale et thérapeutique	Joyeux.
Hygiène et physique	Coze.
Médecine légale	Wieger.

4e SECTION. — *Chirurgie et accouchements.*

Pathologie externe	Bach.
Clinique externe	Held.
Accouchements	Hergott.

— Par arrêté du 12 décembre 1856, sont nommés à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille,

Professeurs titulaires des chaires suivantes, savoir :

Anatomie et physiologie. — M. Roberty.
Pathologie externe et médecine opératoire. — M. Roux.
Clinique externe. — M. Coste.
Pathologie interne. — M. Bartoli.
Clinique interne. — M. Girard.
Accouchements, maladies des femmes et des enfants. — M. Villeneuve.
Matière médicale et thérapeutique. — M. Seux.
Pharmacie et notions de toxicologie. — M. Favre.

Professeurs adjoints et attachés aux chaires suivantes, savoir :

Clinique externe. — M. Rampal.
Clinique interne. — M. d'Astros.
Anatomie et physiologie. — M. Jourdan.

Sont nommés professeurs suppléants :

Pour les chaires de médecine proprement dites. — M. Ch. Gnès.
Pour les chaires de chirurgie et d'accouchements, de maladies des femmes et des enfants. — M. Magail fils.
Pour les chaires d'anatomie et physiologie. — M. Bertulus.
Pour les chaires de matière médicale, thérapeutique, de pharmacie et notions de toxicologie. — M. Dufossé.

M. le docteur Berrut est nommé chef des travaux anatomiques.

M. Coste, professeur de clinique externe est nommé directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille.

Sont nommés professeurs honoraires de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille : MM. Sue, Roussel, Martin et Ducros, anciens professeurs de ladite École.

— Par décret du 3 décembre, l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille vient d'être réorganisée de la manière suivante :

Professeurs titulaires.

Anatomie et physiologie. — M. Fabre.
Pathologie externe et médecine opératoire. — M. Morisson.
Clinique externe. — M. Parise.
Pathologie interne. — M. Pilat.
Clinique interne. — M. Cazeneuve.
Accouchements, maladies des femmes et des enfants. — M. Binaut.
Matière médicale et thérapeutique. — M. Brigandat.
Pharmacie et notions de toxicologie. — M. Garreau.

Professeurs adjoints.

Clinique externe. — M. Hauzé de l'Aulnay.
Anatomie et physiologie. — M. Arrachard.
Pharmacie et toxicologie. — M. Branwers.

Professeurs suppléants.

Pour les chaires de médecine proprement dite, M. Bertherant; — de chirurgie et d'accouchements, de maladies des femmes et des enfants, M. Joire; — d'anatomie et de physiologie, M. Chrétien.

M. Chrétien est nommé chef des travaux anatomiques.

M. Cazeneuve est nommé directeur de ladite École.

— Par décret impérial, en date du 29 novembre 1856, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique et des cultes, M. Michel, agrégé en exercice près la Faculté de médecine de Strasbourg, est nommé professeur titulaire de médecine opératoire de ladite Faculté.

— Par décret impérial en date du 10 décembre 1856, rendu sur le rapport de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes,

M. Béchamp (Pierre Jacques-Antoine), docteur en médecine, docteur ès sciences, pharmacien de première classe, est nommé professeur titulaire de chimie et de pharmacie à la Faculté de médecine de Montpellier.

— M. Reveil, pharmacien de Lourcine, a été nommé à la Clinique, et M. Hébert, pharmacien à Bicêtre.

— Par décret en date du 15 novembre, sont autorisés à accepter et à porter les différentes décorations qui leur ont été conférées par des souverains étrangers, les médecins dont les noms suivent :

Chevalier de l'ordre de François-Joseph (Autriche) : M. Renault, directeur de l'École vétérinaire d'Alfort.

Chevaliers de la Rose (Brésil) : MM. Chausset et Brannellec, chirurgiens de la marine.

Chevalier de l'ordre de Charles III (Espagne) : M. Simon, docteur en médecine.

Commandeur de l'ordre d'Isabelle-la-Catholique (Espagne) : M. Bégin médecin inspecteur, président du conseil de santé.

Chevalier de l'ordre de Saint-Sylvestre (États romains) : M. Jacquart-Lachaume, médecin.

Chevalier de l'ordre du Sauveur (Grèce) : M. Fleury, l'un des médecins de l'empereur.

Dans l'ordre du Lion et du Soleil (Perse), 1re classe : M. J. Cloquet, membre de l'Institut.

Dans l'ordre du Medjidié (Turquie), 3e classe : M. Cambay, médecin principal de première classe; 4e classe : M. Gnillano dit Castano, médecin principal; 5e classe : M. De Carové, chirurgien de la marine.

— Les inscriptions prises à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, pour le premier trimestre de l'année scolaire, s'élèvent au chiffre de 121, savoir : 103 pour la médecine, 18 pour la pharmacie.

(JOURN. DE MÉD. DE TOULOUSE.)

— La Société allemande a proposé comme sujet de prix pour 1857 la question suivante : « Quelle est, dans différentes circonstances, l'influence du » mouvement corporel poussé jusqu'à la fatigue, sur l'organisme humain et » surtout sur l'assimilation? »

Adresser les mémoires, avec épigraphe et accompagnés du nom et de l'adresse de l'auteur, sous pli cacheté, au conseiller méd. Béneke, à Oldenburg, avant le 15 juillet 1857.

— SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS. — *Prix.* Sur la demande de plusieurs concurrents anonymes, et vu l'importance de la question mise au concours par la Société : « Du mode d'action des principaux purgatifs employés » en médecine, et des indications tirées de la spécialité d'action propre à » chacun d'eux, » la Société médico-pratique de Paris a prorogé jusqu'au 31 décembre 1857 l'époque à laquelle le concours sera fermé sans remise. Le prix est de 500 fr.

Les mémoires devront être adressés, *franco*, à M. Martin, agent de la Société, à l'hôtel de ville, ou à M. le docteur Perrin, secrétaire général, rue Charlot, 9.

— Nous apprenons la mort de M. le docteur Moret, qui a succombé, le 8 décembre, à une hémorrhagie cérébrale, à l'âge de 76 ans. MM. Terrier et Caron ont prononcé sur sa tombe quelques paroles vivement senties, au nom de la Société de médecine pratique, dont il était l'un des membres les plus anciens, et qui, depuis plusieurs années, l'avait choisi pour son trésorier.

— Une affaire qui touche à l'interprétation de l'art. 909 du Code civil (incapacité des médecins de recevoir par testament) est en ce moment pendante devant les tribunaux.

Une dame Salgues est morte de pneumonie aiguë, ne laissant pas d'héritier direct, et donnant, par un *testament fait durant sa dernière maladie*, toute sa fortune à un médecin neveu de son mari. La donation fut attaquée par un parent et annulée par un arrêt de la cour de Toulouse. Le pourvoi du médecin a été admis le 5 novembre dernier par la chambre des requêtes. La cause reste donc entière, et nous attendons avec un vif intérêt la solution qu'elle recevra devant la chambre civile de la cour de cassation.

— M. le professeur Cl. Bernard a commencé son cours de médecine au Collége de France le mercredi 17 décembre. Il traitera cette année de la physiologie et de la pathologie du système nerveux.

— ERRATA. Dans la lettre de M. Guiltemin (de Bombas), insérée dans le numéro du 8 novembre dernier, relative à un kyste ovarique, il s'est glissé deux fautes d'impression.

A la suite de ces mots : On peut constater et saisir ensuite (3e alinéa, p. 699) une tumeur du volume du poing, au lieu de *gélatineuse*, il faut lire : *globuleuse*, bosselée, etc.

Au 1er alinéa de la même page, après l'évacuation.... nous fîmes quatre ou cinq injections d'eau tiède, dont les deux dernières sortirent aussi, au lieu de *liquides*, lisez *limpides* qu'elles étaient entrées.

Le Rédacteur en chef, JULES GUERIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

LA SPIROMÉTRIE ET LES SPIROMÈTRES.

(Suite et fin. — Voir les numéros 49 et 50.)

En rappelant les essais spirométriques entrepris par M. Boudin, dès l'année 1849, avec l'instrument d'Hutchinson, nous devons dire également que, vers la même époque, ce nouveau mode d'investigation physique a été introduit en France, sur un autre point, par M. le professeur Schützenberger qui en a doté la clinique médicale de la Faculté de Strasbourg. C'est, depuis lors, la seule clinique française où l'examen spirométrique soit appelé au secours des autres moyens de diagnostic dans les maladies de l'appareil respiratoire, et nous avons pu voir par nous-même, tout récemment, combien maître et élèves sont habiles à manier cet instrument (1). Le savant professeur expose, tous les ans, dans ses leçons cliniques, l'importance pratique de la spirométrie et deux élèves de la Faculté de médecine de Strasbourg, M. Wieger (2), aujourd'hui professeur agrégé et M. Hecht (3) nous ont déjà fait connaître quelques-unes des nombreuses observations, ainsi que les résultats cliniques de leur maître.

§ V. — INTRODUCTION DES COMPTEURS A GAZ DANS LA DÉTERMINATION DE LA CAPACITÉ VITALE DU POUMON.

Le professeur Wintrich, qui n'était pas entièrement satisfait de son spiromètre, employait comparativement tous ceux qu'on supposait de voir donner des résultats plus exacts. Il apprit par Chelius (4) qu'un mécanicien de Holzappel, du nom de François Forstmann, avait proposé le compteur à gaz pour mesurer la quantité d'air qu'une personne rejette dans chaque expiration. Le savant professeur se procure de ces appareils à Leipzig, à Paris et à Londres; il fait d'abord usage des compteurs ordinaires, dits hydrauliques, parce que leurs volants se meuvent dans l'eau; puis d'une nouvelle espèce de compteurs qui ont été imaginés depuis, en Angleterre, appelés compteurs secs ou non hydrauliques, parce que les volants sont mus directement au moyen de l'air expiré comme les ailes d'un moulin à vent. Mais il rejette les uns et les autres parce qu'ils lui ont fourni des résultats beaucoup moins précis que ceux qu'il obtient à l'aide de son gazomètre. Nous ne décrivons pas ces compteurs, quoique le professeur Wintrich (5) en ait donné, dans son livre, une longue description et des dessins; nos lecteurs les connaissent ou peuvent facilement les connaître puisqu'il y en a dans toutes les maisons où l'on fait une certaine consommation de gaz. — Mais lorsque M. Bonnet, de Lyon, qui croyait (bien à tort comme nous le prouvons), devoir revendiquer l'honneur de cette application pour l'école lyonnaise, est venu, plus de cinq ans après le mécanicien allemand, proclamer la supériorité du compteur à gaz, nous nous sommes empressé de nous procurer d'un de ces appareils construits par M. Scholefield, d'après les indications du médecin lyonnais; nous avons pu constater, par nous même, l'exactitude des assertions du professeur Wintrich. Les compteurs à gaz hydraulique ne pourront jamais être appropriés à la détermination de la capacité pulmonaire, par suite du mécanisme même d'après lequel ils sont construits. Il faut des efforts trop considérables d'abord pour remplir d'air les loges des volants afin de les chasser de l'eau, puis pour les faire repasser alternativement par la couche d'eau; ajoutez à cela que ces volants se meuvent sur un axe qui donne lieu à un frottement plus ou moins grand, qu'il faut vaincre encore, de même que le frottement qui est inhérent au système de rouage qui fait tourner les aiguilles sur le cadran. Notre critique est d'ailleurs appuyée par des expériences comparatives faites simultanément avec le compteur à gaz et avec le spiromètre tel que nous l'avons adopté pour nos recherches. Voici les résultats que nous avons obtenus avec quinze jeunes gens pris au hasard dans de bonnes conditions physiologiques :

	PAR LE COMPTEUR A GAZ.	PAR NOTRE SPIROMÈTRE.
	lit.	centim. cube.
1°	3,3 (1)	4200
2°	3,8	4250
3°	3,9	4750
4°	3,»	3700
5°	4,7	5000
6°	2,3	3600
7°	3,3	3500
8°	3,3	3950
9°	5,2	5400
10°	3,8	4000
11°	3,7	4000
12°	3,7	3850
13°	4,4	4400
14°	3,6	3800
15°	2,1	2600

Ces données, dans chaque série, représentent les moyennes de trois expériences faites dans les mêmes conditions chez les mêmes individus, de sorte que les différences ne peuvent être attribuées qu'au genre d'instrument employé.

En comparant entre elles les personnes examinées, nous remarquons que les différences les plus grandes, obtenues à l'aide de ces deux appareils, sont liées à la constitution, à l'énergie de chaque individu. Ainsi le nombre qui correspond au n° 6, dont la différence est (3600—2300—) 1300, a été fourni par un jeune homme, âgé de 18 ans, élancé, pâle, lymphatique, faiblement musclé et qui, d'après les données du compteur, serait arrivé à une période avancée de phthisie pulmonaire. Il n'en est rien, heureusement pour lui; notre spiromètre et

(1) Le spiromètre de la clinique de Strasbourg, a été construit, d'après celui d'Hutchinson par un habile mécanicien, M. Elser, fabricant d'instruments de chirurgie à Strasbourg.

(2) GAZ. MÉD. DE STRASBOURG 1852, p. 157.

(3) THÈSE INAUGURALE, Strasbourg 1855.

(4) *In* Prager Vrth. B. II. 18D.

(5) *Loc. cit.*, p. 106.

(1) Il est très-facile de faire les réductions des centimètres cubes en litres ou *vice versa*, en se rappelant qu'un litre vaut 1000 centim. cube.

FEUILLETON.

ÉTUDES MÉDICALES SUR QUELQUES POÈTES ANCIENS ET MODERNES.

PLAUTE.

(Suite. — Voir les nos 48 et 51.)

Si l'on s'en rapportait au langage habituel des personnages que Plaute met en scène, on devrait croire que la pitié n'était pas la vertu favorite des Romains, que la rudesse des camps se retrouvait dans le langage et les mœurs de la ville, ou plutôt que le peuple était toujours soldat de goût, de caractère et d'expression. Evidemment, le christianisme a profondément modifié cette organisation sociale, où la force occupait toujours le premier rang, où le courage tenait lieu de tout, où la cruauté ressemblait à une vertu, tant, au milieu des luttes perpétuelles de l'installation et de la conquête, les héros du Latium avaient oublié le chapitre de la pauvre humanité. L'esclavage avec toutes ses rigueurs, le droit exorbitant du chef de la famille sur sa femme, ses enfants, les violences auxquelles on avait sans cesse recours, accoutumaient les citoyens au spectacle des blessures, des meurtres, des supplices les plus odieux, si bien que chacun se prenait à mépriser la souffrance; les yeux, les oreilles et le cœur demeuraient insensibles, et les malades eux-mêmes n'inspiraient guère de commisération à ces natures féroces et blasées. Je le répète, l'expression de cette barbarie se rencontre à chaque page de l'œuvre de Plaute, elle semble si naturelle, si bien dans les habitudes du théâtre, qu'il faut absolument admettre que le public s'y voyait représenté comme dans un miroir fidèle.

Dans la première scène d'AMPHITRYON, on voit Mercure qui effraye Sosie par des menaces continuelles : *agite, pugni*, allons, mes poings,

Jam pridem videtur factum, here quod homines quatuor
In soporem collocastis nudos;

hier vous avez couché par terre quatre hommes, etc. Cette scène entre un fanfaron et un peureux est très-plaisante, elle a été imitée cent fois, et nous ne nous en occuperions pas s'il ne s'y trouvait un mot qui a été l'objet de singulières interprétations. Mercure, qui continue sa pantomime menaçante, dit: *Haud malum huic est pondus pugno*, ces poings-là sont d'un assez bon poids; puis il ajoute :

Quid si ego illum tractim tangam ut dormiat?

Si je commençais à le caresser pour l'endormir? les fauteurs du magnétisme ont voulu voir dans ces expressions singulières une manœuvre spécifique, et dans leur zèle pour la prétendue science des miracles, ils ont prétendu que

l'examen de la poitrine nous rassurent complétement. Au n° 12, au contraire, la différence n'est que (3850—3700—) 150; aussi le jeune homme, également âgé de 18 ans, qui a fourni ces données est fortement constitué, bien musclé et d'une grande énergie de caractère. Les mêmes remarques s'appliquent, du reste, à toute la série des observations différentielles et nous portent à rejeter, avec le professeur Wintrich, des instruments qui fournissent des approximations par trop éloignées, qui ne sont pas plus portatifs que les gazomètres et qui leur sont en outre, inférieurs en ce qu'ils ne peuvent servir à la fois à l'expiration et à l'inspiration. — Nous aurions pu nous contenter de reproduire la critique du professeur d'Erlangen, mais nous devions au caractère scientifique de l'honorable M. Bounel d'examiner de nouveau la valeur de ces instruments, en nous plaçant dans les conditions prescrites par le médecin lyonnais lui-même; nous n'avons pas reculé devant les sacrifices de temps et d'argent qu'il a fallu nous imposer.

De son côté, M. Poiseuille nous apprend dans son rapport à l'Académie de médecine, qu'il a pratiqué également quelques expériences à l'aide du compteur à gaz construit par M. Scholefied; il en conclut que cet appareil « ne peut tenir lieu de spiromètre. » Cet honorable académicien nous paraît toutefois avoir fait servir cet instrument à un usage pour lequel il n'a jamais été construit, ni dans l'industrie, ni dans ses applications à la science. Ces appareils n'ont jamais eu jusqu'ici d'autre but que de mesurer le volume de gaz ou d'air qui le traverse dans un temps déterminé, mais variable. Aussi, ils nous semblent répondre assez exactement à cet usage pour l'industrie, puisque celle-ci s'en contente, quoique M. Poiseuille ait trouvé qu'ils donnent des erreurs de 4 à 5 pour 100; nous ajoutons cependant, parce que nous l'avons prouvé plus haut, que leur précision n'est pas assez approximative pour qu'ils puissent servir à déterminer la capacité pulmonaire. Mais aucun physiologiste n'a encore songé à employer cette sorte de compteurs pour calculer la vitesse de l'air inspiré ou expiré pendant le mouvement respiratoire; de sorte qu'il aurait fallu, pour rester dans la saine logique, que M. Poiseuille prouvât d'abord que la capacité vitale du poumon s'estime par la vitesse avec laquelle l'air s'échappe du poumon et non par le volume d'air expiré, comme le pensent encore aujourd'hui Hutchinson et les professeurs Vogel, Arnold, Wintrich, etc. Alors seulement nous aurions pu comprendre que l'honorable académicien jugeât, au point de vue de la vitesse de l'air, les instruments qui fonctionnent comme spiromètres dans les cliniques des plus savants pathologistes modernes.

Ce n'est qu'à l'aide des gazomètres qu'ont été faites les recherches de Vogel, Simon, Wintrich, Stellwag, Haeser, Albers, Küchenmeister, etc., en Allemagne; celles de Davies, Green, Walshe, Pereira et d'autres, en Angleterre, ainsi que celles du professeur Schützenberger en France. Cependant une modification plus grande de l'appareil d'Hutchinson devint nécessaire; elle a été opérée, selon nous, par le docteur Jaehne qui a fait fabriquer, dans l'année 1852, par Meyer, ferblantier à Dresde, de ces gazomètres simples et peu coûteux. Nous-même avons commencé nos premières expériences avec cet instrument.

Le spiromètre de Jaehne surpasse ceux connus jusqu'alors par sa simplicité et la modicité de son prix. Le récipient qui est en laiton n'a plus qu'un robinet pour laisser écouler l'eau; le tube à inspiration n'a plus de robinet et n'a plus besoin d'être ouvert et fermé alternativement par la personne soumise à l'expérience; mais ses courbures à angle droit et sa soudure sur les parois et le fond du récipient embarrassent et troublent sans cesse l'opération; la cloche en laiton est un cylindre dont la face supérieure sert de curseur et indique, sur une échelle verticale, mobile et fixée dans la paroi du récipient, les degrés correspondant au volume d'air contenu dans la cloche. Le poids de celle-ci est équilibré (très-imparfaitement à la vérité), et la corde qui soutient le contrepoids passe sur une roue dentée ayant 120 dents; comme la cloche tend toujours à descendre, malgré la perte de poids qu'elle éprouve, à mesure qu'elle plonge davantage dans l'eau du récipient, on arrête la roue avec un écrou qui ne lui permet de tourner que dans le sens ascensionnel de la cloche. Il y a dans toutes ces dispositions des causes d'erreurs que nous relèverons en donnant la description du gazomètre dont nous nous servons dans nos recherches. Nous ne comprenons pas trop pourquoi les professeurs Wintrich et Arnold reprochent à l'instrument de Jaehne de ne pas tenir compte du niveau de l'eau dans le récipient et dans la cloche; ils n'auraient qu'à réfléchir un peu à la nouvelle disposition de l'échelle gravée sur le récipient et non plus sur la cloche, de même qu'à l'absence de toute espèce de robinet sur le tube respiratoire, pour se convaincre, dès lors, que le niveau du liquide n'entre plus en ligne de compte, et pour reconnaître aussitôt que ce spiromètre est bien supérieur à ceux dont ils se sont servis eux-mêmes exclusivement.

En suivant l'ordre chronologique que nous avons adopté, nous devons signaler une dissertation inaugurale, savante et consciencieuse, faite sur la spirométrie par un élève de Donders, le docteur Fabius (1) de l'Université d'Amsterdam. Le médecin hollandais s'est surtout servi du spiromètre d'Hutchinson, et comparativement aussi de celui de Simon et de celui de M. Boudin; il n'en a pas construit de particulier, mais il soutient que les résultats obtenus avec la vessie en caoutchouc, telle qu'elle est fabriquée par M. Gariel, ne diffèrent pas beaucoup de ceux que fournit le gazomètre si compliqué du médecin anglais. Son travail a soulevé un certain nombre de questions litigieuses qui devront nous occuper ailleurs.

Quant à présent, il ne s'agit que d'apprécier la valeur des assertions de Fabius relativement au spiromètre de M. Boudin; à cet effet, nous nous sommes adressé à MM. Vernout et Galante qui nous ont très-obligeamment prêté un de ces instruments de leur fabrication. Nous l'avons utilisé dans une série d'expériences comparatives sur des hommes adultes, domestiques bien portants et vivant dans de bonnes conditions hygiéniques. Voici les résultats que nous avons obtenus :

	PAR LE SPIROMÈTRE DE M. BOUDIN.	PAR LE NÔTRE.
	Cent. cube.	Cent. cube.
1°	3100.	3900
2°	2950.	3700
3°	3400.	3800
4°	2500.	3000
5°	3600.	4400
6°	3100.	3400
7°	3000.	3700

(t) De Spirometro ejusque usu observationibus... Amstelodami, 1853.

déjà du temps de Plaute on faisait des *passes* et autres tours de passe-passe dans le but de produire le sommeil ou le somnambulisme. En pareil cas, on voit tout ce que l'on veut voir. Il s'agit ici simplement de ces locutions populaires qui sont de tous les temps, de tous les lieux. Ne dit-on pas aujourd'hui: Attends! je vais te caresser les oreilles! Vocable à l'usage des battants et que comprennent très-bien les battus. Mais voyons d'autres preuves de la dureté des personnages mis en scène par Plaute.

Une comédie intitulée Curculio, le *Charançon*, va nous montrer un pauvre diable en proie à un mal terrible et que personne ne plaint. *Cappadox* est un de ces personnages qui jouent un grand rôle dans le drame ancien, un agent de toutes les intrigues, non pas amoureuses, mais sensuelles, qui amusaient le théâtre romain, et qui ne choquaient personne parce qu'elles se reproduisaient sans cesse dans la vie privée des spectateurs. *Leno* est le titre dont on décore ces hommes; M. Naudet les appelle des *prostitueurs*, et notre langage usuel les désigne d'une façon beaucoup plus pittoresque. Donc cet infâme *Cappadox* fait un vilain métier, il enlève les enfants au berceau, il recueille les petites filles abandonnées, il les élève et les vend plus tard à ceux qui veulent les payer, il trafique de leurs charmes, et le portrait d'un pareil homme nous montre dans toute sa laideur un des plus ignobles types de cette société sensualiste pour qui la liberté humaine n'était qu'un vain mot, et qui ne connaissait pas encore la pudeur.

Mais Cappadox est malade; il s'est réfugié dans le temple d'Esculape, attendant de ce dieu tutélaire la guérison de ses maux. Il a vainement attendu, il sort du temple et dit en soupirant:

Migrare certum 'st jam nunc e fano foras;
Quando Æsculapi ita sentio sententiam,
Ut qui me nihili faciat, nec salvom velit,
Valetudo decrescit, adcrescit labor.

Il ne me reste plus plus qu'à quitter le temple. Hélas, je le vois bien, Esculape ne fait nul cas de moi, il ne veut pas me guérir; je sens mes forces décroître et croître mon mal. Mais quelle est donc cette maladie si grave? Le patient va nous l'apprendre, et l'on pourra se convaincre qu'il n'omet aucun des traits caractéristiques d'une affection abdominale. Ecoutez cette description.

Nam jam, quasi zona, liene cinctus ambulo.
Geminos in ventre habere videor filios.
Nihil metuo, nisi me medius disrumpar miser.

Ma rate est comme une ceinture qui m'étreint quand je marche; j'ai l'air d'avoir deux enfants dans le ventre, et je ne crains rien tant que de sentir se rompre le milieu de mon corps. Voilà, certes, un assez triste spectacle, mais *Palinure*, l'esclave de *Phedrome*, jeune client de *Cappadox*, ne trouve rien de mieux à dire à ce dernier que ces mots ironiques :

Qui hic est homo
Cum conlativo ventre, atque oculis herbeis?
De forma gnovi, de colore non queo.

PAR LE SPIROMÈTRE DE M. BOUDIN.		PAR LE NÔTRE.
	Cent. cube.	Cent. cube.
8°	3000.	3600
9°	3200.	3700
10°	3800.	4500
11°	3700.	4000
12°	3800.	3950
13°	3800.	4100
14°	2750.	3700

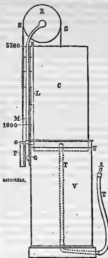
Ce qui nous a frappé, tout d'abord, dans les résultats fournis par le spiromètre de M. Boudin, c'est l'infériorite constante des nombres par rapport à ceux que nous a donnés notre instrument ; la différence est même parfois telle que, en ne considérant que le spiromètre en caoutchouc, on serait porte à croire qu'on a affaire à une affection de poitrine, comme aux numéros 2 et 14 par exemple, quoiqu'il ne s'agisse dans ces cas que de constitution détériorée par la syphilis et un traitement hydrargyrique. En effet, la capacite vitale annoncée par notre spiromètre, nous a aussitôt rassuré sur le sort des personnes examinées ; nous nous sommes convaincu qu'elle ne dépend que de la faiblesse et de la prostration physique. Le degré d'approximation qu'on obtient à l'aide de l'instrument de M. Boudin, est comparable à celui que donnent les compteurs à gaz ; mais celui-ci est préférable à ceux-ci parceque'il est plus maniable et plus portatif ; du reste la modicité de son prix permet d'espérer qu'il se popularisera quand la spirométrie aura gagné toute la confiance qu'elle mérite.

§ VI. — DERNIERS TRAVAUX SUR LA SPIROMÉTRIE.

En suivant l'ordre chronologique adopté dans ce travail, nous sommes conduit à signaler quelques résultats sur l'appréciation de la capacité vitale du poumon, obtenus à l'aide des instruments que nous avons fait connaître jusqu'ici, comme aussi de décrire et de juger les appareils proposés, le plus récemment, pour les recherches spirométriques. Après plusieurs tentatives faites sur les spiromètres connus, nous avons acquis la conviction que l'espéce gazomètre est la seule qui permette de mesurer le volume de l'air inspiré ou expiré, et dès lors, ne songeant plus qu'à profiter des avantages que nos prédécesseurs ont déjà obtenus, nous nous sommes attaché à les parfaire sous le rapport de la précision et de la simplicité.

« *Multum egerunt qui ante nos fuerunt, sed non peregerunt,* » disaient déjà avec Sénèque ceux qui, sans mépriser le legs de leurs ancêtres, avaient une foi aussi grande dans le présent que dans l'avenir du genre humain.

Depuis le commencement de l'année 1854, époque à laquelle remontent nos premières recherches, nous avons pu examiner la capacite vitale du poumon de plus de 2500 personnes de tout âge, dans les conditions physiologiques et pathologiques les plus variées ; à cet effet, nous nous sommes servi du spiromètre qui a été présenté, par M. le professeur Cl. Bernard, à l'Académie des sciences seulement dans sa séance du 1er décembre 1856. L'appareil que nous avons définitivement adopté, à l'aide duquel nous avons pratiqué tant d'expériences depuis deux ans, se compose ainsi qu'il suit : (fig. 3.)



Un récipient en laiton V, cylindrique, ouvert à sa partie supérieure, fermé à sa partie inférieure, est traversé, dans sa partie centrale, par le tube vertical T; celui-ci sort par le fond du récipient et communique, par une inclinaison légère, avec un tube en caoutchouc vulcanisé, par lequel se font, au moyen d'une embouchure A, les expirations et les inspirations; l'autre extrémité du tube T se termine à quelques centimètres au-dessous du plan qui passe par la circonférence supérieure du récipient. Cette extrémité du tube s'ouvre sous la cloche C, dans laquelle est recueilli l'air expiré et d'où est puisé l'air inspiré; cette cloche est également cylindrique, d'un diamètre un peu moindre que celui du récipient, de manière à pouvoir s'y mouvoir librement; elle est soutenue dans un équilibre stable, dans toutes ses positions; c'était là le problème le plus important et le plus difficile à résondre; nous l'avons résolu en suspendant le poids P par une chaîne S, dont les anneaux, de grosseur variable, sont disposés de telle façon que leur poids s'ajoute à celui de la cloche C, ou se retranche de manière à corriger les variations que subit le poids de la cloche, par suite de son immersion dans l'eau du récipient. La chaîne, ainsi graduée, passe sur une roue R, laquelle est soutenue par le montant M, qui se fixe dans une gaîne G, sur le récipient. Ce montant soutient également une lame de cuivre verticale L, qui est une échelle divisée en centimètres cubes, comme dans le spiromètre de Jaehne ; chaque division vaut 100 centimètres cubes ; à partir de 0, les divisions principales sont marquées de 500 à 500 centimètres cubes ; toute l'échelle comprend 5500 centimètres cubes, et nous n'avons pas encore rencontré de personne dont la capacité vitale du poumon ait dépassé, ni même atteint ce chiffre. La graduation de l'appareil repose sur les procédés les plus ordinaires de la physique expérimentale.

Pour faire fonctionner cet instrument, nous plaçons le récipient sur un trépied muni de vis qui permettent d'établir exactement le niveau ; nous le remplissons d'eau jusqu'à un certain point déterminé N ; nous enfonçons la cloche dans le récipient, jusqu'à ce que son bord supérieur corresponde au 0 de l'échelle.

La personne dont nous voulons savoir la capacité pulmonaire est

---

Quel est cet homme au gros ventre, aux yeux verts, couleur d'herbe? Je reconnais sa tournure, mais non sa couleur. Notez la teinte ictérique des conjonctives, et puis écoutez le malade dire à Palinure :

Lien necat, renes dolent,
Pulmones distrahuntur, cruciatur jecur,
Radices cordis pereunt, hiræ omneis dolent.

La rate m'étouffe, je souffre des reins, mes poumons sont déchirés, mon foie est à la torture. *Radices cordis pereunt*, cela veut dire qu'il a des palpitations, des bruits tumultueux, une angoisse précordiale horrible; et enfin, *hiræ*, les entrailles sont douloureuses. Le pauvre homme est vraiment bien mal hypothéqué, et cet abominable *Palinure*, qui veut faire le docteur, déclare qu'il s'agit d'une hépatite :

Tum te igitur morbus agitat hepatarius.

Et comme Cappadox lui reproche son mauvais cœur en lui disant : *facile'st miserum irridere*, Palinure ajoute :

Quin tu aliquot dies
Perdura dum intestina exputescunt tibi,
Nunc dum salsura sat bona 'st, si id feceris,
Vænire poteris intestinis vilius.

Prends patience jusqu'à ce que tes entrailles soient pourries. Voici le temps de la bonne saumure; elles se vendront plus cher que toute ta personne! On n'est pas plus cruel, pas plus mauvais plaisant, et cette allusion aux intestins de poisson qu'on laissait pourrir pour en faire du *garum*, assaisonnement si précieux aux gourmets, est vraiment déplorable. Cappadox s'écrie : *Lien dierectu'st*! La rate! oh! quel supplice! Et son exclamation n'est que trop bien motivée; aussi ne pouvons-nous y voir une expression figurée; aussi n'acceptons-nous pas la traduction ou plutôt l'équivalent de M. Quicherat : *Je me ronge le cœur!* Mais poursuivons et voyons ce que va faire notre malade.

Je vous ai dit que Phedrome, amant de la jeune Planetie, une des pensionnaires de Cappadox, va voit sa maîtresse *quia heic leno ægrotus incubat in Æsculapi fano;* et nous venons de voir qu'il avait de bonnes raisons pour recourir à cet arbitre suprême de la santé. On n'y manquait guère en pareil cas, cette coutume date de loin, et MEIBOMIUS a fait une savante dissertation intitulée : *De incubatione in fanis deorum medicinæ causa*, dans laquelle on trouve bien des choses intéressantes pour les amateurs de la *prisca medicina*. Quoi qu'il en soit, le pauvre *Leno* s'était installé dans le temple d'Esculape afin d'obtenir un songe favorable. On supposait que le dieu indiquait le remède dans le rêve que le patient retenait avec le plus grand soin, et dont l'interprétation appartenait, soit aux prêtres du temple, soit à des devins habiles. Cappadox, qui n'a pas de rancune, demande conseil à cet affreux Palinure, mais celui-ci décline cet honneur et renvoie le malade à un cuisinier, son ami, autre esclave qui lui tombe sous la main, et auquel il attribue une science profonde en ces sortes de mystères. Voici le rêve de Cappadox.

assise devant l'appareil, tenant d'une main l'extrémité libre du tube T; elle chasse d'abord l'air du poumon, puis elle fait une inspiration profonde, et lance l'air expiré par l'embouchure dans la cloche; celle-ci s'élève aussitôt, monte le long de l'échelle, et le point où s'arrête son bord supérieur indique le volume d'air expiré en centimètres cubes. Nous faisons toujours faire au moins trois expirations, et nous conservons le maximum; il n'est jamais trop grand, puisque les poumons retiennent toujours une certaine proportion d'air, même après les plus profondes expirations.

Le volume de l'air inspiré n'a encore pu être déterminé, d'une manière rigoureuse et satisfaisante, par aucun des appareils connus jusqu'ici; ce qui fait qu'on ignore complétement les rapports qui existent entre l'inspiration et l'expiration, de même que ceux entre l'inspiration et la capacité pulmonaire. Nous produirons, dans la suite de ce travail, les résultats auxquels nous ont conduit les expériences pratiquées avec notre instrument dont la disposition, appropriée à ce genre d'opération, nécessitait simplement la conservation d'un équilibre stable entre la cloche et le poids P. Nous y sommes parvenu, après de longs tâtonnements, en graduant le poids de la chaîne, suivant qu'il convient d'augmenter ou de diminuer le poids de la cloche.

Pour déterminer le volume de l'air inspiré, nous élevons la cloche au niveau du trait de l'échelle qui marque 5000; nous faisons exécuter, d'abord une forte inspiration, ensuite une profonde et lente expiration; puis, l'embouchure appliquée fortement sur la bouche, dans le court intervalle qui sépare les deux temps, nous recommandons d'inspirer; la cloche baisse, et le point où elle s'arrête nous donne facilement le volume d'air inspiré; l'expérience est renouvelée également trois fois, et nous en prenons le maximum. Après chaque expiration ou inspiration, nous laissons s'établir une uniformité de pression, de tension et de saturation de l'air contenu dans la cloche avant d'en prendre sur l'échelle le volume réel.

L'équilibre stable de la cloche à air rend cet appareil d'une sensibilité extrême; l'ouverture du tube, débarrassé des robinets, fait que la pression du gaz est toujours la même, que son état hygrométrique, son élasticité et sa température sont constants, par suite de son contact avec l'eau du récipient. Il y a cependant quelque chose de moins aisé à régler, ce sont les mouvements respiratoires des individus soumis à l'expérience, aussi les laissons-nous acquérir une certaine habitude, et nous conservons le chiffre maximum, les lois ordinaires de la physique et de la physiologie nous garantissant de ne pouvoir jamais obtenir un nombre trop grand.

Nous faisons respirer les personnes par la bouche, sans nous préoccuper de la communication des voies respiratoires avec l'air extérieur par les narines; en effet, nous nous sommes assuré, par des expériences directes, qu'il ne passe pas d'air par le nez quand on respire par la bouche; toutefois, ils ne faut pas se fier à toutes les personnes; il y en a qui s'y prêtent tellement mal qu'il est difficile de leur faire comprendre cette petite pratique. Ce qui nous amène à dire qu'il faut, pour faire ces expériences, une certaine habitude, comme pour tout ce qui est soumis à l'empire de nos sens. Il nous reste une dernière observation à faire, c'est que les capacités pulmonaires que nous avons déterminées correspondent toutes à la position assise. Cette remarque n'est pas sans importance, puisque les autres positions donnent des résultats sensiblement différents, plus faibles dans le décubitus et plus fortes dans la station verticale, comme nous l'avons constaté dans plusieurs séries d'expériences. Nous avons fait cette remarque à M. le professeur Schützenberger qui, jusqu'à présent, a pratiqué ses opérations dans la position verticale.

Quoique la spirométrie se soit enrichie dans ces dernières années de travaux importants, nous n'avons cependant pas à signaler de modifications fondamentales dans les instruments employés. Ainsi le professeur Arnold (1), qui a composé un véritable traité sur la détermination de la capacité vitale du poumon, s'est contenté d'employer dans ses recherches le spiromètre de Vogel modifié par Wintrich; tandis que le docteur Hecht (2), de Strasbourg, s'est servi de l'instrument de Hutchinson et de celui de M. Boudin. Mais le docteur Harless (3), ne tenant pas compte de la réprobation que le professeur Wintrich avait déjà faite des compteurs secs, a imaginé un petit appareil assez ingénieux qui est formé d'un cylindre en laiton de 5 pouces de long et de 8 lignes et demi de diamètre; des diaphragmes à ouvertures variables ferment l'une des extrémités du cylindre, et celui-ci communique latéralement avec un manomètre qui permet de régulariser les mouvements respiratoires; les insufflations se font par l'autre extrémité et la graduation de l'échelle est basée sur le temps que l'air met à traverser l'ouverture diaphragmatique, la pression latérale restant constante. Ce procédé d'opération repose sur une hypothèse assez gratuite, à savoir qu'il existe un rapport entre le volume d'air chassé du poumon et le temps qu'il met à traverser une ouverture pratiquée dans un écran. Quelque ingénieuse que nous paraisse cette idée, il est cependant difficile d'admettre qu'elle puisse trouver une application heureuse à la spirométrie. Nous exprimons la même opinion sur tous les compteurs à gaz secs ou non hydrauliques, qui sont employés dans l'industrie pour calculer la vitesse de l'air ou la direction des vents. Les appareils les plus sensibles et les plus appropriés à cet usage portent le nom d'*anémomètres*, dénomination toute moderne, quoique le principe soit appliqué dans la construction des girouettes et des moulins à vent depuis les temps les plus reculés.

Mais les *anémomètres*, tel qu'ils ont été construits en France par un habile horloger-mécanicien de Paris, M. *Neumann*, d'après le *moulinet de Woltmann*, qui n'est qu'un *hydromètre* appliqué à l'hydraulique, et qui est lui-même précédé, de plus d'un siècle, par *la machine propre à mesurer la rapidité du vent*, de *Grillet*, autre horloger de Paris, ces anémomètres peuvent-ils servir à apprécier la capacité vitale du poumon (4)?

(1) UEBER DIE ATHMUNGSGR. D. MENSCHEN, par F. Arnold. Heidelberg, 1855.

(2) ESSAI SUR LE SPIROMÈTRE, par L.-E. Hecht. Thèse inaug., Strasb., 1855.

(3) THEORIE UND ANWENDG DES SEITENDRUCKSPIROM. par E. Harless. München, 1855.

(4) Les traités d'hydraulique gardent sur l'histoire des anémomètres un silence que nous trouvons d'autant plus blâmable que l'idée première, leur invention, appartient à la France. C'est dans un petit volume in-4° publié, avec privilége du roy, en 1673, sous le titre de: « *Curiositez mathématiques de l'invention du sieur Grillet, horlogeur à Paris*, que nous trouvons à la page 9, *la description d'une machine propre à mesurer la rapidité du vent, et à connoistre de quel costé il vient*. Cet instrument se compose d'un moulinet

---

Hac nocte in somnis visus sum viderier
Procul sedere longe a me Æsculapium.
Neque eum ad me adire, neque me magni pendere
Visu' st.

J'ai cru voir, cette nuit, pendant mon sommeil, Esculape assis loin de moi, sans daigner s'approcher, et montrant peu d'estime pour ma personne. Le prétendu devin lui dit galamment que tous les dieux manifesteraient à son égard la même opinion, et le reste de la scène n'a rien qui puisse nous intéresser.

On a pu voir avec quelle précision le poete décrivait les divers symptômes de cette maladie, ou plutôt de ces divers états pathologiques accumulés chez un seul individu; cela suppose, on en conviendra, des connaissances anatomiques assez étendues. Plaute est un peintre habile, il n'oublie rien de ce qui assure la ressemblance d'un portrait, et tout médecin sera frappé de l'exactitude d'une observation semblable. On retrouve ce talent descriptif dans bien d'autres circonstances; par exemple, voici un homme qui a faim, ou du moins qui veut faire croire à son maître qu'il est exténué de fatigue et qu'il lui faut absolument des aliments substantiels, choisis, scène de gourmandise dont Phedrome n'est pas dupe; *Curculio*, l'esclave affamé, feint de tomber en défaillance; *tenebræ oboriuntur*, dit-il, *genua inedia subsidunt*, mes yeux se troublent, mes genoux se dérobent sous moi; *retine me*, soutiens-moi, *animo male'st*, je me trouve mal! *Vin' aquam?* Veux-tu de l'eau, dit son maître, et l'esclave réplique:

Si frustulenta 'st, da obsecro, hercle, absorbeam.

Volontiers, si c'est de la soupe, je l'avalerai; et il continue en ces termes:

Perii; prospicio parum.
Os amarum habeo, denteis plenos, lippiunt fauceis fame,
Ita cibi vacivitate, venio laxis lactibus,

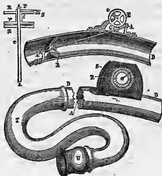
Je suis mort! je n'y vois goutte, ma bouche est amère, mes dents s'engorgent, la faim m'empâte la bouche, j'arrive le ventre vide, etc. Vous voyez que Plaute n'oublie rien dans cette peinture, et que, vraie ou supposée, cette faim canine est décrite de main de maître.

Il y a dans la même pièce une vieille femme tourmentée par une soif inextinguible, sacrifiant sans cesse à Bacchus, et que Phedrome sait prendre par son faible. *Siti sicca sum*, s'écrie la vieille, et l'esclave qui lui présente la cruche pleine de vin, lui dit:

Age, ecfunde hoc cito
In barathrum, propere prolue cloacam.

Allons, dépêche-toi de verser cette liqueur dans ce gouffre, de laver ce cloaque. Et quand cette éponge humaine est imbibée, quand, attendrie par l'ivresse commençante, elle consent à favoriser une entrevue entre les amants, elle se livre à un acte singulier: elle arrose les verroux et les gonds pour empêcher le bruit de la porte qui va s'ouvrir, et Palinure, témoin de cette libation utile, dit en riant:

Avant de chercher à résoudre, de notre côté, cette question préliminaire, que M. Guillet a dû se poser avant de faire construire par M. Neumann (1) des anémomètres réduits et de les faire présenter par M. Charrière fils, aux Académies des sciences et de médecine, avant d'aller plus loin rappelons que cet instrument (2), représenté fig. IV, se compose,



dont l'axe, garni d'une vis sans fin, communique le mouvement à deux roues portant l'une 100, l'autre 101 dents, et qui marquent sur un cadran le nombre de tours que font les ailerons, absolument comme cela se pratique avec les anémomètres. Le *moulinet hydrométrique de Woltmann*, en usage depuis 1790, présente la même construction; mais les ailettes de son moulinet sont mues par l'eau et l'instrument ne sert qu'à mesurer la vitesse des cours d'eau.

C'est sur le type même de la machine de Grillet que sont construits les anémomètres à l'aide desquels on calcule la vitesse des vents et la vitesse de l'air qui est destiné à la ventilation des mines et des hôpitaux. Pour cette raison déjà, ces appareils méritent d'être signalés à l'attention des médecins. Leur précision ne dépend pas seulement de l'habileté avec laquelle ils sont construits, et, sous ce rapport, M. Neumann, horloger-mécanicien de la rue Saint-Honoré, n° 211, nous paraît des plus recommandables, mais elle exige encore des connaissances spéciales pour obtenir les coefficients particuliers à chaque instrument, qui permettent de résoudre la formule $V = \frac{E}{T}$, et de déterminer la quantité d'air correspondant à la vitesse. Nous renvoyons, d'ailleurs, pour tous ces détails, aux traités spéciaux de physique et de mécanique, en répétant avec Grillet que « pour ceux qui ne les entendent pas, il nous faudrait faire un trop grand » discours pour les leur faire comprendre. »

comme tous les anémomètres, d'un moulinet garni d'ailettes qui communique par une vis sans fin le mouvement à un compteur; celui-ci a de même deux roues dentées dont l'axe supporte une aiguille qui indique sur deux cadrans le nombre de tours des ailettes. Seulement, à cause de la petitesse du cylindre qui enferme le moulinet, M. Neumann a été obligé de donner aux roues 50 et 48, au lieu de 100 et 101 dents comme cela se fait pour les anémomètres plus grands. Pour faire usage d'un anémomètre il faut savoir quelle est la vitesse de l'air qui est nécessaire pour avoir une révolution des ailettes, variable par chaque instrument; puis il faut calculer la quantité d'air qui y correspond. On aurait pu cependant, comme pour les compteurs hydrauliques, disposer l'appareil de manière à lire directement les volumes sur le cadran.

Mais, disons maintenant, comment les anémomètres ne sont pas plus propres aux expériences spirométriques que les compteurs.

L'anémomètre le plus sensible est celui dont les ailettes inclinées, développées vers la circonférence et ne se prolongeant pas jusqu'à l'axe du moulinet, laissent passer par le centre du cylindre une colonne d'air que rien n'accuse; ce qui fait que certains de ces instruments ne fonctionnent pas quand on y souffle lentement et doucement. Il ne s'agit cependant pas de respirer violemment, mais, bien au contraire, lentement et profondément, pour savoir quel volume d'air le poumon est capable de recevoir et de rejeter. M. Poiseuille est aussi de cet avis : « *Si l'expiration, dit-il, est faite avec effort, si l'air est poussé violemment (auquel cas elle ne peut être complète;)* » — et des recherches que nous reproduirons ailleurs nous ont prouvé que la capacité vitale du poumon ne dépend ni de la vitesse, ni de la durée des mouvements respiratoires.

Quand un souffle dans l'anémomètre les ailettes acquièrent une vitesse telle, par les premiers efforts expiratoires, qu'ils se meuvent encore, par la seule vitesse acquise, quand il ne passe plus que peu d'air par le cylindre et même quand le mouvement respiratoire est complétement terminé (1). — Nulle disposition technique ne pourra d'ailleurs soustraire cet instrument à cette cause d'erreur. Enfin, nous ne comprenons pas trop comment M. Poiseuille peut admettre qu'un anémomètre, dont le coefficient répond à une vitesse donnée, soit capable d'apprécier la quantité d'air chassée du poumon, pendant un acte respiratoire dans lequel il a reconnu, lui-même, une vitesse d'expulsion de l'air tellement inégale qu'elle lui a donnée une pression variable entre quelques centimètres et un millimètre.

Ainsi, tout en respectant les formules des mécaniciens, nous déclarons tous ces compteurs hydrauliques et non hydrauliques impropres aux recherches spirométriques et nous les abandonnons aux arts et à l'industrie où ils ont, sans doute, une raison d'être qu'il ne nous appartient pas de discuter.

(1) M. Poiseuille nous semble avoir été mal renseigné quand, en parlant, dans son rapport, de l'instrument qu'il était chargé d'examiner, il a écrit cette phrase : « C'est en un mot un travail d'horlogerie, mais peu compliqué; M. Charrière, à qui M. Guillet *en a confié l'exécution*, l'a parfaitement compris; » à chacun selon ses œuvres; la réputation de M. Charrière n'exige pas que le mérite de M. Neumann soit méconnu.

(2) Nous apprenons, au moment seulement où notre appréciation est imprimée, que Félix Darcet, il y a une dizaine d'années, a fait quelques tentatives pour appliquer les anémomètres aux recherches spirométriques, et que, plus tard, en 1849, M. Doyère a repris la même idée, qu'il a de même abandonnée. Tellement il est vrai que : « *Nil sub sole novum.* »

(1) M. Poiseuille aurait bien dû nous dire comment il s'y est pris dans les trois expériences qu'il rapporte, pour arrêter le mouvement des ailettes de son anémomètre après une durée d'expiration de 2",15‴ 1",15‴ 0",45‴.

Viden' ut anus tremula medicinam facit!
Eapse merum condidicit bibere, foribus dat aquam quam bibant.

Regarde! La vieille au chef branlant pratique la médecine : elle boit elle-même le vin pur et donne de l'eau à la porte pour breuvage. Qui n'a entendu reprocher au médecin le bon dîner qu'il aime à faire et la diète qu'il prescrit volontiers à ses malades? Mais, encore une fois, remarquez que ces allusions à la pratique de l'art de guérir sont en complet désaccord avec la prétendue absence de médecins à Rome. M. Naudet, qui ne perd pas une occasion de nous décocher un trait, dit encore, à propos du temple d'Esculape où allaient coucher les incurables : « Il n'y avait alors ni faculté ni docteurs; depuis qu'il y en a, on ne voit guère de miracles. Je me trompe, j'oubliais le somnambulisme magnétique! » Le rapprochement est aimable autant que judicieux, et il m'aura suffi de citer ce passage pour faire apprécier les arguments de notre savant ennemi.

Il y a dans CASINA un fermier du nom d'*Olympion* qui attend d'un coup de dés le succès d'une affaire fort intéressante pour lui; l'arrêt du sort est prochain; il est horriblement tourmenté, et décrit en ces termes les angoisses auxquelles il est en proie :

Perii! cor lienosum, opinor, habeo; jamdudum salit;
De labore pectus tundit.

M. Naudet traduit *cor lienosum* par : *Mon cœur est pris du mal de rate, je crois*. Toute révérence gardée envers un aussi habile latiniste, je me permettrai de dire que cette version est peu satisfaisante, car qu'est-ce que le mal de rate? J'aimerais mieux : *Mon cœur se gonfle ;* cela donnerait une idée de ce qu'éprouve Olympion. Evidemment il veut dire qu'il a le cœur gros, comme on a la rate grosse quand on a couru, ce que je ne garantis pas; mais enfin la douleur qu'on éprouve dans le flanc gauche, après une course rapide, est attribuée au gonflement de la rate, et l'émotion agit sur le cœur dans un sens analogue. Nous moquerions-nous de cette anatomie de fantaisie que les auditeurs de Plaute acceptaient sans scrupule? Le public de nos jours est-il donc plus clairvoyant à l'endroit des expressions techniques employées par nos dramaturges modernes? Le langage du poëte latin est plein de mots d'une énergie extrême, qui font image, et que le menu peuple saisissait à merveille. Ainsi *Dinacion* prétend que la fatigue a tari la moelle de ses os, *medullam lassitudo perbibit*, et Gelatime (tous deux acteurs dans STICHUS) s'écrie :

Quid ego, quoi misero medullam ventris percepit fames!

et moi, malheureux, la faim a dévoré la moelle de mon estomac! Tout le monde sait ce que cela veut dire, mais je ne me charge pas d'expliquer le sens réel d'une expression proverbiale que j'ai rencontrée dans EPIDICUS. Un jeune homme, impatient de recevoir une nouvelle importante, gourmande ainsi un esclave en retard :

Di immortaleis! otio isse admiror pedibus; pulmones,
Qui perhibentur, prius venissent, quam tu advenisti mihi.

Afin de compléter cette notice historique autant qu'il est en notre pouvoir de le faire, nous devons encore signaler un procédé nouveau. Cependant on pourrait lui trouver pour idée mère les principes sur lesquels sont basés les ozonomètres et certains procédés d'analyse du sang. Le docteur Voltolini (1) de Falkenberg, auteur de cette innovation pneumométrique, part de ce principe (qui a besoin encore d'être sanctionné par la physiologie), que la quantité d'acide carbonique contenue dans l'air expiré, est en rapport avec la vitalité, les fonctions du poumon; ce médecin pense donc qu'en déterminant les proportions d'acide carbonique chassées dans un temps donné, il pourra en déduire le volume de l'air expiré, et abandonner ainsi tous les spiromètres connus jusqu'ici. Il choisit pour faire ses expériences un flacon pouvant contenir 180 grammes, il y verse 90 grammes d'eau de chaux filtrée et y plonge jusqu'au fond un tube en caoutchouc vulcanisé par lequel on fait passer l'air expiré; il apprécie la proportion de carbonate engendrée en plongeant dans le liquide un papier rouge de tournesol, après une, deux ou plusieurs expirations, et par la comparaison qu'il établit entre la teinte obtenue et les teintes de son échelle, il parvient à fixer le degré de saturation auquel est arrivé le liquide. Le 0 de son échelle répond au bleu foncé qu'il obtient en plongeant le papier rouge de tournesol dans l'eau de chaux pure et le maximum, ou 8, correspond à la saturation de la dissolution calcique par l'acide carbonique, ce qui lui est indiqué par la réaction du papier bleui de tournesol qui retourne au rouge; les degrés intermédiaires sont représentés par les teintes que prend le papier de tournesol rouge trempé dans l'eau de chaux, après chaque insufflation de quinze secondes. Quelque ingénieux que soit ce moyen, il nous semble entaché de tant de défectuosités et de causes d'erreurs qu'il nous suffira de les signaler à nos lecteurs pour qu'ils en tirent eux-mêmes les conséquences. D'abord nous rappellerons, avec Vierordt, que les quantités d'acide carbonique de l'air expiré ne conservent pas les mêmes rapports dans les mouvements lents et dans les mouvements rapides de la respiration; puis cette proportion d'acide varie avec le développement et l'activité musculaires, avec le jeûne et la nutrition, avec le repos et le sommeil, enfin elle dépend principalement de l'usage des boissons spiritueuses.

Tels sont les travaux sur lesquels se base déjà la spirométrie, et quant aux spiromètres, nous croyons pouvoir résumer notre opinion en disant que les meilleurs instruments de précision, pour la détermination de la capacité vitale du poumon, sont ceux qui recueillent le plus facilement l'air expiré et qui nous permettent de le jauger, de le mesurer constamment et aisément, dans les mêmes circonstances, en réclamant de la personne soumise à l'expérience le moins d'intelligence ou de savoir-faire. Ceux de nos lecteurs qui ont suivi toutes les phases du problème que nous cherchions à résoudre, doivent être convaincus, aujourd'hui, comme nous que les gazomètres seuls peuvent satisfaire à toutes les conditions qui se rattachent à la question complexe de la spirométrie.

B. Schnepf.

(1) In Günsb. Ztschr. VI. 1855.

PATHOLOGIE INTERNE.

Des caractères différentiels des ulcérations intestinales, dans l'entérite folliculeuse et dans la phthisie; par le professeur Forget (de Strasbourg).

Ignorer, oublier et changer: trois infirmités de l'esprit humain qui s'opposeront toujours à ce que la médecine soit une science *faite*, et qui condamneront les travailleurs sérieux de tous les temps à rouler éternellement le rocher de Sisyphe. La science, en effet, est nécessairement composée de notions très-nombreuses, disséminées dans ses archives, dont quelques-unes restent ignorées même des plus savants, dont quelques autres sont chassées de la mémoire par le mouvement incessant des productions scientifiques, et dont plusieurs subissent des mutations subordonnées à la variation des idées, des doctrines qui règnent un instant, pour faire place à des idées, à des doctrines tout aussi fugitives que celles qui les ont précédées.

Voilà pourquoi la presse est encombrée de conceptions qu'on nous donne imperturbablement comme nouvelles, bien que, depuis longtemps, elles occupent une place plus ou moins large dans les fastes de la science et de l'art, et ce qu'il y a de plus affligeant, c'est qu'il s'agit souvent de faits et de principes consignés dans des œuvres célèbres, qui répandaient naguère un brillant éclat, que l'on cite aujourd'hui par tradition, et qu'on admire de confiance, tout en prouvant qu'on ne les a pas lues ou qu'on les a complétement oubliées. C'est ce qui s'observe aujourd'hui pour la fièvre typhoïde. Il y a quelque vingt ans, lorsque les ouvrages de MM. Louis, Chomel, Andral, Bouillaud et autres sont venus captiver l'attention du public médical, il semblait que les principes fondamentaux de l'histoire des fièvres graves fussent fixés à jamais, et pourtant aujourd'hui ces belles œuvres paraissent ignorées, ou du moins oubliées, au point que les notions les mieux établies par ces habiles observateurs sont néanmoins passées sous silence ou bien reproduites identiquement, comme si jamais personne ne se fût occupé de ces matières. Maintefois j'ai eu l'occasion de relever, pour mon compte ou pour celui de nos maîtres, certaines prétentions de ce genre dont les auteurs paraissaient fort surpris de voir qu'ils avaient été devancés par d'autres écrivains que pourtant ils auraient dû connaître. Or, les rectifications de ce genre n'ont pas seulement le mérite assez mince de rendre à chacun ce qui lui appartient, elles ont surtout l'avantage de sauvegarder la vérité de l'histoire, d'éviter aux ingénus des déceptions humiliantes, des labeurs superflus, et à l'humanité des expérimentations, des tâtonnements des longtemps reconnus comme inutiles ou même dangereux.

Donc, ce beau monument fondé jadis par Peyer, Baglivi, Rœderer et Wagler, cimenté depuis par Prost, Petit et Serres, achevé par Louis, Chomel, Cruveilhier, etc., cette belle conception des fièvres graves réduites à l'entérite folliculeuse, ou du moins anatomiquement caractérisées par la lésion intestinale, cet édifice imposant s'écroule de jour en jour, pierre par pierre, si bien que dans le vague et l'anarchie qui planent actuellement sur lui, bientôt il sera difficile de le reconnaître,

---

Par tous les dieux! qu'as-tu fait de tes jambes? Un poumon, comme on dit, aurait marché plus vite que toi! J'avoue que je ne saisis pas le motif de ce rapprochement inattendu, à moins que *pulmones* ne soit ici une abréviation, *pulmonibus laborantes*, ceux qui ont les poumons malades et qui ne peuvent courir. J'aime mieux cette interprétation que celle d'Érasme, qui dit que cette comparaison est fondée sur ce que le poumon est toujours en mouvement sans changer de place. Il aurait fallu pour cela que l'on connût le mécanisme de la respiration, tandis que les asthmatiques, et autres gens affectés de courte haleine, ne pouvaient marcher rapidement, ce qui était d'observation vulgaire et facile. Je puis justifier ma manière de voir en m'appuyant sur une scène du Mercator: *Acanthion*, un de ces esclaves messagers toujours prêts à vendre cher les bonnes nouvelles qu'ils apportent, se plaint en ces termes de l'horrible course qu'il vient de faire:

Genua hunc cursorem deserunt.
Perii! seditionem facit lien, obcupat præcordia.
Simul emicat subspiritus. Vix subfero, hercle, anhelitum.

Mes genoux se refusent à la course! Je n'en puis plus! ma rate se révolte et remonte au cœur; je suis tout essoufflé! Ce passage me semble très-clair, c'est le *cor lienosum* cité plus haut, et ces expressions populaires s'entendent fort bien, M. Naudet dit, dans sa version: *Ma rate force les remparts de mes poumons tout palpitants, tout haletants*, et, pour un homme si fort en opinions médicales, il ne montre guère de connaissances anatomiques.

Une autre comparaison non moins bizarre, c'est celle que se permet un certain *Nicobule*, dans les Bacchis. Il parle de Chrysale, esclave importun et cependant nécessaire:

Lippi illic oculi servos est simillumus:
Si non est, nolis esse, neque desideres;
Si est, abstinere, quin adtingas, non queas.

Cet esclave est comme un mal aux yeux. Si on ne l'a pas, on s'en passe à merveille; on n'en veut pas du tout. S'il vous vient, on ne peut se dispenser d'y toucher. Horace a dû applaudir à la vérité de cette image, qui se trouve reproduite dans la pièce intitulée le Persan, où un certain *Sagariston*, esclave, dit de son maître: Il ne saurait se passer de moi, pas plus qu'on ne peut s'empêcher de porter la main à un œil lippeux:

Sed quasi lippo oculo me herus meus manum abstinere haud quid tamen
Quin mi imperet, quin me suis negotiis præfulciat.

J'aime à rencontrer des locutions de ce genre, parce qu'elles prouvent combien elles entrent dans les habitudes d'un peuple; les lippeux étaient communs à Rome aussi bien qu'en Grèce; les mêmes influences produisaient les mêmes résultats, et à vingt siècles de distance, les observateurs constatent des affections analogues.

La lecture de Plaute est une source abondante de renseignements sur la vie privée de ses contemporains; il écrivait pour la populace, aussi son œuvre est-elle remplie de locutions qui couraient les rues, de ces proverbes dont l'idée s'est éternisée en dépit des changements de costume dus au gé-

si quelques bras courageux et persévérants ne s'efforcent de le soutenir et de le défendre contre la tourbe des ravageurs.

Ici ce sont des esprits nébuleux qui s'obstinent à maintenir l'entité de la fièvre typhoïde, prétendant que celle-ci peut fort bien exister sans lésion intestinale. Naguère un de ceux-ci m'enjoignait impérativement de *prouver* que l'entérite folliculeuse est essentielle à la fièvre typhoïde, comme si la preuve restait à faire après tant de beaux et célèbres travaux. Là ce sont des observateurs superficiels qui, fascinés par les apparences, prétendent englober sous la même dénomination des maladies essentiellement disparates telles que le typhus et la fièvre typhoïde (entérite folliculeuse), oubliant qu'à ce compte il faudra considérer comme identiques la résorption purulente et la pneumonie, la fièvre puerpérale et l'érysipèle, la fièvre paludéenne et le panaris, en tant que toutes ces affections peuvent prendre le masque de la fièvre typhoïde. Un de-ceux-là me trouve fort singulier de vouloir caractériser une maladie par des « signes posthumes », comme si toutes les maladies internes avaient d'autres caractères fondamentaux que des *signes posthumes!* (GAZ. MÉD. 3 nov. 1855.) D'autres se confondent en admiration de voir la tuberculisation aiguë revêtir les apparences de la fièvre typhoïde, oubliant que ces apparences peuvent se greffer sur les affections les plus variées, depuis le furoncle jusqu'à la méningite. On en voit manifester leur étonnement de ce que la péritonite puisse exister sans perforation intestinale ou que la diphthérite puisse apparaître dans l'entérite folliculeuse, comme si l'existence d'une inflammation préservait nécessairement d'une autre, ce qui précisément est le contraire du principe classique et du fait général ! et notons bien que toutes ces éventualités sont depuis longtemps signalées et démontrées dans des œuvres capitales qu'à personne il n'est permis d'ignorer, mais qui ont le malheur de dater de quinze ou vingt ans.

Puis ils se fâchent tout rouge et vous disent des injures, lorsque poliment vous leur faites observer que toutes leurs inventions sont de l'histoire qui n'est pas même très-ancienne. Il en est un qui m'a fait tancer très-vertement par un de ses affidés, pour avoir dit, il y a quinze ans, que la pulvérulence des narines provenait de ce que le malade respirait la bouche ouverte et *restait immobile*, tandis que lui disait, hier, que la pulvérulence provient de ce que le malade *ne se mouche pas*, ce qui est bien différent.

Un grand nombre s'en prennent aux lésions intestinales, sinon pour les nier, au moins pour leur enlever toute signification et toute valeur étiologique, diagnostique, pronostique et thérapeutique. Ils conviennent que le travail d'ulcération intestinale dure nécessairement plusieurs septénaires, et ils n'en guérissent pas moins leurs malades en quelques jours. Ils confessent que l'hémorrhagie, la perforation intestinale peuvent tuer et tuent souvent les malades, et n'en considèrent pas moins l'ulcération comme un épiphénomène très-insignifiant. Ils pansent les ulcères aigus extérieurs avec les topiques les plus doux, mais ils adressent en toute sécurité de conscience une foule de stimulants aux ulcères intestinaux. Dernièrement, ils se sont faits forts de supprimer l'indigestion, et de nourrir les fébricitants à toutes les périodes... Il est vrai qu'ils appellent nourrir donner du lait et du bouillon.

Un d'eux s'est imaginé dans ces derniers temps qu'à mesure qu'on s'avance dans les pays chauds, on voit décroître les lésions intestinales dans la fièvre typhoïde, si bien qu'à certaines limites, la fièvre typhoïde se trouve complétement dégagée des lésions intestinales. (GAZ. MÉD., 3 nov. 1855). Cette hallucination impose par un certain air de profondeur, mais l'auteur oublie d'abord de nous montrer cliniquement à quel degré de latitude répond tel degré de l'entérite folliculeuse; et comme pour lui l'appareil extérieur est toute la maladie, il ne voit pas que les fièvres graves des pays chauds sont pour la plupart des fièvres paludéennes, et non des entérites folliculeuses, comme l'ont assez bien démontré nos médecins d'Afrique, M. Maillot à leur tête, puis M. Littré dans ses belles considérations sur les œuvres d'Hippocrate; ou bien que ces maladies sont des typhus, ou tout autre chose, et non pas des fièvres typhoïdes; sans préjudice de celles-ci qui s'y produisent quelquefois avec les lésions intestinales qui lui sont propres.

Un autre a rêvé que la psorentérie (affection granuleuse) et le pointillé noir de l'intestin sont exclusivement le cachet spécial de l'influence cholérique, et qu'il y a présence de l'élément choléra partout où se produit la psorentérie (GAZ. MÉD., 3 nov. 1855). De sorte que lorsqu'en 1673, Peyer découvrait et dessinait les granulations intestinales, ses sujets étaient sous l'influence du choléra. Il y avait choléra lorsqu'en 1760, à Gœttingue, Rœderer et Wagler décrivaient et représentaient ces mêmes granulations dans leur *fièvre muqueuse*. C'est en temps de choléra qu'écrivaient Petit et Serres (1812), Louis (1823), à Paris. J'étais sous l'influence du choléra lorsque j'écrivais mon traité de l'*entérite folliculeuse* (et que j'assignais aux granulations le nom de *psorentérie* qui leur est resté), en 1841, à Strasbourg, où le choléra n'avait jamais pénétré !

Voilà de bien étranges préoccupations, il faut en convenir, mais ce n'est pas de tout cela qu'il s'agit aujourd'hui, il est question de quelque chose de plus positif, d'un problème d'anatomie pathologique important pour la pratique. Voici le fait : dans une séance de la société de Biologie (mars 1856), un honorable membre a présenté une observation de *phthisie tuberculeuse avec ulcération des plaques de Peyer*, SANS FIÈVRE TYPHOÏDE. Ces derniers mots indiquent un sentiment de surprise, et impliquent l'idée d'une nouveauté, bien que je m'empresse de le dire, l'auteur n'ait accompagné le fait d'aucun commentaire. Or, ce fait, des plus vulgaires et qui n'a rien d'étonnant, a été l'objet d'une réclamation de priorité, ce qui nous a donné l'idée d'exposer l'état de la question sur ce point, puisque des savants observateurs paraissent l'ignorer. Et d'abord, je ne crois pas qu'il existe un médecin d'hôpital ayant ouvert dix intestins de phthisiques qui n'ait eu l'occasion de rencontrer l'ulcération des plaques de Peyer. Ce fait était si notoire dans les cliniques de Paris, lorsque je les fréquentais, il y a vingt-cinq ou trente ans, que toute la difficulté pour nous consistait à distinguer les ulcérations intestinales de la phthisie de celles de la fièvre typhoïde, et nous ne savions guère alors de meilleur caractère que la direction de ces ulcères, lesquels, disait-on, étaient longitudinaux dans la fièvre typhoïde, et transversaux dans la phthisie, relativement à l'axe de l'intestin, ce qui est loin d'être exact. En 1834, parut le TRAITÉ DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE de M. Chomel. Cet habile observateur y étudie les caractères de l'ulcération intestinale dans diverses maladies comparées à la fièvre typhoïde, et notamment dans la phthisie où il signale l'élément tuberculeux et les lésions particulières que celui-ci détermine dans les plaques de Peyer (p. 289 et suiv.). M. Louis, qui a si bien étudié les

---

nie des nations qui les ont adoptées. Ainsi, un personnage s'écrie : Cela n'est pas rare, le marteau veut être plus habile que le manche ; *malleum manubrio doctior*. C'est Gros-Jean qui en remontre à son curé. Un autre dit : *Eximit ex manu manubrium* ; il lui enlève le manche de la main, ou bien, en français, il lui coupe l'herbe sous le pied. Il serait curieux de rechercher ces métamorphoses des proverbes. La sagesse des nations, si elle est la même au fond, varie singulièrement dans la forme ; mais cela ne doit pas nous occuper ici. Revenons à la médecine et aux médecins de Plaute.

P. MENIÈRE.

(La suite au prochain numéro.)

— Par un décret impérial, en date du 23 novembre dernier, la composition du Comité consultatif d'hygiène publique, près du ministère de l'agriculture et du commerce, a été ainsi modifiée.

Le Comité est composé de dix membres, dont quatre docteurs en médecine, un ingénieur des ponts et chaussées ou des mines, un architecte et un chimiste.

Par divers arrêtés ministériels, et conformément à ce décret, ont été nommés membres du Comité, M. Ville, ancien professeur de chimie à l'Institut agricole de Versailles, en qualité de chimiste; M. le professeur Wurtz, en remplacement de M. Villermé, démissionnaire; et M. Thirria, inspecteur général des mines, en remplacement de M. Trélat, également démissionnaire.

— La liste des candidats pour les *concours de médecine, médecine légale, chirurgie et accouchements*, se compose ainsi qu'il suit :

Médecine et médecine légale. — Sont inscrits : MM. Chauffard, Herard, Marcé, Simonis-Empis, Laboulbène, Montanier, Lorain, Durian, Charcot, Hervieux, Tholozan, Blain des Cormiers, Barnier, Prost, Axenfeld et Racle.

Chirurgie et accouchements (5 places). — Sont inscrits : MM. Jamain, Fano, Morel-Lavallée, Trélat, Boullard, Desrivières, Hoüel, Foncher, Béraud, Blot, Duchaussoy, Herr, Legendre, Bauchet, Legonest.

Concours pour l'agrégation. — Le Concours pour l'agrégation, ouvert à Paris pour les trois Facultés, vient de se terminer par les nominations suivantes :

Faculté de Paris :

MM. ROUGET, pour la section d'anatomie et de physiologie.
BAILLON, pour l'histoire naturelle.
RÉVEIL, pour la pharmacie.
GUILLEMIN, pour la physique.

Faculté de Strasbourg.

M. MOREL, pour la section d'anatomie et de physiologie.

Faculté de Montpellier.

M. MOITESSIER, pour l'histoire naturelle.

lésions de l'intestin dans ces deux maladies, n'a pas suffisamment insisté sur les caractères différentiels. En 1841, dans mon TRAITÉ DE L'ENTÉRITE FOLLICULEUSE, j'ai résumé les observations de M. Chomel en y joignant les miennes. Ces disquisitions n'occupent pas moins de seize pages du livre (de 142 à 158); en voici la substance :

Dans l'entérite folliculeuse, c'est l'inflammation gangréneuse et ulcéreuse qui détruit les follicules intestinaux. — Dans la phthisie, c'est l'élément essentiel de la maladie, le tubercule, qui se développe sous la muqueuse dans l'épaisseur des plaques, les farcit d'abord, puis les détruit en tout ou en partie. Rien ne ressemble moins à une plaque réticulée ou gaufrée qu'une plaque tuberculeuse avant le ramollissement des tubercules et l'ulcération qui s'en suit. A ce premier degré, avec quelque attention, l'erreur n'est guère possible. Cependant lorsque le tubercule est disséminé, lorsqu'il occupe les cryptes isolés ou la muqueuse, il serait assez facile de le confondre avec la psorentérie. Néanmoins la psorentérie est généralement constituée par une éruption de vésicules blanches, il est vrai, mais beaucoup plus petites et surtout plus nombreuses que le tubercule. Celui-ci est plus volumineux, plus discret; on en fait sortir par l'incision une matière blanche, crémeuse, différente de celle des granulations psorentiques.

Lorsque la plaque tuberculeuse est en grande partie ou en totalité détruite et remplacée par un ou plusieurs ulcères, le diagnostic devient plus difficile. Néanmoins on ne s'y trompera pas; et d'abord ces ulcères sont rarement confinés aux environs et au-dessus de la valvule iléo-cæcale, comme dans l'entérite folliculeuse. Ces ulcères tuberculeux se rencontrent en même temps plus ou moins haut dans l'intestin grêle, et presque toujours la lésion ulcéreuse se produit simultanément dans le gros intestin. Quant aux ulcères eux-mêmes, ils sont moins réguliers, moins lisses que dans l'entérite folliculeuse. Les plaques sont inégales, frangées, comme déchiquetées par les tubercules disséminés et à divers degrés dont elles sont parsemées. Sur les bords et autour de ces ulcérations comme dans certaines maladies de la peau, on peut surprendre en quelque sorte la lésion élémentaire, c'est-à-dire le tubercule cru ou ramolli qui persiste là, bien que le centre de la plaque soit détruit. Quelquefois la plaque est parsemée de plusieurs ulcérations isolées, résultant de la fonte de tubercules isolés également; ce qui n'a guère lieu pour la plaque typhoïde qui d'ordinaire, se détache ou s'ulcère en totalité. Enfin, lorsque la plaque est entièrement détruite, le fond moins lisse que dans l'entérite folliculeuse, de même que les bords inégaux de l'ulcération, présente de petites granulations blanchâtres qui sont des vestiges de matière tuberculeuse. Souvent aussi l'on rencontre des tubercules dans les glandes mésentériques. Enfin l'existence même de la phthisie pulmonaire et la physionomie, la marche de la maladie seraient des motifs déterminants en cas d'incertitude.

Il serait fastidieux de produire ici des *observations* probatrices des détails précédents; qui malheureusement peuvent être journellement vérifiés dans les amphithéâtres.

Cependant, on rencontre quelquefois avec les plaques tuberculeuses ou sans elles, de la véritable psorentérie, des plaques pointillées ou réticulées; mais nous avons démontré maintes fois que ce sont là des formes *banales* non caractéristiques de l'entérite folliculeuse proprement dite, et qu'on peut rencontrer à l'autopsie des individus morts de toute espèce de maladie (1).

Enfin, il n'est pas impossible qu'un phthisique à divers degrés, soit pris d'entérite folliculeuse franche, bien que cela soit assez rare, comme je l'ai fait observer dans mon livre, et alors l'observation clinique et l'examen anatomique feront la part de cet accident ou de cette complication.

Voyons maintenant à quelle catégorie appartient l'observation de la Société de Biologie : « Poumons tuberculeux à tous les degrés. — L'intestin grêle présente treize plaques de Peyer ulcérées. Ces plaques » présentent un ruban saillant, inégal, ondulé; à ce bord viennent » aboutir une série de petites franges arborisées. Ces espèces de franges » ou de valvules conniventes sont séparées par des dépressions à fond » grisâtre; ce sont des ulcérations. La tuméfaction est considérable au » niveau de chaque plaque qui présente un nombre variable d'ulcérations. Les ulcérations des follicules isolés ont jusqu'à 1 centimètre » de diamètre. Le gros intestin présente aussi une tuméfaction de folli» cules isolés, avec un commencement de travail ulcératif; les gan» glions mésentériques sont volumineux et infiltrés de matière tuber» culeuse. » (GAZ. MÉDIC., 5 juill. 1856).

Évidemment, ce sont là des ulcérations tuberculeuses. Eh bien, voilà ce que nous rencontrons neuf fois sur dix chez nos tuberculeux au troisième degré. Dès lors il n'y a pas lieu de s'étonner de ce que le malade ci-dessus ait succombé sans symptômes typhoïdes, car il n'avait pas de fièvre typhoïde ou d'entérite folliculeuse proprement dite.

Souvent on nous a demandé pourquoi les plaques de Peyer étant ulcérées dans la phthisie, les symptômes généraux n'étaient pas les mêmes que ceux de l'entérite folliculeuse. La raison est bien simple : c'est que la pneumonie ne se comporte pas de la même manière que la turberculisation pulmonaire. Dans l'entérite folliculeuse la lésion est aiguë, rapide, inflammatoire. Dans la phthisie l'ulcération s'établit lentement, sourdement, comme le font ordinairement les lésions dites organiques et l'affection tuberculeuse en particulier. Dans le premier cas l'économie est surprise et de nombreuses sympathies surgissent promptement. — Dans le second cas l'altération marche insensiblement, l'économie s'habitue graduellement à la lésion, les sympathies se taisent, comme elles se taisent lorsque le cancer détruit en silence l'utérus et même l'estomac, alors que le tubercule lui-même envahit le champ de la respiration presque tout entier, sans troubler violemment la respiration elle-même. Enfin, la nature de la cause peut influer aussi bien que la marche de la lésion, et peut-être n'est-il pas dans la nature du tubercule de susciter des phénomènes semblables à ceux qui accompagnent l'inflammation aiguë, quel que soit du reste l'organe affecté.

En définitive, l'entérite folliculeuse elle-même n'est pas toujours accompagnée de phénomènes typhoïdes, témoin l'affection typhoïde *latente* de M. Louis.

J'ai dit que cette question importait à la pratique. En effet, la fréquence et le caractère des ulcérations intestinales chez les phthisiques nous enseignent à ménager chez eux le tube digestif, à ne pas leur prodiguer les toniques, les antimoniaux et tous ces stimulants si vantés par l'empirisme. Elles nous apprennent, ces ulcérations, ce qu'il faut penser de tous ces spécifiques préconisés contre la diarrhée des phthisiques, en nous indiquant la cause formelle et inamovible de cette diarrhée, en nous montrant l'inutilité et les dangers des moyens perturbateurs dirigés contre elle.

Voilà ce que nous écrivions, il y a quinze ans. Qu'on l'ignore ou qu'on l'ait oublié, nous n'avons pas trop à nous plaindre, puisque ce malheur nous est commun avec les auteurs les plus célèbres, tels que ceux que nous avons cités. Comme eux, peut-être aurions-nous mieux fait de garder le silence, car cette courte note ne saurait sauver de l'oubli les hommes et les choses. Mais il nous suffit qu'elle donne à penser à quelques esprits droits et candides, qui pourront y voir, une fois de plus, ce que deviennent la vérité, le talent, la renommée, en proie à la rouille du temps aidé des petites passions de l'humanité.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR L'EMPLOI DU SÉTON FILIFORME DANS LE TRAITEMENT DES TUMEURS ABCÉDÉES EN GÉNÉRAL, ET EN PARTICULIER DES BUBONS SUPPURÉS; lu à l'Académie des sciences, séance du 8 décembre 1856, par M. BONNAFONT, chirurgien principal, etc.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

TRAITEMENT COMPARATIF.

Afin de mieux faire ressortir les avantages du procédé que j'emploie, je vais relater succinctement les différents modes opératoires généralement employés, et cette revue suffira pour qu'on puisse établir entre eux un point de comparaison.

Un bubon étant arrivé à la suppuration, je pense, avec MM. Lagneau et Ricord, qu'il est très-difficile d'obtenir la résolution du pus, et qu'il faut nécessairement pratiquer l'ouverture de l'abcès. Cette ouverture se fait :

1° Par une large incision, en mettant le foyer à nu, et en le remplissant de charpie;

2° Par la potasse caustique, le caustique de Vienne, le nitrate d'ar-

(1) Nous avons établi la distinction des formes *banales* et des formes *fondamentales* de l'entérite folliculeuse dans notre livre (p. 157 et *passim*.) Depuis lors nous avons confirmé cette distinction dans notre *lettre au docteur Bally*, (GAZ. DES HOP., juill. 1854), puis dans notre MÉMOIRE SUR LA NON-IDENTITÉ DU TYPHUS ET DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE (GAZ. MÉD., n° 42-43 (1854). Cette distinction a été acceptée par les observateurs du typhus d'Orient, dont un, par distraction sans doute, se l'approprie en reproduisant presque textuellement nos expressions (GAZ MÉD., 19 avril 1856).

gent ou le caustique Filhos, appliqués soit en formant une escarre arrondie, soit longitudinalement, en suivant la direction du pli de l'aine;

3° Par la méthode Malapert, modifiée par le professeur Renaud (de Toulon), qui consiste, comme on sait, à recouvrir toute la tumeur d'un vésicatoire, suivi lui-même de l'application d'un plumasseau de charpie trempé dans une dissolution de bi-chlorure de mercure et 30 gr. d'eau distillée.

4° Par les piqûres multiples, préconisées par M. Daime, de Marseille, et par M. Blanche, médecin en chef de l'hôpital de Rouen;

5° Par les vésicatoires qui, dans la pratique de M. Velpeau, auraient produit de bons résultats.

Enfin, il est un autre mode de traiter les bubons, que je ne ferai que mentionner, parce qu'il ne trouvera actuellement que trop peu de partisans, bien que, cependant, il ait été proposé et mis en usage par un des plus célèbres chirurgiens des temps modernes. Voici comment l'illustre Hunter veut qu'on traite les bubons suppurés.

« Lors même qu'on a employé tous les moyens de traitement connus, on ne peut pas toujours obtenir la résolution des bubons, et, alors, la suppuration s'y établit. Quand il en est ainsi, ils rentrent davantage dans le domaine de la chirurgie, et doivent être traités, sous certains rapports, comme tous les autres abcès. Lorsqu'on juge convenable d'ouvrir un bubon, il faut laisser la peau s'amincir autant que possible. Le grand avantage qu'on retire de cette temporisation, c'est que les téguments étant devenus très-minces, perdent leur disposition à se cicatriser, de sorte qu'il y a plus de chance pour que le fond de l'abcès se cicatrise en même temps que les parties superficielles. On évite encore ainsi une longue incision, et l'on n'a point besoin de recourir aux différents moyens qui sont employés pour empêcher la cicatrisation de la peau, jusqu'à ce que celle du fond de l'abcès soit effectuée (1). »

Tous ces procédés, celui de M. Velpeau excepté, ont, selon moi, l'inconvénient de mettre plus ou moins à découvert la cavité du bubon; d'exposer le pus trop directement au contact de l'air, et enfin, objection grave qui s'applique à tous, c'est que la compression, ce moyen puissant pour hâter l'adhésion des surfaces, ne peut s'appliquer dans aucun cas.

Les ponctions multiples ont l'avantage, sur les caustiques et l'incision, de ne pas laisser de cicatrices très-apparentes, mais il faut les renouveler souvent, et malgré leur petitesse, elles ne sont pas exemptes de s'ulcérer.

Quant aux caustiques, quel que soit le mode de leur emploi, les cicatrices indélébiles qu'ils laissent après eux doivent les faire exclure de la pratique, et les réserver pour des cas très-exceptionnels.

Pour moi, malgré la variété des bubons que j'ai eu à traiter, je n'ai pas employé une seule fois ce moyen, et je ne pense pas que les malades s'en soient plus mal trouvés.

Je dois à l'obligeance de mon estimable confrère, M. Brochin, la communication d'une thèse très-interessante sur le traitement des bubons abcédés et indurés, par le cautère actuel, employé à l'hôpital de Marseille, il y a nombre d'années. Cette thèse a été subie à la Faculté de Montpellier, le 30 décembre 1845, par M. Daime. Je vais laisser parler l'auteur, parce que les arguments qu'il invoque en faveur de son procédé sont les mêmes que ceux que je viens d'exposer pour le séton filiforme.

« Pendant ma dernière année d'internat à l'Hôtel-Dieu de Marseille, époque à laquelle on commença à admettre des vénériens dans les salles des blessés, je voyais avec douleur que tous les bubons, qu'on ouvrait avec le bistouri ou la lancette, se compliquaient de pourriture d'hôpital, et la mort en était fréquemment la suite. Cette complication, que j'étais loin d'attribuer à la manière de les traiter, mais bien à l'insalubrité des salles, me fit me livrer à mille réflexions relatives au moyen à prendre, sinon pour la combattre, du moins pour l'éviter. Je crus avoir trouvé le préservatif par l'ouverture faite avec un petit fer rougi à blanc, enfoncé dans la tumeur. Je pensais que cette petite ouverture suffirait pour laisser passer le pus, sans que l'air pût pénétrer dans le foyer, et que la peau, en revenant sur elle-même, chasserait peu à peu le pus par sa seule force élastique.

» Dans ce moment, ma position d'élève interne ne me permettant pas de mettre à exécution ce procédé, je le renvoyai au temps opportun. Ce temps arriva : mais, cependant, par convenance, je n'osai pas le proposer d'abord au chirurgien en chef. Ce ne fut que lorsque je vis que, malgré la salubrité de notre hôpital, les ouvertures des bubons par le bistouri ou la lancette devenaient baveuses, qu'elles tendaient continuellement à s'agrandir et nullement à se cicatriser, que je proposai ce moyen à M. Rousset, alors chirurgien en chef, qui accueillit avec empressement ma proposition. Nous la mîmes aussitôt à exécution, et la réussite fut au-dessus de nos espérances, comme nous le verrons bientôt. — Notre premier essai fut tenté avec le mandrin d'une sonde en gomme élastique, n° 8; ensuite nous modifiâmes notre instrument d'une manière convenable, comme vous pouvez vous en convaincre par la description que j'en donnerai plus loin.

» J'ai retiré aussi de bons effets de cette méthode sur quelques tumeurs scrofuleuses; une seule cautérisation ne suffit pas toujours, ce qui peut tenir quelquefois au volume de la tumeur, mais principalement à son état d'indolence extrême.

» Cette opération, comme je viens de l'annoncer, est très-simple, et ne demande aucun pansement, si ce n'est dans les cas où les bubons sont déjà abcédés; alors un gâteau de charpie sèche appliquée sur la partie pour absorber le pus, suffit. L'instrument dont je me sers se compose ainsi qu'il suit : 1° d'un petit fer à cautère fin d'une ligne de diamètre, terminé en pointe mousse, et d'environ 5 à 6 pouces de long, auquel est adapté un manche en ébène; 2° d'un conducteur en fer dont la forme est celle de deux petits cônes creux réunis par leurs sommets, leurs cavités communiquant par une petite ouverture pratiquée dans le fond pour laisser passer librement le cautère. Un de ces cônes sert à embrasser et à fixer le sommet du bubon, pendant que l'autre reçoit et dirige le cautère, l'empêche de glisser sur la convexité de la tumeur, et limite le point à cautériser. Cet instrument porte aussi un manche en ébène pour pouvoir le maintenir sans danger au moment de l'opération. Le cautère doit être rougi à blanc, enfoncé dans le centre de la tumeur, de manière à pénétrer dans la substance de la glande, ce qui est annoncé par le défaut de résistance qu'on éprouve ordinairement après avoir traversé la peau, le tissu cellulaire et la paroi de la glande. Il y a, à ce moment de la pénétration dans le trou glandulaire, une chute de l'instrument qu'on sent mieux qu'on ne peut la décrire; il semble que le cautère tombe dans un vide. Par cette méthode, la guérison a lieu du huitième au vingtième jour, rarement plus tard, et quelquefois au cinquième.

» Quelquefois il y en a qui résistent à la première cautérisation, mais ces cas sont excessivement rares; cependant, quelque opiniâtre que soit la persistance de la tumeur et quelque volumineuse qu'elle soit, jamais nous n'avons observé ni de ces suppurations interminables qui ont lieu par l'ouverture faite au bistouri et à la lancette, ni ces cicatrices dégoûtantes et vicieuses qui en résultent lorsqu'on laisse venir ces glandes à maturité complète. Nous ne reviendrons plus sur les avantages de la cautérisation dans les tumeurs qui renferment du pus. »

Enfin M. Daime termine son intéressant travail par les conclusions suivantes :

Le cautère actuel chauffé à blanc a l'avantage pour l'ouverture des bubons :

1° De réprimer en peu de jours les bubons à l'état aigu et à l'état chronique;

2° De donner issue au pus dans les bubons abcédés sans que l'air puisse pénétrer dans le foyer.

Ici M. Daime se fait illusion, car si petite que soit l'ouverture faite au centre de la tumeur, dès que le pus s'est échappé, cette ouverture doit nécessairement permettre l'entrée de l'air dans le foyer.

3° Afin de prévenir les décollements énormes, les suppurations interminables, les cicatrices irrégulières et indélébiles qui résultent des ouvertures faites par les instruments tranchants.

M. Broca a lu dernièrement à l'Académie un mémoire sur le traitement abortif des bubons vénériens suppurés.

Le moyen qu'il propose consiste à vider le foyer dès son début, et bien avant que le ganglion ait été fondu par la suppuration. Cette manière de faire peut avoir ses avantages en prévenant les suppurations longues et les cicatrices difformes que laissent ces sortes de tumeurs, mais elle a l'inconvénient de laisser, après la sortie du pus, des indurations de la portion du ganglion non fondue, indurations qui doivent fréquemment exiger la continuation du traitement, et retarder d'autant la guérison.

Il m'est arrivé bien souvent d'ouvrir des bubons au début de la suppuration avec mon séton. La guérison de l'abcès était assez rapide;

(1) Hunter, trad. de M. Richelot, t. II, p. 503.

mais l'accident que je viens de signaler succédant trop souvent à ce mode de traitement, j'ai préféré attendre que le pus eût fondu tout on grande partie du ganglion, pourvu, toutefois, que la peau ne fût pas trop amincie, auquel cas il faut faire exception à ce principe. Du reste, le travail de M. Broca, comme tout ce qui sort de la plume de ce jeune et savant confrère, est fort intéressant, et prouve les tendances sérieuses à simplifier le traitement des bubons, et surtout à faire disparaître de la pratique ces moyens qui, en provoquant des suppurations toujours longues, laissent après eux des cicatrices informes, et retiennent les malades des mois entiers dans leur lit. C'est là un progrès auquel je suis heureux d'apporter le faible tribut de mon expérience. Mais, je le répète, j'ai une telle confiance dans la rapidité de la guérison d'un bubon suppuré par le séton filiforme et la compression, que j'aime mieux, dans la plupart des cas, pour peu que la tumeur ait des tendances à suppurer, favoriser la formation du pus, plutôt que de chercher à obtenir sa résolution, et cela parce qu'il est excessivement rare que celle-ci s'obtienne d'une manière complète. Le plus souvent, il reste une induration plus ou moins considérable de la tumeur qui demeure rebelle à tous les topiques résolutifs; tandis que, après la suppuration, l'induration de la glande, quoique partielle, est une exception, et la fonte générale est la règle.

Afin de faire ressortir les avantages du moyen que je propose, je vais donner la statistique des bubons qui ont été traités à l'hôpital du Roule, du 1er juillet au 15 novembre 1856.

Bubons suppurés ouverts par séton filiforme et traités par la compression	24
Nombre de journées depuis le jour de l'ouverture jusqu'à la complète guérison de l'abcès	450
Moyenne par homme	19
Bubons suppurés ouverts par la potasse	19
Journées depuis l'ouverture jusqu'à la cicatrisation de la plaie	451
Moyenne par homme	45
Bubons suppurés ouverts par l'incision de l'abcès	4
Journées de traitement	203
Moyenne par homme	54
Bubons suppurés ouverts par des ponctions multiples	2
Nombre de journées	109
Moyenne	54
Bubons ouverts spontanément	2
Journées	124
Moyennes	62

Maintenant, si nous prenons le maximum et le minimum de la durée de chaque traitement, nous trouvons : 1° que sur les 25 bubons ouverts par le séton filiforme, 8 ont été complétement guéris du sixième au treizième jour, 4 du quinzième au vingtième, 7 du vingtième au quarantième, et 1 seulement du quarantième au cinquante-cinquième jour; minimum : six jours, maximum : cinquante-trois; — 2° Sur les 8 ouverts par la potasse, 5 n'ont guéri que du trentième au quarantième jour : 1 du quarantième au cinquantième, et deux du soixantième au centième; minimum : trente jours, maximum : quatre-vingt-seize; — 3° Sur les 4 ouverts par l'incision, 2 ont guéri du trentième au quarantième jour et 2 du cinquième au soixante, maximum, soixante jours, minimum, trente-huit; — 4° Sur les deux bubons ouverts par les ponctions multiples, l'un est guéri en quarante-neuf jours et l'autre en soixante.

Ce relevé, dont l'exactitude ne saurait être mise en doute, car il a été fait en grande partie par M. Barheret, qui nous a remplacé dans le service de visiteur à l'hôpital du Roule, démontre de la manière la plus incontestable l'avantage du séton filiforme sur tous les autres précédés pour l'ouverture des bubons.

A ces chiffres, j'aurais pu ajouter ceux que j'ai traités à l'hôpital du Gros-Caillou, et dont les résultats favorables furent constatés dans des inspections médicales en 1851 par M. Begin, et en 1852 par M. Lévy, mais j'ai pensé que les malades traités au Roule qui ont été observés par nos confrères de l'hôpital et par plusieurs autres étrangers, suffisaient pour la comparaison que je voulais établir.

Encore une remarque très-importante :

Sur les 24 bubons ouverts par le séton et qui présentaient 18 petites ouvertures, 6 de ces dernières seulement sont devenues chancreuses, et sur 4 autres bubons la peau située entre elles s'est perforée au milieu, et cela parce qu'on avait trop attendu pour donner issue au pus. Toutefois, quoique ces petits accidents aient retardé la guérison, celle-ci n'a jamais atteint une longue durée et l'ulcération est restée constamment bornée dans les limites tracées par le séton. La cicatrice a été linéaire et laissant des trous peu sensibles.

Sur les bubons qui, au contraire, ont été ouverts, soit par la potasse, soit par l'incision ou par les piqûres multiples, la plaie qui en est résultée a presque constamment subi les conséquences de l'infection chancreuse, d'un retard dans la guérison, et cicatrice plus ou moins difforme de la région atteinte.

Un mot maintenant, pour en finir, sur un des moyens employés par M. Sergent, chirurgien anglais, qui a trouvé quelques imitateurs en France; c'est la compression.

Tout le monde sait que le docteur Fergusson proposa ce moyen pour obtenir la résolution des bubons en état de suppuration. — Nous avons voulu essayer ce moyen dont un de nos confrères et camarades était fortement engoué. Sur 8 ou 10 bubons pris aux différentes périodes de suppuration, et soumis pendant quatre, six et dix jours à ce traitement, pas un n'éprouva une terminaison heureuse. La compression faite très-méthodiquement avec des rondelles d'agaric, n'empêcha nullement la suppuration de faire des progrès, et lorsque le foyer purulent était trop tendu, elle détermina toujours des douleurs très-vives qui m'obligèrent à suspendre ce pansement et à faire l'ouverture de l'abcès.

Le docteur Avitzer, de Copenhague, a aussi mis en usage la compression contre les bubons suppurés, mais les résultats qu'il a obtenus n'ont pas été de nature à l'encourager dans ce mode de traitement. 13 bubons ayant été soumis par ce praticien à la compression, 2 seulement guérirent par résolution, tandis que les 11 autres suppurèrent longtemps avant de guérir. Toutefois, je dois dire qu'il y a des bubons qui, bien que présentant une fluctuation manifeste, sont susceptibles de se résoudre par la compression. Ayant obtenu quelques succès de ce genre, j'ai cherché à me rendre compte des conditions dans lesquelles ce résultat pourrait s'obtenir.

Il y a, comme on sait, deux natures de bubons : l'une, qui se déclare et qui parcourt ses périodes en présentant des caractères franchement inflammatoires, ce qui s'observe chez les individus d'un tempérament sanguin et bilieux; l'autre, qui affecte une marche lente, indolore, etc., etc., comme on le rencontre chez les sujets lymphatiques et à tissu cellulaire lâche et infiltré. Chez les premiers, la tumeur est dure au commencement, et franchement fluctuante à la période de suppuration. Chez les derniers, au contraire, la tumeur se laisse légèrement affaisser par la pression, en un mot, elle est pâteuse, et lorsque la suppuration est formée, le doigt, en la pressant, semble sentir à travers le liquide un fond ramolli et comme vaseux. C'est dans ces cas seulement que la compression, lorsque la suppuration n'est pas parvenue au dernier degré, peut procurer de bons résultats. Il semble, en effet, chez les sujets lymphatiques, que la laxité du tissu cellulaire de la région inguinale permette au pus, chassé du foyer par la compression, de s'infiltrer dans ses mailles où il est peu à peu absorbé, tandis que jamais un pareil résultat ne s'obtiendra sur des sujets à constitution sèche, dont le tissu cellulaire est serré et peu pénétrable.

Cette distinction, que je n'ai trouvée dans aucun traité spécial, et qui a échappé à la sagacité de savants praticiens de l'hôpital du Midi, est pourtant d'une grande importance, car il n'est pas indifférent de guérir un bubon suppuré sans lui faire courir les chances de suppurations, souvent interminables, qui résultent de ses ouvertures par les procédés ordinaires.

Comme les résultats obtenus par nos confrères d'Angleterre ne se sont pas renouvelés d'une manière aussi satisfaisante en France, je me suis demandé si les avantages proclamés de l'autre côté du détroit ne tiendraient pas à la différence qui existe entre la constitution de leurs sujets et celle de ceux que nous traitons en France.

Hunter ajoute que, de tous les moyens propres à ouvrir les bubons, la potasse caustique est celle qui convient le mieux. « Mais, dit-il, il » n'est pas nécessaire d'ouvrir tous les bubons, et il peut être difficile » de déterminer quels sont ceux pour lesquels l'ouverture doit être » utile ou indispensable (t. II, p. 504). »

Tous les syphilographes, depuis Hunter, ont exprimé le même doute sur la nécessité d'ouvrir un bubon, ou d'obtenir sa résolution lorsqu'il est fluctuant. Je n'ai certes pas la prétention d'avoir résolu cette question, mais la distinction que je viens d'établir entre ceux qui sont susceptibles d'être résolus par la compression, et ceux qui exigent impérieusement leur ouverture, servira de jalon à ceux de mes confrères qui voudront chercher une solution plus complète du problème posé par Hunter.

Toujours est-il qu'un bubon étant donné, il m'est devenu facile de prédire, presque *à priori*, s'il peut être traité avantageusement par la compression, ou si on doit renoncer à ce mode de traitement. Il est aussi possible que la crainte des cicatrices qui résultaient nécessairement des moyens employés à cette époque pour ouvrir ces sortes de tumeurs, fit attacher à la compression une importance que lui ont fait

perdre les perfectionnements que l'on a introduits depuis pour leur ouverture. Si là était la cause principale de son importance, celui que je propose aujourd'hui devrait y faire renoncer complétement.

La compression a été proposée aussi par Cullerier, mais seulement dans les bubons ouverts et qui présentaient des trajets fistuleux. Les raisons données en faveur de ce moyen sont d'ailleurs absolument les mêmes que celles que nous avons développées dans ce mémoire. Voici comment s'exprime l'ancien chirurgien en chef de l'hôpital du Midi.

« Lorsque le bubon, que l'on appelle improprement fistuleux, est » compliqué de clapiers et de trajets fistuleux, si la peau jouit encore » d'une énergie suffisante, et s'il n'y a pas d'engorgement situé çà et » là, une compression méthodique, qui expulse le pus à mesure qu'il » se forme, et qui ne laisse pas de vide dans lequel il puisse s'amasser » et qui tient les surfaces continuellement en contact, suffit pour opérer » une guérison prompte et sûre (1). »

Certainement, il est impossible de donner des raisons plus claires et plus probantes en faveur de la compression dans le traitement des bubons suppurés; car de l'explication de Cullerier à notre procédé, il n'y a que l'espace d'un trajet fistuleux artificiel. En effet, si la compression est favorable à la cicatrisation et à la réunion des premiers, à plus forte raison doit-elle l'être pour réunir des surfaces jouissant encore de toute leur vitalité, et il y a lieu de s'étonner que le célèbre praticien de l'hôpital des vénériens n'ait pas songé à appliquer ce mode de traitement à une période moins avancée des bubons suppurés. Nous n'en sommes pas moins heureux d'étayer notre opinion sur celle de cet illustre maître.

ADÉNITES CERVICALES.

Encouragé par le succès et les résultats obtenus du *séton filiforme* dans le traitement des bubons, j'ai étendu son application dans l'ouverture des adénites cervicales suppurées, et je dois dire de suite que je n'ai pas eu autant à me louer de son emploi ici que dans les régions inguinales, ce qui d'ailleurs est facile à comprendre.

Dans le bubon, il n'y a qu'un abcès, lequel, une fois traversé par le séton, présente, dans sa partie inférieure, un point d'appui solide qui favorise singulièrement la compression des parois de l'abcès; tandis que dans la région cervicale, il est rare que l'engorgement d'une glande ne soit pas contigu à une foule de ganglions engorgés, ou très-disposés à le devenir sous l'influence de la plus légère cause; ensuite lorsqu'un abcès a été traversé par le séton, on ne trouve ici, ou que très-exceptionnellement un point susceptible de résister à un bandage compressif. Puis le cou présente une infinité de petits muscles séparés par autant de plans aponévrotiques qui facilitent beaucoup la diffusion du pus, lorsque l'abcès est situé un peu profondément. Il est donc facile de comprendre, par toutes ces raisons, que l'application du séton aux tumeurs abcédées du cou ne saurait avoir, à beaucoup près, les mêmes avantages que dans la région inguinale.

Toutefois, après ces explications données, je n'hésite pas à placer ce procédé bien au-dessus de tous ceux employés dans les mêmes conditions. Car, dans les cas assez nombreux où j'en ai fait l'application, j'ai pu me convaincre de la justesse de mes opérations, et ici, comme ailleurs, il a l'incontestable avantage d'épargner à la peau ces cicatrices indélébiles qui résultent, soit des ouvertures spontanées, soit de l'application des caustiques, soit enfin de l'emploi d'un instrument tranchant. Mais si la collection purulente ne forme qu'un seul abcès et qu'elle repose sur des tissus un peu solides, comme les régions mastoïdiennes, les parties latérales et postérieures du cou, là le procédé reprend tous les avantages que je lui ai accordés ailleurs. Plusieurs exemples en sont la preuve, mais, pour obtenir ce résultat, il est très-essentiel d'ouvrir la tumeur de bonne heure et de ne pas attendre que la peau soit trop amincie par son contact avec le pus.

Après avoir employé le séton filiforme dans l'ouverture des adénites suppurées, j'ai voulu m'assurer s'il n'aurait pas quelque avantage pour résoudre par la suppuration ces ganglionites indurées qui encombrent nos hôpitaux militaires, qui résistent à tous les traitements et qui font le désespoir des médecins et des malades. Le séton filiforme appliqué aux adénites cervicales indurées, n'est pas nouveau, car, dans l'intéressant mémoire que M. Larrey a lu à l'Académie, il y a deux ans environ, on voit que M. Lavanier, de Toulon, avait employé ce moyen dans les mêmes circonstances.

Je dois dire ici que les résultats n'ont pas été satisfaisants assez pour en continuer l'usage. Quand il n'y a qu'une glande bien isolée, on peut, avec grande chance de succès la résoudre, par ce moyen, mais, pour peu qu'elle adhère à d'autres ganglions, ceux-ci, sous l'influence de l'inflammation que le petit séton détermine, s'engorgent à leur tour; et, lorsqu'on croit avoir fondu la glande principale, on a une foule d'indurations environnantes qui exigeraient l'emploi du même moyen. Il m'est arrivé pourtant d'obtenir la résolution de ganglions très-volumineux, mais ces cas sont exceptionnels et ne doivent pas faire règle. Les résultats sont bien plus satisfaisants dans les bubons indurés qui ont résisté à l'usage de tous les fondants; quels que soit leur ancienneté, leur volume et leur degré d'induration, il est rare que la suppuration produite par un seul petit séton, ne provoque pas la résolution complète, ou à peu près, de la tumeur dans l'espace d'un mois à quarante jours.

M. Ricord conseille d'attaquer ce genre de bubon par les caustiques, le caustique de Vienne surtout, en ayant soin de l'appliquer successivement jusqu'à ce que le ganglion soit atteint dans toute sa profondeur. Ce moyen peut avoir certainement des avantages, mais, outre que cette application exige une grande prudence, comme l'indique M. Ricord lui-même, la guérison en est fort longue, et, circonstance plus grave, ce moyen laisse indubitablement des cicatrices très-disgracieuses.

Le petit séton que je propose ne présente aucun de ces inconvénients, et il a l'incontestable avantage de provoquer plus vite la suppuration du parenchyme induré du ganglion, et surtout de lui éviter les cicatrices difformes. Bien que ce moyen ne soit pas infaillible pour amener la résolution de la glande, il réussit plus souvent que les caustiques, et, par cela seul, il doit mériter la préférence.

(1) DICTIONNAIRE DES SCIENCES MÉDICALES (t. III, p. 340).

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

(Suite.)

III. IL FILIATRE SEBEZIO.

Les fascicules de février, mars, avril et mai, renferment les travaux originaux suivants : 1° *Sur le musée d'anatomie et sur les œuvres anatomiques des professeurs de l'université des études de Naples*; par M. Delle Chiaje. 2° *Sortie d'un calcul biliaire par l'anus*; par M. Vulpes. 3° *Rhumatisme musculaire avec menace de méningite et de pleurésie*; par M. Piccirilli. 4° *Si l'on doit toujours amputer un membre dans les cas de fracture comminutive, compliquant les plaies d'armes à feu*; par M. Posta. 5° *Sur une question de lésion fonctionnelle*; par M. Antonacci. 6° *Recherches anatomiques et expérimentales, sur les système artériel et veineux*; par M. Palasciano. 7° *Incapacité pour le mariage par impuissance absolue*; par M. Zarlenga. 8° *Endocardite par métastase scrofuleuse*; par M. Zarleuga.

DOIT-ON TOUJOURS AMPUTER DANS LES PLAIES D'ARMES A FEU AVEC FRACTURE COMMINUTIVE? par M. POSTA.

C'est encore l'importante question de l'amputation immédiate et de l'amputation consécutive, posée par Faure et Boucher devant l'Académie de chirurgie, qui depuis lors a été déjà tant de fois débattue, et pour la solution de laquelle M. Posta apporte son contingent d'observations. Celles-ci sont au nombre de cinq et sont relatives à des fractions comminutives, par armes à feu, du membre supérieur. Il en tire les conclusions suivantes : Dans toutes les plaies produites par des armes à feu, lorsqu'il y a fracture comminutive, mais sans que l'articulation correspondante à la plaie soit intéressée, l'amputation ne doit pas se pratiquer sur-le-champ, soit dans les hôpitaux civils, soit dans les ambulances militaires; au contraire, quand à la fracture comminutive vient se joindre la plaie de l'articulation, l'amputation immédiate ou la désarticulation lui paraît le meilleur moyen de sauver les blessés.

A la règle généralement admise d'amputer toujours dans les plaies d'armes à feu avec fracture comminutive, il substitue celle de n'amputer dans les cas de fracture des os que lorsqu'il y a complication de plaie des articulations. *Lorsqu'il y a seulement fracture comminutive, on ne doit pas amputer, ou il ne faut amputer que consécutivement* et pour une raison évidente.

Voici maintenant la première des observations citées par M. Posta :

OBS. — Jeune homme de vingt-deux ans, tempérament lymphatico-sanguin, allant à la chasse dans la nuit du 14 octobre 1855, assailli par trois hommes

qu'il ne connaissait pas. D'abord, il reçut un coup de bâton dans la région pariétale droite; ensuite, il fut atteint d'un coup de carabine dans la région externe du bras gauche; il tomba sans connaissance, et les assaillants, le croyant mort, prirent la fuite. Dans la région moyenne externe du bras gauche, on voit une plaie circulaire d'un pouce environ, déchirée sur les bords, noircie, et dans le milieu une portion de bourre. De plus, il y a une seconde plaie à la distance d'un doigt du creux axillaire, et une troisième peu éloignée de la première.

Le bras était pendant le long du tronc, et le blessé souffrait à peine qu'on le touchât. M. Posta sonda la plaie et reconnut que l'humérus était fracturé comminutivement; en poussant toujours plus la sonde, il la faisait sortir par la seconde plaie, c'est-à-dire celle qui a été décrite près du creux axillaire. Il fit, sur-le-champ, l'extraction de huit fragments d'os de longueur et de largeur variables.

Pansement avec linge fenêtré, cérat de Golien, charpie et arrosements d'eau de Goulard.

Au bout de huit jours, la gangrène parut dans toutes les plaies, et il y avait une violente réaction inflammatoire. Saignées nombreuses, sangsues, etc. Comme plusieurs voulaient qu'on pratiquât l'amputation, M. Posta demanda une consultation.

Le chirurgien consultant fut d'avis, après mûr examen, qu'on secondât la nature et ne parla ni d'amputation, ni de désarticulation. L'inflammation fut très-grave, mais la persistance de la méthode antiphlogistique améliora l'état général du blessé, non moins que l'état local. Trois fois par jour on pansa le placé et on fit l'extraction de beaucoup de petits os et de petits plombs. On ne put retrouver la balle. Le traitement dura quatre mois; aujourd'hui le malade est guéri, conservant seulement un léger raccourcissement du bras gauche; il vaque à ses travaux champêtres.

RECHERCHES ANATOMIQUES ET EXPÉRIMENTALES SUR LES SYSTÈMES ARTÉRIEL ET VEINEUX; par M. PALASCIANO.

M. Palasciano ne partage pas l'idée, généralement admise par les anatomistes et les physiologistes, que les artères se continuent directement et sans interruption avec les veines par l'intermédiaire des capillaires. C'est une induction selon lui plutôt qu'un fait matériellement prouvé. Ses recherches et les faits expérimentaux qui s'y rapportent l'autorisent à penser que toute artère visible se termine par anastomose avec une autre artère. Les petites branches terminales forment des anastomoses semblables aux grandes anastomoses connues; en un mot les artères ont un terminus fermé et sans interruption.

Voici les preuves principales que le chirurgien de Naples apporte à l'appui de cette idée quelque peu paradoxale :

La première est tirée de l'anatomie pathologique ; M. Palasciano considère comme favorable à sa thèse ce fait bien connu du rétablissement de la circulation dans les branches et même le tronc d'un artère au-dessous du point où une ligature a été appliquée. Ce fait, dit-il, constitue le premier indice sinon de la réalité, du moins de la possibilité du circuit des artères.

Autre preuve tirée de l'angéiogénie: Dans la formation des vaisseaux nouveaux, que leur direction soit centripète ou centrifuge, le cercle est toujours fermé.

L'anatomie normale fournit aussi à M. Palasciano une preuve d'induction pour appuyer sa thèse. Les lymphatiques forment un circuit fermé sans communication directe ni avec les capillaires veineux ni avec les capillaires artériels. Or, en considérant les analogies qui existent entre les lymphatiques et les veines, on est porté à penser, qu'il n'y a pas plus de communication entre le cercle veineux et le cercle artériel.

L'absence de communication directe entre le système sanguin du fœtus et celui de la mère est encore une preuve d'induction. Mais pour démontrer la réalité du cercle fermé des artères : M. Palasciano invoque surtout deux modes d'investigation, les injections cadavériques d'organes membraneux et transparents et l'emploi du microscope sur le mésentère et les organes membraneux des grenouilles. Il prétend avoir constaté directement que les capillaires artériels se terminent en anses anastomotiques et qu'ils n'ont point de communication directe, mais de paroi à paroi avec les capillaires veineux.

Nous sommes loin d'être convaincu par les arguments de M. Palasciano et de partager sa manière de voir. De tous les faits qu'il invoque il n'en est aucun qui appuie directement sa thèse, on auquel on ne puisse opposer d'autres faits contradictoires. Les injections et le microscope ont démontré à une foule d'observateurs la communication directe entre les artères et les veines. D'ailleurs, dans l'hypothèse du chirurgien napolitain, comment concevoir le passage des globules d'un système dans l'autre?

IV. GAZZETTA MEDICA ITALIANA (LOMBARDIA).

Les numéros de mars, avril, mai et juin 1856 renferment les travaux originaux suivants : 1° *Sur le choléra de Motta Baluffi et Solarolo Monestirolo*, par M. Scamoni. 2° *Quelques observations physio-pathologiques sur le système nerveux*, par M. Lussana. (Suite.) 3° *Des usages thérapeutiques de la pepsine, ou méthode de nutrition artificielle pour les malades atteints de dyspepsie*, par M. Tosi. 4° *Défauts de la présente organisation des circonscriptions médico-chirurgicales en Lombardie et vues pour une réorganisation*, par M. Pogliani. 5° *Maladie de Bright traitée par l'acide nitrique*, par M. Errori. 6° *Tubercules dans le cerveau*; par le même. 7° *Quel est l'élément principal de la chorée électrique*, par M. Clerici. 8° *Sur le choléra-morbus de Gaudino en 1855*, par M. Lussana. 9° *Ischurie guérie par l'électricité*, par M. Viglezzi. 10° *Cas d'empoisonnement par la strychnine*, par M. Bonfanti. 11° *Notices historiques, médicales et économiques sur les maisons pieuses des Incurables de l'Abbiategrasso*, par M. Casazza. 12° *Sur le choléra-morbus de Pigognaga*, par M. Volta. 13° *Hygiène ou quarantaine contre le choléra*, par M. Pezzoni. 14° *Remarques sur la transmissibilité du choléra asiatique*, par M. Barbieri. 15° *Une remarque sur l'influence qu'a le climat sur l'issue des opérations chirurgicales et particulièrement de la lithotomie*, par M. Ferrini. 16° *Sur le crétinisme dans la Valteline*, par M. Strambio. 17° *Sur l'appareil ventriculaire du septum lucidum et de la voûte à trois piliers*, par M. Poletti. 18° *Sur l'ozone atmosphérique pendant la dernière épidémie cholérique de Milan*, par M. Strambio. 19° *Avantage des saignées locales dans les affections de l'utérus ; cas très-grave de gangrène par phlébite crurale (phlegmasia alba dolens)*, par M. Contini. 20° *De l'amputation du pénis*, par M. Gherini. 21° *De la fièvre et des fièvres*, par M. Pignacca, (Suite.) 22° *Cas de momification humaine spontanée*, par M. Bonfanti.

EMPLOI DE LA PEPSINE DANS LA DYSPEPSIE; par M. TOSI.

Après une étude expérimentale soignée des propriétés chimiques et physiologiques de la pepsine, M. Tosi a administré aux malades cette substance. Les succès qu'il en a obtenus doivent se ranger à côté de ceux des médecins français qui les premiers ont eu l'idée de ce moyen thérapeutique. Seulement la partie des indications qui est pourtant si importante, laisse encore beaucoup à désirer, et demeurera incomplète et incertaine jusqu'à ce qu'elle soit éclairée par une bonne analyse d'un nombre de faits suffisants.

Voici quelques observations :

OBS. I. — Homme de 38 ans, très-robuste. Le choléra étant venu dans sa famille, la peur lui ôta l'appétit et le rendit mélancolique, difficulté extrême de digérer. Deux saignées générales, sangsues à l'épigastre et à l'anus; remèdes divers; aucune amélioration; par suite anémie et anasarque. C'est alors qu'il prend la pepsine. La première dose régularisa parfaitement la digestion qui s'accomplit sans aucune peine. Étant resté deux jours sans en reprendre, les digestions redevinrent mauvaises. La pepsine reprise, son bienfaisant effet ne se fit pas attendre. Quelques mois de l'usage de ce remède rétablirent complétement la santé du sujet.

La pepsine est le plus habituellement donnée en pilules. Chaque pilule contient 40 centigrammes de pepsine; deux pilules suffisent données quelques minutes avant chaque repas. M. Strambio a communiqué à M. Tosi des observations de dyspepsie guéries par le même remède.

OBS. II. — Une femme, encore en laborieuse convalescence pour lésions utéro-ovariques survenues à la suite d'un avortement, a pu, par le moyen de la pepsine, se nourrir avec une graduelle largesse et tolérer et même désirer les aliments qu'auparavant elle repoussait et ne pouvait digérer. 12 à 15 doses suffirent.

OBS. III. — Un homme sur les quarante ans, très-actif, dissipa avec quelques doses de pepsine les laborieuses et pénibles digestions auxquelles il était en proie depuis plusieurs années. Le poids à l'estomac, la distension, les flatulences, les douleurs, les bâillements ne suivirent plus ses repas.

ISCHURIE GUÉRIE PAR L'ÉLECTRICITÉ; par M. VIGLEZZI.

OBS. — Homme de 70 ans, habitant de la campagne, n'ayant jamais été malade, fut pris subitement le 4 septembre 1855 d'une impuissance absolue d'uriner, avec douleurs vives, lancinantes à la vessie. Émollients, cathétérisme; sangsues à l'hypogastre, bain de siége.

A la suite de ce traitement, tout symptôme disparut; mais l'impuissance d'uriner se maintint : faiblesse des extrémités inférieures. On administra l'extrait alcoolique de noix vomique, à la dose de 10 à 20 centigrammes par jour. Il en prit 1 gramme et demi sans qu'il en résultât aucun effet. On cessa

la noix vomique, et pendant huit jours on fit des frictions avec l'huile essentielle de térébenthine, sans plus de succès. On tenta alors l'usage de l'électricité.

Le 15 octobre, on appliqua l'électricité avec un faible courant : l'un des réophores fut appliqué au milieu de la colonne lombaire, l'autre à l'articulation sacro-coccygienne, pendant trois quarts d'heure environ. Une demi-heure après, le malade avait la première évacuation spontanée d'urine, sans douleur, mais aussi sans qu'il eût senti le besoin d'uriner.

Le soir du jour de la première évacuation, le malade se plaignait d'une grande fatigue, et la sonde lui était encore nécessaire.

Au matin du jour suivant, une évacuation copieuse avait eu lieu.

Le 17, on renouvela l'application de l'électricité, en augmentant la force du courant. La quantité d'urine émise ce jour-là fut plus rare, mais l'empire de la volonté y avait eu une part entière.

Le 18 au matin, nouvelle application, après que, dans la nuit, il y avait eu une évacuation spontanée, copieuse et pleinement sentie.

On suspendit les applications jusqu'au 24.

Depuis on réappliqua la pile cinq ou six fois, et la sonde devint entièrement inutile, le malade ayant récupéré complétement la faculté d'émettre volontairement les urines, exactement comme dans l'état de santé.

Cette faculté dure encore au 7 février 1856.

CAS D'EMPOISONNEMENT PAR LA STRYCHNINE; par M. TARCHINI-BONFANTI.

OBS. — Un homme, jouissant habituellement d'une bonne santé, était venu, le 26 août 1855, de Lodi à Milan, et était descendu à son auberge accoutumée. Il sortit à midi pour ses affaires, quand, peu après, on le vit chanceler dans la rue. On le transporta dans une pharmacie.

Face vultueuse, en sueur; le malade crie qu'il est atteint du choléra. Fourmillements aux jambes, aux bras; spasmes à la mâchoire et à l'estomac, accompagnés de fréquents efforts de vomissements. Pouls élevé, mais rien de la physionomie d'un cholérique (potion avec 1 gramme de laudanum). Bientôt survient l'opisthotonos; crampes des extrémités, frissons, soubresauts douloureux (saignée; le sang sortit à plein jet, comme d'une artère).

Vers quatre heures, le malade semblait plus tranquille, parce que les contractions tétaniques en arrière apparaissaient à de plus longs intervalles; mais, au moindre attouchement, la violence des secousses générales était augmentée.

Le malade insistait à se dire cholérique, et voulait être transporté à l'hôpital. On l'y transporta vers sept heures; mais, durant le trajet, il mourut.

A l'autopsie, les particularités les plus remarquables se rencontrèrent dans le canal vertébral : la surface interne est abondamment et toute arrosée de sang; çà et là se trouvent des collections partielles de sang noir, surtout en correspondance avec les trous des conjugaisons. La dure-mère spinale est d'un rouge obscur, également étendu de la troisième vertèbre cervicale à toute la queue de cheval, ce qui lui donne un tel aspect qu'on croirait tout le système spinal fait de cire d'Espagne rouge. L'arachnoïde est transparente; la pie-mère est fortement injectée; la substance propre de la moelle ne présente rien de particulier qu'une teinte cendrée obscure.

Les chimistes, à qui on livra le foie, l'estomac et son contenu, et une partie de l'intestin, y trouvèrent une notable quantité de strychnine.

Ce malheureux s'était empoisonné. On apprit bientôt qu'avant de partir de Lodi, il avait voulu détruire par le poison toute sa propre famille; mais un domestique seul avait été victime.

Voici les principales lésions qu'on rencontra sur le cadavre de ce dernier : vaisseaux de la dure-mère gonflés par un sang noir et fluide; les autres méninges sont également injectées. Le cerveau et le cervelet enlevés, on trouve à la base du crâne une remarquable quantité de sang, qu'on peut estimer à trois onces. La masse encéphalique est plutôt solide et consistante; par la section, et sous une légère pression, elle laisse dégoutter un sang noir. Le cervelet présente la substance corticale plus rouge que de coutume.

Les méninges spinales sont fortement injectées; après avoir enlevé la dure-mère, qui est résistante et rouge, on voit manifestement les vaisseaux turgides et variqueux de l'arachnoïde et de la pie-mère. En détachant la moelle des points d'attache de ses racines nerveuses, il se répand un sang fluide et noir capable de remplir toute la cavité vertébrale. La moelle incisée offre une consistance plus grande qu'à l'état normal.

A ces cas d'empoisonnement par la strychnine où la mort s'ensuivit, il est bon d'en ajouter un autre où la santé se rétablit. Il s'agit d'un individu à qui, par erreur, on administra trois grains de strychnine. En peu d'heures survinrent tous les symptômes d'une inflammation très-intense de la moelle, avec de telles secousses, qu'il résulta la luxation du fémur droit sur le bassin. La guérison s'obtint après des émissions sanguines copieuses et répétées.

Nous regrettons que dans aucun cas il n'ait été fait usage d'aucun antidote, soit d'une potion avec l'éther et l'essence de térébenthine, soit de toute autre composition pharmaceutique déjà indiquée. Pour nous, nous recommanderions surtout l'émétique et le kermès, que nous avons vu chez les animaux réussir contre la noix vomique.

APPAREIL VENTRICULAIRE DU SEPTUM LUCIDUM ET DE LA VOUTE A TROIS PILIERS; par M. POLETTI.

M. Strambio a écrit un mémoire sur un ventricule qu'il a découvert dans le septum lucidum et la voûte à trois piliers, qu'il ne faut pas confondre avec le cinquième ventricule de Sylvius, et qu'il propose de nommer *sixième ventricule du cerveau*. Avant lui, quelques auteurs avaient déjà parlé de cavités semblables.

M. Poletti a rencontré, par hasard, sur un cerveau destiné aux leçons de l'école, une nouvelle preuve de l'existence de ce ventricule. Il s'aperçut qu'en entrant dans la corne antérieure des ventricules latéraux et regardant le septum par ses faces, celles-ci paraissaient tuméfiées, ondoyantes, et présentaient l'aspect de deux longues vésicules pleines de liquide. Quand, après avoir dépouillé les bords de la voûte des plexus choroïdiens, on les enlevait des couches optiques, qu'ensuite pénétrant dans le troisième ventricule, on débarrassait promptement la voûte de la toile choroïdienne, cette voûte offrait à sa face inférieure, sur la ligne médiane, une espèce de vésicule qui, de sa base, se prolongeait jusqu'à son angle antérieur.

La cavité, qui était remplie par un liquide, et qui s'ouvrit en dessus par une section pratiquée le long du raphé du corps calleux, s'étendait du genou de celui-ci jusqu'à son bourrelet; c'est-à-dire depuis le point de rencontre des bords supérieur et inférieur du septum jusqu'à la base de la voûte. Supérieurement, elle est limitée par le corps calleux; elle a deux parois latérales et un plancher; elle est large aux extrémités et rétrécie au milieu; elle est tapissée d'une membrane mince, semblable à celle qui tapisse la cavité ventriculaire des hydrocéphales. Il convient d'y distinguer deux parties : une antérieure et une postérieure. L'antérieure est comprise entre les lames de cette portion du septum qui s'étend au delà de la partie ascendante des piliers antérieurs; la postérieure continue à être comprise entre les lames du reste de la cloison et s'étend à toute la longueur de la voûte. Là où les deux parties se rencontrent, la cavité a sa plus grande hauteur. L'antérieure a la forme d'un triangle avec la base en avant et le sommet en arrière; elle repose sur la partie inférieure réfléchie du corps calleux. La postérieure a également la forme d'un triangle, mais avec la base en arrière et le sommet en avant; elle repose sur le milieu de la voûte, entre les faisceaux qui font suite aux piliers et qui marchent en s'écartant à partir de l'angle antérieur. La longueur des triangles représentés par les planchers des deux parties est moindre dans l'antérieur, de même pour la largeur de la base. Le sommet du triangle postérieur offre une petite bride transversale qui lie les piliers. Le sommet de l'antérieur se perd sur la commissure et sous la bride indiquée. Entre les sommets des deux planchers et les piliers, il y a une ouverture triangulaire qui conduit au ventricule moyen.

M. Strambio affirmait que son sixième ventricule, très-rare chez l'adulte, se rencontre ordinairement dans le fœtus. M. Poletti l'a cherché sur le cerveau d'un enfant de 12 à 15 jours. Après avoir dépouillé la face inférieure de la voûte de la toile choroïdienne, il vit, sur la partie moyenne, une légère tumeur longue et triangulaire avec une demi-transparence. Sur cette tumeur apparaissaient des rides longitudinales, lorsqu'on comprimait latéralement les hémisphères.

A l'aide d'un tube introduit dans le corps calleux, il souffla et vit se soulever une espèce d'ampoule. Alors la paroi incisée et renversée, se présenta une belle cavité triangulaire.

Ayant introduit par le sommet de celle-ci un stylet boutonné, il sentit qu'il pénétrait facilement dans le septum. L'incision prolongée jusqu'au genou du corps calleux, il eut sous les yeux tout l'appareil ventriculaire décrit par M. Strambio, c'est-à-dire, une cavité qui de la base de la voûte va finir dans le septum, et dans laquelle on peut distinguer trois parties : une postérieure qu'on peut dire correspondante à l'étendue de la lyre d'une voûte normale et complète, et qui est triangulaire avec la base en arrière et le sommet tronqué en avant; une moyenne qui conserve le même diamètre que le sommet de la postérieure et s'étend jusqu'à l'angle antérieur du trigône et siége proprement entre les paliers qui en ce cas n'arrivent plus à se réunir; une antérieure qui commence avec le même diamètre que la moyenne et qui s'élargissant pénètre dans le septum. La partie postérieure est ce que M. Strambio a nommé *sixième ventricule*; la moyenne est ce qu'il a nommé *aqueduc*; l'antérieure est le ventricule de Sylvius. Les deux premières ont un plafond et un plancher : la dernière a un plafond, un plancher et deux parois. Toute la cavité est tapissée par une membrane mince semblable à celle des ventricules latéraux.

Sur le plafond de la postérieure on aperçoit des ramifications vasculaires très-ténues qui d'un des côtés se dirigent vers le milieu et res-

semblent également aux arborisations vasculaires de ces mêmes ventricules.

M. Balboni a cherché et trouvé dans un cerveau de bœuf et un d'agneau une petite cavité siégeant dans la voûte. Conséquemment l'anatomie comparée vient confirmer cette découverte.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 16 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

Le ministre de l'instruction publique et des cultes transmet à l'Académie l'ampliation des deux décrets par lesquels sont approuvées les élections de MM. Nélaton et Poggiale.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de l'Yonne et du Calvados. (Commission des épidémies.)

2° Une demande d'avis et d'analyse relativement à une source sulfureuse de la commune de Pierrefonds. (Oise.)

3° Une demande d'avis et d'analyse au sujet de sources d'eaux minérales de Campagne-sur-Aude. (Aude.) (Commission des eaux minérales.)

4° Plusieurs recettes de remèdes secrets. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

5° Le tableau des vaccinations pratiquées en 1855 dans le département des Ardennes.

La correspondance non officielle comprend :

Un mémoire de M. L. Sandras ayant pour titre : DU MODE D'APPARITION ET DE PROPAGATION DU CHOLÉRA DANS L'HOSPICE GÉNÉRAL DE TOURS PENDANT L'ÉPIDÉMIE DE 1854. (Commission du choléra de 1854.)

— Une nouvelle formule de gelée émulsive d'huile de foie de morue, par M. Duroy, pharmacien à Paris. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

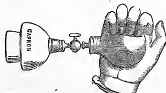
— Un travail sur le traitement abortif de la fièvre typhoïde, par l'emploi du seigle ergoté, par le docteur Billiard (de Corbigny.) (M. Barth, rapporteur, s'il y a lieu.)

— Un mémoire sur la fièvre typhoïde cholériforme et le choléra asiatique, par M. Douin, médecin à Bruyères-le-Châtel (Seine-et-Oise). (M. Barth, s'il y a lieu.)

— Plusieurs observations transmises par M. le docteur Da Costa, de Rio Janeiro. (Commission nommée, M. Jobert, rapporteur.)

— Une note de M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, qui soumet à l'examen de l'Académie un porte-aiguille d'un nouveau modèle. (MM. Laugier et Nélaton.)

— Une lettre de M. Capron, fabricant d'instruments de chirurgie, qui sou-



met à l'examen de l'Académie une nouvelle ventouse et téterelle à succion continue de son invention. (Commiss. : MM. Depaul et Poiseuille.)

M. VELPEAU présente au nom de l'auteur, M. J.-Z. Laurence, agrégé du collége royal des chirurgiens d'Angleterre, une note contenant l'exposé d'une méthode perfectionnée pour la cautérisation des rétrécissements de l'urètre.

M. JULES CLOQUET présente également au nom de l'auteur, M. Gaillard, de Poitiers, un mémoire imprimé sur la thécoplastie de l'urètre.

— Une lettre de M. Billod, docteur-médecin en chef de l'asile des aliénés du département de Maine-et-Loire, qui sollicite le titre de membre correspondant, et qui adresse à l'appui de sa demande la liste de ses travaux. (Future commission des correspondants nationaux.)

A l'ouverture de la séance, M. le président invite MM. Nélaton et Poggiale à prendre place parmi leurs nouveaux collègues.

ÉLECTIONS.

L'Académie procède à l'élection du président pour l'année 1857.

Au premier tour de scrutin, M. Michel Lévy, vice-président, réunit 57 voix sur 61 suffrages émis ; MM. Heller et Laugier obtiennent chacun une voix ; il y a deux billets blancs.

En conséquence, M. Michel Lévy est élu président pour l'année 1857.

L'Académie passe ensuite au scrutin pour la nomination d'un vice-président.

56 votants prennent part au scrutin ; au premier tour, M. Laugier obtient 43 suffrages ; M. Cloquet, 4, M. Renaut 3 ; les autres voix se répartissent sur MM. J. Guérin, Cruveilhier, Collineau, Nélaton et Larrey ; un billet blanc.

M. Laugier ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est proclamé vice-président.

L'ordre du jour appelle l'élection du secrétaire annuel ; au premier tour de scrutin, M. Depaul obtient 48 voix ; MM. Bouvier, Larrey et Patissier chacun une voix.

En conséquence, M. Depaul est réélu secrétaire annuel.

L'Académie nomme encore au scrutin de liste les membres de son conseil d'administration ; MM. Laugier, Bégin et Robinet obtiennent la majorité des suffrages.

La séance est levée à quatre heures vingt minutes.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE JUILLET 1856 ; par M. le docteur E. FAIVRE, secrétaire.

(Suite.)

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

II. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

2° TRANSFORMATION CARTILAGINEUSE DE LA VESSIE CHEZ UN VIEILLARD ; par M. E.-C. ORDONEZ.

M. Béraud ayant déjà fait une communication à la Société de biologie sur ce cas curieux de transformation cartilagineuse de la vessie, il ne nous reste que quelques détails à donner pour faire bien comprendre l'examen microscopique que nous avons fait de la pièce.

Cette vessie ne présente rien d'anormal quant à son volume et à sa situation.

Les parois sont très-résistantes, épaissies presque uniformément d'à peu près 1 centimètre. A la coupe, on voit qu'elles sont constituées par un tissu d'un gris blanchâtre demi-transparent, présentant des granulations qui, à l'œil nu, offrent l'aspect de grains de tapioca à demi-cuits, et cet aspect est presque uniforme sur toute l'étendue des parois vésicales, mais cependant plus manifeste à la partie supérieure de l'organe.

Les uretères, extrêmement dilatés dans toute leur étendue jusqu'à leur embouchure dans la cavité vésicale, permettaient très-facilement l'introduction du pouce. Leurs parois, très-amincies, ne présentaient que sur quelques points les éléments de la membrane muqueuse qui les tapissait.

L'examen des reins n'a pas été fait, parce que ses résultats n'auraient pas été satisfaisants, à cause de la rapidité avec laquelle s'opère la décomposition de ces organes, dans certaines conditions, après la mort.

La vessie était remplie presque en totalité par une substance d'un brun jannâtre, transparente, ressemblant à la gélatine qu'on retire des os, et parsemée de petits flocons blancs.

La prostate présentait du côté droit une augmentation de volume assez notable, avec ramollissement par places, dû à la présence de petits foyers tuberculeux dont les plus considérables atteignaient le volume d'un pois.

Quant à l'urètre, M. Fanvel, élève des hôpitaux, qui nous aida à disséquer la pièce, constata une fausse route au niveau de la portion bulbeuse. Un examen attentif de la pièce nous a démontré qu'il n'existait pas de rétrécissement urétral, mais on put constater une valvule, c'est-à-dire un rétrécissement des fibres musculaires qui forment la lèvre postérieure de l'orifice urétro-vésical, circonstance qui peut expliquer l'existence de la fausse route dont il est question.

Le microscope nous démontra les faits suivants : Une coupe faite sur les points épaissis des parois vésicales, nous fit voir qu'elles étaient formées en totalité par une trame cartilagineuse (cartilages vrais ou de la troisième variété). Cette trame n'était cependant pas formée par une substance fondamentale homogène sur tous ses points, comme cela arrive pour les vrais cartilages normaux, mais bien par une trame homogène par places, et présentant sur d'autres points l'aspect fibroïde, à fibres en général isolées, formant une espèce de charpente, c'est-à-dire des grandes mailles ou cavités dans lesquelles se trouvaient une ou plusieurs cellules cartilagineuses. La disposition de ces fibres en faisceaux isolés au milieu d'une substance amorphe et homogène, que nous avons rencontrée déjà trois fois sur des cartilages d'origine patho-

logique, ne permet pas de confondre cette production avec la variété fibro-cartilage (quatrième variété).

Les cellules cartilagineuses, de volume variable, sont pourvues d'un noyau granuleux, arrondi ou ovale, en tout semblable aux noyaux des cellules normales du cartilage.

La matière gélatineuse contenue dans la cavité vésicale examinée au microscope, était transparente, amorphe, et contenait un nombre infini de cellules cartilagineuses à tous les degrés de développement. De ces cellules, quelques-unes contenaient un noyau formé de fines granulations, d'autres, une ou deux gouttelettes graisseuses, et d'autres enfin, étaient finement granuleuses dans toute leur étendue, sans présenter aucune trace de noyau.

Les flocons blanchâtres qui nageaient dans cette substance gélatineuse étaient formés par des réseaux de tissus fibreux à grandes mailles, comme ceux qui ont été déjà signalés. Parmi ces mailles, il y en avait qui contenaient déjà une ou plusieurs cellules cartilagineuses dans son intérieur.

Ces cellules cartilagineuses pouvaient être isolées de la substance semi-liquide qui leur servait de véhicule (et que je crois être le stroma du cartilage qui était en voie de formation), par de l'eau distillée et des petites pressions exercées sur la plaque mince de verre qui recouvrait la préparation, ou par ces deux moyens combinés, et l'addition de l'acide acétique qui coagulait en partie le véhicule; alors, les pressions exercées sur la plaque faisaient échapper les cellules, et il était très-facile de les étudier.

IV. — Zoologie.

De la dentition des cétacés et de la place qu'occupent les fanons dans la bouche des baleines; par le docteur Emmanuel Rousseau.

M. le docteur Emmanuel Rousseau fait hommage à la Société d'un mémoire dans lequel il passe en revue la structure et la situation des dents chez les cétacés. Un point a surtout attiré son attention: il a cherché à établir, d'une façon définitive, la position et les rapports des fanons des baleines. Des circonstances particulières l'ont amené à traiter spécialement cette question.

Le muséum d'histoire naturelle possède trois squelettes de baleines qui ont été montés, en 1822, sous la direction de G. Cuvier. L'illustre savant plaça, chez ces trois sujets, les fanons en dedans des maxillaires inférieurs.

Un nouvel individu, de la même famille, a été monté en 1855, et les fanons ont été placés en dehors des mâchoires inférieures.

M. E. Rousseau, chef des travaux anatomiques du muséum, sous les professeurs G. Cuvier, de Blainville et Duvernoy, s'opposa, autant qu'il était en son pouvoir, à cette innovation, qui semblait la condamnation de ce qu'avait fait Cuvier.

Il appuya ses représentations des témoignages des auteurs les plus estimés et des hommes les plus compétents: mais il ne put arriver à faire remettre les fanons en dedans des maxillaires inférieurs, ainsi qu'ils se trouvent dans l'état normal.

C'est alors qu'il a en recours à la publicité pour décliner la part de responsabilité qui lui incombait, en sa qualité de conservateur des collections d'anatomie comparée.

Dans son mémoire, il cite, en faveur de son opinion, les auteurs suivants: Anderson, Brisson, Duhamel du Monceau, Lacépède, G. Cuvier, P. Camper, Fr. Cuvier, J. Hunter. Il rapporte ensuite les réponses qu'il a reçues d'hommes instruits, qui ont passé une partie de leur vie sur des navires baleiniers. Enfin, il termine en faisant connaître le résultat de l'étude faite *de visu*, par lui-même, en 1851, et par M. Louis Rousseau, aide-naturaliste au muséum, dans un très-récent voyage en Écosse. De plus, il a été assez heureux de voir son sentiment s'accorder pleinement avec celui du célèbre professeur Brandt (de Saint-Pétersbourg), qui a été à même de voir et de disséquer des baleines.

M. Rousseau espère que cet accord à peu près unanime finira par faire prévaloir son opinion, seule conciliable, d'ailleurs, avec l'anatomie et la physiologie de la bouche chez les baleines, ainsi qu'on peut s'en convaincre en lisant son mémoire.

(Ce mémoire a été publié dans la Revue et Magasin de zoologie, n° 5.— 1856.)

Compte rendu des séances pendant le mois d'aout 1856; par M. le docteur Faivre, secrétaire.

Présidence de M. Rayer.

I. — Pathologie interne.

Paraplégie complète du mouvement; persistance de la sensibilité; par M. Guyon, interne des hôpitaux.

Oran Philippe, sergent de ville, âgé de 29 ans, est entré le 22 juin 1855 à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. Aran. Cet homme est d'une forte et robuste constitution, mais a fait de grands excès de femme et de masturbation, il a eu plusieurs affections syphilitiques. Santé habituelle, bonne, mais il y a quinze mois, bronchite de très-longue durée avec hémoptysie pendant cinquante jours. Cet homme fut employé cet hiver au service de nuit et exposé par conséquent à toutes les intempéries de la saison; il s'en était acquitté sans trop de préjudice pour sa santé, lorsque au mois d'avril il commença à ressentir quelques douleurs dans l'épaule et le côté gauche. Il crut à un rhumatisme; bientôt il éprouva de l'engourdissement dans le membre inférieur du même côté, la nuit suivante les douleurs gagnaient le membre inférieur droit, le lendemain la marche était devenue chancelante et dans un bref délai la paraplégie fut complète. Telle aurait été suivant le malade la marche des premiers accidents.

A son entrée nous constatons:

Une paraplégie complète du mouvement; il y a une certaine roideur due probablement à l'administration de la strychnine faite par son médecin. La sensibilité explorée par le pincement et avec une épingle est complètement abolie dans les membres inférieurs jusqu'à la partie supérieure des cuisses; elle est obtuse jusqu'à la base de la poitrine. Le chatouillement de la plante des pieds n'est pas senti, mais donne lieu à des mouvements réflexes. Les urines s'écoulent incessamment et sans que le malade en ait conscience, il y a constipation, les purgatifs seuls déterminent des évacuations. Matité sous la clavicule gauche, allongement et rudesse de l'expiration; mêmes caractères au sommet en arrière.

La colonne vertébrale n'est pas déformée et la percussion n'est douloureuse qu'au niveau du tiers supérieur de la région dorsale dans un point limité. Deux cautères sont appliqués à ce niveau et le malade soumis à l'huile de morue, etc. Des accidents généraux allèrent s'aggravant, frissons répétés, fièvre, toux, d'énormes escarres se produisirent au niveau du grand trochanter droit et de la région sacrée sans que le malade s'en plaignit, et l'œdème des membres inférieurs d'abord peu marqué devint énorme pendant les trois dernières semaines. Le malade se préoccupait beaucoup de cet œdème, quelques scarifications furent prescrites; je les pratiquais avec une forte épingle à suture, et grand fut mon étonnement de voir le malade que nous croyions encore parfaitement insensible, accuser à chaque piqûre une très-vive douleur. Des piqûres furent faites sur la face dorsale des pieds à la face interne et externe des membres, partout elles furent parfaitement senties. Le malade semblait souffrir d'autant plus que la piqûre était plus profonde, le simple contact n'était senti qu'à partir du tiers supérieur de la cuisse. Cette petite opération pratiquée peu de jours seulement avant la mort n'a pas été renouvelée; déjà depuis quelques jours j'avais constaté que par le contact de la main le tiraillement des poils était perçu à la partie supérieure de la cuisse, mais la sensibilité existant déjà, plus obtuse il est vrai, à l'entrée du malade, je n'avais pas été frappé de ce fait (mort le 4 août).

Autopsie, trente-cinq heures après la mort. La colonne rachidienne n'est pas déformée. Au niveau de la quatrième vertèbre dorsale existe un amas de matière tuberculeuse ayant en petite quantité fait irruption au dehors du canal vertébral, mais en plus grande partie dans le canal lui-même. La lésion osseuse a son siége au niveau des troisième et quatrième vertèbres dorsales. Elle est creusée sur la partie latérale droite à la base de l'apophyse transverse et peut loger une grosse noisette; elle est parfaitement limitée; elle s'ouvre largement dans le canal vertébral et contient de la matière tuberculeuse demi-molle. La matière épanchée dans le canal vertébral est plus consistante; elle adhère à la base externe de la dure-mère et la recouvre dans une étendue de 2 on 3 centimètres. A ce niveau, cette membrane est épaissie. La portion de moelle placée en avant de la tumeur est comprimée, aplatie; cet aplatissement est très-évident, et si l'on vient à porter le doigt sur la moelle, et si l'on cherche à la déprimer, il semble que les deux faces de la membrane d'enveloppe sont en contact, tant est grande la facilité avec laquelle l'on sent le corps de vertèbres, tant est mince l'épaisseur qu'il en sépare. La moelle est, à ce niveau, complétement diffluente. Je ne saurais mieux comparer sa consistance qu'à celle de la crème de lait, sa couleur est parfaitement blanche; elle a complétement perdu son aspect normal, il n'y a aucune trace de cordons, aucune apparence de fibres, et ce tissu ramolli est délayé et emporté par un filet d'eau doucement versé, afin de mieux étudier la lésion. En raison de cette circonstance, l'examen approfondi de cette portion de moelle n'a pu être fait.

Nous pouvons juger de l'étendue de ce ramollissement par celle de la solution de continuité qui a 3 1/2 centimètres. Les bouts de la moelle sont irréguliers, déchiquetés.

Au-dessus dans un espace de 4 centimètres, au-dessous dans une étendue de 11 centimètres, la moelle est ramollie, mais ce ramollissement est moindre et permet encore de reconnaître l'aspect normal de l'organe, si la moelle a été incisée sur le sillon médian postérieur; le ramollissement semble plus prononcé dans sa partie postérieure.

Examen microscopique; par M. Broca. — Le filet d'eau qu'on a dirigé sur la partie la plus ramollie de la moelle a complétement détruit le tissu de cet organe, dans une étendue de plus de 3 centimètres; au delà de ce foyer, on retrouve les deux bouts de la moelle très-irréguliers comme déchirés, et très-ramollis. Le ramollissement devient très-considérable à mesure qu'on s'éloigne de ce point, et la consistance normale de la moelle ne reparaît qu'à une distance de plusieurs centimètres au-dessus et au-dessous de la partie détruite. En réalité, le ramollissement occupait à des degrés divers une étendue d'environ 18 à 20 centimètres.

La partie réduite en pulpe et entraînée par le filet d'eau n'a pas été soumise à mon examen.

En soulevant sur le doigt pour les examiner les deux bouts ramollis, j'ai vu chacun d'eux se diviser avec la plus grande facilité sur la ligne médiane, par suite du peu de consistance des commissures. Sur la face interne de chacune des masses latérales qui ont été le résultat de cette division, on aperçoit nettement la substance grise aussi épaisse qu'à l'état normal, sé-

parant les faisceaux antérieurs des faisceaux postérieurs, très-molle, mais se continuant sans aucune interruption jusqu'au niveau du foyer creusé par le courant d'eau.

J'ai fait plusieurs préparations avec cette substance grise, et avec la substance blanche ramollie qui l'entourait; j'ai examiné des parcelles du tissu médullaire provenant de plusieurs points très-inégalement ramollis, et j'ai comparé ces préparations avec d'autres parcelles de tissu provenant des parties saines de l'encéphale.

La substance grise ramollie ne m'a paru différer en rien quant à sa structure interne de la substance grise normale, j'y ai trouvé les mêmes globules et les mêmes fibres nerveuses.

J'en dirai autant de la substance blanche ramollie, si ce n'est que les tubes nerveux, au lieu d'affecter comme à l'état normal une direction presque rectiligne, décrivent de nombreuses flexuosités.

BIBLIOGRAPHIE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES CICATRICES DANS LES DIFFÉRENTS TISSUS; par le docteur FÉLIX HUTIN, médecin en chef des Invalides. — Mémoire couronné par l'Académie de médecine. — In-4° de 141 pages. — Paris, chez J.-B. Baillière.

Un ouvrage couronné par l'Académie doit avoir pour mérite, ou bien d'être une exposition complète de ce qu'on savait sur le sujet traité, ou bien d'ajouter à ce qu'on sait par des observations et des expériences nouvelles. Le mémoire de M. Hutin remplit-il l'une ou l'autre de ces deux conditions ou les remplit-il toutes deux à la fois? C'est ce que nous allons examiner.

L'étude des cicatrices a occupé de tout temps les physiologistes et les chirurgiens, ces derniers surtout. Cela se conçoit, quoi qu'à vrai dire le contraire eût été préférable. C'est peut-être à cette erreur de compétence qu'il faut attribuer le caractère des idées qui ont régné et qui règnent encore sur la matière. Sans s'arrêter à poser le problème, à en discuter la nature, M. Hutin l'a considéré indistinctement comme un problème de physiologie pathologique et de pathologie chirurgicale. Peut être eût-il mieux fait d'envisager d'abord la formation des cicatrices comme un phénomène essentiellement physiologique dans son essence et son mécanisme, sauf à l'étudier ensuite dans ses différents modes, et à faire la part, sous ses différents points de vue, des complications pathologiques dont il est susceptible. Tel n'a pas été le point de départ de M. Hutin. Commençant à la théorie de la régénération des chairs, qu'il n'a fait que rappeler pour la condamner, il s'est occupé successivement du mécanisme de la cicatrisation, des caractères généraux des cicatrices, de la cicatrice considérée dans les différents tissus : peau, tissus cellulaire, musculaire, fibreux, vasculaire et nerveux; des cicatrices dans les membranes, dans les glandes, dans les tissus complexes et dans les os. Cette distribution de la matière indique immédiatement l'esprit dans lequel l'auteur a exécuté son travail : c'est l'esprit anatomique et topographique. Or, on l'a dit plus haut, le problème de la cicatrisation est essentiellement un problème de haute physiologie : c'est l'étude des lois et du mécanisme du développement, de l'entretien et de la réparation des tissus dans les conditions spéciales et variées de leur mutilation. Considérer la cicatrisation au point de vue pathologique, comme un ensemble de phénomènes pathologiques dont le résultat est un produit pathologique, c'est prendre ce qu'il y a de plus extérieur et de plus accessoire dans les choses. Pour s'en convaincre, il suffit de se rappeler ce qui se passe dans les animaux inférieurs, dans les crustacés, par exemple, chez lesquels la mutilation d'un membre est suivie de sa reproduction. Dans ce cas aussi, il y a une plaie, il y a les phénomènes résultant de la lésion, de la solution de continuité des tissus, des vaisseaux, des nerfs, c'est-à-dire l'apparence de ce que vous appelez chez l'homme et les animaux supérieurs l'inflammation traumatique. Mais le résultat, la formation de toute pièce d'un segment de membre avec son contenant et son contenu, le regardera-t-on comme un produit de l'inflammation, comme une cicatrice? Cet exemple n'est-il pas propre à faire réfléchir; et ne montre-t-il pas toute la différence qu'il y a réellement entre le point de vue où s'est placé M. Hutin (avec tous ses contemporains, il faut le reconnaître) et le point de vue qui nous paraît préférable : le point de vue physiologique?

La remarque générale qui précède s'applique naturellement à tout ce que M. Hutin a écrit sur la cicatrisation de chaque tissu en particulier. L'erreur du principe général s'est reproduite dans chacune de ses applications. Ainsi, pour lui, comme pour la plupart des contemporains le tissu de nouvelle formation qui se produit entre les deux bouts d'un tendon divisé, d'un nerf coupé, d'un os fracturé est une cicatrice, et cette cicatrice est identique dans tous les cas. Il ne doit point y avoir d'équivoque à cet égard. M. Cruveilhier, dont M. Hutin reproduit et adopte les doctrines, s'exprime comme il suit : « L'étude » attentive des phénomènes de l'inflammation, considérée d'une ma- » nière générale, est venue confirmer toutes les idées de Hunter et jus- » tifier sa belle classification des inflammations en *adhésive*, *suppura-* » *tive*, *ulcérative*, trois modes bien distincts par leurs effets, mais qui » peuvent facilement se transformer l'un dans l'autre..... Tout tissu » qui a subi une solution de continuité tend essentiellement à l'adhé- » sion, c'est-à-dire au rétablissement de la continuité, ou plus géné- » ralement à la cicatrisation. C'est une loi de l'économie vivante, loi » commune à tous les êtres organisés, qui *va jusqu'à la reproduc-* » *tion ou régénération* de certaines parties enlevées dans les espèces » inférieures. Chez l'homme, la régénération des chairs, le pouvoir » régénérateur est une *chimère* si on l'étend au delà de la faculté de » produire un *tissu de cicatrice*. » Voilà pourtant ce que l'on enseigne et ce que l'on couronne dans l'état actuel de la science! On voit bien que la patte du crustacé qui se régénère n'est pas un tissu cicatriciel; mais l'on ne voit pas que, dans les circonstances voulues, la portion intermédiaire du tendon de l'os et du nerf participe du tissu qui l'a engendrée. D'où viennent cette inadvertance et cette confusion? Uniquement de ce qu'on consulte plutôt les apparences les plus extérieures de la matière, que les analogies et les inductions les plus élevées de l'esprit. Le reproche que nous adressons à cet égard à M. Hutin s'adresse bien plus à ceux dont il a adopté et résumé les doctrines. Mais ce qu'on est plus en droit de lui reprocher, c'est de ne pas s'être inquiété s'il n'y avait pas un autre point de vue, une autre manière d'envisager les choses, et de ne pas l'avoir fait connaître, discuté, sinon adopté.

Cependant, même avec le seul secours des yeux et des apparences les plus matérielles, ne pouvait-on pas être conduit à soupçonner une autre théorie que celle de l'identité de la cicatrice pour tous les tissus. L'exemple cité de la patte qui se régénère chez les crustacés, n'établit-il pas la possibilité d'une régénérescence en nature dans l'animalité, et le fait non moins vulgaire de l'ossification du cal dans les fractures n'est-il pas, jusque dans l'organisme humain, un cas particulier de la régénération des tissus. On ne veut pas dire que le tissu cicatriciel qui succède aux plaies *suppurantes* de la peau, des muscles, des tendons et des nerfs, possède toutes les propriétés des tissus juxta-posés : on fait seulement des réserves en faveur de l'induction qui conclut de la régénération de l'os en nature à la possibilité et à la réalité, dans certains cas déterminés, de la régénération des autres tissus. Ce n'est pas le lieu d'exposer ici cette doctrine, qui a été développée ailleurs (1) : on se borne à rappeler qu'elle existe, et que c'est dans l'étude du phénomène de l'organisation immédiate succédant aux plaies sous-cutanées qu'on en trouvera les faits et la démonstration.

M. Hutin n'a pas seulement passé à côté de cette théorie et de cet ordre de faits, mais il a proclamé des principes qui leur sont entièrement opposés.

Il est inutile d'entrer dans les détails du sujet, pour montrer en quoi pèche le travail, fort intéressant, d'ailleurs, de M. Hutin. Pour ceux qui aiment les idées régnantes, qui s'immobilisent dans la contemplation du mythe appelé *inflammation*, qui se contentent de ce mystérieux provisoire, ils trouveront dans la dissertation de M. Hutin un excellent et rapide résumé de ce que l'on sait et enseigne le plus généralement sur les cicatrices. Quant à des recherches et à des expériences originales, à des idées et à des points de vue nouveaux, nous n'en avons pas constaté, ou du moins il ne s'en trouve pas d'un ordre qui soit susceptible de modifier, d'une façon quelconque, les principes adoptés par l'auteur.

JULES GUÉRIN.

— La commission départementale de la Seine a émis le vœu que des mesures fussent prises pour faire cesser les causes auxquelles peuvent être attribuées les épidémies de fièvre puerpérale qui ont leur foyer dans les hôpitaux, et cet autre vœu que les écoles vétérinaires reçussent un plus grand développement.

(1) ESSAI D'UNE GÉNÉRALISATION DE LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE; par M. Jules Guérin, lu à l'Académie des sciences dans les séances des 29 janvier et 6 mars 1855. — In-8°.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME ONZIÈME

DE LA TROISIÈME SÉRIE DE LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

POUR L'ANNÉE 1856.

A

Abcès (Cas d') remarquable sous le rapport thérapeutique par M. Delarue, 308.
—froid, du volume d'un œuf, terminé par résolution, par M. Bouchut, 421.
—symptomatiques (Mémoire sur la guérison par absorption des) du mal vertébral, par M. Bouvier, 755.
Aboyeurs (Délire des), par M. Bosredon, 770.
Absorption (Recherches expérimentales sur l') et l'exhalation par le tégument externe, par M. Durieu, 271.
Académie de médecine (Un discours à l'), (Feuill. par M. Casimir Daumas), 15.
—(Modifications et additions au règlement de l').—Arrêté ministériel approuvant ces modifications, 193.
—Séance publique annuelle. — Rapport général sur les prix décernés en 1856 : Prix de l'Académie; prix Portal; prix Capuron; prix des épidémies; prix des eaux minérales; prix des vaccinations.—Prix proposés pour 1857 et 1858 — Éloge de M. Roux, 798.
—idem (Rev. hebd. par M. J. Guérin), 789.
—des sciences. — Renouvellement annuel du bureau et de la commission administrative, 39.
—(Changements arrivés parmi les membres et les correspondants de l') depuis le 1er janvier 1855, 39.
—Séance publique annuelle, 71, 88.
—Nomination de M. Guyon, membre correspondant, 152.
Acarus (Nouvelle espèce d') accompagnant la teigne favus, par M. Arthur Willick, 399.
—(Observation de gale à forme insolite, avec formation de croûtes très-épaisses, constituées par des millions d'), par M. Second-Féréol, 621.
—du cheval (Sur un nouvel) pouvant transmettre la gale de ce solipède à l'homme, par MM. Bourguignon et Delafond, 114.
Accouchement (De l') prématuré artificiel obtenu à l'aide des douches utérines, par M. Bouchacourt, 38.
—Curieuse naissance et lusus naturæ, par M. Loud, 68.
—(De l'inertie utérine et de la fatigue de l'utérus pendant l'), par M. Mattéi, 608.
—(Observations pratiques sur la rétention du placenta et sur l'hémorrhagie qui suit l'), avec la description d'un bandage insufflé, par M. Bernard, 641.
—(Emploi du chloroforme dans les), par M. Liegard (de Caen), 230.
Addison (Maladie de peau bronzée ou d'), par M. Trousseau, 543.
—Discussion à l'Académie de médecine, par MM. Bouillaud, Trousseau, Gibert, 544.
—idem. (Rev. hebd. par M. Tholozan), 547.
—(Note sur un cas de maladie d'), par M. Second-Féréol, 549.
—(Nouveau cas de maladie d'), par M. Seux (de Marseille), 820.
—Examen microscopique de la peau d'un malade mort à la suite de la maladie bronzée (Maladie d'), par M. Vulpian, 694.
Agrégés (Arrêté concernant les) de la Faculté de médecine de Paris, par M. Rouland (ministre), 724.
—stagiaires (Arrêté relatif au concours pour neuf places d') près la Faculté de médecine de Paris, 782.
Albumine (Des indications séméiologiques tirées de la présence de l') dans les urines, par M. G.-W. Balfour (Bibl. par M. Tholozan), 247, 262.
Albuminurie, par MM. Vernois et Becquerel, 401.
Alcalis (De l'action des) sur le sucre dans l'économie animale, par M. Poggiale, 82, 514, 542.
Alcalis végétaux (Du rôle de l'acide carbonique en présence des) (Rapport de M. Gaultier de Claubry, à l'Académie de médecine, sur un mémoire de M. Langlois), 135.
Alcool (Influence de l') et de l'éther sur les sécrétions du tube digestif, du pancréas et du foie, par M. Cl. Bernard, 295.
Aliénation mentale (De la statistique de l'). par M. Parchappe, 319.
—(Observations et recherches statistiques relatives à l'), par M. E. Renaudin, 733,
—transitoires (Des), par M. Calmeil, 335.
Aliénés (Spécimen du budget d'un asile d') et possibilité de couvrir la subvention départementale dans un asile départemental au moyen d'un excédant équivalent de recettes, par M Girard (de Toulouse), 709.
—(Divers modes de chauffage et de ventilation, et de la manière dont ils doivent être employés dans les établissements d'), par M. H. Girard (d'Auxerre), 754.
—Asile de Meréville, par M. E. Renaudin, 7.
—indigents (Du prix de la journée des) dans les asiles, et de la manière dont on doit l'établir, par M. Girard, 6.
Alimentaire (Emploi) de la viande du cheval chez un grand nombre de peuples de l'antiquité, du moyen âge et de nos jours, par M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, 505.
—(De l'usage) de la viande de cheval, par M. Is. Geoffroy-Saint-Hilaire, 607.
Aliments (Recherches sur la composition chimique et les équivalents nutritifs des) de l'homme, par M. Poggiale, 506.
—idem (Rev. hebd. par M. Tholozan), 505.
Aloétine (De l'), principe cristallisable du suc d'aloès, par M. E. Robiquet, 136.
Ammoniaque (Sur la présence de l') dans certaines eaux minérales, par M. Jules Bonis, 438.
Amnio-chorale (Constatation d'une poche) normale dans l'œuf humain pendant toute la durée de la grossesse; anatomie de cette poche; physiologie et pathologie, par M. Mattei, 560, 783.
Amputation (De l') double simultanée, par M. Marsden, 641.
Amputations partielles du pied et de la partie inférieure de la jambe, par M. Legouest, 503.
Amygdales (Recherches sur la structure des) et des glandes situées sur la base de la langue, par M. C. Sappey, 187.
Amygdalite aiguë dite simple (Mémoire sur une); sur le traitement et la nature de cette phlegmasie, par M. E. Barthez, 445, 459, 474.
Anasarque avec œdème considérable des grandes lèvres chez une femme en travail, par M. Barbieri, 463.
Anatomie topographique (Traité d') médico-chirurgicale, considérée spécialement dans ses applications à la pathologie, etc., par M. J.-E. Pétrequin (Bibl. par M. Foltz), 773.
Anesthésie (voyez Chloroforme).
—(Appareil destiné à produire l') des dents, par M. H. Georges, 785.
Anévrismatiques (Sur les sacs), par M. W. Colles, 624.
Anévrisme (Observation d') de l'artère carotide primitive gauche; ligature à sa partie inférieure, par MM. Joseph Dropsy et Burnotte, 229.
—(Note sur un cas d') de l'artère splénique, par M. E. Leudet, 361.
—(Cas d') de l'artère carotide interne gauche dans le crâne, diagnostiqué durant la vie et guéri par la ligature de l'artère carotide commune gauche, par M. Coe, 587.
—de l'artère dentaire, par M. Rufz, 545.
—poplité méconnu, par M. Mazza, 150.
—thoracique (Sur l'), par M. Popham, 625.
Angle facial (Mémoire sur la mensuration de l'), les goniomètres faciaux et un nouveau goniomètre facial, inventé par M. Henri Jacquart, 648.
—(Mensuration de l'), réclamation de priorité relative au mémoire de M. Jacquart, par M. B. Schoepf, 753.
Anthropologie (Cours d') professé au Muséum, par M. de Quatrefages. — Première leçon, recueillie par M. Jacquart, 391.
Antidote (Note sur un) de l'iodure de potassium, par M. R.-J. Nuno, 669.
Antidotes (Critique expérimentale des meilleurs) du cuivre, par M. L. Schrœder (de Gœttingue), 350.
Antimoine (Quelques remarques sur l'efficacité d'une certaine dilution de médicaments: le fer, le brôme, l'iode, l'), le sel, la belladone, la térébenthine, par M. Benj. Bell, 221.
Anus (Note sur un cas d'imperforation congénitale de l') et absence d'une partie du rectum; anus artificiel pratiqué au-devant de la fosse iliaque gauche, vues nouvelles sur le prolapsus de l'intestin dans ce cas, par M. G. Goyrand (d'Aix), 34.
—(Études pratiques sur l'atrésie et les malformations de l') et du rectum et sur les opérations par lesquelles on peut remédier à ces vices de conformation, par M. Goyrand (d'Aix), 509, 524, 538, 601, 639.
—(Sur le traitement de la fissure à l'), par M. G. Pessavant, 397.
—Quelques réflexions sur la fistule anale, suivis d'un procédé opératoire extrêmement simple dans son exécution, par M. Dunglas, 100.
—artificiel.—Imperforation du rectum; question de viabilité (Rapp. de M. Robert sur un mémoire de M. Lepestre).—Discussion académique, 464.
—Lettre de M. Larrey à M. Willaume, 526.
Appareil (Des fractures de la jambe et d'un) pour les maintenir, par M. Cortèse, 150.
—(Nouvel) à suspension pour les fractures et les blessures graves du membre inférieur, par M. Scoutetten, 529.
—A lever les malades sans les toucher, par M. Bégin, 310.
—(Nouvel) pour la concentration dans le vide (Rapport de M Bouchardat à l'Académie de médecine sur un mémoire de M. Laurent), 72.
Appareils (Traitement des fractures de la jambe par l'emploi d') hémisphériques en plâtre, par M. Jules Perier, 667.
—érectiles (Recherches anatomiques et physiologiques sur les); appareil de l'adaptation de l'œil chez les oiseaux, les principaux mammifères et l'homme, par M. Ch. Rouget, 351.
—idem. Réclamation de priorité de M. Henri Muller, 417.
—idem. Réponse de M. Rouget, 437.
Apterix (Note sur l'encéphale de l'), par M. Camille Dareste, 321.

Arête de poisson dans le scrotum (Observation d'une), par M. Burggraeve, 214.

Armée anglaise (Position des médecins militaires dans l'); grade, solde, fonctionnement, recrutement, vices de l'organisation actuelle (Feuill. par M. Tholozan), 199.

Arnica (De l'emploi de la teinture alcoolique d') comme moyen préventif, et de l'alcoolature d'aconit comme moyen abortif de l'inflammation consécutive à l'opération de la cataracte, par M. Amable Cade (de Bourg-Saint-Andéol), 416.

Arsénieux (De l'acide) dans les congestions apoplectiques, par M. Lamarre-Piquot, 323.

Arsénique (Note sur les préparations de l'acide), par M. Kopp, 387.

Artériel (Recherches anatomiques et expérimentales sur les systèmes) et veineux, 822.

Artères (Modification du procédé de Scarpa pour la ligature des), par M. Caleprico, 450.

—(Des anomalies des), par M. G.-E. Isaacs, 254.

Arthrite synoviale (Du traitement de l') simple et rhumatismale par le vésicatoire, par M. Forget (de Strasbourg), 554.

Articulations (Des maladies des os et des) guéries par le nitrate d'argent, par M. Larghi, 480.

Articulation du genou (Sur l'amputation de l'), par M. Thomas Markoe, 655.

—scapulo-humérale (Considérations géométriques propres à préciser les rapports de situation de l'humérus avec le scapulum dans l'étude des maladies de l'), par M. Giraud-Teulon, 664, 683.

Arts (Les applications nouvelles de la science à l'industrie et aux) en 1855, par M. Louis Figuier (Bibl. par M. Poggiale), 758.

Ascite. (Voir Phthisie tuberculeuse.)

Asphyxie (De l'influence de l') sur la chaleur animale, par M. E. Brown-Séquard, 561.

—(Règles pour le traitement de l'), par M. Marshal-Hall, 606.

Assimilatrice (De la faculté) des différents corps gras, par M. Berthé, 323.

Association de prévoyance et de secours des médecins du Rhône, par M. E. Pétrequin, 441.

Associations; hôpitaux; état actuel de la profession médicale aux États-Unis d'Amérique; statistique du corps médical (Feuill. par M. Tholozan), 597, 611.

Atlas (Anatomie pathologique du choléra), par M. Pirogof. (Bibl. par M. Louis Soulier), 209, 631.

Atractylis gummifera (Empoisonnement attribué à la racine de l'), par M. Bonron, 417.

Atrésie (Études pratiques sur l') et les malformations de l'anus et du rectum, et sur les opérations par lesquelles on peut remédier à ces vices de conformation, par M. Goyrand (d'Aix), 509, 524, 538, 631, 639.

Atrophie (Remarques sur l') unilatérale croisée du cerveau et du cervelet, par M. Vulpian, 692.

—ou plutôt état rudimentaire d'un des ovaires, avec absence de la trompe du même côté chez une femme d'une quarantaine d'années. — Nouvelle description des ligaments ronds, par M. Blot, 808.

Atropine (Épilepsie guérie par l'), par M. Bastiamini, 480.

Auscultation (Nouvelle et heureuse application de l') aux organes de l'ouïe, par M. Gendrin, 548.

—(De la dynamoscopie ou nouveau système d'), par M. V. Collongues, 657.

—(Note historique sur l') appliquée au diagnostic des maladies internes de l'oreille, par M. B. Schnepf, 266.

Automatisme (Théorie de l') étudiée dans le manuscrit d'un monomaniaque, par M. Baillarger, 335.

Autoplastie (Mémoire sur les propriétés du tissu cicatriciel et l'application de l') aux brides, par M. Jobert (de Lamballe) 178.

—(De l'application de l') au traitement des cicatrices vicieuses, par M. C. Sédillot, 338.

B

Bain. Recherches expérimentales sur l'absorption et l'exhalation par le tégument externe, par M. F. Durian, 271.

Banquet (Un) médical à Lyon, par M. J. Pétrequin, 93.

—offert par le corps médical de France aux médecins de l'armée et de la flotte d'Orient, 462, 531.

Bassin (Mécanisme du développement du) et de la production de ses principales anomalies, par M. Hubert, 722, 744.

—et notes critiques sur la théorie de M. Gavarret, par M. Valérius, 722, 744.

Bec-de-lièvre (Modification au procédé opératoire du), par M. Verhaeghe, 558.

—(Nouveau procédé permettant d'augmenter à volonté la hauteur de la lèvre dans les opérations de) et de chéiloplastie, par M. Sédillot, 260, 705, 727.

—compliqué (Moyens d'assurer la cicatrisation de la suture labiale dans le), par M. Goyrand (d'Aix), 289.

Belladone (Empoisonnement par la), par M. Fissore, 177.

—(Quelques remarques sur l'efficacité d'une certaine dilution de médicaments : le fer, le brome, l'iode, l'antimoine, le sel, la), la térébenthine, par M. Benj. Bell, 221.

—(De la) dans la hernie étranglée, par M. Rizzo, 480.

—(Nouvelles observations sur l'emploi de l'extrait de) dans le traitement des hernies étranglées, par M. L. Saurel, 782.

Benzoate de soude (Mémoire sur l'emploi du silicate et du), unis aux préparations d'aconit et de colchique, dans le traitement de la goutte, de la gravelle, du rhumatisme chronique et goutteux, du catarrhe vésical, de la sciatique et de plusieurs névralgies, par MM. Socquet et Joseph Bonjean, 57[illegible].

Bile (Des matières grasses de la), par M. Gobley, 561.

—(Influence de l'oblitération de la veine porte sur la sécrétion de la) et sur la fonction glycogénique du foie, par M. Ore, 572.

Blennorrhagie (Réflexions pratiques à propos du traitement abortif de la), par M. Venot, 39.

Blépharoplastie, par M. Denonvilliers, 439.

Bouton de Biskara (Essai sur l'affection cutanée endémique des Zibans (Afrique), connue généralement sous le nom de), par M. Weiss, 21.

Bréant (Rapport sur le legs) à l'Académie des sciences, 71.

Brome (Nouvelle méthode d'analyse quantitative de l'iode et du), par MM. O. Henry fils et Humbert, 627.

—(De l'efficacité du) dans le traitement des affections pseudo-membraneuses, par M. Ozanam, 354.

—(Quelques remarques sur l'efficacité d'une certaine dilution des médicaments : le fer, le), l'iode, l'antimoine, le sel, la belladone, la térébenthine, par M. B. Bell, 221.

Bromo-iodurée (Médication) (Rapport de M. Bricheteau à l'Académie de médecine sur un mémoire de M. Lunier, 54.

Bronches (Trois) naissant de la trachée, par M. E. Lendet, 420.

Bronchocèle (Opération intéressante de), par M. B. Hey, 577.

Bubons (Traitement abortif des) vénériens suppurés, par M. Broca, 579.

—suppurés (Mémoire sur l'emploi du séton filiforme dans le traitement des tumeurs abcédées en général, et en particulier des), par M. Bonnafont, 794, 818.

C

Cadavre (Recherches microscopiques sur le) d'un supplicié, par M. Krause, 383.

Cal (De l'influence de la proportion de phosphate de chaux contenu dans les aliments sur la formation du), par M. Alp. Milne-Edwards, 244, 716.

Calcul vésical volumineux; tentatives infructueuses de lithotritie; taille bilatérale; arthrite purulente chronique, par M. Van Holsbeck, 213.

Calculs biliaires traités par le peroxyde de manganèse, par M. Galamini, 151.

—perles (Note sur les) du bœuf et du mouton, par M. Reynal (d'Alfort), 138.

Calédoniens. Considérations physiologico-médicales sur les habitants de la Nouvelle-Calédonie, par M. Penard, 171, 185.

Cancer (De l'extension des cellules du) aux environs des tumeurs cancéreuses et de ses conséquences pathologiques, par M. Schrœder van der Kolk, 271.

Caoutchouc liquide (De l'emploi du), par M. Stillman, 113.

Capillaires (Altérations des vaisseaux) prédisposant à l'apoplexie, par M. Ch. Robin, 310.

Capsules surrénales (Des effets constitutionnels et locaux des maladies des), par M. Thomas Addison (Bibl. par M. Tholozan, 276, 295.

—idem. Maladie de peau bronzée ou d'Addison, par M. Trousseau, 543.

—idem. Discussion à l'Académie de médecine, par MM. Bouillaud, Trousseau, Gibert, 544.

—idem (Rev. hebd. par M. Tholozan, 517.

—idem (Note sur un cas de coloration bronzée de la peau coïncidant, chez un phthisique, avec une dégénérescence graisseuse des deux), par M. Second-Féréol, 549.

—idem (Recherches expérimentales sur la physiologie des), par M. Brown-Séquard, 591.

—idem (Note sur les effets qui suivent l'ablation des), par M. Pierre Gratiolet, 594.

—idem. Quelques faits à propos de la maladie d'Addison, par M. Puech, 607.

—idem. Nouveau cas de maladie d'Addison, par M. Seux (de Marseille), 626

—idem (Note sur quelques réactions propres à la substance des), par M. Vulpian, 656.

—idem (Sur un cas d'absence congéniale des), lettre de M. Antoine de Martini à M. Flourens, 725.

—idem (Note sur l'extirpation des), chez les rats albinos, par M. Philipeaux, 733.

Carbo-azotate de potasse (Première application à la thérapeutique du), par M. J. Niclès, 514.

Carbo-azotique (Emploi thérapeutique de l'acide) et de sa propriété de colorer les parties cutanées, par MM. F. C. Calvert et Moffat, 463.

Cartilagineuse (Transformation) de la vessie chez un vieillard, par M. E.-C. Ordonez, 824.

Cataracte par débridement (Nouvelle méthode opératoire de la), par M. Tavignot. 353.

—(De l'emploi de la teinture alcoolique d'arnica comme moyen préventif, et de l'alcoolature d'aconit comme moyen abortif de l'inflammation consécutive à l'opération de la), par M. Amable Cade (de Bourg-Saint-Andéol), 412.

—guérie par le traitement mercuriel, par M. Peruzzi, 462.

Cathétérisme. Nouveau mode de se sonder facilement soi-même, par M. Lemazurier, 623.

Caustiques (Des) à la gutta-percha, par M. E. Robiquet, 290.

—(De la gutta-percha comme excipient de certains); de l'application clinique et des effets thérapeutiques de ces préparations, par M. Maunoury (de Chartres), 497.

Cautérisation électrique (Tumeur érectile occupant toute l'épaisseur de la joue gauche; destruction au moyen de la), pratiquée entre la peau et la muqueuse, par MM. Bribosia fils et Higuet (de Namur), 213.

Cayol (Nécrologie de M.), 632.

Cellulaire (Sur la pathologie), par M. Rodolphe Virchow, 398.

Cérébrale (Plaie pénétrante du crâne avec perte de substance), sans lésion des fonctions de la vie animale et organique, par M. Carminati, 163.

Cerveau (Note sur l'induration rouge du), par M. Ch. Robin, 75.

—et du cervelet (Remarques sur l'atrophie unilatérale du), par M. Vulpian, 692.

—(Gangrène du), par M. Marcé, 693.

—(Ramollissements multiples de la substance grise du), par M. Ern. Lecorché, 771.

Césarienne (Deux cas heureux d'opération), par M. Meriner, 132.

—(De l'emploi du froid après l'opération), par M. Metz, 499.

Cétacés (Mémoire sur la dentition des), par M. Em. Rousseau, 418, 825.

Chaleur (De la) produite par les êtres vivants, par M. J. Gavarret (Biol. par M. Des Etangs), 310.

—animale (De l'influence de l'asphyxie sur la), par M. E. Brown-Séquard, 561.

Chambre postérieure de l'œil (Note sur la convexité de l'iris et la non-existence d'une), par M. Ch. Rouget, 788.

Champignons (De l'empoisonnement par les), par M. Masebker, 399.

—vénéneux (Recherches chimiques sur les), par M. Gobley, 90.

Champignon comestible (Études chimiques du), suivies d'observations sur sa valeur nutritive, par M. Jules Lefort, 71.

Chancre larvé (Du) ou ulcération syphilitique primitive intra-utérale profonde et de la blennorrhagie syphilitique, par M. Lagneau fils, 272.

—primitif (Du) du frein et de la verge et d'une nouvelle manière de le traiter, par M. P. Diday, 435.

Charbonneuse (Note sur la composition des gaz qui infiltraient le tissu cellulaire dans un cas d'affection) chez l'homme, et sur leur analogie avec les gaz des marais, par M. Ad. Gubler, 173.

Chauffage et ventilation (Divers modes de), et de la manière dont ils doivent être employés dans les asiles d'aliénés, par M. Girard (d'Auxerre), 754.

Chaux (De l'influence de la proportion du phosphate de) contenue dans les aliments sur la formation du cal, par M. A.-M. Edwards, 244.

Chéiloplastie (Nouveau procédé permettant d'augmenter à volonté la hauteur de la lèvre dans les opérations du bec-de-lièvre et de), par M. Sédillot, 260.

—(Nouveau procédé de) par transport du bord libre de la lèvre saine sur la lèvre restaurée, par M. Sédillot (de Strasbourg), 102, 416, 705, 767.

Chimie pathologique (Traité de) appliquée à la médecine pratique, par MM. Alf. Becquerel et A. Rodier (Bibl. par M. Tholozan), 155.

—physiologique (Précis de) animale, par M. E. Lehman (Bibl. par M. Poggiale), 580.

Chimisme et vitalisme. Lettre à M. Mialhe à l'occasion de son ouvrage sur la chimie appliquée à la physiologie, par M. Collineau, 29.

—Réponse de M. Mialhe, 57.

Chirurgie (Revue bibliographique des ouvrages et mémoires publiés en Angleterre sur l'hygiène, la médecine et la) de terre et de mer, par M. Irvine (Bibl.), 183.

—(Essai sur l'histoire de la) à Lyon, par M. Pétrequin, 235, 249, 299.

—(De l'influence des travaux et de l'enseignement du professeur Delpech sur le développement de la), par M. E. Moutet, 695.

Chirurgiens (Recherches historiques sur les médecins et les) des rois de France, et sur les droits et privilèges dont ils jouissaient depuis le commencement de la monarchie jusqu'à la fin du dix-huitième siècle, par M. Tholozan, 469, 533, 647, 661.

Chlorate de potasse (Note sur l'action physiologique et thérapeutique du), par M. Isambert, 395, 411, 432.
—idem (Du) dans le traitement de diverses espèces de stomatites, par M. Gamberini, 449.
Chloroforme (De l'action du) sur le sang, par M. Ch.-T. Jackson, 152.
—(Emploi du) dans les accouchements, par M. Liegard (de Caen), 230.
—(Mémoire sur l'emploi de l'éther comme antidote du), par M. A. Fabre, 500.
—idem (Rapport de M. Jules Cloquet à l'Académie des sciences sur un mémoire de M. A. Fabre), 559.
Choléra. Recherches sur les maladies de l'armée d'Orient pendant l'hiver de 1854 à 1855, par M. Tholozan, 612.
—typhus, dyssenterie, scorbut. Mutabilité des espèces morbides; maladies composées (Rev. hebd. sur une communication de M. Tholozan à l'Académie de médecine, par M. J. Guérin), 611.
—(Rapport sur l'épidémie de) à Copenhague en 1853, par J.-R. Hubertz (Bibl. par M. Tholozan), 13.
—asiatique, par M. Thomas Longueville, 90.
—idem (Note sur la cause du), sur celle du typhus ictérode et des fièvres de marécages, par M. Beauperthuy, 260.
—morbus (Anatomie pathologique du). Atlas, par M. Pirogoff (Bibl. par M. Louis Soulier), 809, 631.
Choroïde (Note sur la structure vasculaire de l'iris et de la), par M. Rouget, 137.
Cicatrices vicieuses (De l'application de l'autoplastie au traitement des), par M. C. Sédillot, 338.
—(Anatomie pathologique des) dans les différents tissus, par M. Félix Hutin (Bibl. par M. J. Guérin), 826.
Cils anormaux (Note sur l'existence de) dans la plupart des ophthalmies, et sur la guérison rapide de ces maladies par l'extirpation des cils anormaux, par M. Ch. Meininger, 797.
Cinchonine (Etude sur l'action comparée du sulfate de quinine, du sulfate de) et du quinium dans le traitement des fièvres intermittentes d'Afrique, par M. Laveran, 4, 19.
Circoncision (De l'influence qu'a la) de préserver de la syphilis, par M. Hutchinson, 589.
Cirense (Observation d'altération) de tous les ganglions lymphatiques, par M. Félix Guyon (Examen microscopique par M. Ch. Robin), 217.
Climats chauds (De l'influence des) sur les Européens, suivi d'observations pratiques sur la nature et la traitement des maladies des Européens à leur retour des climats tropicaux, par James Ranold Martin (Bibl. par M. Tholozan), 375.
Clinique médicale (Compte rendu de la) du professeur Schützenberger, 768.
Codéine (De la), par M. E. Robiquet, 691.
Cœnure (Recherches sur les hydatides, les échinocoques et le), et sur leur développement, par M. C. Davaine, 45.
Cœur (Recherches sur l'action des poisons sur le), par M. Ad. Moreau, 33.
—(Nouvelles recherches expérimentales sur les mouvements et les bruits normaux du), envisagés au point de vue de la physiologie médicale, par MM. A. Chauveau et Faivre, 365, 406, 457, 569.
—(Faits nouveaux relatifs à la coïncidence de l'inspiration avec une diminution dans la force et la vitesse des battements du), par M. E. Brown-Séquard, 487.
—(Lettre sur la nature réelle des mouvements de déplacement du), par M. Giraud-Teulon, 557.
—(Sur les mouvements du). Troisième mémoire : Influence de la ligature des gros vaisseaux du cœur sur le battement ou choc précordial, par M. Hiffelsheim, 682.
—(Théorie du choc du) à l'Académie des sciences (Rev. hebd. par M. Giraud-Teulon), 275.
—(Etudes expérimentales sur les lésions organiques du), par M. J. Faivre, 712, 726, 763.
Compteur à gaz (Application du) à la mesure de l'air respiré (Rev. hebd.), 263.
Concours (Décret concernant un) pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire, 425.
—d'élèves en médecine et en chirurgie de première et de deuxième classe à l'Hôtel-Dieu de Marseille, 760.
—pour l'agrégation près les Facultés de médecine, 788.
Conduit pancréatique (Second) chez le bœuf, pièces anatomiques présentées à l'Académie de médecine par M. Poinsot, 580.
Congestions apoplectiques (De l'acide arsénieux dans les), par M. Lamarre-Piquot, 523.
Conjonctivite (Blépharo-) rhumatique, par M. Posta, 151.
Consanguinité. Du mariage entre parents considéré comme cause de la surdi-mutité, par M. P. Ménière, 303.
—(Note sur l'influence de la) sur les produits du mariage, par M. Rilliet (de Genève), 324.
Constipation opiniâtre guérie par des applications continues d'eau froide, par M. de Smet, 214.
Contraction musculaire (Recherches sur les phénomènes physiques et chimiques de la), par M. Ch. Matteucci, 245.
—idem (Des conditions qui font varier chez les grenouilles la durée de la) après la mort. Expériences relatives à la cause de la contraction induite; lettre de M. Matteucci à M. Cl. Bernard, 501.
—idem (Sur les phénomènes physiques de la); extrait d'une lettre de M. Matteucci à M. Despretz, 785.
Contracture dans la grossesse, par M. Burresi, 176.
Contractures (Des) à la région membraneuse du canal de l'urètre et à l'orifice urétro-vésical, considérées comme causes de dérangements dans l'excrétion urinaire, par M. H. Anciaux, 513.
Coqueluche (Du siége et de la nature de la), par M. Beau, 542.
Corne (Cas d'une) assez remarquable enlevée de la tête d'une negresse, par M. Peyre-Porcher, 134.
Cornée (Sur les taies congénitales de la), par M. Fronmuller, 399.
—(Fonte de la) dans les fièvres putrides, par M. A. Trousseau, 686.
Corps gras (De la faculté assimilatrice des différents), par M. Berthe, 323.
Coryza (Sur les symptômes et le traitement du) chez les nouveau-nés, par M. E. Bouchut, 135.
Courant galvanique constant (Sur l'action physiologique et thérapeutique du) sur les nerfs et les muscles de l'homme, par M. Remack, 625.
—idem (Note additionnelle), par M. Remack, 657.
Crampe des écrivains guérie par l'électricité, par M. Seccamani, 184.
Crâne (Mémoire sur le développement de la forme du) de l'homme, et sur quelques variations qu'on observe dans la marche de l'ossification de ses sutures, par M. Gratiolet, 578.
—(Note sur l'ossification prématurée du) chez les idiots microcéphales, par M. Baillarger, 754.
Crapaud (Effet des humeurs du) sur l'économie animale, par M. Gavini, 178.
Créosote (De l'emploi de la) dans les excroissances verruqueuses, par M. Rainey, 604.
Crimée (La). Les steppes : géologie, météorologie, 157.
Cristallin (Dégénérescence graisseuse du); cas dans lequel de nombreuses opacités, ressemblant à des paillettes d'or, étaient disséminées dans un cristallin, par M. Solomon, 51.
Croup (Remarques sur le), sa nature et son traitement, et surtout sur les avantages de l'emploi du sulfate de cuivre dans cette maladie, par M. Hœnerkopff, 371.
Cryptorchidie (Mémoire sur la) chez l'homme et les principaux animaux domestiques, par MM. Arm. Goubaux et E. Follin, 263, 278, 329.
—(De l'influence de la) sur la génération, par M. Puech, 353.
Cuivre (Critique expérimentale des meilleurs antidotes du), par M. Schrader (de Gœttingue), 350.
Curare (Résurrection des grenouilles empoisonnées par le); action du curare et de diverses autres substances sur les cœurs lymphatiques des grenouilles, par M. Vulpian, 487.
—(Note sur l'action du) sur le système nerveux, par M. A. Kœlliker, 706.
Cyanhydrique (Recherches médico-légales sur l'acide) et sur ses composés, par MM. Oscar Henry fils et Emile Humbert, 290.
Cyclopie (Tératologie), par M. Depaul, 339.
Cyclopterus lumpus (Observations anatomiques sur le), 424.

D

Dégénérescences (Mémoire sur la formation des) dans l'espèce humaine, par M. Morel, 22.
Délire aigu des épileptiques (Bibl. par M. Tholozan, 673.
—des aboyeurs (Note sur la nature de l'affection désignée, dans une communication récente de M. Bosredon, sous le nom de), par M. L. M. Pize, 798.
Démence (Définition de la), par M. Aubanel, 754.
Dentition (De la) des cétacés et de la place qu'occupent les fanons dans la bouche des baleines, par M. Emmanuel Rousseau, 825.
Déviation (Remarquable exemple de) de la colonne vertébrale dans la région dorsale, par M. Arm. Goubaux, 140.
Diabète (Note sur une affection analogue au), par M. C. Baron, 852.
Diabétiques (Nouveau saccharimètre pour doser l'urine des), par M. Robiquet, 167.
Diagnostic. Anévrisme poplité méconnu, par M. Mazza, 150.
—(Des erreurs de) au point de vue de la syphilis, par M. Thiry, 512.
—(Du) de la grossesse double par l'auscultation et le toucher se servant de contre-épreuve, par M. Seré, 541.
—(Note historique sur l'auscultation appliquée au) des maladies internes de l'oreille, par M. B. Schuepf, 666.
Diarrhée et dyssenterie (Nouveau médicament fourni par un arbre de la Chine et employé avec succès, à bord d'un bâtiment français, dans des cas graves de), par M. J. Cloquet, 591.
Diathèse tuberculeuse; tubercules de la colonne vertébrale, des phalanges des métatarsiens, du rein, du testicule; pas de tubercules dans le poumon, par M. Bouchut, 357.
Digestion (De la) et de l'absorption des matières grasses sans le concours du fluide pancréatique, par M. Colin (d'Alfort), 419.
—(Recherches sur la) des matières grasses, suivies de considérations générales sur la nature et les agents du travail digestif, par M. Blondlot (Bibl. par M. E. Pegneux), 545.
Diphthérite (Sur le traitement de la) par l'eau de Vichy et par le bicarbonate de soude, par M. C. Baron, 63.
Docimasie pulmonaire (Sur la) dans le cas de putréfaction des poumons, avec des remarques sur l'insufflation de l'air dans les bronches, par M. Vogler, 372.
Doctrine traditionnelle (Essai sur les bases de la science médicale et exposition sommaire de la), par M. J.-G. Faget (Bibl. par M. Tholozan), 453, 467.
Douleur (Sur le siége de la sensation de la), par MM. Lussana et Morganti, 448.
—(De la) au point de vue chirurgical, par M. Emile Garimond, 695.
Drainage chirurgical (Mémoire sur l'emploi du) dans le traitement du phlegmon diffus, par M. Chassaignac, 255, 283, 333, 367.
Dynamoscopie (De la) ou nouveau système d'auscultation, par M. V. Collongues, 657.
Dyspepsie (Emploi de la pepsine dans la), par M. Tosi, 822.
Dyssenterie. Recherches sur les maladies de l'armée d'Orient pendant l'hiver de 1854 à 1855, par M. Tholozan, 812.
—typhus, choléra, scorbut. Mutabilité des espèces morbides; maladies composées (Rev. hebd. sur une communication de M. Tholozan à l'Académie de médecine, par M. J. Guérin), 811.

E

Eau (L') et les substances dissoutes sont-elles absorbées par la peau, par M. Poulet, 166.
—acido-carbonique (Appareil pour la préparation de l'), par M. Chaussenot, 689.
—froide (Constipation opiniâtre guérie par des applications continues d'), par M. de Smet, 214.
—minérale (Inhalations respiratoires d') (Rapport de M. Patissier sur un travail de M. Sales-Girons), 580.
—de Vichy et bicarbonate de soude dans le traitement de la diphthérite, par M. C. Baron, 63.
Eaux minérales (Rapport de M. O. Henry à l'Académie de médecine sur les), 54, 89, 231, 246, 374, 401, 464.
—idem (De l'emploi des), plus particulièrement de celles de Vichy, dans le traitement de la goutte, par M. C. James, 160, 175, 189.
—idem (De la médication purgative en général et des) en particulier, par M. J. Kuhn, 306, 316.
—idem (Plan d'un cours sur les), envisagées au point de vue de la thérapeutique, par M. Max. Durand-Fardel, 267.
—idem (Rapport de M. Guérard à l'Académie de médecine), 355.
—idem sulfureuses (Mémoire sur l'influence des) sur la syphilis, par M. Baizeau, 585, 612.
—de Creuznach (Effets des bains des) dans les maladies des femmes, spécialement dans l'hypertrophie et les tumeurs des organes de la génération, par M. Engelmann, 68.
—(Les) d'Aix (en Savoie) en 1856, par M. Bertier, 595.
—thermales (Rapport sur les) d'Aix (en Savoie) pendant l'année 1855, par M. L. Blanc (Bibl. par M. J.-E. Petrequin, 595.
—minérales. Indicateur médical et topographique d'Aix-les-Bains (Savoie) pour 1856, par M. Baron d'Espine (Bibl. par M. Petrequin), 595.
—minérales sulfureuses d'Aix (en Savoie) comme moyen curatif et diagnostique des accidents consécutifs de la syphilis, par M. F. Vidal (Bibl. par M. Petrequin), 595.
—thermales sulfureuses (Essai clinique sur les) de Bagnères-de-Luchon dans le traitement des accidents consécutifs de la syphilis, par M. Marc Pégot (Bibl. par M. Petrequin), 595.
—minérales de Pougier (Notice médicale sur les) (Bibl. par M. Petrequin), 595.
Echinocoques (Recherches sur les hydatides, les) et le cœnure, et sur leur développement, par M. C. Davaine, 45.
Écriture (Mémoire sur quelques observations de physiologie pathologique tendant à démontrer l'existence d'un principe coordinateur de l') et ses rapports avec le principe coordinateur de la parole, par M. Marcé, 748, 777, 790.
Élection de M. Boudet dans la section de pharmacie à l'Académie de médecine, 153.
—de M. Wurtz dans la section de chimie et de physique médicales à l'Académie de médecine, 215.
—de M. Jobert (de Lamballe) dans la section de chirurgie à l'Académie des sciences, 215.
—de M. Nélaton dans la section de pathologie chirurgicale à l'Académie de médecine, 771.
—de M. Poggiale dans la section de pharmacie à l'Académie de médecine, 786.
Électricité (Crampe des écrivains guérie par l'), par M. Seccamani, 164.
—Appareils électriques destinés à l'usage médical (Rapport de M. Bouvier à l'Académie de médecine, 232.
—médicale (Rapport de M. Bouvier sur une communication de M. Éric Bernard à l'Académie de médecine, 261.

Électro-dynamisme vital, ou les relations physiologiques de l'esprit et de la matière démontrées par des expériences entièrement nouvelles et par l'histoire comparée du système nerveux, par M. A.-J.-P. Philips (Revue médico-littéraire par M. Peisse), 107.

Élimination (De l') des médicaments et en particulier des alcaloïdes du quinquina, par M. Briquet, 438.

Éloge de Requin, par M. Natalis Guillot. 739.

—de R. Roux, prononcé par M. Dubois (d'Amiens) dans la séance publique annuelle du 16 décembre à l'Académie de médecine, 803.

—idem (Rev. hebd. par M. Jules Guérin), 789.

Embryogénie. Recherches sur l'influence qu'exerce sur le développement du poulet l'application partielle d'un vernis sur la coquille de l'œuf, par M. Dareste, 141.

—Note sur les développements primitifs; formation de l'œuf; vésicule ovigène et germinative; condition primordiale de la duplicité monstrueuse, par M. Serres, 372, 385.

Emphysème (Lettre sur un) produit par un gaz analogue à celui des marais, par M. Prosper Meynier, 229.

Empoisonnement par la belladone, par M. Fissore, 177.

—par l'acide sulfurique, par M. Benzi, 178.

—par la strychnine, par M. Tarchini-Bonfanti, 823.

—attribué à la racine de l'atractylis gummifera, par M. Bouron, 417.

Emprisonnement cellulaire (Influence de l') sur la santé des prisonniers, par M. de Pietra-Santa, 463.

Encéphale (Note sur l') de l'aptéryx, par M. Camille Dareste, 321.

Endosmose (Note sur l') des gaz, par M. J. Jamin, 502.

Enfants (Leçons cliniques sur les maladies des femmes et des), par M. Gumming S. Bedfort, 788.

Enseignement (État actuel de la profession médicale aux États-Unis d'Amérique; statistique du corps médical, association, hôpitaux), écoles de médecine (Feuill. par M. Tholozan, 611.

Entérite folliculeuse (Des caractères différentiels des ulcérations intestinales dans l') et la phthisie, par M. Forget (de Strasbourg), 816.

Entropion (Note sur l'emploi du collodion dans certains cas d'), par M. Stoeber, 417.

Épaule (Cas rare de luxation incomplète de l') et de fracture du col du fémur, par M. Joire, 704.

Épidémies. Exportation et importation des maladies épidémiques par les armées; mesures prophylactiques et leur degré d'efficacité, par M. Tholozan, 249, 277.

Épidémiologie, hygiène publique (histoire médicale de l'ancienne Rome), par M. Alfred Haviland (Feill. par M. Tholozan), 143.

Épididymite blennorrhagique aiguë (Anatomie pathologique de l'); diminution notable du volume de la vésicule séminale correspondant à l'épididyme affecté et coïncidant avec l'absence d'animalcules spermatiques dans le liquide qu'elle renferme, par M. E. Godard, 294.

Épilepsie (Histoire de l'), par M. A. Josat, 275.

Épileptiques (Délire aigu des) (Bibl. par M. Tholozan, 673.

Épithélioma pulmonaire chez un jeune porc soumis au régime de la garance; dépôts crayeux dans les tumeurs des poumons et dans les ganglions bronchiques; coloration par la garance de ces dépôts; strongles dans les bronches, par M. Vulpian, 360.

Épithélium (Altération graisseuse de l') dans toute l'étendue d'un poumon tuberculeux, par M. Vulpian, 829.

Ergotisme gangréneux (Considérations sur l'étiologie de l'), par M. Liegey (de Rambervilliers), 38.

Érysipèle (Nouvelles recherches sur l') des nouveau-nés et des enfants à la mamelle, par M. Hervieux, 123, 158.

—des nouveau-nés (Lettre sur l'), par M. Hervieux, 162.

—interne, par M. Adolphe Gubler, 358.

—(De l') après l'ouverture d'abcès par le bistouri, par M. A. Legrand, 706.

Esprits (Question des), par M. J.-E. de Mirville (Revue médico-littéraire, par M. Peisse). 107.

Estomac (Mémoire sur l'ulcère simple de l'), par M. Cruveilhier, 69, 165.

Éther (Mémoire sur l'emploi de l') comme antidote du chloroforme, par M. A. Fabre, 500.

—idem (Rapport de M. Jules Cloquet à l'Académie des sciences sur le mémoire de M. A. Fabre), 559.

Étiologie de la surdi-mutité congénitale, par M. Menière, 273.

Évacuation spontanée (Cas d'hydrocèle chronique guéri par l') du liquide, par M. Sedgwick, 590.

Excision de l'articulation du coude; guérison avec conservation des mouvements de l'avant-bras et de la main et des fonctions du membre, par M. Butcher, 624.

Exophthalmie (Mémoire sur une affection caractérisée par des palpitations du cœur et des artères, la tuméfaction de la glande thyroïde et une double), par M. Charcot, 583, 599.

Exposition des produits de l'Industrie: instruments de chirurgie; considérations générales; récompenses accordées en 1851; rapport de M. Roux (Feuill. par M. Tholozan), 29.

—idem. Coutellerie, 43.

Extension (Note sur un nouvel appareil à) permanente de M. Uytterhoeven, par M. Van Holsbeek, 195.

Extracteur de M. Auguste Mercier destiné à extraire de la vessie les sondes élastiques et autres; corps flexibles, 689.

Exutoires (Discussion sur les) à l'Académie de médecine, 9, 23.

—(Rev. hebd. par M. Jules Guérin, 1, 15.

F

Faculté de médecine de Paris.—Séance de rentrée, 739.

Femmes (Leçons cliniques sur les maladies des) et des enfants, par MM. Gunning et Bedfort, 788.

Fémur (Réduction et luxation du), uniquement par des manipulations, d'après la méthode de Reid, par M. Markoe, 112

—(Excision de la tête du) et ablation du bord supérieur de l'acetabulum, pour cause de maladie de l'os, par M. Sayre, 113.

—(Luxation ischiatique du), par M. Marcacci, 478.

—(Cas rare de luxation incomplète et de fracture du col du), par M. Joire, 704.

Fer (Gravelle d'acide urique traitée par le peroxyde de), par M. Cantilena, 152.

—(Quelques remarques sur l'efficacité d'une certaine dilution de médicaments: le), le brome, l'iode, l'antimoine, le sel, la belladone, la térébenthine, par M. Benj. Bell, 221.

Fibres musculaires striées (Sur la formation de) dans une tumeur du testicule, par M. Theod. Billroth, 351.

Fibrineux (Gangrène du pied et de la jambe gauche; dépôts) multiples dans les reins, la rate, le foie; engorgements hémoptoïques dans les deux poumons, par M. Charcot, 130.

Fibromes (Quelques propositions sur les) ou tumeurs formées par les éléments du tissu cellulaire, avec des remarques sur la nomenclature des tumeurs, par M. A. Verneuil, 59, 95, 108.

Fibro-plastiques (Tumeurs) du poumon, par MM. Victor Poisson et Ch. Robin, 139.

Fièvres (Des) à marche dissolutive, par M. Ranieri Bellini (Bibl.), 587.

—intermittentes d'Afrique (Étude sur l'action comparée du sulfate de quinine, du sulfate de cinchonine et du quinium dans le traitement des), par M. Laveran, 4, 19.

Fièvre jaune (Notice sur les épidémies de) qui ont sévi à la Nouvelle-Orléans depuis la fondation de cette ville jusqu'à nos jours, par Bennet Dowler (Bibl. par M. Tholozan), 77.

—puerpérale (Note sur un moyen préventif de la), par M. Piedagnel, 769.

—typhoïde (Du typhus et de la) à propos de quelques maladies régnantes, par M. Tholozan, 43.

—idem (Du développement de la) chez les animaux, par M. A. Becquerel, 103.

—idem (Traitement abortif de la) (Rapport de M. Blache à l'Académie de médecine sur un mémoire de M. Rihart (de Pontoise), 232.

—idem (Caractères différentiels du typhus et de la), par M. Aug. Haspel, 258, 347.

—idem (Hématurie dans la), par M. Lecorché, 422.

Fièvres intermittentes du printemps et de l'été; leur signification; diarrhées, cholérines, choléras sporadiques de la saison d'automne, par M. Tholozan, 533.

—de marécages (Recherches sur la cause du choléra asiatique, sur celle du typhus ictérode et des), par M. Beauperthuy, 260.

—putrides (Fonte de la cornée dans les), par M. A. Trousseau, 686.

Fissure à l'anus (Sur le traitement de la), par M. G. Passavant, 397.

Fistule anale (Quelques réflexions sur la), suivies d'un procédé opératoire extrêmement simple dans son exécution, par M. Douglas, 100.

—lacrymale (De la cure radicale de la tumeur et de), par M. Tavignot, 670.

Fistules vésico-vaginales (Traitement des), par M. Reybard, 769.

Fixateur de l'œil. — Note à l'Académie des sciences sur un instrument destiné à faciliter plusieurs des opérations qui se pratiquent sur les yeux, et notamment l'opération de la cataracte, par M. Castorani, 088.

Fluor (Présence du) dans le sang, par M. J. Nicklès, 718.

Fluxions (Des) au point de vue chirurgical, par M. Louis Saurel, 695.

Fœtus (Parturition d'un) parfaitement développé dans un utérus cancéreux, par M. Freri, 164.

Foie (Influence de l'alcool et de l'éther sur les sécrétions du tube digestif, du pancréas et du), par M. Cl. Bernard, 295.

Folie (Des causes de la), par M. Trélat, 320, 336.

—suicide (Du suicide et de la), considérées dans leurs rapports avec la statistique, le médecin et la philosophie, par M. Brière de Boismont (Bibl. par M. Ch. Loiseau), 118.

Forceps assemblé (Des applications du), par M. Camille Bernard (d'Apt), 246.

—(Nouveau), par M. Mattéi, 400.

Fracture de la voûte du crâne, avec enfoncement; paralysie complète; extraction des fragments, guérison; par M. Azam, 436.

—du col du fémur (Cas rare de luxation incomplète de l'épaule et de), par M. Joire, 704.

—comminutive (Doit-on toujours amputer dans les plaies d'armes à feu avec)? par M. Posta, 821.

Fractures des membres, par M. Carret, 71.

—(Des) de la jambe et d'un appareil facile pour les maintenir, par M. Cortèse, 150.

—(Traitement des) de la jambe par l'emploi d'appareils hémi-périphériques en plâtre, par M. Jules Périer, 667.

—(Nouvel appareil à suspension pour les) et les blessures graves du membre inférieur, par M. Scoutetten, 529.

—(Emploi du phosphate de chaux pour hâter la consolidation des), par M. Gosselin, 308.

Fungus (Sur le) de l'urètre chez la femme, clinique de M. Pétrequin, par M. Chatin, 164.

G

Galactorrhée (Note sur un cas de), suivie de réflexions, par M. Gueneau de Mussy, 687.

Gale (Thérapeutique de la), envisagée au point de vue de la pratique civile et militaire, par M. Devergie, 171, 185.

—(Démonstration de la contagion de la) du cheval à l'homme, par MM. Bourguignon et Delafond, 356.

—(Observation de) à forme insolite, avec formation de croûtes très-épaisses, constituées par des millions d'acarus, par M. Second-Féréol, 621.

Gallique (Observation sur l'emploi de l'acide) dans différentes maladies, par M. Neale, 67.

Galvanique (Sur l'action physiologique et thérapeutique du courant) constant sur les nerfs et les muscles de l'homme, par M. Remack, 857.

—idem. (Note additionnelle), par M. Remack, 657.

Galvanisation (Sur des contractions toniques des muscles pendant la) des nerfs antagonistes, par M. Remack (de Berlin), 8.

Galvanocaustique (Note sur la), par M. Middeldorpf, 656.

Ganglions bronchiques (Analyse de) provenant d'un jeune porc soumis au régime de la garance, par M. Leconte, 361.

—lymphatiques (Observation d'altération cireuse des), par M. Felix Guyon. — Examen microscopique, par M. Ch. Robin, 217.

—semi-lunaires (Influence des) sur les intestins, par M. Budge, 669.

Gangrène du pied et de la jambe gauche; dépôts fibrineux multiples dans les reins, la rate, le foie; engorgements hémoptoïques dans les deux poumons, par M. Charcot, 130.

—du cerveau, par M. Marcé, 693.

—diabétique (Note sur un nouveau de), par M. Marchal (de Calvi), 769.

Garance (Épithélioma pulmonaire chez un jeune porc soumis au régime de la); dépôts crayeux dans les tumeurs des poumons et dans les ganglions bronchiques; coloration par la garance de ces dépôts; strongles dans les bronches, par M. Vulpian, 360.

—(Analyse des ganglions bronchiques provenant d'un jeune porc soumis au régime de la), par M. Leconte, 361.

Gastrotomie (Cas de), pratiquée pour retirer un barreau de plomb, par M. Neale, 133.

—pratiquée avec succès pour un cas de rupture de l'utérus, par M. J. Neill, 113.

Gaz (Note sur la composition des) qui infiltraient le tissu cellulaire dans un cas d'affection charbonneuse chez l'homme, et sur leur analogie avec les gaz des marais, par M. Ad. Gubler, 173.

—(Lettre sur un emphysème produit par un) analogue à celui des marais, par M. Prosper Meynier, 229.

—(Note sur l'endosmose des), par M. J. Jamin, 502.

Génération.—Parallèle de l'œuf mâle et de l'œuf femelle chez les animaux; développement spontané de l'œuf mâle, par M. Serres, 455.

Genou (Excision de l'articulation du), suivie de succès, par M. Pemberton, 51.

—(Sur l'amputation de l'articulation du), par M. Thomas Markoe, 655.

Géologie, météorologie.—La Crimée: les steppes, 157.

Géométriques (Considérations) propres à préciser les rapports de situation de l'humérus avec le scapulum dans l'étude des maladies de l'articulation scapulo-humérale, par M. Giraud-Teulon, 664, 683

Glandes (Recherches sur la structure des amygdales et des) situées sur la base de la langue, par M. Sappey, 187.

Globules (Des) incolores du sang, de leur valeur physiologique et pathologique (leucocythæmie) du sang blanc (leukæmie), par M. Schuepf, 199, 221, 235, 299, 313, 327.

—épidermiques dans le thymus, par M. Verneuil, 217.

Glotte (Résultat de l'oblitération de la) chez l'homme, au point de vue de l'acte de la parole, par M. Bourguet, 137.

Glucose. — Histoire chimique et technologique du marron d'Inde (Rapport de M. Chatin à l'Académie de médecine sur un mémoire de M. Lepage), 182.

Glycerine (Note sur l'application de la) à la thérapeutique externe, par M. Luton, 48.
—(Note sur la), par M. Deschamps (d'Avallon), 242.
—(Note sur une nouvelle application de la); conservation des matières organiques au moyen de cette substance, par M. A. Luton, 292.
Glycogénie.—De la non-formation du sucre dans le tube digestif des animaux nourris exclusivement de viande, par M. A. Chauveau, 628.
—(Rev. hebd. sur la communication de M. Chauveau, par M. J. Guérin, 811.
Glycogénique (Nouvelles recherches sur la), par M. Chauveau, 354.
—(Influence de l'oblitération de la veine-porte sur la sécrétion de la bile et sur la fonction) du foie, par M. Oré, 578.
Glycosurie (De la) physiologique chez les femmes en couches, les nourrices et un certain nombre de femmes enceintes, par M. Blot, 855.
Goître cystique (Mémoire sur le), par M. Fleury (de Clermont-Ferrand), 88, 98, 127, 147.
—enkysté; extirpation du kyste, par M. Dunglas, 129.
Gomme adragante (Note sur les arbres qui fournissent la), par M. Léon Soubeiran, 292.
Goniomètres faciaux (Mémoire sur la mensuration de l'angle facial, les) et un nouveau goniomètre inventé par M. Henri Jacquart, 848.
Goutte (De l'emploi des eaux minérales, plus particulièrement de celles de Vichy dans le traitement de la), par M. C. James, 160, 175, 189.
—(Mémoire pratique sur l'emploi du silicate et du benzoate de soude, unis aux préparations d'aconit et de colchique, dans le traitement de la), de la gravelle, du rhumatisme chronique et goutteux, du catarrhe vésical, de la sciatique et de plusieurs névralgies, par MM. Socquet et Joseph Bonjean, 373.
Graisse libre, fluide (Note sur la présence de la) dans les liquides résultant de la fonte purulente ou gangreneuse des tissus adipeux, par M. Ad. Gubler, 359.
Gravelle d'acide urique, traitée par le peroxyde de fer, par M. Canuleua, 152.
Grossesse (Contracture dans la), par M. Burreal, 176.
—abdominale, par M. Stern, 351.
—(Observation de) extra-utérine, par M. Dumont-Pallier, 477.
—double (Du diagnostic de la) par l'auscultation et le toucher servant de contre-épreuve, par M. Seré, 541.
—(Végétations qui se développent sur les parties génitales des femmes pendant la), par M. Thibierge, 686.
—gémellaire (Note sur un cas de), par M. B. Béraud, 693.
Gutta-percha (De la) comme excipient de certains caustiques; de l'application chimique et des effets thérapeutiques de ces préparations, par M. Maunoury (de Chartres), 497.
—(Des caustiques à la), par M. E. Robiquet, 980.

H

Hallucinations (Des) dans la variole, par M. Thore, 336.
Hématose (Solution de quelques problèmes sur l'), par M. Maschi, 479.
Hematurie dans la fièvre typhoïde, par M. Lécorché, 422.
Hémophilie (Observation d'), par M. Thore fils, 653.
Hémoptysie (Importance de l') comme signe de la phthisie pulmonaire, par M. Edouard de Lamare, 769.
Hémorrhagie intra-péritonéale diffuse (Observation d'), ayant son point de départ dans l'ovaire droit altéré par l'inflammation, par M. Luton, 76.
—rachidienne, par M. Ch. Bernard, 423.
—(De l'emploi de l'huile de térébenthine contre les), par M. Abt, 350.
Hermaphrodisme apparent chez le sexe masculin, par M. Huette, 141.
Herniaire (De l'étranglement) et des moyens de le faire cesser, par M. Seutin, 289.
Hernie étranglée (De la belladone dans la), par M. Rizzo, 480.
Hernies étranglées (Nouvelles observations sur l'emploi de l'extrait de belladone dans le traitement des), par M. L. Saurel, 782.
Hernie fémorale (Cas de), contenant le cæcum et compliqué d'irrégularité de l'artère obturatrice, qui entourait les parties herniées, par M. J. Spence, 642.
—inguinale (Iléus obstiné, suite de), par M. Valentin, 177.
Hernies inguinales (De la cure radicale des) et d'un nouveau moyen de l'obtenir, par M. A. Valette (Bibl. par M. Bollet), 55.
Hippocrate (Le iatro-météorologie d'), par M. Tholozan, 341.
Hippurique (De l'acide) dans l'urine du cheval, par M. Roussin, 239.
Hirondelle de mer (Nids d'), par M. J. Cloquet, 231.
—salangane (Nids d'), par M. Hutin, 272.
Histoire (Essai sur l') de la chirurgie à Lyon, par M. Pétrequin, 235, 249.
—professionnelle. Recherches historiques sur les médecins et les chirurgiens des rois de France, et sur les droits et priviléges dont ils jouissaient depuis le commencement de la monarchie jusqu'à la fin du dix-huitième siècle, par M. Tholozan, 469, 533, 647, 661.
—(La médecine dans l'), par M. C. Sancerotte, 335.
—médicale de l'ancienne Rome: épidemiologie, hygiène publique, par M. Alfred Haviland (Feuill. par M. Tholozan), 143.
Hôpitaux (État actuel de la profession médicale aux États-Unis d'Amérique; statistique du corps médical, associations) (Feuill. par M. Tholozan), 597, 611.
Horace. Études médicales sur quelques poëtes anciens et modernes, par M. Menière, 391, 427, 455.
Humérus (Quelques mots sur la résection de la tête de), par M. F. Binard, 192.
Hydatides (Recherches sur les), les échinocoques et le cœnure, et sur leur développement, par M. C. Davaine, 45.
Hydatique (Note sur une tumeur) abdominale; ruptures spontanées et périodiques du kyste, suivies de l'excrétion de son contenu par la voie intestinale, par M. Le Roux, 783.
Hydrocèle (Moyen de reconnaître la transparence de l') à l'aide du stéthoscope, par M. Frazer, 641.
—chronique (Cas d') guéri par l'évacuation spontanée du liquide, par M. Sedgwick, 590.
—du scrotum (Note sur une forme nouvelle de l'), par M. B. Béraud, 486.
Hydrocéphale aiguë (Iodure de potassium dans le traitement de l'), par M. Baumann, 350.
Hydrogène sulfuré (Innocuité de l') introduit dans les voies digestives; cause de cette innocuité démontrée par l'expérience, par M. Cl. Bernard, 629.
Hydrophthalmie (De l') et de son traitement par l'injection iodée, par M. Chavanne, 435.
Hydropisie de l'ovaire (Traitement de l') par la canule laissée à demeure, par M. Leroy-d'Etiolles, 719.
Hygiène. De l'état sanitaire de Paris comparé à l'état sanitaire de Londres et de l'Angleterre en 1855 (Rev. sanit. par M. Tholozan), 121.
—(Revue bibliographique des ouvrages et mémoires publiés en Angleterre sur l'), la médecine et la chirurgie des armées de terre et de mer, par M. Irvine (Bibl.), 183.
—navale (Traité d'), ou de l'influence des conditions physiques et morales dans lesquelles l'homme de mer est appelé à vivre, par M. Fonssagrives (Bibl. par M. Forget [de Strasbourg]), 529.
—publique; épidemiologie (Histoire médicale de l'ancienne Rome), par M. Alfred Haviland (Feuill. par M. Tholozan), 143.
—idem (Journal d') et revue sanitaire, par M. Benjamin W. Richardson (Bibl. par M. Tholozan), 490.
Hypertrophie (Effets des bains de Creuznach dans les maladies des femmes, spécialement dans l') et les tumeurs des organes de la génération, par M. Engelmann, 68.
Hyraceum (Note sur l'), par M. J.-Léon Soubeiran, 423.

I

Idiots microcéphales (Note sur l'ossification prématurée des os du crâne chez les), par M. Baillarger, 482.
Iléus compliqué de delirium tremens, guéri par les lavements laudanisés, par M. Lesseliers, 541.
—obstiné, suite de hernie inguinale, par M. Valentin, 177.
Imperforation du rectum; anus artificiel; question de viabilité (Rapport de M. Robert sur un mémoire de M. Lepestre). Discussion académique, 464.
Impressions sensitives (Recherches expérimentales sur les voies de transmission des) et sur des phénomènes singuliers qui succèdent à la section des racines des nerfs spinaux, par M. Brown-Séquard, 238, 252, 342.
Inanition (De l') et de ses rapports avec la thérapeutique, l'hygiène et la médecine légale, par M. Bourgeois (de Tourcoing), 230.
Industrie (Des applications nouvelles de la science à l') et aux arts en 1855, par M. Louis Figuier (Bibl. par M. Poggiale), 758.
Inertie utérine (De l') et de la fatigue de l'utérus pendant l'accouchement, par M. Mattei, 608.
Injections (De l'emploi des) dans les tuyaux bronchiques et dans les cavités tuberculeuses des poumons, par M. Green, 133.
Inoculation (Note sur un cas d') fortuit des eaux aux jambes du cheval à l'homme, par M. Bousquet, 339.
—(Rev. hebd. par M. Tholozan, 341.
—Idem. Expériences de Say, de Sacco, de Jenner, 363.
—des eaux aux jambes du cheval à l'homme, par MM. Pichot et Maunoury, 388.
—De la non-contagion des eaux aux jambes, par M. Leblanc, 375.
Instruments de chirurgie, coutellerie (Rapport de M. Roux. Exposition des produits de l'industrie) (Feuill. par M. Tholozan, 29, 43.
Intestinal (Oblitération du canal) chez un nouveau-né, par M. Depaul, 182.
Intestins (De l'influence des ganglions semi-lunaires sur les), par M. Budge, 669.
Invagination de l'intestin guérie par l'injection d'une grande quantité d'eau froide, par M. Neubauer, 351.
Iode (Nævi cutanés guéris par l'application de la teinture d'), par M. Edwards, 67.
—(Quelques remarques sur l'efficacité d'une certaine dilution des médicaments: le fer, le brôme, l'), l'antimoine, le sel, la belladone, par Benj. Bell, 221.
—(Du passage de l') par assimilation digestive dans le lait de quelques mammifères, par MM. Labourdette et Dumesnil, 291.
—(Nouvelle méthode d'analyse quantitative de l') et du brome, par MM. O. Henry fils et Humbert, 627.
Iodées (Remarques sur l'usage des injections), par M. Riboéz, 230.
—(Traitement des kystes de l'ovaire par les injections), observation communiquée à l'Académie de médecine par M. Barth. Discussion par MM. Malgaigne, Moreau, Cazeaux, Velpeau, 658.
—idem (Rev. hebd. par M. J. Guérin), 847.
—idem. Lettre de M. Cazeaux, 648.
Iodée (De l'hydrophthalmie et de son traitement par l'injection), par M. Chavanne, 435.
Iodoforme (Nouvelles recherches sur l'), par MM. Morétin et E. Humbert, 561.
Iodo-tannique (De l'injection de la liqueur) dans les varices, par M. Desgranges, 288.
Iodure d'amidon (Sur la digestibilité de l'), par M. Jutte, 658.
—de potassium dans le traitement de l'hydrocéphale aiguë, par M. Baumann, 350.
—idem (Observations et expériences sur l') comme réactif de l'ozone, par M. J. Cloez, 450.
—idem (Note sur un antidote de l'), par M. R.-J. Nunn, 669.
Irio-choroïdien (Sur la structure de l'œil, et en particulier sur l'appareil); communication de M. Rouget à la Société de biologie. Discussion entre MM. Sappey, Giraldès et Rouget, 562.
Iris (Note sur la structure vasculaire de l') et de la choroïde, par M. Rouget, 137.
—(De la déchirure du cercle interne de l')) par M. White Cooper, 513.
—(Rupture du cercle interne de l'), par M. W. Cooper, 577.
—(Note sur la convexité de l') et la non-existence d'une chambre postérieure de l'œil, par M. Ch. Rouget, 788.
Iritis (De l') et de son traitement, par M. Quadri (de Naples, 545.
Ischurie guérie par l'électricité, par M. Viglezzi, 822.

J

Jambe (Traitement des fractures de la) par l'emploi d'appareils hémipériphériques en plâtre, par M. Jules Périer, 667.
Juvenal (Satires de) (Feuill. par M. J. Menière), 327, 363.

K

Kératite panniforme (Emploi du perchlorure de fer dans le traitement de la), par M. E. Follin, 686.
Kystes congénitaux du cou (Injections iodées dans deux), par M. Jules Roux, 544.
Kyste hydatique (Observation de) du petit bassin, suivie de quelques remarques sur la fréquence des hydatides à Rouen, par M. B. Laudet, 421.
—idem du foie (Présence du sucre dans le liquide d'un), par MM. Ch. Bernard et Axenfeld, 508.
—séreux du palais (Observation de), par M. Saucerotte (de Lunéville), 415. (Voir Tumeurs de la région palatine, par M. Parmentier, 346, 379.)
—(Goître enkysté; extirpation du), par M. Dunglas, 129.
—pileux (Sur un) de l'ovaire, par M. Luys, 78.
—de l'ovaire; nouveau procédé opératoire, par M. Barth, 218.
—idem (Masse de cheveux retirée d'un), par M. Coward, 623.
—idem, uniloculaire; ponctions antérieures; reproduction du liquide; injection iodée; réduction très-grande du kyste, santé générale très-bonne depuis deux ans, par M. A. Laboulbène, 786.
Kystes de l'ovaire (Traitement curatif des), par M. Boinet, 232, 246.
—idem (Traitement des) par les injections iodées (Observation communiquée à l'Académie de médecine, par M. Barth), 658.
—ovariques (Lettre de M. Cazeaux sur les), 848.
—idem (Documents pour servir à la discussion des), par MM. Dumas, 897; H.-V. Guillemin, 899.
—idem (Discussion sur le traitement des), par MM. Trousseau, 670.—Jobert (de Lamballe, 672.—Piorry, 689.—Gimelle, 691.—Cruveilhier, 707.—Huguier, 719.—Robert, 721.—Jobert, 734.—Barth, 734.—Cazeaux, 738.—Velpeau, 758.
—idem idem (Rev. hebd. par M. J. Guérin), 647, 661, 711, 725, 747.

L

Lait (Cas de sécrétion vicieuse du), par M. Mitchell, 102.
—(Mémoire sur la sécrétion et la composition du) chez les enfants nouveau-nés des deux sexes, par M. Ad. Gubler, 225.

Lait (Sur les différences de composition du) aux différentes époques de la journée, 384.
—artificiel ou lait bouillon, par MM. Choumara et Gandin, 528.
—(Conservation du), par M. Poggiale, 701.
Langue (Recherches sur la structure des amygdales et des glandes situées sur la base de la), par M. Sappey, 187.
—(Procédé mixte de ligature et d'incision de la) du professeur Rizzoli, par M. Romel, 797.
Larves (Sur des) de muscide rendues dans les matières des vomissements et dans les selles par une femme, par M. Jules Dubois. Examen de ces larves, par MM. Laboulbène et Ch. Robin, 275.
Laryngite ulcéreuse aiguë; pseudo-coqueluche; broncho-pneumonie; bronchite pseudo-membraneuse, par M. Bonehnt, 40.
Légumes (Conservation des), par M. Poggiale, 701.
Lésions intestinales (Lettre sur l'existence de) dites de la fièvre typhoïde dans la phthisie, par M. Prosper Meynier (d'Ornans), 620.
Leucoémie splénique à forme hémorrhagique, par M. Blache, 74.
Leukocythæmie (Des globules incolores du sang, de leur valeur physiologique); du sang blanc (leukæmie), par M. Schnepf, 199, 221, 235, 299, 313, 327.
Leucocythémie (Note sur un cas de), par MM. Isambert et Ch. Robin, 679.
Ligament (Description d'un nouveau) ou ligament cubito-radial antérieur et supérieur, par M. Béraud, 628.
Ligature des artères (Modification du procédé de Scarpa pour la), par M. Caleprico, 450.
—de l'œsophage, par M. Henri Bouley, 483, 526, 560.
—idem, par M. Jobert (de Lamballe), 515.
—idem, par M. Orfila, 516, 560.
—idem (Des effets de la) sur les animaux de l'espèce canine, par M. Colin, 517.
—idem (Des effets graves déterminés par la) chez les animaux (Rev. hebd. par M. Tholozan), 469, 505.
Lipômes (Application des ponctions sous-cutanées aux), par M. Thierry, 308.
Lithotomie (Cas de) présentant des difficultés inaccoutumées, par M. Prichard, 577.
Lithotritie (Calcul vésical volumineux; tentatives infructueuses de); taille bilatérale; arthrite purulente chronique, par M. Van Holsbeck, 213.
—et taille bilatérale (Rapport de M. Ségalas à l'Académie de médecine sur une communication de M. Cazenave [de Bordeaux]), 40.
Lithotrities (Histoire de trois) et de deux tailles bilatérales exceptionnelles, par M. J.-J. Cazenave, 783.
Luxation du fémur sur la face externe de l'os des iles, réduite huit mois après l'accident, par M. Gisborne, 53.
—idem en haut et en arrière, réduite par la méthode de Colombat, par M. W. Hargrave, 87.
—idem (Réduction de la), uniquement par des manipulations, d'après la méthode de Reid, par M. Markoe, 112.
—sous-astragalienne du pied, réduite facilement, grâce à l'éthérisation, et suivie d'une guérison complète et rapide, par M. Baumers, 436.
—ischiatique du fémur, par M. Marcacci, 478.
—(Réduction de la) du cubitus, datant de quinze jours, au moyen d'un levier puissant, nonobstant l'existence d'une fracture composée du radius et du cubitus, par M. Edwards, 623.
—(Cas rare de) incomplète de l'épaule et de fracture du col du fémur, par M. Joire, 704.
—(Observation d'une) unilatérale droite du maxillaire inférieur, par M. Dunglas, 781.
—du métatarse sur le tarse, par M. Minonzio, 796.
Luxations (Nouveau procédé de réduction des) de la mâchoire inférieure, par M. Léo, 351.
Lymphatiques (Observation d'altération cireuse des ganglions), par M. Félix Guyon. Examen microscopique, par M. Ch. Robin, 217.
Lypémanie (Des diverses formes de); essai de classification et de séméiologie, par M. E. Billod, 732.

M

Mâchoire inférieure (Note sur la désarticulation de la) appliquée à l'extirpation des tumeurs profondes du pharynx, de la langue et du voile du palais, par M. Maisonneuve, 200.
—idem (Ablation totale de la) pratiquée par suite du développement dans l'intérieur de cet os d'une énorme tumeur fibreuse, par M. Maisonneuve, 322.
Maladies régnantes (Rev. sanit. par M. Tholozan), 569.
—(Recherches sur les) de l'armée d'Orient pendant l'hiver de 1854 à 1855, par M. Tholozan), 612.
—composées (Mutabilité des espèces morbides) : typhus, dysenterie, choléra, scorbut (Rev. hebd. sur une communication de M. Tholozan à l'Académie de médecine), 611.
Manganèse (Calculs biliaires traités par le peroxyde de), par M. Galamini, 151.
Marchal (Notice historique sur le professeur), par M. Forget (de Strasbourg), 1.
Marron d'Inde (Histoire chimique et technologique du) (Rapport de M. Chatin à l'Académie de médecine sur un mémoire de M. Lepage), 182.
Martial (Études médicales sur quelques poëtes anciens et modernes) (Feuill. par M. P. Menière, 833, 833, 875, 897.
Maternité (La) et l'obstétrique chez les Hébreux (Feuill. par M. Mattei), 761, 775.
Matières grasses (Recherches sur la digestion des), suivies de considérations sur la nature et les agents du travail digestif, par M. Blondlot (Bibl. par M. E. Feguenx), 545.
Matrice (Des maladies de la surface interne du corps et du fond de la), par M. Cumming, 604.
Maxillaire inférieur (Ablation complète du), par M. Maisonneuve, 310.
—idem (Observation d'une luxation unilatérale droite du), par M. Dunglas, 781.
Médecin (Le) voyageur, par M. P. Menière, 263.
Médecins (Recherches historiques sur les) et les chirurgiens des rois de France, et sur les droits et priviléges dont ils jouissaient depuis le commencement de la monarchie jusqu'à la fin du dix-huitième siècle, par M. Tholozan, 489, 533, 647, 661.
—militaires (Position des) dans l'armée anglaise : grades, solde, fonctionnement, recrutement, vices de l'organisation actuelle (Feuill. par M. Tholozan), 199.
—sanitaires (Création de plusieurs places de) à Londres; leur rôle médical; nature et importance de leurs fonctions, par M. Tholozan, 441.
Médecine (Revue bibliographique des ouvrages et mémoires publiés en Angleterre sur l'hygiène, la) et la chirurgie, des armées de terre et de mer, par M. Irvine, 183.
—(La) dans l'histoire, par M. C. Saucerotte, 335.
Médicament (Nouveau) fourni par un arbre de la Chine et employé avec succès, à bord d'un bâtiment français, dans des cas graves de diarrhée et de dysenterie, par M. J. Cloquet, 591.
Médicaments (Quelques remarques sur l'inefficacité d'une certaine dilution des) : le fer, le brôme, l'iode, l'antimoine, le sel, la belladone, la térébenthine, par M. Benjamin Bell, 221.
Médico-légale (Consultation) dans un procès en nullité de testament pour cause d'aliénation mentale; définition de la démence, par E. Aubanel, 754.
Membrane artificielle (Nouvelle forme de) du tympan, par M. Westropp, 577.
Mémoires de la Société médicale d'observation de Paris (Bibl. par M. Tholozan), 615.
Méningo-encéphalite, à la suite de l'avulsion d'une dent molaire à la mâchoire inférieure (service de M. Burggrave), observation recueillie par M. Van Leynseele, 540.
—céphalite (Lettre sur un nouveau cas de) à la suite de l'avulsion d'une dent molaire de la mâchoire inférieure, par M. Prosper Meynier (d'Ornans), 798.
Métastases calcaires, par M. Rodolphe Virchow, 398.
Météorologie (La Crimée : les steppes, géologie) (Feuill. par M. Tholozan), 157.
—(La iatro-) d'Hippocrate, par M. Tholozan, 341.
Méthode attractive (Note sur un nouveau mode de pansement des plaies, ou exposition synthétique de la), par M. Félix Achard, 780.
Microscopie. Recherches microscopiques sur le cadavre d'un supplicié, par M. Krause, 383.
—Sur la pathologie cellulaire, par M. Rodolphe Virchow, 398.
Moelle épinière (Recherches expérimentales sur la production d'une affection convulsive, épileptiforme, à la suite de lésions de la), par M. Brown-Séquard, 70.
—idem (Note sur un cas de paralysie des membres supérieurs seuls; conservation de la sensibilité; induration de la); ramollissement dans l'espace compris entre les troisième et sixième vertèbres dorsales, par M. A. Laboulbène, 209.
—idem. Recherches expérimentales sur les voies de transmission des impressions sensitives et sur des phénomènes singuliers qui succèdent à la section des racines des nerfs spinaux, par M. Brown-Séquard, 238, 252, 342.
—idem (Ramollissement des faisceaux postérieurs de la); symptômes prédominants du côté de la sensibilité, par M. Luys, 562.
—idem (Recherches concernant l'action de la strychnine sur la), par M. G. Harley, 578.
—idem (Observations sur la section de la), par M. A. Waller, 829.
—idem (Affection convulsive épileptiforme, consécutive à certaines lésions de la), par M. E. Brown-Séquard, 644.
Monocéphalien (monstre double) de l'ordre des décadelphes, présentant une communication anormale des poumons avec l'œsophage, par MM. E. Lecorché et Jouault, 631.
Monomanie (Opinion sur la), par M. H. Girard, 321.
Monstre cyclope, par M. Depaul, 310.
Monstres doubles (Sur les), par M. Schultze, 387.
Monstre humain double d'espèce nouvelle, par M. Calori, 480.
—exencéphalien (Note sur un), par M. E. Gintrac, 388.
—(Observation d'un) de la famille des pseudencéphaliens, genre nosencéphale de M. Geoffroy-Saint-Hilaire, par M. Dumontpallier, 786.
Monstruosité. Cas de naissance monstrueuse, par M. Boerster, 101.
—Note sur les développements primitifs; formation de l'œuf; vésicule ovigène et germinative; condition primordiale de la duplicité monstrueuse, par M. Serres, 372, 385.
Mortalité (De la) produite par la guerre (Bibl. par M. Tholozan), 403.
Muscles (Recherches électro-physiologiques sur les fonctions des) qui meuvent le pied, par M. Duchenne (de Boulogne), 353.
Musculaire (Recherches sur les phénomènes physiques et chimiques de la contraction), par M. Ch. Matteucci, 245.
—(Propriétés des systèmes) et nerveux, par M. Cl. Bernard, 718.
Mutabilité des espèces : typhus, dysenterie, choléra, scorbut; maladies composées (Rev. hebd. sur une communication de M. Tholozan à l'Académie de médecine, par M. J. Guérin), 611.
Mutité (Observations de) et d'aphonie complètes, datant de douze années, rapidement guéries par l'application de l'électricité d'induction, par M. Sédillot, 22.
Myopie (Statistique de la) en France, considérée sous le point de vue de l'exemption du service militaire, par M. Devot, 309.

N

Nævi cutanés guéris par l'application de la teinture d'iode, par M. Edwards, 67.
Nævus guéri par le perchlorure de fer, par M. Leclerc, 308.
Natation (Du principe qui préside au mécanisme de la) chez les poissons, par M. Giraud-Teulon, 770.
Nécrologie. Notice sur Amussat, par M. Larrey, 313.
—de H. Barby, par M. Michel Lévy, 580.
Néphrite produite par la brusque cessation de la rétention partielle d'urine existant depuis longtemps, par M. Leroy-d'Étiolles, 53.
—(Cas de); taches ecchymotiques de la vessie dans un cas de fièvre typhoïde; mort subite et imprévue, par M. Lecorché, 357.
Nerfs (Expériences sur les sections des) et les altérations qui en résultent, par M. Waller, 218.
—(Expériences sur les) pneumogastriques et accessoires, par M. A. Waller, 420.
—spinaux (Recherches expérimentales sur les voies de transmission des impressions sensitives et sur des phénomènes singuliers qui succèdent à la section des racines des), par M. Brown-Séquard, 239, 252, 342.
Nerveux (Note sur l'action du curare sur le système), par M. A. Koelliker, 705.
—(Propriétés des systèmes cellulaires et), par M. Cl. Bernard, 718.
Névralgies (Nouvelle méthode du traitement des) par l'application directe des opiacés sur les points douloureux, par M. Wood, 69.
—faciales (Nouvelle méthode curative externe pour les) (Rapport de M. Piorry sur un mémoire de M. Poggiale), 451.
Névroses convulsives (Traitement des) (Rapport de M. Jolly à l'Académie de médecine sur un travail de M. Michéa), 54.
Nicotine (Études toxicologiques et pharmaco-dynamiques sur la), par M. Léonides Van Praag, 398.
Nids d'hirondelles salangane, par M. Hutin, 272.
Nitrate d'argent (Des maladies des os et des articulations guéries avec le), par M. Largbi, 460.
Nomination de M. Guyon, membre correspondant de l'Académie des sciences, 152.
—de M. Gay (Claude) dans la section de botanique à l'Académie des sciences, 351.
—de M. Trousseau dans la section de thérapeutique et d'histoire médicale à l'Académie de médecine, 375.
—de M. Beau dans la section d'anatomie pathologique à l'Académie de médecine, 419.
Nouveau-né (Oblitération du canal intestinal chez un), par M. Depaul, 182.
Nouveau-nés (Recherches sur les maladies des), par M. Seux (Bibl. par M. Tholozan), 41.
—(Traité pratique des maladies des) et des enfants à la mamelle, précédé d'un précis sur l'hygiène et l'éducation physique des jeunes enfants, par M. Bouchut (Bibl. par M. Tholozan), 27, 41.

O

Observations (Recueil d') cliniques et pathologiques, par MM. Borelli et Gazelli (Bibl.), 567.
Obstétrique (La maternité et l') chez les Hébreux (Feuill. par M. Mattei), 761, 775.
Occlusion (Traitement des ophthalmies par l') des yeux, par M. Bonnafont, 104.
—idem. Discussion à l'Académie de médecine, 117, 153, 167, 180, 194.
—idem (Rev. hebd. par M. J. Guérin), 143, 157.
Œdème. (Voir Phthisie tuberculeuse.)
Œil (Mémoire sur le trajet intra-oculaire des liquides absorbés à la surface de l'), par M. Gosselin, 309.
—(Recherches anatomiques et physiologiques sur les ap-

pareils érectiles; appareil de l'adaptation de l') chez les oisesux, les principaux mammifères et l'homme, par M. Ch. Rouget, 351.
—Réclamation de priorité de M. Henry Muller, 417.—Réponse de M. Rouget, 437.
—(Étude de l') sur le vivant, par M. Waller, 418.
—(Moyen d'observer pendant la vie les images qui se forment au fond de), par M. Ang. Waller, 489.
—(De l'inflammation sympathique du globe de l'), par M. R. Taylor, 524.
—(Sur la structure de l') et en particulier sur l'appareil irio-choroïdien; communication de M. Rouget à la Société de biologie.—Discussion entre MM Sappey, Giraldès et Rouget, 562.
—(Observations microscopiques sur la circulation du sang dans les vaisseaux de l'), vue en transparence sur le vivant, par M. A. Waller, 643.
Œsophage (Ligature de l'), par M. Henri Bouley, 483, 526, 560.
—idem, par M. Jobert (de Lamballe), 515.
—idem, par M. Orfila, 516, 580.
—idem (Des effets de la) sur les animaux de l'espèce canine, 517.
—(Des effets graves déterminés par la ligature de l') chez les animaux (Rev. hebd. par M. Tholozan), 469, 505.
Œuf (Cas d'un) contenu dans un autre, par M. Wilson, 67.
—(Note sur les développements primitifs; formation de l'); vésicule ovigène et germinative; condition primordiale de la duplicité monstrueuse, par M. Serres, 372, 365.
—mâle (Parallèle de l') et de l'œuf femelle chez les animaux; développement spontané de l'œuf mâle, par M. Serres, 455.
Officine, ou répertoire général de pharmacie pratique, par M. Dorvault (Bibl. par M. Feguenx), 218.
Olfactif (Expérience et observations sur le centre nerveux, par M. Ambrosioli, 463.
Omphalocèle congéniale; transposition du gros intestin, par M. Marcellay, 437.
Opération césarienne (De l'emploi du froid après l'), par M. Metz, 499.
Ophthalmie. — Blépharo-conjonctivité rhumatique, par M. Posta, 151.
Ophthalmies (Traitement des) par l'occlusion des yeux, par M. Bonnafond, 104.
—idem. Discussion à l'Académie de médecine, 117, 153, 167, 180, 194.
—idem. (Rev. hebd. par M. J. Guérin), 143, 157.
Ophthalmiques (De la soude et de ses émanations dans la production des affections), par M. Ancelin, 705.
Ophthalmologie. — Quelques mots sur la pratique ophthalmologique des chirurgiens de Londres, par M. Warlomont, 213.
Opium (Recherches sur l'), par M. Chevallier, 516.
Oreille (Note historique sur l'auscultation appliquée au diagnostic des maladies internes de l'), par M. B. Schnepf, 636.
Organographie (De l'), ou dessin des organes considérés au point de vue du diagnostic et du traitement, par M. Piorry, 166.
Os (Des maladies des) et des articulations guéries avec le nitrate d'argent, par M. Larghi, 480.
—de poisson (Cas dans lequel la mort fut occasionnée par un) qui avait pénétré dans l'aorte à travers l'œsophage, par M. Colles, 87.
Ossification (Note sur l') prématurée des os du crâne chez les idiots microcéphales, par M. Baillarger, 482, 754.
Otites (Des) dans les fièvres graves, et de la surdité qui peut en être la suite, par M. Triquet, 287.
Otomiosie. (Rapport de M. Jobert (de Lamballe) à l'Académie de médecine, sur une observation de M. Giuseppe di Martino, 660.
Ouïe (Nouvelle et heureuse application de l'auscultation aux organes de l'), par M. Gendrin, 548.
Ovaire (Sur un kyste pileux de l'), par M. Luys, 76.
—(Kyste de l'); nouveau procédé opératoire, par M. Barth, 216.
—(Du traitement curatif des kystes de), par M. Boinet, 232, 248.
—(Traitement des kystes de l') par les injections iodées; observation communiquée à l'Académie de médecine, par M. Barth, 658.
—(Traitement de l'hydropisie de l') par la canule laissée à demeure, à l'Académie de médecine, par M. Leroy-d'Étiolles, 719.
Ovaires (Atrophie ou plutôt état rudimentaire d'un des), avec absence de la trompe du même côté, chez une femme d'une quarantaine d'années. — Nouvelle description des ligaments ronds, par M. Blot, 808.
Ovaire (Kyste de l'), uniloculaire; ponctions antérieures; reproduction du liquide; injection iodée; réduction très-grandes du kyste; santé générale très-bonne depuis deux ans, par M. A. Laboulbène, 766.
Ovariques (Lettre de M. Cazeaux sur les kystes), 648.
—(Documents pour servir à la discussion des kystes), par M. Dumas, 697; par M. V. Guillemin, 699.
—(Discussion sur le traitement des kystes) à l'Académie de médecine, par MM. Trousseau, 670.—Jobert (de Lamballe), 872.—Piorry, 689.—Gimelle, 891.—Cruveilhier, 707.—Hugnier, 719.—Robert, 721.—Jobert, 734.—Barth 734.—Cazeaux, 736.—Velpeau, 756.
Ovariques (Discussion sur le traitement des kystes). (Rev. hebd. par M. J. Guérin), 661, 711, 725, 747.
Ozone. — Observations ozonométriques faites avec le papier Schœnbein autour de la caserne de Saint-Cloud, du 6 octobre au 5 novembre 1855), par M. Bérigny (de Versailles), 386.
—(Observations et expériences sur l'emploi de l'iodure de potassium comme réactif de l'), par M. S. Cloez, 450.
—atmosphérique; son influence sur l'état sanitaire d'un pays; lettre de M. Wolf à M. Elie de Beaumont, 352.
—idem. (De la formation et des sources de l'), par M. Scontetten, 464.
—(Observations sur l'), par M. Bineau, 481.
—(Recherches sur l'); remarques de M. Scontetten à l'occasion d'une communication de M. Cloez, 501.

P

Pain de munition (Coloration du) (Rev. hebd.), 427.
—idem (Recherches sur une coloration accidentelle du), par M. Poggiale, 439.
—(Un arrêt de la Faculté en 1668, à propos de la préparation et la police du): De re Cibaria (Feuill. par M. Tholozan), 277.
Palpitations du cœur (Mémoire sur une affection caractérisée par des) et des artères, la tuméfaction de la glande thyroïde et une double exophthalmie, par M. Charcot, 583, 599.
Pancréas (Influence de l'alcool et de l'éther sur les sécrétions du tube digestif, du) et du foie, par M. Cl. Bernard, 295.
Pancréatique (Second conduit) chez le bœuf, pièces anatomiques présentées à l'Académie de médecine par M. Poinsot, 580.
—(De la digestion et de l'absorption des matières grasses sans le concours du fluide), par M. Colin (d'Alfort), 419.
Paracentèse (Nouveau procédé de) de la vessie, par M. Santopadre, 151.
Paralysie (Note sur un cas de) des membres supérieurs seuls; conservation de la sensibilité; induration de la moelle épinière; ramollissement dans l'espace compris entre les troisième et sixième vertèbres dorsales, par M. A. Laboulbène, 209.
—(De l'administration de la strychnine par la méthode endermique dans certains cas de), suite d'hémorrhagie cérébrale, par M. Fallot (de Saint-Laurent-d'Aigouze), 415.
—générale (Des formes de la) et de ses conditions anatomiques (Rapport de M. Bricheteau sur un mémoire de M. Sc. Pinel, 451.
—complète du mouvement; persistance de la sensibilité, par M. Guyon (Examen microscopique par M. Broca), 825.
Paralysies (Mémoire sur la nature de quelques) et sur le traitement opératoire qui leur convient, par M. James Braid), 206, 227.
Paraphimosis (Procédé opératoire qui simplifie les cas graves de), par M. Malgaigne, 272.
Parole (Recherches sur l'enseignement de la) aux sourds-muets; moyen simple et facile probablement employé par les premiers inventeurs de cet art, par M. Rambosson, 386.
Pathologie générale (Éléments de), par le professeur Chomel. —idem au point de vue de la recherche des principes rationnels du diagnostic et de la thérapeutique, par M. John Simon. —idem (Traité de), par M. J. Henle (Bibl. par M. Tholozan), 325, 340.
—idem (Un chapitre oublié dans la plupart des traités de), par M. P. Menière, 377.
—médicale (Éléments de), ou précis de médecine théorique et pratique dans l'esprit du vitalisme hippocratique, par M. A.-L.-J. Bayle (Bibl. par M. Tholozan), 453, 467.
Peau (L'eau et les substances dissoutes sont-elles absorbées par la), par M. Poulet, 166.
—bronzée (Maladie de la) ou d'Addison, par M. Trousseau, 543.
—(Discussion à l'Académie de médecine par MM. Bouillaud, Trousseau, Gibert), 544.
—idem (Rev. hebd. par M. Tholozan), 547.
—Note sur un cas de coloration bronzée de la), coïncidant chez un phthisique, avec une dégénérescence graisseuse des deux capsules surrénales, par M. Second-Féréol, 549.
—(Examen microscopique de la) d'un malade mort à la suite de la maladie bronzée (maladie d'Addison), par M. Vulpian, 694.
—(Sur le rapport des maladies de la) avec les affections internes, par M. Camus, 694.
Pellagre (D'une endémie de) observée dans les asiles d'aliénés des départements d'Ille-et-Vilaine et de Maine-et-Loire, par M. Billod, 7.
Pensée (Recherches sur la physiologie de la), par M. Lélut, 6.
Pepsine (Emploi de la) dans la dyspepsie, par M. Tosi, 822.
Perchlorure de fer (Nævus guéri par le), par M. Leclere, 308.
—idem (Note sur le) comme moyen de conservation et de préparation des pièces anatomiques, par M. Vulpian, 628.
Perchlorure de fer (Emploi du) dans le traitement de la kératite panniforme, par M. E. Follin, 656.
Perforation de l'appendice vermiculaire sur un enfant de trois ans et demi, par M. Faber, 350.
—du rectum et de l'intestin grêle dans le cours d'une fièvre typhoïde, par M. Lecorché, 503.
Périnéoraphie (Observation de) pratiquée avec succès par la suture entrecoupée, par M. S. Laugier, 353.
Périostite (Sur la) des enfants (rachitis), par M. Hermann Meyer (de Zurich), 383.
Péritonite avec perforation de l'intestin et de l'ombilic, par M. Wunderlich, 350.
Pharmacie pratique (L'officine, ou répertoire général de), par M. Dorvault (Bibl par M. Fégueux), 218.
Pharyngocèle (Cas de) et notice sur des lésions semblables du pharynx et de l'œsophage, par M. Reeves, 65.
Phimosis (Nouveau procédé pour pratiquer l'opération du), par M. Bonnafont, 288.
—(Opération du), par M. Ricord, 561.
—idem, par M. Bonnafont, 579.
Phlegmasie (Mémoire sur l'amygdalite aiguë dite simple, sur le traitement et sur la nature de cette), par M. E. Barthez, 445, 459, 474.
Phlegmon diffus (Mémoire sur l'emploi du drainage chirurgical dans le traitement du), par M. Chassaignac, 255, 283, 333, 387.
—péri-utérin chronique (Du traitement du) par les tampons iodurés, par M. Gosselin, 288.
—(Plaie contuse du pouce, suivie d'un) diffus de l'avant-bras; ligature de l'artère brachiale (service de M. Burggraeve), par M. Ingels, 541.
Phosphate de chaux (Emploi du) pour hâter la consolidation des fractures, par M. Gosselin, 308.
—idem (Sur l'inefficacité du), 668.
Phosphore (Sur le) et ses préparations considérées au point de vue de l'économie domestique et de la médecine légale, par MM. A. Chevallier fils et O. Henry fils, 134.
—amorphe (Innocuité du), par M. Chevalier, 114.
—rouge (Note sur l'action que le) exerce sur l'économie animale et sur l'empoisonnement par le phosphore ordinaire, par MM. Orfila et Rigaut, 103.
Phthisi (De). Notes et observations médicales de T. Sydenham, d'après un manuscrit de la bibliothèque bodleienne, 405.
Phthisie aiguë (Affection désignée sous les noms de), de tuberculisation générale aiguë, siége anatomique des granulations grises dans les poumons d'un sujet mort de cette affection, par M. Vulpian, 694.
—tuberculeuse; ulcération des plaques de Peyer sans fièvre typhoïde; œdème; ascite; mort, par M. Bouchut, 421.
—(Lettre sur l'existence de lésions intestinales dites de la fièvre typhoïde dans la), par M. Prosper Meynier (d'Ornans), 820.
—(Des caractères différentiels des ulcérations intestinales dans l'entérite folliculaire et la), par M. Forget (de Strasbourg), 818.
Physiologie expérimentale, par M. Cl. Bernard (Bibl. par M. Poggiale), 90.
—pathologique (Mémoire sur quelques observations de) tendant à démontrer l'existence d'un principe coordinateur de l'écriture et ses rapports avec le principe coordinateur de la parole, par M. Marce, 748, 777, 770.
Pile (Applications chirurgicales des phénomènes thermiques de la), par M. Regnault, 136.
Plaie par arme à feu de la carotide commune, dans laquelle l'hémorrhagie cessa spontanément, par M. Chomelay, 67.
—contuse pénétrante de la poitrine (Observation de), fracture d'un côté; dilacération du poumon gauche, par M. Douglas, 349.
—idem du pouce, suivie d'un phlegmon diffus de l'avant-bras; ligature de l'artère brachiale (service de M. Burggraeve), par M. Ingels, 541.
Plaies (Note sur un nouveau mode de pansement des), ou exposition synthétique de la méthode attractive, par M. Félix Achard, 780.
—d'armes à feu (Doit-on toujours amputer dans les) avec fracture comminutive? par M. Posta, 821.
Plaute. Études médicales sur quelques poëtes anciens et modernes (Feuill. par M. Menière), 747, 789, 811.
Pleurésie (De la respiration amphorique dans la), par M. Landouzy, 593.
Pleuro-pneumonie, par M. Herpain, 498.
Pneumogastriques (Expérience sur les nerfs) et accessoires de Willis, par M. A. Waller, 420.
Pneumonie (Traitement de la) par le plomb, par M. Burkart, 349.
Pneumonies (Observation de deux) nerveuses à plusieurs années d'intervalle, dont la première a détruit le poumon gauche, et la seconde a entraîné la mort, par M. Douglas, 119.
Pneumo-thorax guéri par la ponction, par M. Ferrari, 163.
Poëtes anciens et modernes (Études médicales sur quelques). Martial (Feuill. par M. P. Menière), 583, 833, 675, 697.
—idem. Plaute (Feuill. par le même), 747, 789, 811.

Poisons (Recherches sur l'action des) sur le cœur, par M. Ad. Moreau, 33.

Poisson (Note sur les accidents qu'on observe quelquefois sous les tropiques par suite de l'ingestion du), par M. Guillon, 134.

Polype folliculaire du col (Utérus présentant un) et quelques follicules dilatés sur d'autres points, par MM. Lucien Leudet et Laboulbène, 139.

—de l'utérus (Ramollissement d'un) par M. Ern. Lécorché, 772.

—nasal (Énorme) guéri par le traitement mixte de la ligature et des caustiques, par M. Rusi, 797.

Polypes (Structure des) de l'urètre de la femme, par M. A. Verneuil, 75.

—(Cas de) de la conjonctive, par M. Nalli, 183.

—du rectum chez les enfants, par M. Raymondaud, 717.

Polypiformes (Description de deux productions) du col de l'utérus, constituées par une simple extension des éléments de cet organe, par MM. Davaine et Laboulbène, 138.

Ponction (Pneumo-thorax guéri par la), par M. Ferrari, 163.

Ponctions sous-cutanées (Application des) aux lipômes, par M. Thierry, 308.

Potasse (Note sur l'action physiologique et thérapeutique du chlorate de), par M. Isambert, 395, 411, 432.

Poumon gauche (Ablation d'une portion du), par M. Hale, 132.

—idem (Observation de deux pneumonies nerveuses à plusieurs années d'intervalle, dont la première a détruit le), et la seconde entraîné la mort, par M. Dunglas, 149.

Prix proposés par l'Académie des sciences, 71.

—de physiologie expérimentale (Rapport sur le concours de l'année 1855 à l'Académie des sciences, 71.

—de médecine et de chirurgie (Rapport sur le concours de l'année 1855 à l'Académie des sciences, 72.

—décernés par l'Académie des sciences : Eaux minérales, thérapeutique, hygiène, physique médicale. 88.

—(Programme des) proposés par l'Académie des sciences pour les années 1856 et 1857, 89.

—(Legs de M. Amussat pour un) de chirurgie expérimentale, 401.

—(Rapport général sur les) décernés en 1856), par M. Depaul (Séance publique annuelle de l'Académie de médecine). — Prix de l'Académie, 798, —Idem Portal, 799.—Idem Civrieux, 800.—Idem Capuron, ibid.—Idem des épidémies, 801.—Idem des eaux minérales, ibid.—Idem des vaccinations, ibid.

—(Programme des) proposés pour 1857 et 1858 (Séance publique annuelle de l'Académie de médecine), 802.

—(Séance annuelle de l'Académie de médecine. Distribution des). Éloge de M. Roux (Rev. hebd. par M. Jules Guérin), 789.

Profession médicale (État actuel de la) aux États-Unis d'Amérique; statistique du corps médical; associations; hôpitaux (Feuill. par M. Tholozan), 597, 611.

Prolapsus anal (Quelques observations sur le) et moyen de le guérir radicalement par l'application méthodique de l'acide nitrique concentré, par M. Atchie, 87.

Prophylaxie. Exportation et importation des maladies épidémiques par les armées. Mesures prophylactiques et leur degré d'efficacité, par M. Tholozan, 249, 277.

Purgative (de la médication) en général et des eaux minérales purgatives en particulier, par M. J. Kuhn, 306, 316.

Pyohémie succédant à une résorption du lait, par M. Antonacci, 449.

Python (De l'appareil circulatoire sanguin chez le serpent), par M. Jacquart, 417.

Q

Quinine (Études sur l'action comparée du sulfate de), du sulfate de cinchonine et du quinium dans le traitement des fièvres intermittentes d'Afrique, par M. Laveran, 4, 19.

—(Élimination du sulfate de) (Rev. hebd.), 427.

R

Rachitis.—Sur la périostite des enfants, par M. Hermann Meyer, 383.

Rage (Remarques sur la nature de la), par M. Faber, 383.

Ramollissements multiples de la substance grise du cerveau, par M. Ernest Lecorché, 771.

Rate (De la structure et des fonctions de la), par M. Henri Gray. (Bibl. par M. Tholozan), 169.

—(Tumeur de la) sans leucémie, par M. Ch. Bernard, 693.

Recettes (Les vieilles), par M. Casimir Daumas, 121.

Recrutement militaire.—Essai de statistique médicale sur les principales causes d'exemption du service militaire, et recherches sur leur fréquence et leur distribution géographique en France, par M. Adolphe Devot. (Bibl. par M. Tholozan), 105.

Rectum (Note sur deux pièces anatomiques relatives à deux cas d'imperforation du), par M. Godard, 293.

—(Imperforation du) chez un enfant nouveau-né du sexe féminin, par M. Godard, 294.

Rectum (Imperforation du); anus artificiel; question de viabilité. (Rapport de M. Robert sur un mémoire de M. Lepestre).—Discussion académique, 464.

—(Perforation du) et de l'intestin grêle dans le cours d'une fièvre typhoïde, par M. Lecorché, 503.

—(Rétrécissement du) par des productions anormales développées dans son voisinage; autopsie; reflexions, ou exemple remarquable de l'action consécutive des pessaires sur les organes du petit bassin, par M. Boens, 499.

—(Études pratiques sur l'atrésie et les malformations de l'anus et du), et sur les opérations par lesquelles on peut remédier à ces vices de conformation, par M. Goirand (d'Aix), 509, 524, 538, 601, 629.

—(Polypes du) chez les enfants, par M. Raymondaud, 717.

Règlement (Modifications et additions au) de l'Académie de médecine.—Arrêté ministériel approuvant ces modifications, 193.

Rein gauche placé au niveau de l'angle sacro-vertébral; anomalies des artères et des veines rénales, par M. E. Leudet, 420.

Reins (Union des), par un lien fibreux au devant de la colonne lombaire, par M. Goux, 487.

Remèdes secrets (Série de rapports sur les), par M. Robinet, 608.

Requin (Éloge de), par M. Natalis Guillot, 739.

Résection (De la préférence à apporter à la) du genou sur l'amputation du membre inférieur, par M. Butcher, 39.

Respiration amphorique (De la) dans la pleurésie, par M. Landouzy, 593.

Responsabilité médicale.—Laryngite chronique et œdème de la glotte, cautérisation avec le nitrate acide de mercure; mort prompte; condamnation de l'homme de l'art à trois mois de prison et à une forte amende pour homicide involontaire et par imprudence, 519.

Rétine (Observation sur la structure de la) de certains animaux, par M. Henry Muller (de Wurzbourg), 687.

Rétrécissement du rectum par des productions anormales développées dans son voisinage; autopsie; reflexions, ou exemple remarquable de l'action consécutive des pessaires sur les organes du petit bassin, par M. Boens, 499.

Rétrécissements de l'urètre (Considérations sur le traitement des) en général, et sur l'urétrotomie périnéale en particulier, par M. Van Holsbeck, 500.

Rétrécissement infranchissable du canal de l'urètre; fistules urinaires; incision au périnée pour rétablir le canal, par M. Lesueur (de Vermoutiers), 558.

Révulsion (Discussion sur la) à l'Académie de médecine, 9.

—(De la discussion sur la) (Rev. hebd. par M. J. Guérin), 1, 15.

Rhinoplastie (Nouveau procédé de), par M. Sédillot (de Strasbourg), 480.

Rhumatisme (Du), par Joseph Parmeggiani. (Bibl.), 567.

Romans (Des) envisagés au point de vue médical. (Rapport de M. Collineau à l'Académie de médecine sur un mémoire de M. Delenda), 54.

Rome (Histoire médicale de l'ancienne); épidémiologie; hygiène publique, par M. Haviland (Feuill. par M. Tholozan), 143.

Roux (Éloge de M.), prononcé par M. Dubois (d'Amiens) dans la séance publique annuelle du 16 décembre, 803.

—idem. (Rev. hebd. par M. J. Guérin), 789.

S

Salive (Du sulfocyanure de potassium considéré comme un des éléments normaux et constants de la); études sur les divers liquides digestifs de l'économie animale, par M. Longet, 179.

Sang (Des globules incolores du), de leur valeur physiologique et pathologique (leucocythæmie) du sang blanc (leukæmie), par M. Schnepf, 199, 221, 235, 299, 313, 327.

—(Du) à l'état physiologique et à l'état pathologique, par M. Max. Parchappe, 273.

—(Analyse du) (Rev. hebd. par M. Schnepf), 405.

—(De l'action du chloroforme sur le), par M. Ch.-T. Jackson, 152.

—(Des signes des altérations du) fourni par la peau (Rapport de M. Piorry sur un mémoire de M. Bayle, 291.

—veineux (De l'action de diverses infusions végétales sur du) fraîchement sorti de la veine; indications fournies par ce moyen relativement à l'existence d'un alcaloïde dans le végétal; déductions thérapeutiques, par M. Le Clerc 178.

—idem (Action de divers extraits végétaux sur le), par M. Le Clerc, 260.

—(Observations microscopiques sur la circulation du) dans les vaisseaux de l'œil, vue en transparence sur le vivant, par M. A. Waller, 643.

—(Présence du fluor dans le), par M. J. Nicklès, 718.

Sanitaire (De l'état) de Paris comparé à l'état sanitaire de Londres et de l'Angleterre en 1855 (Rev. sanit. par M. Tholozan), 121.

Saumure (Du sel marin et de la), par M. Arm. Goubaux, 481.

Sciences médicales (Recueil de travaux originaux sur les), par M. Rud. Virchow (Bibl. par M. Schnepf), 381.

Science médicale (Essai sur les bases de la) et exposition sommaire de la doctrine traditionnelle, par M. J.-G. Faget (Bibl. par M. Tholozan), 453, 487.

Scorbut et dyssenterie scorbutique. Rapport sur les maladies qui ont sévi sur l'armée d'Orient pendant les mois d'octobre, novembre et décembre 1855 et janvier 1856, par M. Aug. Raspel, 113.

—Recherches sur les maladies de l'armée d'Orient pendant l'hiver de 1854 à 1855, par M. Tholozan, 812.

—choléra, typhus, dyssenterie. Mutabilité des espèces morbides; maladies composées (Rev. hebd. sur une communication de M. Tholozan à l'Académie de médecine, par M. J. Guérin), 611.

Scrotum (Cas dans lequel tout le) et le périnée, avec un testicule et son cordon et presque tous les téguments du pénis furent déchirés, par M. Gibbs, 134.

—(Observation d'une arête de poisson dans le), par M. Burggraeve, 214.

Séance publique annuelle de l'Académie de médecine, 798.

—Idem. Distribution des prix; éloge de Roux (Rev. hebd. par M. J. Guérin), 789.

Sécrétion (Mémoire sur la) et la composition du lait chez les enfants nouveau-nés des deux sexes, par M. Ad. Gubler, 225.

Sécrétions du tube digestif, du pancréas et du foie (Influence de l'alcool et de l'éther sur les), par M. Cl. Bernard, 295.

Section mousse immédiate (De la), par M. Heurteloup, 419.

Sel (Quelques remarques sur l'efficacité d'une certaine dilution des médicaments : le fer, le brôme, l'iode, l'antimoine, le), la belladone, la térébenthine, par par M. Benj. Bell, 221.

—marin (Du) et de la saumure), par M. Arm. Goubaux, 481.

Septum lucidum (Appareil ventriculaire du) et de la voûte à trois piliers, par M. Poletti, 823.

Service de santé (Coup d'œil sur le) de la maison de l'empereur à la suite de la grande armée en 1805, 1808 et 1812 (Feuill. par M. de Pietra-Santa), 711.

Séton filiforme (Mémoire sur l'emploi du) dans le traitement des tumeurs abcédées en général, et en particulier des bubons suppurés, par M. Bonnafont, 794, 818.

Sevrage (Sur l'alimentation des enfants pendant le), par M. J. Gumprecht (de Hambourg), 371.

Sillicate (Mémoire sur l'emploi du) et du benzoate de soude, unis aux préparations d'aconit et de colchique, dans le traitement de la goutte, de la gravelle, du rhumatisme chronique et goutteux, du catarrhe vésical, de la sciatique et de plusieurs névralgies, par MM. Socquet et Joseph Bonjean, 573.

Socrate (Du démon de) par M. Lélut (Rev. méd.-litt. par M. Peisse), 107.

Sommeil (Du) au point de vue physiologique et psychologique, par M. Albert Lemoine (Rev. méd.-litt. par M. Peisse, 107.

Soude (De la) et de ses émanations dans la production des affections ophthalmiques, par M. Ancelon, 705.

Sourds-muets (Recherches sur l'enseignement de la parole aux); moyen simple et facile probablement employé par les inventeurs de cet art, par M. Bambosson, 386.

Sperme (Recherches sur les changements et les altérations que présente chez les vieillards l'appareil sécréteur et excréteur du), par M. A. Duplay, 271.

Spina-bifida guéri par l'excision, par M. Nott, 102.

Spiromètre (Description d'un), par M. J. Guillet, 501.

—(Rapport sur le) de M. Guillet, à l'Académie de médecine, par M. Poiseuille, 771.

—(Note sur un nouveau) d'une sensibilité et d'une simplicité extrêmes, par M. R. Schnepf, 784.

Spirométrie. Mémoire sur l'application du compteur à gaz à la mensuration de l'air respiré, par M. Bonnet (de Lyon), 428, 494.

—(La) et les spiromètres (Rev. hebd. par M. R. Schnepf, 263, 761, 775, 811.

Statistique (Rapport sur un tableau) du service médical du chemin de fer de Paris à Lyon, par M. Gimelle, 310.

—(De la) de l'aliénation mentale, par M. Parchappe, 319.

—médicale (Essai de) sur les principales causes d'exemption du service militaire, et recherches sur leur fréquence et leur distribution géographique en France, par M. Adolphe Devot (Bibl. par M. Tholozan), 105.

—(Résumé) et médical des opérations du conseil de révision dans le département de Maine-et-Loire depuis 1817 jusques et y compris 1850, par M. Ad. Lachèse (d'Angers), 377, 394, 442.

Statistiques (Observations sur les recherches relatives à l'aliénation mentale, par M. E. Renaudin, 732.

Stomatites (Du chlorate de potasse dans le traitement de diverses espèces de), par M. Gamberini, 449.

Strychnine (De l'administration de la) par la méthode endermique dans certains cas de paralysie, suite d'hémorrhagie cérébrale, par M. Fallot (de Saint-Laurent-d'Argouze), 415.

—(Recherches concernant l'action de la) sur la moelle épinière, par M. G. Harley, 578.

Strychnine (Note sur le moyen de reconnaître la), par M. Marshal-Hall, 604.
—(Cas d'empoisonnement par la), par M. Tarchini-Bonfanti, 823.
Substances alimentaires (Conservation des); conservation des viandes (Hygiène publique), par M. Poggiale, 678, 700.
Sucre (De l'action des alcalis sur le) dans l'économie animale, par M. Poggiale, 82,
—(De la formation du) dans l'intestin et de son absorption par les chylifères, par M. Colin, 215.
—(Présence du) dans le liquide du kyste hydatique du foie, par MM. Ch. Bernard et Axenfeld, 503.
—(Action des alcalis sur le) dans l'économie animale, par M. Poggiale, 514, 542.
—(De la non-formation du) dans le tube digestif des animaux nourris exclusivement de viande, par M. A. Chauveau, 626.
Suicide (Du) et de la folie suicide, considérés dans leurs rapports avec la statistique, la médecine et la philosophie, par M. Brierre de Boismont (Bibl. par M. Ch. Loiseau), 118.
—(État de la question du), par M. Lisle, 494.
Sulfate de chaux (De l'influence de la proportion de) contenue dans les aliments sur la formation du cal, par M. Alph. Milne-Edwards, 716.
—de quinine (Étude sur l'action comparée du), du sulfate de cinchonine et du quinium dans le traitement des fièvres intermittentes d'Afrique, par M. Laveran, 4, 19.
Sulfocyanure de potassium (Du) considéré comme un des éléments normaux et constants de la salive (Études sur les divers liquides digestifs de l'économie animale), par M. Longet, 179.
Sulfure de carbone en vapeur (Des accidents que développe chez les ouvriers en caoutchouc l'inhalation du), par M. Delpech, 40.
Sulfureux (Note sur deux applications nouvelles de l'acide), par M. H. Grun, 103.
Sulfurique (Empoisonnement par l'acide), par M. Benzi, 178.
Superfétation (Cas de) et d'utérus bicavitaire, par M. Fordyce Barker, 869.
Surdi-mutité congénitale (Étiologie de la), par M. P. Menière, 273.
—idem (Du mariage entre parents comme cause de la), par M. P. Menière, 303.
Surdité nerveuse (Mémoire sur la), par M. Triquet, 193.
Suture labiale (Moyens d'assurer la cicatrisation de la), dans le bec-de-lièvre compliqué, par M. Goyrand (d'Aix), 289.
Sydenham (Notes et observations médicales de T.), d'après un manuscrit de la bibliothèque bodléienne (De phthisi, 1883), 405.
Syphilis. Traité des maladies vénériennes, par M. Vidal (de Cassis) (Bibl.), 233.
—(Des erreurs de diagnostic au point de vue de la), par M. Thiry, 512.
—(Mémoire sur l'influence des eaux minérales sulfureuses sur la), par M. Baizeau, 585, 816.
—(De l'influence qu'a la circoncision de préserver de la), par M. Hutchinson, 589.
—constitutionnelle (Lésions du foie, des reins, du rectum et des ovaires chez une femme atteinte de), par M. Em. Lécorché, 743.

T

Taille bilatérale modifiée. (Rapport de M. Ségalas à l'Académie de médecine) sur une communication de M. Carathéodory (de Constantinople), 154.
Tailles bilatérales (Histoire de trois lithotrities et de deux) exceptionnelles, par M. J.-J. Cazenave, 783.
Taille médiane (Nouvelle étude de la), par M. P. Bouisson, 652, 703, 714, 731, 750, 764.
—idem. (Du meilleur mode à suivre pour l'exécution de la); procédé de l'auteur, ou taille prérectale; remarques sur les temps de l'opération, 652.
—idem (Des avantages de la) et des cas où elle doit être préférée, 703.
——idem (Convenance de la) pour les divers âges de la vie, 714.
—idem. (Valeur des reproches adressés à la), 731.
—idem. (Difficulté d'extraire les calculs volumineux par la), 750.
—idem (Examen de quelques résultats statistiques de la), par M. le professeur P. Bouisson (de Montpellier), 764.
Teigne favus (Nouvelle espèce d'acarus accompagnant la), par M. Arthur Willick, 399.
Température animale (Recherches expérimentales sur la), par M. Cl. Bernard, 559, 605.
—idem (Recherches sur les modifications imprimées à la) par quelques maladies chirurgicales, par M. Demarquay, 644.
—idem (Nouvelles recherches sur la). (Rev. hebd. par M. Tholozan), 633.
Tendons (Note sur la sensibilité des), par M. Flourens, 642.
—idem (Rev. hebd. par M. J. Guérin), 847.
Teratologie.—Cas de naissance monstrueuse, par M. Boerster, 101.
Tératologie. Établissement de deux nouveaux genres tératologiques sous les noms d'ischiomèle et d'agnatocéphale, par M. Joly, 134.
Térébenthine (Action des vapeurs d'essence de) inspirées, par M. Leteillier, 114.
—(Quelques remarques sur l'efficacité d'une certaine dilution des médicaments : le fer, le brôme, l'iode, le sel, la belladone, la), par M. Benj. Bell, 221.
—(De l'emploi de l'huile de) contre les hémorrhagies, par M. Abt, 250.
Testicule contenant des cheveux, par M. Nott, 102.
Tétanos traumatique (Deux cas de) traités avec succès, par M. Charles Cowdell, 52.
Thymus (Globules épidermiques dans le), par M. Verneuil, 217.
Tissus adipeux (Note sur la présence de la graisse libre, fluide, dans le liquides résultant de la fonte purulente ou gangréneuse des), par M. Adolphe Gubler, 359.
—(Anatomie pathologique des cicatrices dans les différents), par M. Félix Hutin (Bibl. par M. Jules Guérin), 826.
Tissu cicatriciel (Mémoire sur les propriétés du) et l'application de l'autoplastie aux brides, par M. Jobert (de Lamballe), 178.
—pigmental (Du) et de ses métamorphoses, par M. H. Deschamps, 324.
Touaricks (Note sur les), par M. Serres, 102.
Toxicologie médicale (Traité de), chimique et légale, par M. Galtier. (Bibl. par M. Fegueux), 389.
Trachéotomie; introduction d'un haricot dans la trachée-artère, par M. Iszenard, 21.
—(Observation remarquable de corps étrangers dans les voies respiratoires, par M. Benoît, 38.
Tubercules miliaires dans le cervelet (Observation de); hémorragie cérébelleuse; mort prompte, par M. Fleury (de Clermont), 50.
Tuberculeuse (Diathèse); tubercules de la colonne vertébrale, des phalanges des métatarsiens, du rein, du testicule etc; pas de tubercules dans les poumons, par M. Bouchut, 357.
Tuberculisation générale aiguë (Affection désignée sous les noms de phthisie aiguë, de); siége anatomique des granulations grises dans les poumons d'un sujet mort de cette affection, par M. Vulpian, 694.
Tumeurs (Essai sur les) de la région palatine, par M. Parmentier, 346, 379. (Voir Kyste séreux du palais, observ. de M. Saucerotte, 415.)
—cancéreuses (De l'extension des cellules du cancer aux environs des) et de ses conséquences pathologiques, par M. Schrœder Van der Kolk, 271.
—idem (Recherches anatomo-pathologiques sur la structure intime des) aux diverses périodes de leur développement, par M. Léopold Ollier. (Bibl. par M. Rollet), 439.
Tumeur érectile de l'articulation du genou, par M. E. Bouchut, 295.
—idem occupant toute l'épaisseur de la joue gauche; destruction au moyen de la cautérisation électrique pratiquée entre la peau et la muqueuse, par MM. Brihosia fils et Higuet (de Namur), 218.
Tumeurs érectiles vasculaires, fongueuses (Études cliniques sur les), par M. Cabaret, 21.
Tumeur fibreuse (Ablation totale de la mâchoire inférieure, pratiquée par suite du développement, dans l'intérieur de cet os, d'une énorme), par M. Maisonneuve, 322.
Tumeurs fibro-plastiques du poumon, par MM. Victor Poisson et Ch. Robin, 139.
Tumeur intra-crânienne (pièce présentée à l'Académie de médecine par M. Poitevin du Notal), 672.
—lacrymale (Cure radicale de la) et de la fistule, par M. Tavignot, 870.
Tumeurs profondes (Note sur la désarticulation de la mâchoire inférieure appliquée à l'extirpation des), du pharynx, de la langue et du voile du palais, par M. Maisonneuve, 266.
Tympan (Nouvelle forme artificielle du), par M. Westropp, 577.
Typhoïde (Statistique et traitement du typhus et de la fièvre), par M. Magnus Huss. (Bibl. par M. Tholozan), 197.
—(Notice sur les maladies des hôpitaux d'Orient en 1855, par M. P. Garreaux, 79, 93, 202.
Typhus (Du) et de la fièvre typhoïde à propos de quelques maladies régnantes, par M. Tholozan, 43.
—Notice sur les maladies typhoïdes des hôpitaux d'Orient en 1855, par M. P. Garreaux, 79, 93, 202.
—contagieux (Du) de l'espèce bovine, par M. Renault, 115.
—idem. (Rev. hebd.), 107.
—(Statistique et traitement du) et de la fièvre typhoïde, par M. Magus Huss. (Bibl. par M. Tholozan), 197.
—des armées (Importation des maladies épidémiques.—Identité du) aux différentes époques historiques. — Mesures proposées par le conseil de santé des armées, par M. Tholozan, 249, 277.
—Rapport sur les maladies qui ont sévi sur l'armée d'Orient pendant les mois d'octobre, novembre et décembre 1855 et janvier 1856, par M. Aug. Haspel, 243, 258, 347.
—(Caractères différentiels du) et de la fièvre typhoïde, par M. Aug. Haspel, 258, 347.
Typhus ictérode (Recherches sur la cause du choléra asiatique, sur celle du) et de fièvre des marécages, par M. Beauperthuy, 260.
—(Sur le) de Crimée, par M. Baudens, 373.
—contagieux, par M. Chanffard (d'Avignon), 388.
—(Matériaux pour servir à l'histoire du), par M. Thierfelder, 397.
—(Sur un cas de) observé à l'hôpital de Neufchâteau chez des soldats revenant de Crimée, par M. Garcin, 400.
—(Sur le) observé au Val-de-Grâce, 427.
—(Mémoire sur le) observé au Val-de-Grâce, du mois de janvier au mois de mai 1858, par M. Godélier, 470, 521, 584, 834.
—(Cas de) observés chez des militaires entrés à l'hôpital militaire de Châlon-sur-Saône, par M. Canat, 482.
—Recherches sur les maladies de l'armée d'Orient pendant l'hiver de 1854 à 1855, par M. Tholozan, 612.
—dyssenterie, choléra, scorbut. — Mutabilité des espèces morbides; maladies composées. (Rev. hebd. sur une communication de M. Tholozan à l'Académie de médecine, par M. J. Guérin), 811.
—contagieux, par M. Petit, 645,

U

Ulcération (De l') de la fourchette et de ses rapports avec les affections du col utérin, par M. Blanc, 415,
Ulcérations syphilitiques (Des bons effets de l'opium à haute dose contre une des formes les plus rebelles des), par M. Radet (de Lyon), 435.
—intestinales (Des caractères différentiels des) dans l'entérite folliculeuse et dans la phthisie, par M. Forget (de Strasbourg), 813.
Ulcère simple de l'estomac (Mémoire sur l'), par M. Cruveilhier, 69, 165.
Ulcères syphilitiques de la gorge et du larynx; trachéotomie; usage de la canule laryngienne pendant quatre mois et demi, par M. Rul-Ogez, 559.
Urée (Origine de l') dans l'économie animale (Communication faite à l'Académie des sciences par M. Dumas sur la thèse de M. Béchamp), 592.
—idem (Rev. hebd. par M. Poggiale, 597.
Urètre (Des contractures à la région membraneuse du canal de l') et à l'orifice urétro-vésical, considérées comme cause de dérangements dans l'excrétion urinaire, par M. Anciaux, 513.
—(Rétrécissement infranchissable du canal de l'); fistules urinaires; incision au périnée pour rétablir le canal; succès de l'opération et réapparition des mêmes désordres, par M. Lesueur (de Vimoutiers), 558.
Urétrotomie périnéale (Considérations sur le traitement des rétrécissements de l'urètre en général, et sur l') en particulier, par M. Van Holsbeck, 500.
Urine (Nouveau saccarimètre pour doser l') des diabétiques, par M. Robiquet, 167.
Urines (Des indications séméiologiques tirées de la présence de l'albumine dans les), par M. C.-W. Balfour (Bibl. par M. Tholozan), 247, 262.
Utérin (De l'ulcération de la fourchette et de ses rapports avec les affections du col(, par M. Blanc, 415.
Utérus (De l'allongement demesuré du col de l'), par M. Th. Herpin (de Genève), 2, 17.
—(Rétroversion de l') dans l'état de gestation; irréductibilité du déplacement; mort du produit de la conception; élimination spontanée d'une partie de ses débris par le rectum; guérison; par M. A. Guichard, 20.
—(Renversement de l'); ablation au moyen de la ligature; mort, par M. Coats, 52.
—(Des injections dans l'intérieur de l') dans les cas d'hémorrhagie après la délivrance, par M. Wray, 37,
—(Cas de rupture de l'); gastrotomie pratiquée avec succès, par M. J. Neill, 113.
—(Deux cas d'absence congénitale de l') et du vagin, par M. Ramshotham, 589.
—(Note sur le développement incomplet de l'une des moitiés de l') et sur la dépendance du développement de la matrice et de l'appareil urinaire chez la femme, par M. J. A. Stoltz, 626.
—bi-cavitaire (Cas de superfétation et d'), par M. Fordyce Barker, 669.
—cancéreux (Parturition d'un fœtus parfaitement développé dans un), par M. Freri, 164.
—gravide rétroversé (Cas de rétablissement spontané de l'), par M. Ramsbotham, 589.
—idem, par M. Morris, 590.

V

Vaccine. — De la non-contagion des eaux aux jambes, par M. Leblanc, 375.
—(Rapport annuel sur la), par M. Bousquet, 889.
—(Note sur un cas d'inoculation fortuite des eaux aux jambes du cheval à l'homme, par M. Bousquet, 329.
—(Rev. hebd. par M. Tholozan, 341. — Expériences de Loy, de Sacco, de Jenner, 388.
Vagin (Cas d'absence congénitale de l'utérus et du), par M. Ramshotham, 589.
—double (Observation d'un), par M. Douglas, 132.
Vagissement utérin, par M. W. Waletz, 717.
Vaisseaux (Expériences physiques et physiologiques sur la production des bruits des), par M. Théodore Weber (de Leipzig), 384.

Varia (Feuill. par M. Peisse), 57.

Varices (De l'injection de la liqueur iodo-tannique dans les), par M. Desgranges, 288.

Variole (Des hallucinations dans la), par M. Thore, 336.

Végétations (Des) qui se développent sur les parties génitales des femmes pendant la grossesse, par M. Thibierge, 686.

Veine-porte (Observation et recherches sur l'oblitération de la), par M. E. Gintrac (de Bordeaux), 436.

Veineux (Recherches anatomiques et expérimentales sur les systèmes artériel et), par M. Palasciano, 822.

Vénériennes (Traité des maladies), par M. Vidal (de Cassis. (Bibl.), 233.

Ventilation (Divers modes de chauffage et de), et de la manière dont ils doivent être employés dans les asiles d'aliénés, par M. Girard (d'Auxerre), 754.

Ventriculaire (Appareil) du septum lucidum et de la voûte à trois piliers, par M. Poletti, 823.

Vermiculaire (Perforation de l'appendice) sur un enfant de 3 ans et demi, par M. Faber, 350.

Version podalique (De la) dans quelques cas de rétrécissement du bassin, par M. Ch. Dubreuilh, 436.

Vertébral (Mémoire sur la guérison par absorption des abcès symptomatiques du mal), par M. Bouvier, 755.

Vésicatoire (Du traitement de l'arthrite synoviale simple et rhumatismale par le), par M. Forget (de Strasbourg), 554.

Vessie (Nouveau procédé de paracentèse de la), par M. Santopadre, 151.

—(Transformation cartilagineuse de la) chez un vieillard, par M. E.-C. Ordonez, 824.

Viabilité (Quels sont les principes qui peuvent diriger les médecins et les magistrats dans la solution des questions de) en fait de donation et de testament? par M. Alphonse Devergie, 491.

Viande de cheval (Emploi alimentaire de la) chez un grand nombre de peuples de l'antiquité, du moyen âge et de nos jours, par M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, 505.

—(De l'usage alimentaire de la), par M. Is. Geoffroy-Saint-Hilaire, 607.

Viandes (Conservation des substances alimentaires, conservation des), par M. Poggiale, 676.

Viande (Préparation et conservation de l'extrait de), par M. Poggiale, 700.

Vieillards (Recherches sur les changements et les altérations que présente chez les) l'appareil sécréteur et excréteur du sperme, par M. A. Duplay, 271.

Vins médicinaux : leurs usages, leur composition, leurs effets. (Feuill. par M. Tholozan), 79.

—rouges (Caractères des) additionnés d'alun, et application de ce caractère à la constatation de petites quantités de ce sel dans le vin, par M. J.-L. Lassaigne, 152.

Viscères (Cas de transposition générale des), par M. Luys, 77.

Vision (Note sur la), par M. Dubrunfaut, 7.

Vision (Recherches sur la) binoculaire simple et double, et sur les conditions physiologiques du relief, par M. Serres (d'Uzès), 525.

Vitalisme et chimisme.—Lettre à M. Mialhe à l'occasion de son ouvrage sur la chimie appliquée à la physiologie, par M. Collineau, 29.—Réponse de M. Mialhe, 57.

— hippocratique. (Voir Pathologie médicale et Doctrine traditionnelle.)

Vol (Du principe qui préside au mécanisme du) chez les oiseaux, par M. Giraud-Teulon, 770.

Volvulus par invagination ; tympanite; obstruction : péritonite extensive ; gangrène locale; élimination de l'escarre ; guérison, par M. Drutel, 768.

W

Wurtz (Élection de M.) à l'Académie de médecine, 215.

Y

Yeux (Traitement des ophthalmies par l'occlusion des), par M. Bonnafond, 104.

—idem. Discussion à l'Académie de médecine, 117, 153, 167, 180, 194.

—idem. (Rev. hebd. par M. J. Guérin, 143, 157.

Z

Zinc (Propriété des solutions aqueuses saturées de sulfate de), pour la conservation des substances animales, par M. Strauss-Durckheim, 289.

TABLE DES AUTEURS.

A

Abt, 350.
Achard (Félix), 780.
Addison (Thomas), 276, 543, 544, 547.
Aickin, 87.
Ambrosioli, 483.
Amussat, 313, 401.
Ancelon, 705.
Anciaux, 513.
Antonazzi, 449.
Aubanel, 754.
Axenfeld et Ch. Bernard, 503.
Azam, 436.

B

Baillarger, 335, 482, 754.
Baizeau, 585. 616.
Balfour (G.-W.), 247, 262.
Barbleri, 463.
Barby, 590.
Baron (C.), 63, 662.
Barth, 216, 658, 734.
Barthez (E.), 445, 459, 474.
Bastiamini, 480.
Bandeus, 373.
Baumann, 350.
Banmers, 436.
Bayle, 291, 453.
Beau, 419, 542.
Beaumont (Elie de), 352.
Beauperthuy, 260.
Béchamp, 592.
Becquerel, 103.
—et Rodier, 155.
—et Vernois, 401.
Bedford (Gunning S.), 788.
Bégin, 310.
Bell (Benjamin), 221.
Benoit, 39.
Béraud (B.), 486, 628, 693.
Beruard, 641.
Beruard (Camille), 216.
Bernard (Ch.), 893.
—et Axenfeld, 503.
Bernard (Claude), 295, 559, 605, 829, 718.
Bernard (H.), 423.
Bérigny (de Versailles), 386.
Berthé, 323.
Bertier, 595.
Benzi, 178.
Billod (E.), 7, 732.
Billroth (Théod.), 351.
Binard (F.), 192.
Bineau, 491.
Blache, 74, 232.
Blanc, 415, 595.
Blondlot, 545.
Blot, 655, 808.
Boens, 499.
Doerster, 101.
Boinet, 232, 246.
Bounafont, 104, 288, 579, 794, 918.
Bounet (de Lyon), 428, 494.
Boujean (Joseph) et Socquet, 573.
Borelli et Garelli, 567.
Bosredou, 720.
Bouchaconrt, 38.
Bonchardat, 72.
Bouchut (E.), 27, 40, 41, 135, 295, 357, 421, ibid.
Bouilland, 544.
Bouis, 438.
Bouisson (P.), 652, 703, 714, 731, 750, 764.
Bouley (Henri), 483.
Bourgeois (de Tourcoing), 230.
Bourgnet, 137.
Bourguignon et Delafoud, 114, 256.
Bouron, 417.
Bousquet, 11, 339, 389.
Bouvier, 232, 261, 755.
Braid, 206, 227.
Bréaut, 71.
Bribosia fils et Higuet (de Namur), 213.
Bricheteau, 53, 451.
Brierre de Boismont, 118.
Briquet, 438.
Broca, 579.
—et Guyon, 825.
Browu-Séquard (E.), 70, 238, 252, 342, 487, 561, 591, 644.
Budge, 669.
Burggraeve, 214, 340, 541.
Burkart, 349.
Burnotte et Joseph Dropsy, 229.
Bnsi, 797.
Bntcher, 39, 624.

C

Cabaret, 21.
Cade (de Bourg-Saint-Audéol), 416.
Caleprico, 450.
Calmeil, 335.
Calori, 480
Calvert (F.-C.) et Moffat, 463.
Camus, 694.
Canat, 482.
Cautilens, 153.
Carathéodory (de Constantinople), 154.
Carminati, 163.
Carret, 71.
Castorani, 888.
Cayol, 632.
Cazeaux, 649, 659, 736.
Cazenave (de Bordeaux), 40, 783.
Charcellay, 437.
Charcot, 130, 593, 599.
Chassaignac, 255, 283, 333, 367.
Chatin, 164, 182.
Chauffard (d'Avignon), 388.
Chanssenot, 889.
Chauveau (A.), 354, 626.
—et Faivre (J.), 365, 406, 457, 569.
Chavanne, 435.
Chevalier, 114, 516.
Chevallier fils et Henry (O.) fils, 134.
Chomel, 325.
Chomelay, 67.
Choumara et Gaudin, 528.
Cloez (S.), 450.
Cloqnet (Jules), 231, 559, 591.
Coats, 52.
Coe, 587.
Colin (d'Alfort), 215, 419.
Colles (W.), 97, 624.
Collineau, 29, 54.
Collongnes, 657.
Cooper (White), 513, 577.
Cortèse, 150.
Coward, 623.
Cowdell (Charles), 52.
Cruveilhier, 69, 165, 707.
Cumming, 604.

D

Dareste (Camille), 141, 321.
Daumas (Casimir), 25, 121.
Davaine (C.), 45.
—et Laboulbène, 138.
Delafond et Bourgnignon, 114, 356.
Delarue, 308.
Delenda, 54.
Delpech, 40.
Demarquay, 644.
Denonvilliers, 439.
Depaul, 182, 310, 389, 560, 799.
Deschamps (d'Avallon), 242.
Deschamps (H.), 324.
Des Étangs, 310.
Desgranges, 288.
Devergie, 171.
Devot (Adolphe), 105, 309.
Diday (P.), 435.
Dorvault, 218.
Dowler (Bennet), 77.
Dropsy (Joseph) et Burnotte, 229.
Drutel, 768.
Dubois (d'Amiens), 803.
Dubois (Jules), 275.
Dnbreuilh (Ch.), 436.
Dubrunfaut, 7.
Duchenne (de Boulogne), 253.
Dnmas, 592, 697.
Dumesnil, 291.
Dumont-Pallier, 477, 786.
Dnnglas, 100, 129, 132, 149, 349, 791.
Dnplay (A.), 271.
Durand-Fardel (Max.), 267.
Dnriau, (F.), 271.

E

Edward (A.-M.), 67, 244, 623.
Engelmaun, 68.
Eric Bernard, 261.
Espine (baron d'), 895.

F

Faber, 380.
Fabre (A.), 500, 559.
Faget (J.-G.), 453.
Faivre (J.) et A. Chauveau, 365, 406, 457, 569.
Faivre (E.), 743, 886, 767.
Faivre (J.) 712, 726, 763.
Fallot (de Saint-Laurent-d'Aigouze), 415.
Fegueux (E.), 218, 389, 545.
Féreol (Second), 621.
Ferrari, 163.
Fissou, 177.
Fleury (de Clermont-Ferrand), 50, 93, 98, 127, 147.
Flourens, 642.
Follin (E.), 636.
—et Arm. Goubaux, 263, 278, 329.
Foltz, 773.
Fordyce Barker, 669.
Forget (de Strasbourg), 1, 529, 554, 816.
Frazer, 641.
Freri, 164.
Fronmuller, 399.

G

Galamini, 151.
Gamberini, 449.
Garcin, 400.
Garelli et Borelli, 567.
Garimond (Émile), 695.
Garreau (P.), 79, 93.
Gaudin et Chonmara, 528.
Gaultier de Claubry, 135.
Gavarret, 310.
Gavini, 179.
Gay (Claude), 351.
Gendrin, 549.
Geoffroy-Saint-Hilaire (Isidore), 505, 607.
Georges, 785.
Gibbs, 134.
Gibert, 544.
Gimelle, 310, 691.
Gintrac (de Bordeaux), 388, 436.
Giraldès, 565.
Girard, 6, 321, 709, 754.
Girand-Teulon, 664, 675, 683, 722, 725, 744, 770.
Gisborne, 53.
Gobley, 90, 561.
Godard, 283, 294, ibid.
Godélier, 470, 521, 534, 634.
Gosselin, 288, 308, 309.
Goubaux (Arm.), 140, 787, 431.
—et E. Follin, 263, 278, 329.
Goux, 497.
Goyraud (d'Aix), 34, 289, 509, 524, 538, 601, 639.
Gratiolet (Pierre), 578, 594.
Gray (Henri), 189.
Green, 133.
Gruu (B.), 103.
Gubler (Adolphe), 173, 225, 359, 369.
Gueneau de Mussy (N.), 887.
Guérin (J.), du nº 1 à 52, et particulièrement 1, 15, 143, 157, 611, 647, 661, 711, 725, 747, 789, 826.
Guichard, 20.
Guillemin (V.), 699.
Gnillet (J.), 501, 771.
Guillon, 134.
Guillot (Natalis), 739.
Gumprecht (de Hambourg), 371.
Gunning S. Bedford, 788.
Guyon, 152.
—et Broca, 825.
Guyon (Félix) et Ch. Bobin, 217.

H

Hale, 132.
Bappoldt, 669.
Bargrave, 87.
Harley (G.), 578.
Baspel (Aug.), 243, 258, 347, 413.
Havilend (Alfred), 143.
Benle (J.), 325.
Heury (O.), 54, 89, 231, 401, 464.
—fils et Chevallier fils, 134.
—fils et Humbert, 290, 627.
Herpain, 498.
Herpin (Th.), de Genève, 2, 17.
Hervieux, 123, 158, 162
Beurteloup, 419.
Hey (R.), 577.
Biffelsheim, 689.
Bignet (de Namur) et Bribosia fils, 213.
Bollingsworth (Sam.), 668.
Holsbeck (Van), 193, 213, 500.
Bubert, 722, 744.
Hubertz (de Copenhague), 13.
Buette, 141, 717.
Buguier, 719.
Bumbert (E.) et Morétin, 561.
—et Chevallier fils, 131.
Huss (Magnus), 197.
Bntchinson, 589.
Butin, 272, 826.

I

Irvine, 183.
Isaacs (C.-E.), 654.
Isambert, 395, 411, 432, 979.
Iszenard, 21.

J

Jackson (Ch.-T.), 152.
Jacquart, 391, 417, 753, 848.
James (Constantin), 160, 175.
Jamin (J.), 502.
Jobert (de Lamballe), 178, 215, 515, 660, 672, 734.
Joire, 704.
Jolly, 54.
Jouault et Lecorché (E.), 631.
Jozat, 275.
Jütte, 668.

K

Koelliker (A), 706.
Kœuerkopff, 371.
Kopp, 387.
Krause, 393.
Kuhn (J.), 306, 318.

L

Laboulbène (A.), 209, 778.
—et Ch. Bobin, 275
—et Davaine, 138.
—et Lucien Lendet, 139.
Labourdette, 291.
Lachèze (d'Angers), 377, 394, 442.
Lagneau fils, 272.
Lamare (Edouard de) 769.
Lamarre-Piquot, 323.
Landouzy, 593.
Lauglois, 135.
Larghi, 480.
Larrey, 313, 526.
Lassaigne, 152.
Langier (S.), 353.
Lanrent, 72.
Laveran, 4, 19.
Leblanc, 375.
Le Clerc, 178, 260.
Lecorché (E.), 357, 422, 503, 743, 771, 772.
—et Jouault, 631.
Lefort (Jules), 71.
Legonest, 503.
Legraud (A.), 706.
Lehmenn, 580.
Lehoux, 783.
Lemaznrier, 623
Lélut, 9, 107.
Lemoine (Albert), 107.
Léo, 351.
Lepage, 182.
Lepestre, 464.
Léroy-d'Étiolles, 53, 719.
Lesseliers, 541.
Lesueur (de Vimoutiers), 559.
Leteillier. 114.
Leudet, 361.
Leudet (E.), 420, ibid., 421.
Léudet (Lucien) et Laboulbène, 139.
Leynseele (Van), 540.
Liegard (de Caen) 230.
Liégey (de Rambervilliers), 38.
Lisle, 491.
Loiseau (Ch.), du nº 1 à 52, et particulièrement 118.
Louget, 179.
Longuevillo (Thomas), 90.
Loud, 63.
Lunier, 54.
Lussana et Morganti, 448.
Luton, 78, 282.
Lutton, 48, 49.
Luys, 76, 77, 562.

M

Maisonneuve, 260, 310, 322.
Malgaigne, 272, 658.
Manoury et Pichot, 388.
Mareacci, 479.
Marcé, 693, 749, 777.
Marchi, 479.
Marchal (de Calvi), 769.
Markoe, 112, 655.
Marshal-Hall, 604, 606.
Marsden, 641.
Martini (Antoine de), 785.
Martino (Giuseppe di), 660.
Maschka, 399.
Mattei, 400, 560, 608, 761, 776, 783.
Matteucci, 245, 501, 785.
Maunoury (de Chartres), 497.
Mazza, 150.
Meininger (Ch.), 797.
Meulière (P.), 263, 273, 305, 327, 391, 427, 455, 519, 569, 583, 633, 875, 697, 747, 789, 811.
Mercier (Aug.), 689.
Meriuer, 132.
Metz, 499.
Meyer (Hermann), 383.
Meynier (Prosper), 229, 620 796.
Mialhe, 29, 57.
Michéa, 54.
Middeldorpf, 856.
Milne-Edwards (Alph.), 718.
Miuonzio, 796.
Mirville (J.-G. de), 107.
Mitchell, 102.
Moffat et Calvert, 463.
Morean (A.), 33, 859.
Morel, 22.
Morétin et Humbert (E.), 561.
Morganti et Lussana, 448.
Morris, 590.
Moutet (E), 695.
Muller (Henry), 417, 687.

N

Neal, 133.
Neale, 67.
Neill (J.), 113, 133.
Neubaner, 351.
Nicklès, 514, 718.
Nott, 102.
Nunn (R.-J.), 669.

O

OEsterlen, 467.
Ollier (Léopold), 439.
Ordouez, 824.
Oré, 578.
Orfila, 516, 560.
—et Rigout, 103.
Ozanam, 354.

P

Palasciano, 822.
Parchappe, 9, 273, 319.
Parker (Edward), 868.
Poissou et Ch. Robin, 139.
Parmeggiani, 567.
Parmentier, 348.
Passavant (G.), 397.
Pégot (Marc), 595.
Peisse (L.), du nº 1 à 52, et particulièrement 57.
Pembertou, 51.
Périer (Jules), 667.
Peruzzi, 462.
Petit, 645.
Pétrequin, 93, 164, 235, 249, 441, 595.
Peyre-Porcher, 134.
Philipeaux, 733.
Philips, 107.
Pichot et Manoury, 388.
Piedagnel, 769.
Pietra-Santa (de), 483, 711.
Pinard, 171.
Pinel (Sc.), 451.
Piorry, 166, 291, 451, 544, 699.
Pirogoff, 609, 631.
Pize (L.), 798.
Poggiale, 92, 90, 439, 505, 514, 542 580, 597, 676, 700, 701, 758, 786.
Poggioli, 451.

Poinsot, 580.
Poiseoille, 771.
Poisson et Ch. Robin, 139.
Poiteviu du Motel, 672.
Poletti, 823.
Pophane, 625.
Posta, 151, 821.
Poulet, 166.
Praag (Leonides Van), 398.
Prichard, 577.
Pu[illegible]ch, 353, 607.

Q

Quadri (de Naples), 545.
Quatrefages (De), 391.

R

Rainey, 604.
Rambosson, 386.
Ramsbotham, 589.
Ranieri Bellini, 567.
Raymondaud, 717.
Reeves, 68.
Remack (de Berlin), 8, 625, 657.
Renaudin, 7, 733.
Renault, 115.
Reybard, 769.
Reynal (d'Alfort), 138.
Ribart (de Pontoise), 232.
Richardson (Benjamin W.), 490.
Ricord, 561.
Rigout et Orfila, 103.
Rilliet (de Genéve), [illegible]
Rizzo, 480.
Robert, [illegible], 721.
Robin (Ch.), 75, 679.
—et Felix Guyon, 217.
—et Laboulbène, 275.
—et Poisson, 139.
Robinet, 608.
Robiquet, 167, 290, 691.
Rodet, 435.
Rodier et Becquerel, 155.
Rollet, 55, 439.
Romei, 797.
Ronald Martin, 375.
Rouget, 137, 562, 565.
Rouget (Ch.), 351, 786.
Rouland, 724.
Rousseau (Em.), 418, 825.
Roussin, 230.
Roux, 29, 43, 803.
Roux (Jules), 544.
Rufz, 545.
Rul-Ogez, 230, 559.

S

Sales-Girons, [illegible]
Santo[illegible], 151.
[illegible]appey, 187, 564.
Saucerotte (de Lunéville), 415.
Saurel (L.), 695, 782.
Sayre, 113.
Schnepf, du nº 1 à 52, et particuliérement 199, 221, 235, 299, 313, 327, 361, 405, 666, 753, 761, 775, 784, 811.
Schrœder van der Kolk, 271.
Schultze, 387.
Schützenberger, 763.
Scoutetten, 464, 501, 529.
Seccamani, 164.
Second-Fereol, 549, 621.
Sedgwick, 590.
Sédillot (de Strasboorg), 22, 102, 260, 338, 372, 416, 455, 480, 705, 767.
Ségalas, 40, 154.
Seré, 541.
Serres (de l'Institut), 102, 385, 725.
Serres (d'Uzès), 525.
Seutin, 289.
[illegible] (de Marseille), 41, 620.
Simon (John), [illegible]
Smet (De), 214.
Socquet et Joseph Bonjean, 573.
Solomon, 51.
Souheiran (J.-Léon), 292, 423.
Soulier (Louis), 609, 631.
Spence (J.), 642.
Stern, 351.
Stilman, 113.
Stœber, 417.
Stoltz (J.-G.), 626.
Straoss-Durckheim, 289.
Sydenham (T.), 405.

T

Tarquini-Bonfanti, 823.
Taviguot, 353, 670.
Taylor (R.), 524.
Thibierge, 686.
Thierfelder, 397.
Thierry, 308.
Thiry, 512.
Tholozan, du nº 1 à 52, et particuliérement 13, 29, 41, 43, 77, 79, 105, 121, 143, 155, 169, 197, 199, [illegible], 262, 276, 277, ib., 295, 325, 341, [illegible], 441, 467, 469, ibid. 490, 505, 533, ibid., 547, 569, 597, 612, 647, 661, 673, 695, 788.
Thore fils, 336, 653.
Tood (Tweedy John), 467.
Tosi, 822.
Trélat, 320, 336.
Triquet, 193, 287.
Trousseau, 375, 543, 544, 670, 686.

V

Valentin, 177.
Valérius, 722, 744.
Valette (A), 55.
Velpeau, 71, 659, 756.
Venot, 39.
Verhaeghe, 558.
Verneoil (A.), 59, 75, 95, 108, 717.
Vernois et Becquerel, 401.
Vidal (F.), 595.
Vidal (de Cassis), 233.
Viglezzi, 822.
Virchow (Rodolphe), 398, ibid., 361.
Vogler, 372.
Vulpian, 360, 487, 628, 656, 692, 694.

W

Waletz, 717.
Waller (A.), 218, 418, 420, 489, 629, 643.
Warlomont, 213.
Weber (Théodore), 334.
Weiss, 21.
Westropp, 577.
Willick (Arthur), 399.
Wolf, 352.
Wood, 69.
Wray, 67.
Wunderlich, 350.
Wurtz, 215.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS.

A

Abbadie (d'), 457.
Abeille, 290.
Alquie, 707.
Amussat, 159.
Ancelon, 32, 585.
Andral, 599.
Andrieux (de Brionde), 116.
Andry (B.), 429.
Andry (F.), 443.
Aran, 679, 843, 893.
Artaud, 886, 887.
Arshenfeld (Fréd.), 363.
Audouard, 630, 877.
Augend, 828.
Auzias-Turenne, 841.
Avat (d'), 104.

B

Baillarger, 183.
Bailly (H.), 812.
Balardini, 287.
Balkers (John), 925.
Baraduc, 588.
Barbier, 235, 850.
Barker, 30.
Barneiche, 693.
Baron (C.), 25, 71, 161.
Bartolozzi, 534.
Bassi (Aug.), 537.
Battenberg, 563.
Baudelocque, 584.
Baudens, 901, 919.
Beur, 627.
Bayard, 457, 625.
Beau, 211.
Bebgie, 509.
Becquerel, 52.
Becquerel (A.), 145, 277, 672.
Bedié, 292.
Belhomme, 331.
Bellingbaio, 31.
Bellini, 268.
Bence Jones, 325.
Beneke, 246.
Berard, 77, 148.
Berend (Nicolas), 365.
Bernard (Cl.), 98, 170, 172, 218, 256, 439, 724, 764, 780, 866, 867, 689.
Bernier, 781.
Berthelot, 602.
Bertulus, 693.
Besnard (A.), 226.
Billod, 129.
Binard, 452.
Bird-Herapath, 661.
Bird (James), 326.
Blancard, 116, 616.
Blondeau, 329, 664.
Biot (H.), 173, 558.
Bocker, 719.
Bœcker, 625.
Boinet, 746, 795.
Bonnafond, 735, 845.
Bongera (A.), 312.
Bonnet, 395, 414, 449, 505, 527, 734.
Bonnet (Aug.), 692.
Borelli (J.-B.), 690.
Borelli, 531, 880.
Bordes-Pagès, 313.
Bories, 430.
Bosse, 610.
Bouchacourt, 442, 635.
Bouchardat, 249, 275, 255.
Bouchet (de Nantes), 826.
Bouchut, 296, 630, 781.
Boudet, 211.
Bouey, 382.
Bougard, 132.
Bouis, 444, 842.
Bouisson, 191, 707.
Bouland, 67, 867.
Boullay, 350.
Bouley fils, 385.
Bourdin, 570.
Bourland, 403.
Bousquet (de Saint-Chinian), 116.
Bousquet, 499, 628.
Bonvier, 384.
Boyer (L.), 89, 292.
Bowel (J.), 420.
Bowman, 498.
Brachet, 881.
Brassens, 425.
Bremmer, 346.
Bresse (Ch.), 402.
Briquet, 752.
Brierre de Boismont, 38, 827.
Broca, 749.
Brochard, 616.
Brochin, de 1 à 928.
Broeckx, 149.
Brousse, 706.
Brown-Sequard, 98, 168, 169, 250, 332, 333, 476, 477, 497, 556, 558, 630, 651, 765, 786, 841.
Buard, 765.
Bucquoy, 534.
Budd, 661.
Burggraeve, 453, 617.
Burq, 82, 115.
Burresi, 289.

C

Cabaret, 537, 710.
Cabirol, 404, 589.
Cahen, 514.
Camerer, 627.
Cap, 355, 389, 608.
Carlotti, 554.
Carnot (H.), 147, 550, 645, 811.
Caron, 533.
Carrière, de 1 à 928.
Carte, 31.
Cazeaux, 149, 270, 271, 316, 477, 552, 927.
Cazenave (de Bordeaux), 616, 878.
Cazeoave (Alpbee), 909.
Cazenenve, 212.
Cazentre, 534.
Cerri, 840.
Chailly (Honoré), 555.
Charlier, 585.
Charpentier, 496.
Charrière, 53, 189.
Chartroule, 781.
Chassaignac, 709.
Chatin, 248, 644, 781.
Chaumet, 381.
Chaussat, 170, 272, 831.
Chevallier (A.), 667, 751.
Chrestien, 710.
Clauzure fils, 473.
Clegg, 52.
Clemens (Th.), 234.
Clement, 553, 645.
Cogswell (Ch.), 660.
Colas, 241.
Collins, 32.
Comyn, 438.
Cooper (B.), 494.
Cooper (White), 327, 328.
Cormack, 30.
Corne, 229.
Cornay (de Rochefort), 678.
Coste, 434, 439, 707, 780.
Costes (A.), 387.
Courty, 128, 524, 591, 620.
Crompton, 15.
Cullerier, 892.
Culloch, 421.
Cunier, 211.
Curie, 751.
Custodi, 840.

D

Daremberg, 741, 791, 805, 883.
Davaine, 170, 271, 352, 479, 636, 848, 652, 675, 884.
Danyau, 189.
Dauvin, 597.
Davy (John), 346.
Dehay, 154, 696.
Dehrou, 836, 869.
Dechambre, de 1 à 928.
Dechilly, 349.
Defer, 96, 132, 473.
Delafond, 285, 385.
Delabaye, 865.
Delarue, 628.
Delfraysse, 77, 405, 554.
Delioux, 248, 880.
Delporte, 926.
Delvaux, 453.
Depaul, 99, 118, 166, 169, 180, 647, 767.
Deschamps (d'Avallon), 619.
Deselaux, 572.
Désir, 894.
Desmarres, 679.
Delstanche, 91.
Deval, 451.
Devilliers fils, 514, 555.
Dewachter, 647.
Dezautière, 829.
Diday, 135, 156, 191, 195, 275, 294, 404, 733, 806, 820, 856, 876, 888, et de 1 à 928.
Didot, 538, 539, 712, 860.
Diruf, 644.
Ditterich, 903.
Dollfus, 172, 439, 559.
Donders (C.), 245.
Donovan (Daniel), 677.
Dorotea, 532.
Dorvault, 8, 173, 199, 222, 263, 321.
Dromart, 761.
Dronsart, 555.
Dubini, 287.
Dubois (d'Amiens), 405, 664.
Dubois (P.), 62, 163, 167, 392.
Dubois-Reymond, 269.
Dubreuilh fils, 878.
Duchassaing, 684, 743.
Duchenne (de Boulogne), 210, 270, 330, 551, 891.
Duclos, 798.
Dudart, 93.
Dugès, 720, 785, 786.
Dujardin (F.), 780.
Dumas (de Montpellier), 1.
Duplay, 119, 478, 829.
Durand (de Saint-Aubin), 16.
Durand (de Lunel), 842.
Duroy, 347.
Dutard, 867.
Dutroulau, 807, 670, 792.
Duval, 147, 678.

E

Espine (Marc d'), 520, 540, 559.

F

Facen, 288.
Fallaot, 533.
Fallot, 718.
Falret, 817.
Faton, 148, 615.
Ferrus, 802, 843.
Fetzer, 614.
Fischer, 627.
Flandin, 367.
Fleury (L.), 76, 283, 300, 342, 841.
Fleury (de Clermont), 344, 492, 732.
Follin, 89, 118, 168, 171, 629, 630, 649, 737.
Foltz, 571.
Fonteret, 734.
Forget (de Strasbourg), 101, 797.
Foresi, 538.
Fossion, 860.
Fourcault, 373, 411, 663.
Fraeys, 93.
Fredericq, 144.
Friedleben, 813.
Froberville (de), 454.
Fuster, 706, 842.

G

Gædechens, 643.
Gaillard, 1, 260, 288.
Galliat, 351.
Gamberini, 531, 816.
Gariel, 574.
Garrod (Alfred), 326.
Gasparin (de), 289, 474.
Gaultier de Claubry, 230, 588, 891.
Geoffroy-Saint-Hilaire (J.), 32.
Gendron, 554.
Gerdy, 535, 573, 711.
Germain (E.), 720.
Gianelli (Giuseppi Luigi), 680.
Gibb, 421.
Gibert, 725.
Gille, 616.
Gillet de Grandmont, 400.
Gintrac (H.), 692.
Giraldès, 831.
Girault, 312.
Gobley, 35, 248, 600, 711.
Gouin, 735.
Goldberger, 189.
Gondret, 367.
Gorup-Besanez, 626.
Gosselin, 475, 750, 766.
Gottschalk, 333.
Goudas, 612.
Goulden, 588.
Goupils (le), 182.
Gouraud, 329, 330.
Gouyon, 132.
Gouzee (G.), 91.
Graf, 226.
Grange, 348, 553.
Gratiolet (P.), 673, 858.
Grave (John), 681.
Griffin, 419.
Grisolle, 424, 501.
Gros, 750.
Gubler, 273, 427, 477, 631, 648, 721, 788.
Guérin (J.), 746, 786, et de 1 à 928.
Guérin-Méneville, 787.
Guérin (de Vannes), 752.
Guettet, 90, 93, 116.
Guiet, 564.
Guillot (N.), 765.
Guindet, 817.
Guitard, 828.
Gunther, 643.
Guyon, 401.
Guyton, 583.

H

Hairion, 149, 336, 436.
Halliday-Douglas, 308.
Hancock, 76.
Hannon, 90.
Harvey, 29, 510.
Harvey (Alexandre), 136.
Haspel, 126.
Hegele (A.), 924.
Heidenreich, 903, 804.
Heinricht, 573.
Helfft, 206, 613.
Hehn, 150.
Helmhaltz, 164.
Henot, 529.
Herff (de), 227.
Hervier (P.), 243.
Heurteloup, 210, 384.
Hiffelsheim, 250, 332, 559.
Higgins, 309.
Hill (H.), 420.
Hirsch, 641.
Hirscheld (L.), 462.
Hodge, 663.
Hœfnagels, 92.
Homolle, 34, 349.
Hoppe (J.), 481.
Horlacher, 926.
Horn (Herm), 287, 932.
Horst, 366.
Huette (Ch.), 432, 563.
Hughes, 13.
Huguier, 781.
Hullin, 513.
Hutin, 292, 630, 803.

J

Jacquot (F.), 21, 61, 175, 275, 369, 503, 523, 605, 683, 757, 885.
Jansen (H.), 245.
Janzer, 227.
Jarjavay, 146.
Jassens fils, 212.
Jaumes, 353.
Jobert (de Lamballe), 250, 810, 351, 477, 558, 616.
Joly (de Toulouse), 808.
Johnston, 511.
Jomard, 585.
Jumné (de), 508.
Junod, 115, 695, 709.

K

Kesteven, 14.
Kirby, 32, 676.
Kobell, 602.

L

Laboulbene, 867, 894.
Lacauchie, 360, 377, 487, 477.
Lachlau (R.), 421.
Lafargue (J.), 416.
Lafite (Leonard), 887.
Laflore, 132.
Lambert (V.), 404.
Lambert, 501.
Lamperierre, 147.
Landouzy, 409, 785, 770, 841.
Lange (de Berlin), 387.
Larrey (H.), 312.
Lassaigne, 679, 858.
Lasegue, 552.
Latham, 75.
Laurent, 720.
Lavirotte, 735.
Lavoy, 144.
Lebert, 57, 97, 99, 118, 247, 255, 557, 722, 723, 724, 787, 834.
Leblanc, 99, 148, 331, 349, 351, 421, 441, 765.
Lebret, 172, 250, 251.
Lecomte, 787.
Lecouppey, 16.
Ledoyen, 475.
Lee (H.), 158.
Legendre, 763.
Legrand (A.), 57, 97, 311, 457, 763, 809, 822.
Legros-Clark, 15.
Lereboulet, de 1 à 928.
Leroy-d'Etiolles, 19, 305.
Lesueur, 183.
Lever, 493.
Levrat-Perroton, 403.
Levrat, 891.
Leveillé, 462.
Levy (M.), 41, 275, 290.
Lherminier, 636.
Lieger, 585.
Liegey, 148.
Limousin, 476.
Linoli, 814.
Litchfield, 537.
Loir, 460.
Lombard, 183.
Longet, 145.
Lyons, 676.

M

Macquet, 137.
Magdonald, 177, 521.
Markwick, 211.
Maillot (L.), 231, 687.
Maillot, 2.
Maisonneuve, 501, 781.
Malagodi, 838.
Malcolm, 30.
Mangin, 89.
Marbais (de), 151.
Marcacci, 268.
Marchal (de Calvi), 88, 441, 680.
Marshall-Hall, 327.
Martens, 862.
Martin-Magron, 97.
Martin Solon, 163.
Martinet, 600, 709.
Martino (de), 267.
Martino-Bassing, 589.
Mascart, 424.
Massart, 92, 437, 538.
Massarenti, 815.
Mathieu, 588.
Maumené, 228, 409.
Mayer (Al.), 659.
Mayer, 614.
Mayor, 171, 251.
Mazade, 112, 472.
Mazier, 36, 651.
Méher, 679.
Mene (M.), 497, 585, 645.

Mertens, 438.
Mercier, 148, 311, 702, 824.
Mersseman (de), 123.
Meynier, ~~206~~ 796.
Mialhe, 456, 695.
Michel, 879.
Miebon, 779.
Mignot, 752.
Michalski, 574.
Miller, 309.
Millon, 16.
Modoni, 533.
Monneret, 766, 777.
Montagne, 272, 849.
Morean (J.), 356.
Moreau (de Thuins), 862.
Morean (de Couvin), 713.
Mordret, 616.
Morel-Lavallée, 99, 351.
Morean (de Bone), 760.
Morris, 74.
Moulon (A. de), 312.
Moynier, 787.
Muller (de Mayence), 365.

N

Nandot, 501.
Negrier, 762.
Nélaton, 164, 535, 831.
Nevermann, 925.
Neyrac (Victor), 329.
Niese, 244.
Notta, 762, 870, 899, 912.

O

Olier, 652.
Ondet, 480.
Oulmont, 778.
Orbigny (d'), 828.
Orfila, 498.
Ozanam (C.), 173, 762.

P

Padioleau, 857.
Papillaud (L.), 204, 265, 418, 775.
Paravey (de), 116, 132.
Parchappe, 789.
Parise (J.), 146.
Parkes, 326, 509.
Parola, 767.
Peacock, 495.
Pellarin, 77, 96, 347, 384, 574, 616.
Petrequin, 147, 252, 403, 546, 571, 578, 638, 845.
Perrin, 866.
Personne, 628, 695.
Petit (Ch.), 803.
Pfaff (Frederic), 209.
Phillippeaux, 598.
Philipps, 211.
Piedvache, 895.
Piorry, 96, 190, 695.
Piretti, 267.
Pirrie, 309.
Pistocchi, 532, 815.
Plasse, 213.
Plettinck, 114.
Poirson, 32.
Poiseuille, 248.
Poitevin (A.), 800.
Pollet, 114.
Potter, 13.
Pouillet, 585.
Pravaz, 229.
Prescott-Hewett, 325.
Pretty, 15.
Prevost, 834.

Q

Quain, 678.
Quatrefages (de). 119, 497, 650, 867.
Quevenne, 34, 349.

R

Rahourdin, 765.
Raciborski, 536.
Racle, 352, 800.
Raphanel, 475.
Rapp, 926.
Rayer, 119, 172, 251, 478, 479, 558, 636, 724, 786, 788.
Raynaud (de Montauban), 499.
Baynaud, 597.
Rebonllean, 248.
Recamier, 710.
Regnaud, 616.
Benanlt, 573, 680.
Rendu, 828, 829.
Resseiguier, 402.
Reveillé-Parise, 121, 295, 335, 543, 577, 619, 727, 755, 819, 833.
Beybard, 109, 140, 286.
Reynold, 421.
Richard (de Tonlouse), 132.
Ricord, 270, 779.
Rilliet, 22, 42.
Ripanlt, 880.
Bivaille, 100, 589.
Rivaud-Landrau, 888.
Rizzoli, 267, 339.
Robert, 574.
Robert-Latour, 210, 859.
Robert-Mortimer-Glover, 57, 97.
Robert de Welz, 544.
Robin, 77, 99, 168, 249, 251, 331, 351, 594, 858.
Robiquet, 537.
Rodier, 277.
Rossignol, 133.
Ronget, 722, 786.
Ronsseau, 703.
Rousset, 382.
Roussignan (de Cappadoce), 501.
Ronth, 31.
Rowland Richard, 14.
Ronx, 512, 680.
Ronx (de Brignolles), 584.
Ruef (Morice), de 1 à 928.

S

Sainte-Marie (de), 382, 878.
Salles (Ensèhe de), 653.
Santo-Padre, 839.
Santnencez, 210.
Schnepf, 894.
Schlossberger, 210, 247.
Schnermans, 131.
Schultz, 925.
Schützenberger, 708.
Schnz, 628.
Sedillot, 228, 268, 290, 598, 656, 709.
Segond, 69, 196, 249, 464, 504, 556.
Semanas, 47, 739, 760, 865.
Serre (d'Alais), 678, 801.
Sestier, 845.
Sewel, 420.
Sibson (Francis), 495.
Simon (Pierre), 573.
Simonin, 407.
Simpson, 306.
Sissa, 840.
Sistach, 859.
Skinner, 494.
Smith (Laurence), 865.
Snown (John), 660.
Solly, 308, 328.
Spindler (Augnste), 631.
Stas, 801.
Stacquez, 91, 452.
Stendel, 226.
Stokes, 52.
Stoltz, 383.
Stratton (Th.), 347.
Strehler, 925.
Stuhlmann, 640.
Sucquet, 77, 649.
Swayne, 661.
Szafkowski (L.-R.), 273.
Szokalski, 615.

T

Tailhé, 304.
Tanchou, 460.
Tavignot, 597, 623.
Taylor (Ch.), 662.
Teirlinck, 437.
Testa, 837.
Textor (J.), 207, 208.
Textor (Cajetan), 368.
Thomson, 641.
Thoré, 484.
Thouvenin, 131.
Tremanx, 268.
Tueffert fils, 96.
Turck, 162.
Tyler-Smith, 75.

V

Valenciennes, 97, 119, 866.
Valette, 553.
Valorani, 266.
Van Berchem, 151, 514, 537.
Van Coetsem, 150.
Van der Broek, 615.
Van Halen, 472.
Van Lil, 451.
Vanoni, 288.
Vanoye (René), 113.
Van Rhyn, 115.
Verdeil, 172 331, 439, 559.
Verdier (Jules), 799.
Verga, 237.
Verhaeghe, 91.
Verneuil, 169, 170, 557, 650, 749.
Vigla, 215.
Vingtrinier, 695.

W

Wakley, 75.
Walfer, 724.
Wanner, 226, 554, 766.
Warlomont, 781.
Wassege, 153.
Watson, 510, 511.
Wemaer, 471.
Wieger, 382.
Wis, 554.
Wolff (H.), 244.
Worms, 470.
Wucherer (G.), 228.
Wuillomenet, 383.
Wurtz, 250.
Wyffels, 130.

Y

Yearsley (James), 116.